



ROYAUME DE BELGIQUE
Service public fédéral
Affaires étrangères,
Commerce extérieur et
Coopération au Développement

Aide Humanitaire

Direction générale de la Coopération au Développement – DGD
Service D5.1 – Aide Humanitaire

FORMULAIRE UNIQUE POUR LE FINANCEMENT D'UNE ACTION HUMANITAIRE

(Base légale : Loi du 9/01/2014 modifiant la Loi du 19/03/2013 relative à la Coopération au Développement - Arrêté Royal du 19/04/2014, Budget général des dépenses, allocation de base 14 54 52 35.60.83).

1. INFORMATIONS GÉNÉRALES

1.1 Nom de l'Organisation humanitaire/ (date de l'agrément par le ministre de la Coopération au développement – si requis) :

Médecins du Monde Belgique

1.2 Titre de l'action:

« Renforcement des mécanismes de protection en lien avec l'accès aux soins de santé sexuelle et reproductive, incluant les violences basées sur le genre, pour les populations en situation de vulnérabilité au Mali, au Niger et en RDC »

1.3 Zone d'intervention (pays, région, localités):

Mali, région de Kita, District sanitaire de Kita, communes de communes de Badia, Bendougouba, Bougaribaya, Benkadi Founia, Boudofo, Djidian, Kassaro, Kita, Kita nord, Kita Ouest, Kobri, Kokofata, Kotouba, Kourounikoto, Madina, Makono, Namala Guimbala, Niantasso, Saboula, Sébékoro, Senko, Sirakoro, Souransan Tomoto, Tambaga et Toukoto.

Niger, région de Tahoua, district de Tilla, Baragoua, Konny

RDC, ville de Kinshasa, Communes de Kintambo, Makala, Masina, Matété, Ngaba, Lemba, Limeté

1.4 Date de démarrage de l'action : 1er Novembre 2021

1.5 Durée de l'action en mois (cf. Art. 17, §2): 24 mois (2 ans)

1.6 Date de début d'éligibilité des dépenses:

Date de signature de l'Arrêté Ministériel d'octroi.

1.7 Proposition et rapports (Concernant les délais spécifiques, cf. AR du 19/04/2014):

Proposition initiale	date:	15/7/2021
Proposition révisée n°.	date:	jj-mm-aa
Date de l'Arrêté Ministériel d'octroi	date:	14-10-2021
Date Acte Unilatéral	date:	21-10-2021
Date lettre d'acceptation	date:	26-10-2021
Rapport intermédiaire	?	date: 30-09-2022
Rapport final	?	date: 30-05-2024

1.8 [INT] Énumérez les échanges de lettres intervenus après la signature de l'acte unilatéral jusqu'au stade du rapport intermédiaire

1.9 [FIN] Énumérez les échanges de lettres intervenus après la soumission du rapport intermédiaire jusqu'au stade du rapport final

Le 9/05/2023, suite aux inondations à Kalehe Nord Kivu, des communications ont suivi pour autoriser l'activation du Modificateur de Crise en RDC.

2. ÉVALUATION DES BESOINS

2.1 Date(s) d'évaluation; méthodologie et sources d'information utilisées; organisation/personne(s) responsable(s) de l'évaluation

Dates d'évaluation : MdM a réalisé 2 missions exploratoires fin mai/ début Juin 2021 : d'une part dans la région de Kita (Mali) et d'autre part dans la région de Tahoua (Niger). A Kinshasa (RDC) les équipes étant opérationnelles sur le terrain depuis plus de 3 ans et le projet proposé étant dans la continuité du projet actuel, aucune mission explo n'a été réalisée mais des ateliers avaient été organisés en Juillet 2020.

Méthodologie/ sources : Les équipes ont élaboré une méthodologie d'analyse des besoins et des facteurs influençant la situation sécuritaire, sanitaire et de protection dans les zones ciblées. L'analyse s'est basée sur la lecture des rapports des clusters protection et santé, la rencontre avec des acteurs clés (ONG, agences UN, autorités, partenaires locaux, organisation de focus group), des entretiens individuels et collectifs, des observations, des visites de centres de santé communautaires et de centres de santé de référence. Globalement, grâce aux données collectées, il a été possible de décrire les besoins ressentis par les populations, les déterminants culturels et sociaux en termes d'accès aux soins et ses obstacles, en particulier pour les femmes. Grâce aux visites des structures sanitaires, les équipes ont pu apprécier l'offre et la qualité de ces services de soins.

Au Mali : La récolte des données a été réalisée par une équipe de 12 enquêteurs, dirigée par le responsable MEAL et supervisé par le CoMed.

Au Niger : En amont de la mission explo, un maximum d'acteurs actifs en protection ou en santé (e.a. les acteurs belges tel que CRB, Plan, HI, VSF, Enabel mais aussi UNFPA, OCHA, INSO, Alima, MSF, Solidarité et SFCG) ont été rencontrés. Tous les comptes rendus des clusters protection ont également été analysés. Lors de la mission exploratoire, MdM a rencontré les autorités sanitaires, les partenaires de la coordination humanitaire (OCHA, UNFPA, OMS) et les ONGs présentes dans la zone (PSI, Pathfinder,...). Des données quantitatives collectées auprès des autorités sanitaires locales et des agences des Nations Unies sont venues renforcer les données qualitatives.

En RDC : 2 ateliers de préparation ont été réalisés en date du 31 juillet et du 7 août 2020 avec 15 responsables des structures membres du REEJER et représentant.e.s des filles et garçons en situation de rue (6 garçons et 4 filles). Les échanges ont porté sur les acquis et les défis rencontrés pendant la mise en œuvre du précédent projet. Cette réflexion conjointe a conduit à proposer un nouveau projet dans les 6 communes de Kinshasa où MdM travaille depuis plus de 3 ans en collaboration avec le REEJER en tant que réseau, afin de soutenir la participation des jeunes filles et garçons et des instances gouvernementales dans la recherche de solutions durables.

Participants aux missions exploratoire : Au Mali, l'équipe était composée du CoMed (lead), de l'Adjointe Coordinateur Général a.i., du Resp. MEAL et Coordinateur Logistique/ sécurité. Au Niger, l'équipe était composée du CoMed (lead), du Référent Médical et du référent sécurité/ accès humanitaire.

2.2 Exposé du problème et analyse des parties prenantes

Le programme proposé concernera les enjeux de protection liés à la santé des populations en situation de vulnérabilité au Mali et au Niger, ainsi qu'en RDC (qui ne représentera qu'environ 10% du financement et

sera donc moins développé ici). MdM Be est présent depuis de nombreuses années au Mali (à Menaka et Gao), au Niger (à Agadez et Tillabery) et également en RDC (Kinshasa, Sud Kivu, Tanganyika).

Au niveau du Sahel, on note une situation sécuritaire qui continue de se détériorer avec une problématique très aigüe d'accès aux populations vulnérables. Depuis 2012, le Mali et le Niger font face à de multiples attaques djihadistes. Selon les HRP,¹ le nombre de personnes en besoin de protection s'élève à 3,46 millions au Mali et 3,8 millions au Niger. Au Sahel, les populations civiles restent donc de loin les 1ères victimes avec de très nombreux déplacés, réfugiés mais aussi de fréquents assassinats de masse dans les villages (le 05 juin 2021, assassinat de 160 personnes dans le village de Solhen (Burkina Faso), proche de la frontière du Niger). Selon le rapport Acled publié récemment, 8 000 civils ont été tués dans des attaques depuis 2013. Plus de 2 000 pour la seule année 2020 avec 65 % des victimes civiles qui auraient été tuées par les Forces de défense et de sécurité nationales ou par des milices communautaires. Les conflits interethniques et intercommunautaires sont de plus en plus nombreux (voir rapports d'International Crises Group) avec des jeunes intégrés dans de multiples groupuscules djihadistes. Le contexte sécuritaire dans la région devient de plus en plus préoccupant avec des attaques répétées des groupes armés non étatiques (GANE) le long de la frontière Burkina-Niger. Il s'ensuit un sentiment généralisé d'insécurité chez les populations des zones frontalières. Pour le Mali et le Niger, la dégradation du contexte sécuritaire vient s'inscrire dans un contexte de pauvreté multidimensionnelle, caractérisé par l'insécurité alimentaire, une forte croissance démographique, le manque d'opportunités économiques, notamment pour les jeunes, et une faible présence de l'état. Face à ce constat, l'un des défis demeure de rendre accessible les soins de santé de qualité tout en renforçant les services techniques (e.a. équipe cadre de district) à faire face à leurs responsabilités de rendre effectif l'accès des communautés aux paquets curatif, promotionnel et préventif ainsi qu'à faire face aux différentes menaces d'épidémies.

Le Mali vit actuellement un 2ème coup d'Etat en 9 mois, avec un président de transition militaire (Assimi Goita). Les zones d'insécurité se sont étendues du Nord (Tombouctou, Kidal, Menaka, Gao) vers le centre du Mali (Mopti, Sikasso, Segou). La zone Ouest reste relativement épargnée en termes d'insécurité même si, selon l'HRP 2021, dans la région de Kayes, 861 693 personnes sont affectées par la crise, tandis que 443 659 sont dans le besoin. Environ 32% des PDI du Mali sont installées dans la région de Kayes. La zone de Kayes a attiré plus d'attention ces dernières années en raison d'une recrudescence soudaine de la violence et des déplacements forcés.

Le Niger, classé comme état fragile depuis 2008 par l'OCDE, est l'un des pays le plus pauvre au monde touchant de façon chronique plus d'un quart de la population (IDH de 0,394, 189/189, PNUD, 2019). Les régions de Tillabery, Tahoua, Maradi, Diffa font l'objet de mesures de restrictions de mouvements avec un accès humanitaire complexe, provoquant indirectement des enjeux de protection majeurs pour les populations ayant besoin d'aide humanitaire. Le 10 Mai 2021, le MAE Nigérien a diffusé une note verbale montrant une légère ouverture sur ces restrictions de mouvements en déléguant partiellement aux préfets (chef des départements) la gestion des mouvements des humanitaires. Le 22 Juin 2021, le gouvernement nigérien a pris la décision de fermeture de la ZAR (zone d'accueil des réfugiés) d'Intikane e.a. liée à la suspicion de présence d'éléments armés faisant partie de groupes rebelles ou djihadistes. Déjà le 09 juin 2021, les autorités régionales avaient suspendu les activités de distribution de l'aide humanitaire. Des informations préliminaires font état d'une volonté de relocalisation plus à l'Est de la région de Tahoua. Au Niger, les régions les plus affectées par les mouvements de population sont Diffa, Tahoua, Tillabéri et Maradi. En mai 2021, le PIN (« people in need ») est estimé à 3,8 millions parmi lequel : 313 000 personnes déplacées dans le pays et 234 000 réfugiés. Par ailleurs, à cause de l'insécurité, plusieurs centres de santé

¹ <https://reliefweb.int/report/mali/mali-plan-de-r-ponse-humanitaire-2021-mars-2021>

<https://reliefweb.int/report/niger/niger-humanitarian-response-plan-2021>

intégrés (CSI) et les établissements scolaires ont dû être fermés, privant environ 250 000 personnes de soins. Le nombre d'incidents de protection a également augmenté par rapport à 2019. Le cluster protection a enregistré, au 30 novembre, 2266 incidents de protection contre 1323 en 2019 soit presque le double et 3 261 cas de VBG contre 1 399 en 2019 soit plus de 133%.

La RDC continue dans une spirale d'insécurité et violence. On note une hausse des violences e.a. sexuelles, commises dans un contexte d'impunité généralisée. En 2020, au moins 25 000 enfants dont 46% de filles seraient en situation de rue à Kinshasa. Selon les estimations du REEJER, l'ampleur du phénomène ne cesse de s'aggraver. Ces enfants marginalisés et discriminés sont brimés dans leurs droits, notamment l'accès à l'éducation, à la protection, à la justice et à des services de soins de santé, particulièrement de SSR alors qu'ils sont en permanence soumis à des risques de violences physiques et sexuelles affectant leur développement et augmentant leur vulnérabilité.

De manière transversale dans les 3 pays, on observe que les **traumatismes psychologiques liés aux conflits** sont répandus, tandis que les services de santé mentale et soutien psychosocial sont limités voire inexistantes. La population a connu des niveaux élevés de violence, parfois avec des massacres de masse, ce qui a un impact sur les gens augmentent le besoin urgent de services de santé mental et soutien psychosocial. L'OMS estime que dans les zones touchées par des conflits, une personne sur neuf environ souffre de troubles mentaux modérés à sévères (OMS, « Santé mentale », Octobre 2019). En outre, cette situation d'urgence humanitaire peut aggraver le risque d'émergence de nombreuses formes de VBG. En RDC, les enfants en situation de rue à Kinshasa, de par leur milieu de vie extrêmement brutal et des traumatismes familiaux vécus, ont également un grand besoin d'appui psychosocial.

Accès limité aux services de SSR: Dans ce contexte précaire, les structures sanitaires ne sont pas en mesure de satisfaire la demande de soins des populations hôtes ; à cela s'ajoute une forte pression sur des ressources déjà limitées en termes de demande de soins de la part des PDI. On note ainsi un accès limité aux soins de santé de base pour les PDI/refugiés et les communautés d'accueil. Au Niger, les populations ont non seulement un accès limité aux structures de santé en raison de barrières financières (pour 35% des ménages), physiques et sécuritaires (pour 22%) mais aussi de la faible capacité des infrastructures disponibles (pour 11%) (OCHA, 2021). La thématique SDSR (« Santé et Droits Sexuels et Reproductifs ») est primordiale dans un contexte où le manque d'opportunités, l'invalidité et les décès des femmes (509 pour 100 000 naissances - Countdown to 2030, 2017) sont directement liés : aux mariages et grossesses précoces (76%, Institut National de la statistique, 2013), au nombre élevé de naissances (taux de fécondité de 7,2, Banque Mondiale, 2018), qui sont également insuffisamment espacées, à un accès limité à des soins qualifiés. Le conflit n'a fait que renforcer des statistiques en santé maternelle déjà alarmantes : par exemple au Niger, environ 50% des femmes n'accouchent pas dans des centres de santé, la moitié des filles sont mariées avant l'âge de 15 ans.²

La situation des violences basées sur le genre: Que ce soit au Sahel ou en RDC, malgré un cadre juridique et institutionnel adapté à l'égalité de genre et la lutte contre la discrimination, la réalité montre que les inégalités et les risques de violences basées sur le genre (VBG) persistent, particulièrement envers les femmes et adolescentes vulnérables. Les inégalités à l'égard des femmes concernent notamment l'accès à l'éducation et à la santé, en particulier la santé et les droits sexuels et reproductifs (SDSR) et leur participation à l'économie et à la prise de décisions notamment dans les sphères politiques (Banque Mondiale, 2018). En matière de santé, l'indice d'inégalité de genre (154/162, PNUD 2019) révèle des inégalités en matière d'accès aux soins, principalement sexuels et reproductifs pour les jeunes femmes vivant un mariage ou des grossesses précoces, et pour les adolescentes non mariées à cause de barrières culturelles, économiques et géographiques. La gestion des cas de VBG est très différente entre la RDC (e.a.

² https://www.lemonde.fr/afrique/article/2018/11/29/mariages-d-enfants-au-mali-et-au-niger-comment-les-comprendre_5390415_3212.html

Kinshasa) et au Sahel. Au Niger ou au Mali, ce sujet reste encore très tabou et est géré de la manière la plus discrète possible, au sein de la famille. La plupart du temps, la victime n'est pas répudiée ni stigmatisée comme cela peut être le cas en RDC. Par contre, des arrangements à l'amiable avec l'auteur (ou sa famille) sont fréquents pouvant mener à des mariages forcés. Il est à noter qu'au Niger, MdM Be vient de finaliser, avec la Direction Générale de la Santé de la Reproduction, le guide de prise en charge médicale et psychosociale des VBG. Des contacts sont établis avec Enabel Niger sur cette thématique.

Les maladies à potentiel épidémique

Les 3 zones ciblées au Mali, au Niger et en RDC sont à risque de maladies épidémiques telles que la rougeole, le choléra, mais aussi Ebola ou une nouvelle souche du Coronavirus (comme cela est observée au niveau Mondial en 2021). Ces épidémies sont rarement détectées (et déclarées) précocement rendant la riposte d'autant plus compliquée. Les communautés sont un acteur majeur en particulier en termes de sensibilisation, de gestion des rumeurs et de pratiques des mesures d'hygiène de base.

2.3 Veuillez résumer les résultats de l'évaluation (le cas échéant, annexer un rapport complet) en établissant un lien avec l'action

Que ce soit au Mali, au Niger ou en RDC, nous avons identifié des enjeux majeurs concernant la protection, en lien avec les Droits en SSR, les VBG et de manière transversale la prise en charge psychosociale. Bien que le contexte sahélien soit très différent du contexte congolais, les besoins des populations, en particulier des jeunes filles et adolescentes, sont majeurs et très peu couverts par les autorités étatiques. La stratégie proposée sera en lien avec notre expertise principale : « l'accès à une couverture santé universelle pour les populations en situation de vulnérabilité ».

En particulier au Sahel, depuis plusieurs années sous l'emprise d'une pression d'islamisme radical, ces sujets délicats de SDR ou VBG ne peuvent être abordés efficacement sans d'abord et avant tout intervenir sur des aspects médicaux « sauvant la vie » des populations. Cela nous paraît primordial en terme d'acceptance par les populations locales. Vu les nombreuses attaques et déplacements de population, l'aspect santé mentale semble un des besoins non couverts majeurs. La méthodologie proposée se basera sur un système de veille et de support psychosocial (si possible par les pairs ou la communauté, étant donné que les soins spécialisés en santé mentale sont faiblement acceptés et/ou difficiles d'accès). Des partenariats locaux seront mis en œuvre (comme décrit plus loin) soit nouveau comme avec ERAD (au Mali) soit dans une continuité comme avec l'ONG locale SongEs (au Niger) et le REEJER (en RDC). Des discussions ont eu lieu avec « Search for Common Ground » au Sahel pour échanger nos expertises réciproques. Les rapports de mission explo pour les 2 nouveaux projets (Zone de Kita au Mali et zone de Tahoua au Niger) seront mis en annexe de ce document.

2.4 [INT] Si des changements sont intervenus dans l'évaluation des besoins au stade du rapport intermédiaire, veuillez préciser

2.5 [FIN] Si des changements sont intervenus dans l'évaluation des besoins après le rapport intermédiaire, veuillez préciser

RDC : A la suite des fortes pluies qui se sont abattues au début du mois de mai 2023 sur une partie du Territoire de Kalehe, en Province du Sud-Kivu (plus précisément dans les villages de Luzira, Bushushu, Chabondo et Nyamukubi, côtiers du lac Kivu), les rivières Lukungula, Kabushungu et Kanyunyi ont débordé de leur lit entraînant des inondations, des coulées de boue et pierres ainsi que des glissements de terrain. Des centaines de maisons ont été détruites et on a dénombré plus de 400 morts et des milliers de disparus. Frontalière de la province du Nord-Kivu, la zone sinistrée est une zone d'accueil de plusieurs vagues de PDI, dont celles qui ont fui le conflit entre le M23 et l'armée congolaise. C'est aussi une zone endémique au choléra, d'où la nécessité de mettre en place une réponse rapide, appropriée et cohérente.

Du 10 au 17/05/2023, MdM a participé à une mission d'Évaluation Rapide Multisectorielle (ERM) conduite par OCHA. Ensuite, du 20 au 22/05/2023, MdM a mené une mission d'évaluation logistique et de prise de contacts avec les autorités locales (politico-administratives, coutumières et sanitaires).

Les acteurs humanitaires et les autorités provinciales ont organisé et coordonné une réponse multisectorielle à la crise ; MdM s'est positionné sur la Santé Mentale et Soutien PsychoSocial (SMSPS) aux victimes et à l'ensemble des

communautés, ce qui constituait un gap dans la réponse. Pour ce faire, en concertation avec la DGD, le mécanisme de « **Crisis Modifier** » a été activé.

Durant 3 mois (juin à août 2023), par l'intermédiaire de 3 psychologues cliniciens encadrés par les référents techniques de MdM, l'équipe a fourni un soutien psychologique de première ligne et de deuxième ligne aux victimes dans les aires de santé de Nyamukubi, Bushushu, Muhongoza, Kalehe, ainsi qu'à l'Hôpital Général de Ihusi. Le dispositif d'intervention prévoyait aussi la formation et la supervision de référents psychosociaux, la formation de leaders communautaires sur les premiers secours psychologique ou encore la sensibilisation communautaire (psychoéducation de groupe). En outre, MdM a été un acteur majeur de la coordination des interventions pilotée par OCHA.

Un rapport de l'intervention est joint en annexe.

Mali : Pour apprécier les changements intervenus, les investigations ont été effectuées après la production du rapport intermédiaire. Les deux enquêtes CAP déroulées respectivement du 20 au 24 février 2023 et du 22 au 26 septembre 2023, l'évaluation conjointe des besoins avec Plan International (dont l'objectif général est de fournir les informations fiables et actualisées sur les besoins prioritaires des populations de la région de Kita a été réalisée du 1er au 10 juin 2023), l'Atelier de capitalisation (réalisé du 30 mai 2023 au 01 juin 2023) ont permis de mesurer le niveau des besoins en matière de santé et de protection. Les objectifs de l'atelier de capitalisation quant à eux étaient de :

- Evaluer l'approche d'opérationnalisation du projet ainsi que l'impact de l'accès aux soins de santé sexuelle et reproductive de qualité et des services psychosociaux pour les personnes vulnérables et les survivants de violences liées au genre ;
- Et contribuer à recueillir les changements et les expériences générées par le projet afin de produire de la connaissance partageable.

Grâce aux actions de prévention à travers l'information, la sensibilisation, le plaidoyer et le renforcement de capacités des parties prenantes réalisées par le projet pour lutter contre la violence à l'égard des femmes et des filles et à promouvoir la SDR, les résultats de l'enquête CAP finale nous indiquent les résultats suivants :

En matière d'utilisation des moyens de contraception, il ressort une légère amélioration. A l'enquête finale, 50% des personnes interrogées contre 56% à l'enquête initiale déclarent ne pas utiliser de moyens de contraception soit une régression de 6%.

En ce qui concerne l'autorisation d'un membre de la famille pour se rendre au centre de santé, 66% des participants à l'enquête CAP finale ont déclaré en avoir besoin contre 70% à l'enquête initiale.

En juin 2023, une évaluation des besoins a été réalisée en partenariat avec Plan International pour mettre à jour le contexte. Il ressort de cette évaluation les défis suivants :

- En matière d'accès des populations vulnérables à la santé

67% de la population n'ont pas un accès facile aux services de santé au sein de leur communauté³.

- En matière de protection

Les risques de VBG ont augmenté depuis l'arrivée de crise selon 25% des participants à l'évaluation. Les structures susceptibles d'accueillir les victimes de VBG sont insuffisantes, il ressort de l'évaluation que 59% de la population n'ont pas accès aux services de prise en charge de VBG⁴.

Il ressort de rapport de l'atelier de capitalisation quelques défis comme :

- La faible prise en charge des cas de santé mentale au niveau des CSCom ;
- Les tabous autour de la sexualité dans certaines communautés ;
- La faible couverture des zones de sensibilisation sur les services ;
- La non prise en compte de la réinsertion socio-économique des survivants de VBG.

³ Source : Rapport de l'évaluation des besoins réalisée par MdM Mission Mali et Plan International Mali dans la région de Kita.

⁴ Source : Rapport de l'évaluation des besoins réalisée par MdM Mission Mali et Plan International Mali dans la région de Kita.

3. ORGANISATION HUMANITAIRE DANS LA ZONE D'INTERVENTION

3.1 *Présence de l'Organisation humanitaire dans la zone d'intervention : bref aperçu de la stratégie et des activités actuelles ou récentes dans le pays*

Au Mali: Entre 2002 et 2014, MdM a été présent à Kidal sur des projets d'accès aux soins en appui au MSP. Avant 2012, MdM BE était déjà bien ancrée au Mali avec un programme de lutte contre le VIH et un programme de protection des enfants des rues à Bamako. Depuis 2010, MdM Be est présent à Menaka et Kidal. La réponse sanitaire de MdM BE dans le district de Gao s'est concentrée sur la promotion de services et soins de santé de qualité gratuits curatifs, préventifs et promotionnels dans les zones gravement touchées par les crises. MdM BE soutient également les stratégies avancées et les références - évacuations. Depuis 2017, dans le DS de Gao, MdM BE a commencé à mettre en œuvre une approche de transition à l'aide au développement en organisant des évaluations de fonctionnalité de toutes les structures sanitaires soutenues en étroite coordination avec l'équipe cadre du district sanitaire de Gao. Les projets à Menaka et Gao sont financés par différents bailleurs de fond tel que : OFDA (BHA), Echo, AFD, Coopération Luxembourgeoise. A Kayes (proche de Kati), nos collègues de MdM Espagne ont également été présents durant plusieurs années avant leur fermeture en 2019.

Au Niger: depuis 2006, MdM est un partenaire du Ministère de la Santé et mène des projets transformationnels de SDR et de résilience à Bamako, en collaboration avec les autorités sanitaires nationales et régionales et d'OSC telles que SONGES, Karkara, la CONAFE, la plateforme « protection des migrants ».

Actuellement, MdM Belgique met en œuvre 4 projets.

1) A Agadez (sous financement DGD PQ2017-2021), un projet d'accès aux droits et à la santé pour les migrants, ainsi que de renforcement de la santé sexuelle et reproductive

2) A Tillabéri, dans le cadre du consortium RECOSA (financement UE 2020-2024), MdM-Be intervient au Niger pour assurer la mise en œuvre de l'axe santé. Quatre communes sont ciblées: Diagourou, dans le département de Tera, Dargol dans le département de Godebeye et Sakoiri et Anzourou dans le département de Tillabéri.

3) A Tillabéri et Niamey, dans le cadre du projet BAHIA (financement DGD HUM), MdM assure le volet santé pour la surveillance communautaire et le contrôle et prévention des infections Covid ainsi que le volet protection par l'octroi des moyens de subsistance auprès des personnes les plus vulnérables, notamment les enfants talibés, les jeunes femmes, les travailleurs domestiques et les PDI. Les communes ciblées sont Sakoiri dans le département de Tillabéri, Godebeye et Dargol, dans le département de Godebeye et les communes I, II, III et IV de la ville de Niamey.

4) A Torodi (région de Tillabéri), Plan International Be (lead) et MdM-Be mettent en œuvre un projet de protection focusant sur les VBG (financement par ECHO), de Mai 2021 à avril 2022

En 2017, sous financement de la DGD Humanitaire, un projet « **One Health** » a été développé en consortium entre MdM-Be et VSF-Be dans les communes de Sakoiri (région de Tillabéri) et Ingal (région d'Agadez). Ce projet pilote sur le concept « One Health » a été capitalisé à travers une évaluation. Il est à noter que nos collègues de MdM France sont intervenus dans la région de Tahoua sur des projets Nut ou SSR durant plus de 10 ans, jusqu'à la fermeture en 2018.

En RDC, MdM Be est présent depuis plus de 10 ans. Depuis janvier 2018 et grâce à un financement d'Affaires Mondiales Canada (AMC), MdM, en partenariat avec le REEJER et Apprentis d'Auteuil, met en œuvre un projet de « *renforcement du système de protection et d'accès aux droits de santé sexuelle et reproductive des filles et garçons en situation de rue à Kinshasa* ». En 3 ans, ce partenariat a permis la prise en charge de 13 385 enfants en situation de rue (ESR), dont 5 149 filles, dans 6 des 24 communes de Kinshasa. MdM Be est également présent au Sud Kivu à Bukavu (e.a. en soutien à l'hôpital de Panzi dirigé par le Dr Mukwege) mais aussi dans des zones comme Uvira, Itombwe ou Moba (province du Tanganyika).

3.2 **Actions en cours et demandes de financement introduites auprès d'autres donateurs), dans la même zone d'intervention – veuillez indiquer comment les chevauchements et le double financement seraient évités**

Pour les zones ciblées au Mali (Zone de Kita) et au Niger (zone de Tahoua), aucune autre demande de financement n'a été introduite. Les activités seront affectées à 100% à ce financement présenté ici.

Pour la RDC (Kinshasa), le projet "Enfants en situation de rue" financé par Affaires Mondiales Canada (AMC) est exécuté depuis 2018 et le financement actuel prendra normalement fin le 30 septembre 2021. Des négociations sont en bonne voie avec AMC pour renouveler le financement sur 3 ans et pouvoir signer un nouveau contrat d'ici la fin du premier trimestre 2022. Comme discuté à Bruxelles en Mai 2021, ce financement « DGD Humanitaire » permettra de combler le gap de financement et assurer la continuité de la prise en charge, en termes de protection, des enfants en situation de rue les plus vulnérables.

3.3 **[FIN] Enumérez les autres opérations exécutées par l'Organisation humanitaire ou ses partenaires de mise en œuvre au cours de la même période dans cette zone d'intervention et décrivez comment les risques de double financement ont été évités**

Mali : Au cours de la mise en œuvre de ce financement, aucune autre opération n'a été exécutée par Mdm ou son partenaire de mise en œuvre dans la zone de Kita, ce qui écarte tout risque de double financement. Avec Plan International qui avait le financement DGD pour son projet COVID VSBG, les moyens ont été optimisés, en témoigne la collaboration dans l'évaluation conjointe des besoins.

Niger :

Le présent projet constituait le seul financement de Médecins du Monde Belgique dans la région de Tahoua entre 2021 et 2023.

Cependant, deux autres projets ont été mis en œuvre par le partenaire local, l'association SongES Niger. Le premier projet, financé par le Fonds Mondial sur le VIH/SIDA, ciblait toutes les communes de la région de Tahoua. Le second, financé par CONCERN, portait sur l'École des maris dans les communes de Kalfou et Bambye du département de Tahoua. Dans le cadre du premier projet, les bénéficiaires directs étaient différents, et pour le second, les sites d'intervention étaient distincts.

Ainsi, il n'existe aucun risque de double financement dans l'exécution du projet.

RDC : Avant le déclenchement du « Crisis Modifier », Mdm était déjà actif dans la Zone de santé de Kalehe, en Territoire de Kalehe (Province du Sud-Kivu), dans le cadre du programme quinquennal 2022-2026 de la DGD, à travers le « projet One Health » intitulé « Les capacités d'agir des populations riveraines du PNKB et des peuples autochtones sont soutenues par une résilience communautaire aux risques sanitaires et environnementaux afin de prévenir et réduire leurs impacts sur la santé humaine et animale en RDC ». Notre connaissance de la zone de santé et l'existence d'un MoU avec le BCZ (Bureau Central de la Zone de santé) ont facilité la réalisation de l'intervention psychosociale d'urgence. Si cette intervention d'urgence a bénéficié de l'appui logistique du projet One Health, il n'y a pas eu de double-financement, les deux interventions étant de natures très différentes et ne se déroulant pas dans les mêmes villages.

4. CADRE OPÉRATIONNEL

4.1 **Localisation exacte de l'action (veuillez inclure une carte permettant de localiser le projet)**

Mali: Région de Kita, District sanitaire de Kita

<https://reliefweb.int/map/mali/mali-r-gion-de-kayes-carte-de-r-f-rence-juin-2019>

Niger : région de Tahoua, district de Tilla, Baragoua, Konny

https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/reach_ner_tahoua_ref_mars2018_a0_0.pdf

Commenté [AG1]: A compléter

Commenté [CMN2R1]: 3.3. Commentez les autres opérations exécutées par l'Organisation humanitaire ou ses partenaires de mise en œuvre au cours de la même période dans cette zone d'intervention et décrivez comment les risques de double financement ont été évités

RDC: Ville de Kinshasa (Communes de Kintambo, Makala, Masina, Matété, Ngaba, Lemba, Limeté)

4.2 Bénéficiaires

4.2.1 Nombre total de bénéficiaires directs :

	Total			Niger		Mali		RDC	
	Global	F	H	H	F	H	F	H	F
Total	387 720	245 792	141 929	76 195	133 957	62 734	109 875	3 000	1 960
< 5ans	214 840	107 219	107 621	59 345	60 607	48 036	46 452	240	160
5-9 ans	614	250	364	2	5	2	5	360	240
10-14 ans	20 770	103 18	10 452	5 152	5 454	4 371	4 244	930	620
15-19 ans	26 390	19 558	6 832	3 182	10 228	2 660	8 710	990	620
20-24 ans	25 646	19 500	6 146	2 879	10 101	2 787	9 079	480	320
24-49 ans	94 682	86 437	8 246	4 318	46 213	3 927	40 223	0	0
> 50 ans	4 778	2 510	2 268	1 317	1 349	950	1 161	0	0
%	100%	63,4%	36,6%						

4.2.2 Spécificités des bénéficiaires directs (veuillez préciser, si possible, en vous référant aux groupes selon le cas, p. ex.: mineurs non-accompagnés, handicapés, enfants, anciens combattants...)

Pour les 3 pays, les enfants et adolescents en situation de vulnérabilité seront un groupe cible spécifique, avec une attention particulière portée aux filles (souvent victimes de mariage ou grossesse précoce), ainsi que les survivant.e.s de violences sexuelles (incluant les hommes ou garçons). Le personnel de santé (incluant le personnel psychosocial et les relais communautaires) présent dans les aires (ou centres) de santé appuyée seront également bénéficiaires directs.

Au Mali et au Niger, les PDI et réfugiés seront également pris en compte comme groupe cible ayant des vulnérabilités particulières. En RDC, il s'agira des enfants en situation de rue de Kinshasa (dont certains sont parfois en centre d'hébergement, de manière transitoire).

Les membres de mécanismes communautaires seront renforcés. Ces membres pourraient être, selon le contexte spécifique d'une zone à l'autre, aussi bien les autorités administratives et coutumières que des représentants d'associations de femmes ou de jeunes, des associations des agents de santé communautaires, des responsables d'écoles publiques ou privées, des églises, des mosquées, des représentants de la police, des agents de justice (avocats, magistrats). A Kinshasa, des "communautés protectrices" ont été mises en place et, dans un esprit de continuité du projet, seront renforcées.

4.2.3 Mécanismes et critères d'identification des bénéficiaires directs

Au Mali et au Niger : l'identification des bénéficiaires se fait à deux niveaux ; dans la communauté et au niveau des structures de santé appuyées. Dans la communauté, les comités de protection sont redynamisés pour assurer la sensibilisation, l'identification et l'orientation des cas vers les sites de prise en charge. L'instauration des distributeurs à base communautaires de contraceptifs permet de sensibiliser et

recruter des nouvelles adhérentes au planning familial. Les relais communautaires et les matrones participent à la sensibilisation sur la disponibilité des services et leur orientation. Au niveau du service de triage (aiguillage) des patients dans les structures de santé, des espaces réservés à la consultation en SSR sont réaménagés pour promouvoir l'intimité des patientes.

En RDC : l'identification des bénéficiaires ESR se fait dans la communauté par les "communautés protectrices" et par la clinique mobile. Les comités de protection seront renforcés pour les activités de sensibilisation, les dénonciations auprès des autorités des arrangements à l'amiable dans le cas des SVS et médiations pour éviter les rejets des enfants tout en facilitant l'appui à leur réintégration.

4.2.4 Décrivez l'ampleur et les modalités d'implication des bénéficiaires directs dans la conception de l'action

Les personnes suivantes ont été rencontrées et impliquées dans la conception du projet :

Au Niger : 9 responsables de district et région sanitaires (2F et 7H), 5 membres de comités de protection de l'enfant et de la promotion de la femme (2F et 3H), 2 personnes des services régionaux de la protection de l'enfant (1F et 1H), 2 maires des communes (1F et 1H).

Au Mali : 4 leaders communautaires (4H), 4 chefs de centre de santé ou médecin chef de district (4H), 18 femmes enceintes ou allaitantes (sous forme de 2 focus group), 17 adolescents (dont 9F et 8H), 17 hommes sur les VBG, et 60 ménages sur les VBG.

En RDC : *2 ateliers de préparation ont été réalisés en date du 31 juillet et du 7 août 2020 avec 15 responsables des structures membres du REEJER et représentant.e.s des filles et garçons ESR (6 garçons et 4 filles). Les échanges ont porté sur les acquis et les défis rencontrés pendant la mise en œuvre du projet.

4.2.5 Autres bénéficiaires potentiels (indirects, "catchment", etc.)

L'approche ayant un fort ancrage communautaire, les bénéficiaires indirects seront les membres de la communauté particulièrement les familles des bénéficiaires. De plus les femmes allaitantes, les associations des jeunes et des femmes, ainsi que les travailleurs.euse.s du sexe, pourront être touchées par nos interventions en santé et en protection. Pour la RDC spécifiquement les familles, les membres des comités de protection et les employés du réseau REEJER seront des bénéficiaires potentiels.

4.2.6 Bénéficiaires directs par secteur (se référer aux "lignes directrices d'ECHO, Annexe I", pp26 à 29: http://ec.europa.eu/echo/about/actors/fpa_fr.htm)

Secteur	Nombre de bénéficiaires
Santé	214 606 120 004 (Niger), 94 570 (Mali), xx (RDC)
Protection	178 648 90 751 (Niger), 78 659 (Mali), 9 238 (RDC)

4.2.7 [INT] En cas de changement, veuillez expliquer

4.2.8 [FIN] En cas de changement, veuillez expliquer

En prenant en considération les différents groupes ciblés depuis la phase de conception initiale jusqu'à la phase finale, qui ont bénéficié directement ou indirectement du projet, aucun changement n'a été apporté aux bénéficiaires jusqu'à la publication du rapport final du projet.

4.2.9 [FIN] Estimation par type de bénéficiaires

Mali : En ce qui concerne les bénéficiaires indirects du projet, il est souvent compliqué de faire une estimation précise de ce nombre qui est souvent beaucoup plus important que celui des bénéficiaires directs.

Mais s'agissant des bénéficiaires directs, la mise en œuvre de ce projet a permis de toucher les bénéficiaires suivants à titre indicatif (les analyses sur ces résultats sont faites dans la section 4.3.2. Informations plus détaillées par résultats) :

- Les personnes sensibilisées sur les conséquences de VBG et sur la SDSR dans les DS de Kita s'élèvent au nombre de 43 776 personnes dont 28 773 femmes. Ces sensibilisations ont été effectuées dans le cadre de théâtres forum, dialogues communautaires, visites à domicile et de causeries de groupes ;
- Un total de 601 élèves dont 360 filles ont été formés à la fabrication de serviettes hygiéniques, ce qui représente un taux de réalisation de 398% ;
- Un ensemble de 65 survivant.e.s de VGB ont bénéficié d'une prise en charge gratuite au niveau de One Stop Centre ;
- Une diversité de 80 892 enfants de moins de 5 ans ont profité de la gratuité de l'intégralité des soins curatifs ;
- Dans l'ensemble, 24 644 femmes ont bénéficié d'un accouchement assisté par du personnel médical soit un taux de réalisation de 93% ;
- La distribution à base communautaire des produits contraceptifs a bénéficié à 10 321 personnes ;
- Au total, 33 079 femmes enceintes ont reçu une CPN1 et 16 540 femmes enceintes ont reçu une CPN4 ;
- Enfin, 18 597 nouvelles utilisatrices de méthodes contraceptives modernes (depo provera, jadelle, Dispositif Intra Uterin, contraceptifs oraux combinés).

Niger : L'action a bénéficié à un total de 318 484 personnes, dont 227 821 femmes et 90 636 hommes et 27 structures sanitaires. Les principaux bénéficiaires étaient les personnes vulnérables de la population locale, les enfants de moins de 5 ans, les femmes en âges de procréer, les personnes déplacées internes (PDI) et les victimes de violences basées sur le genre, les agents des structures de santé, de protection, des mairies et des chefs religieux/coutumiers, les éducateurs/enseignants. Les services ont inclus des consultations curatives, des consultations prénatales, des services de planification familiale, des consultations postnatales ainsi que des accouchements assistés femmes dans les centres de santé, les services de prise en charge des VBG, la formation des acteurs de la santé, de la protection etc.

La collecte de données a été effectuée en tenant compte de la désagrégation par sexe, par tranche d'âge et par statut.

Bénéficiaires	Nombre atteint			
	H	F	Indéterminé	Total
Structures sanitaires et distributeur communautaire prêtes (dotées de stocks et de prestataires qualifiés) à proposer au moins 3 méthodes modernes de planification familiale.	0	0	27	27
Personnes déclarant avoir été victime de violences, et souhaitant se faire référer, ayant accédé à une prise en charge (en santé mentale ou physique et accès aux droits)	0	75	0	75
Personnes touchées suite aux investigations lancées après une alerte épidémique en moins de 48h.	480	275	0	755
Femmes en âge de procréer (FAP)	0	92079	0	92079
Jeunes/adolescent.e.s	3353	3938	0	7291
Acteurs communautaires (Recos, matrones et DBC)	77	65	0	142
Lanceurs d'alerte	26	22	0	48
Survivant.e.s de VSBG	0	60	0	60

Aide Humanitaire				
Éducateurs/enseignants	54	46	0	100
Personnes âgées sensibilisées sur la SSR ; VSBG et protection de l'enfant	24401	24979	0	49380
Agent de santé (médecin/ sage-femme/infirmiers)	45	30	0	75
Acteurs formés sur les DSSR, VSBG et protection de l'enfant et sur la technique de plaidoyer.	106	71	0	177
Personnel psychosocial	2	0	0	2
Agents départementaux de la protection de l'enfant et promotion de la femme	6	0	0	6
Enfants de moins de 5 ans (consultation curative)	61873	72632	0	134505
Femmes enceintes (CPN, Accouchements)	0	33505	0	33505
Bénéficiaires formés et impliqués dans le plaidoyer	31	30	0	61
Parlementaires (juniors/seniors et conseillers régionaux)	13	2	0	15
Mairies et chefs religieux/coutumiers	139	0	0	139
Educateurs/enseignants	18	12	0	30
FDS (forces de défense et de sécurité)	12	0	0	12
Total	90636	227821	27	318484

RDC : Kinshasa : CF tableau du RI

- Crisis Modifier – Kalehe :
- 24 prestataires de soins formés ;
- 33 RECO formés ;
- 50 Secouristes formés ;
- 277 personnes ont bénéficié de consultations psychologique (F : 222 ; H : 55) ;
- 495 personnes ont bénéficié de thérapie de groupe (F : 428 ; H : 84) ;
- 16 femmes accompagnées pour des cas de VBG ;
- 19 référencement ;
- Sensibilisations, 1 866 personnes ont été atteintes dont 716H, 1150 F sensibilisées sur les aspects de santé mentale et soutien psychosocial.
- La majorité de cas accompagnés ont présenté les pathologies suivantes : Anxiété : 85 cas (F : 59 ; H : 26), Dépression : 112 cas (F : 82 ; H : 29), PTSD : 58 cas (F : 47 ; H : 11) ainsi que quelques cas de psychose.

4.3 Objectifs, résultats et activités

4.3.1 Aperçu opérationnel de l'action : cadre logique⁵ (maximum 3 pages)

Titre de l'action	<i>Renforcement des mécanismes de protection en lien avec l'accès aux soins de santé sexuelle et reproductive, incluant les violences basées sur le genre, pour les populations en situation de vulnérabilité au Mali, Niger et RDC.</i>			
Objectif principal	<i>Contribuer à la protection et à la réduction de la morbidité et de la mortalité des populations en situation de vulnérabilité, en particulier des femmes et adolescentes, ainsi que des survivant.e.s des violences sexuelles</i>			
	Logique d'intervention	Indicateurs objectivement vérifiables	Sources de vérification	Risques et hypothèses
Objectif spécifique	Renforcement de la demande, de l'offre et des capacités de plaidoyer en soutien psychosocial et en santé sexuelle et reproductive (inclus la prise en charge VBG), afin d'améliorer la protection des populations en situation de vulnérabilité	*Taux de structure ayant obtenu un score supérieur à 75% lors de l'évaluations de services VBG. Niger: Baseline : 0% / Cible : 70% / Endline : 78% Mali: Baseline : 0 / Cible : 70% / Endline : 92% RDC: Non applicable *Mise en application effective de préconisations politiques obtenues à une échelle plus grande que celle de notre projet Niger: Baseline : 0 / Cible : 1 / Endline : 0 Mali : Baseline : 0 / Cible : 1 / Endline : 0 RDC: Non applicable	Rapport d'activité des évaluations (via la grille d'évaluation MdM réalisée une fois par an). Données du projet récoltées par une veille politique.	Inaccessibilité : impraticabilité des routes (e.a. saison des pluies) ou à la suite de l'insécurité. Manque de confiance des populations dans les autorités. Soulèvement de la population à cause de la crise politique et économique du pays ; Accroissement des prix sur le marché ; Des épidémies (Ebola, Covid (ré)apparaissent et ne sont pas sous contrôle.
Résultats	R1: Renforcer les mécanismes communautaires de	* Taux de structures sanitaires et distributeur communautaire prêts (dotées de stocks et de prestataires qualifiés) à proposer au moins 3 méthodes modernes de planification familiale.	Rapport d'activité du programme	Les autorités locales ne participent pas et freinent la dynamique ;

⁵ Ce tableau doit donner un aperçu général complet des différents éléments de l'action. Il contiendra seulement des informations concises sur les résultats et les activités. Tout changement apporté au cadre logique au stade du rapport intermédiaire ou du rapport final sera communiqué.

	sensibilisation, d'empowerment, de prévention et d'alerte précoce en termes de protection (VBG) et d'accès aux soins (santé sexuelle et reproductive, soutien psychosocial)	Niger: Baseline : 0 / Cible : 70% / Endline : 100% Mali: Baseline : 0 / Cible : 70% / Endline : 97%. RDC: Baseline: 0 / Cible 100% / Endline : 100% *Nombre d'initiatives collectives menées par et pour des pairs/ bénéficiaires soutenus dans le cadre du projet Niger: Baseline : 0 / Cible : 8 / Endline : 11 Mali: Baseline : 0 / Cible : 8 / Endline : 8 RDC: Baseline : 0/ Cible: 3 / Endline : 3 *% de personnes déclarant avoir été victime de violences, et souhaitant se faire référer, ayant accédé à une prise en charge (en santé mentale ou physique et accès aux droits) Niger: Baseline : 0 / Cible : 20% / Endline :59% Mali: Baseline : 0 / Cible : 20% / Endline : 100% RDC: Baseline 0/ Cible: 25% / Endline :7 *Proportion d'investigations lancées après une alerte épidémique en moins de 48h. Niger: Baseline : 0 / Cible : 80% / Endline : 67% Mali: Baseline : 0/ Cible : 80% / Endline : 67% RDC : Baseline : 0/ Cible : 80% / Endline :100%	Rapport des intervenant du terrain Base de données du programme Rapports d'évaluation	Les animateurs locaux ne pilotent pas suffisamment le processus Risque d'être stigmatisé et/ou menacé quand une survivante déclare avoir été victime ou veut porter plainte contre l'agresseur Faible engagement dû aux tensions inter-ethniques, des « Notables » et leaders communautaires des différents groupes ethniques
	R2: Renforcer les capacités des services de prise en charge médicale (e.a. SSR/ VBG) et psychosociale des personnes affectées directement ou indirectement par le conflit e.a. les Survivantes de Violences Basées sur le Genre	*Taux d'accouchements assistés par un personnel qualifié Niger: Baseline : 50%/ Cible : 70% / Endline : 34% Mali: Baseline : 54% / Cible : 60% / Endline : 93% RDC: Non applicable *Taux de réunions stratégiques du projet comprenant la participation active de représentants des communautés. Niger: Baseline : 0 / Cible : 75% / Endline : 100% Mali: Baseline : 0/ Cible : 75% / Endline : 100% RDC: Baseline : 50%/ Cible : 75% / Endline :100% *Taux des structures de santé qui intègrent le screening pour les violences dans leur protocoles et questionnaires de prise en charge Niger: Baseline : 0 / Cible : 60% / Endline : 100% Mali: Baseline : 0 / Cible : 70% / Endline : 100%	Registres d'Etat civil / enquête de population/SNIS Rapports des réunions Données du programme	Non-respect de la gratuité par les prestataires de soins

		RDC: Baseline : 0 / Cible : 80% / Endline : 100% *Proportion de districts appuyés ayant un plan de contingence / plan de préparation investigation et réponse pour la gestion des épidémies et des catastrophes naturelles Niger: Baseline : 0 / Cible : 100% / Endline : 65% Mali: Baseline : 0 / Cible : 100% / Endline : 100% RDC: NA	Rapports d'évaluation Rapports d'évaluation des districts	
	R3: Renforcer le plaidoyer sur l'accès aux droits en SSR en particulier pour les jeunes et adolescent.e.s (accès PF, hygiène menstruelle, mariage précoce), ainsi que sur la lutte contre les VLG, cela en intégrant un volet de recherche opérationnelle identifiant les barrières socio culturelles pour chaque contexte spécifique	*Nombre de diffusions de travaux de MdM ou auxquels MdM contribue à des fins de plaidoyer Niger: Baseline : 0 / Cible : 4 / Endline : 4 Mali: Baseline : 0 / Cible : 2 / Endline : 4 RDC: NA *Nombre de sollicitations externes à faire partager notre expertise (de MdM et/ou ses partenaires de mise en œuvre) Niger: Baseline : 0 / Cible : 2 / Endline : 2 Mali: Baseline : 0 / Cible : 1 / Endline : 3 RDC: Baseline : 0 / Cible : 1 / Endline : 5 *Taux d'actions de plaidoyer (RdV avec décideurs, actions de communication, consultations législatives etc.) où participent des bénéficiaires. Niger: Baseline : 0 / Cible : 4 / Endline : 4 Mali: Baseline : 0 / Cible : 4 / Endline : 6 RDC : Baseline : 0 / Cible : 2 / Endline : 2	Rapport d'activité Rapport d'activité (Lettre d'invitation, sollicitation) Base de données du programme	Barrière culturelle liée au genre
Activités	Voir dans chaque Résultat ci-dessous ainsi que dans le chronogramme en annexe			
Conditions Préalable	* La situation sécuritaire reste globalement stable dans la région et permet le maintien des interventions des équipes MdM (expatriées comme nationales) dans la zone. * Les médicaments et autres matériels nécessaires sont disponibles auprès des Centrales d'achat humanitaires reconnues par le bailleur de fond. * Des protocoles d'accord (MoU) sont signés avec les autorités sanitaires concernées permettant aux équipes l'accès aux formations sanitaires ciblées.			

4.3.2 Informations plus détaillées par résultat⁶

4.3.2.1 Résultat 1

Renforcer les mécanismes communautaires de sensibilisation, d'empowerment, de prévention et d'alerte précoce en termes de protection (VBG) et d'accès aux soins (santé sexuelle et reproductive, soutien psychosocial)

4.3.2.1.1 Au stade de la proposition

- Secteur : « Protection »
Sous-secteur associé : « Violences Liées au Genre »
- **Bénéficiaires (statut + nombre) : 178170**
 - 125535 femmes en âge de procréer (FAP) : 66542 (Niger), 58 013 (Mali), 980 (RDC)
 - 33629 Jeunes/adolescent.e.s : 16666 (Niger), 14062 (Mali), 2 900 (RDC)
 - 497 acteurs communautaires (Recos, matrones et DBC) : 242 (Niger), 195 (Mali), 60 (RDC)
 - 90 lanceurs d'alerte : 40 (Niger), 50 (Mali), 0 (RDC)
 - 132 Survivantes de VSBG : 42 (Niger), 60 (Mali), 30 (RDC)
 - 5000 enfants en situation de rue pris en charge : 0 (Niger), 0 (Mali) 5 000 (RDC),
 - 125 enfants réunifiés : 0 (Niger), 0 (Mali), 125 (RDC)
 - Personnes âgées sensibilisées sur la SSR ; VSBG et protection de l'enfant : 4318 (Niger), 3927 (Mali), 0 (RDC)
 - 140 éducateurs/enseignants : 100 (Niger), 40 (Mali), 0 (RDC)

Indicateurs pour ce résultat 1 :

- Taux de structures sanitaires et distributeur communautaire prêtes (dotées de stocks et de prestataires qualifiés) à proposer au moins 3 méthodes modernes de planification familiale.
- Nombre d'initiatives collectives menées par et pour des pairs/ bénéficiaires soutenus dans le cadre du projet
- % de personnes déclarant avoir été victime de violences, et souhaitant se faire référer, ayant accédé à une prise en charge (en santé mentale ou physique et accès aux droits)
- Proportion d'investigations lancées après une alerte épidémique en moins de 48h.
- **Activités associées au résultat**

Renforcer le mécanisme local de la veille humanitaire pour assurer les alertes précoces en santé (SIMR) et en protection avec un accent particulier sur les enfants, le déplacement des populations et les violences sexuelles

Des comités de protection seront mis en place dans les villages qui n'en disposent pas. Pour les villages qui en disposent déjà, les comités de protection existants seront redynamisés et recyclés sur les thématiques en lien avec les violences sexuelles basées sur le genre, les droits en SSR (e. a mariage précoce/ grossesses précoces) et la veille épidémiologique. Un état des lieux des comités de protection et d'alerte précoce existants sera conduit au début du projet, conjointement avec le service départemental pour évaluer la viabilité des comités mis en place par la direction de la promotion de la femme et la protection de l'enfant.

Sensibiliser les populations sur la disponibilité des services SMSPS, SSR et PEC VSBG

⁶ Par résultat identifié dans le cadre logique, des informations plus détaillées nécessaires à la bonne compréhension de la proposition/du rapport seront assemblées ici. Une sous-section spécifique par résultat au stade de la proposition, du rapport intermédiaire et du rapport final a été prévue (veuillez ne pas mettre à jour l'information d'un stade précédent dans cette section, veuillez commenter le changement dans la sous-section appropriée du résultat).

Des relais communautaires seront recrutés et briefés sur les principaux messages à communiquer à la population concernant la disponibilité des services de santé : sexuelle et reproductive, mentale et soutien psychosocial (SMSPS) ainsi que de prise en charge médicale des survivantes de violences sexuelles. Les autres acteurs communautaires comme les matrones, les guérisseurs traditionnels, les marabouts ou les radios communautaires seront également impliqués dans la diffusion des messages.

Appuyer le renforcement de capacités des éducateurs

Ceux-ci offriront des appuis/conseils tout en évaluant non seulement l'amélioration des pratiques professionnelles, mais aussi de s'assurer si ces pratiques répondent aux besoins spécifiques des enfants et jeunes avec un focus plus particulier sur les jeunes filles vue leur plus grande vulnérabilité.

Former et accompagner les acteurs communautaires (matrones/ATR et relais communautaires) sur l'identification et l'orientation des cas (e.a. signes de danger de la grossesse, traumatisme psy, ...)

Les acteurs communautaires et particulièrement les relais communautaires seront formés sur les principales pathologies en santé mentale, signes de danger de la grossesse et violences sexuelles. Ils seront capables d'identifier et de référer des personnes présentant des besoins en santé mentale et les victimes de violences sexuelles en respectant la confidentialité obligatoire. Ils recevront une motivation conformément à la politique de santé communautaire du pays. Concernant la santé mentale, certains relais suivant les capacités d'adaptation seront formés sur les premiers secours psychologiques pour être capables d'assurer une première réponse aux personnes en détresse. Le psychologue de l'équipe du projet leur assurera une supervision formative et une gestion de stress.

Identifier et référer les personnes à besoin de protection et de santé (mentale, SSR et SVSBG)

Les cas graves identifiés par les relais communautaires seront orientés suivant un schéma convenu avec l'ECD et la direction de la promotion de la femme et la protection de l'enfant. Etant donné que les gouvernements ne remboursent pas encore régulièrement les frais de recouvrement de la gratuité ciblée, les structures de santé recevront une dotation ponctuelle en médicaments essentiels et une prime forfaitaire mensuelle de compensation afin de garantir la gratuité des soins aux cas référés.

Elaborer une cartographie des acteurs SSR et définir un circuit de référencement des SVS

La cartographie des acteurs SSR et SVBG sera destinée à définir "qui fait quoi où" et pour combien de temps. Cet outil sera élaboré en coordination avec les autres acteurs SSR au sein du sous-cluster santé et du groupe de travail VBG. La cartographie des acteurs permettra de tracer un circuit du patient dans l'espace régional pour avoir accès aux services SSR, de santé mentale et soutien psychosocial.

Mettre en place la stratégie DBC (distributeur à base communautaire des contraceptifs)

Les distributeurs à base communautaires DBC seront recrutés et formés pour assurer une offre de service de planning familial au niveau communautaire en milieu rural conformément à la politique de santé communautaire du pays. Au Niger, cette activité sera réalisée à travers le partenariat avec l'ONG SongES. Au Mali, cette activité sera réalisée à travers du réseau de RC / ATR Equipe mobile et dans les CSCom.

Appuyer la gestion et promotion de l'hygiène menstruelle en milieu scolaire

Des complexes d'enseignement secondaire seront dotés de construction de toilettes à cabines avec des dispositions appropriées pour faciliter l'hygiène menstruelle des filles. Les filles seront sensibilisées et accompagnées par les enseignantes et élèves pairs éducatrices sur la gestion de l'hygiène menstruelle. Une dotation initiale en kits d'hygiène menstruelle sera fournie trimestriellement.

Sensibiliser et former les adolescents.es, les familles et la communauté dans leur rôle de prévention de la violence (psychologique, physique, sexuelle) et leurs conséquences

Les séances de communication de proximité pour le changement de comportement à l'égard des adolescent.e.s seront réalisées par des pairs éducateurs, recrutés parmi les élèves, les enseignants des

écoles, les membres des comités de protection et les responsables de mobilisation communautaire des centres de santé. La sensibilisation sera faite aussi à travers le théâtre ambulant.

Renforcer le pouvoir d’agir des jeunes dans les communautés, les clubs de jeunes, des groupes d’action famille, les comités locaux de protection par des activités éducatives avec une attention particulière pour les filles

La formation des représentants des familles, des responsables des Groupes d’Actions Familiales, des jeunes en situation de vulnérabilité sera au cœur de l’action afin qu’ils contribuent à l’application effective de la loi portant protection de l’enfant et l’accès des enfants aux différents services. Ils contribueront ainsi à donner une réponse concrète et adaptée aux problèmes accrus de violence et d’abus des mineurs.

4.3.2.1.2 Rapport intermédiaire

- Mise à jour⁷ des indicateurs
- Mise à jour⁴ des bénéficiaires (statut + nombre)
- Mise à jour⁴ des activités

4.3.2.1.3 Rapport final

- Indicateurs pour les résultats obtenus

Mali :

Indicateurs Résultat 1 :

Logique d’intervention	Base ligne	Cible finale (24 mois)	Niveau d’exécution	Commentaires
Indicateur R1.1. Taux de structures sanitaires et distributeur communautaire prêtes (dotées de stocks et de prestataires qualifiés) à proposer au moins 3 méthodes modernes de planification familiale.	0	70%	(97%)	Selon les rapports de supervision conjointe, 38 CCom/39 proposent au moins 3 méthodes modernes de planification familiale (exemple: pilule, injectable, et implant). On note que les données des 80 distributeurs communautaires qui ne proposent qu’une seule méthode n’ont pas été prises en compte.
Indicateur R1.2. Nombre d’initiatives collectives menées par et pour des pairs/ bénéficiaires soutenus dans le cadre du projet	0	8	(100%)	Huit initiatives menées par et pour des pairs/ bénéficiaires ont été soutenues dans le cadre du projet dans les localités de Kita, Banfara, Farabala, Boudofo, Keniéroba, Bankassi, Founia et Badenko. Celles-ci ont porté entre autres sur la fabrication et la commercialisation des serviettes hygiéniques réutilisables, l’enregistrement de l’enfant à l’état civil, etc.
Indicateur R1.3. % de personnes déclarant avoir été victime de violences, et souhaitant se faire référer, ayant accédé à une prise en charge (en santé mentale ou physique et accès aux droits) -désagré par tranche d’âge (0-59 mois, 5-17 ans, 18-49 ans, 50 ans et plus) -désagré par sexe (masculin, féminin) -désagré type de prise en charge (médical, médical et SPS, SPS, Référé) -désagré catégorie de VBG (physique, sexuelle, morale & psychologique, Culturelle & Traditionnelle, économique & sociale)	0	20%	100%	Grace aux formations dispensées aux prestataires et aux appuis multiples aux CCom et la mise en place de système de One Stop Center (Guichet unique), l’ensemble des personnes (158) victimes de violences dont 134 sont de sexe féminin identifiées et référées par les animateurs, structures partenaires et les acteurs communautaires ont effectivement accédé à une prise en charge (en santé mentale ou physique et accès aux droits). Au total, 65 personnes ont été admises et prise en charge au One Stop Center tandis que les structures de santé ont enregistré 93 cas se répartissant comme suit : • Médical : 99 cas • Médical et SPS : 49 cas

⁷ La mise à jour et les explications doivent porter tant sur les progrès que sur les changements faits par rapport à la proposition.

Aide Humanitaire

				- SPS : 10 En ce concerne les types de violences : - Physique : 59 - Sexuelle : 12 - Morale & psychologique : 52 - Culturelle & Traditionnelle : 18 - Economique & sociale : 17 Par tranche d'âge : 0-59 mois : 5 5-17 ans : 22 18-49 ans : 119 50 ans et plus : 12
Indicateur R1.4. Proportion d'investigations lancées après une alerte épidémique en moins de 48h.	0	80%	67%	A la demande des autorités sanitaires, le projet a soutenu deux actions d'investigations après des alertes. Le DS de Kita a été appuyé dans la réponse à des situations d'épidémie (riposte à des cas déclarés de rougeole à Moro-moro, riposte de cas de tétanos à Kobri). Une situation de rougeole dont l'information nous a été partagée tardivement par le DS, ce qui explique ce faible taux de réalisation.

Niger :

Logique d'intervention	Baseline	Cible finale	Niveau d'atteinte période actuelle	Commentaires
Taux de structures sanitaires et distributeur communautaire prêtes (dotées de stocks et de prestataires qualifiés) à proposer au moins 3 méthodes modernes de planification familiale.	Niger : Baseline : 0 /	Cible : 70 %	100 %	Au cours de la 1ère année de mise en œuvre 15/27 DBC soit 56% offraient au moins trois méthodes modernes de planification familiale. Ce taux est passé à 100% (27/27) au cours de la deuxième année de mise en œuvre. Ces derniers ont impacté 3 586 personnes à travers la fourniture de services de PF.
*Nombre d'initiatives collectives menées par et pour des pairs/ bénéficiaires soutenus dans le cadre du projet	Niger : Baseline : 0 /	Cible : 8	11	Un total de 11 (7 à Bagaroua et 4 à Tillia) initiatives collectives sur 8 prévues ont été menées par et pour des pairs/ bénéficiaires soutenus dans le cadre du projet. Ces initiatives se rapportent au recours à des services de Facilitateurs Communautaires (FACOM) de l'approche holistique dans le cadre de la mobilisation des communautaires et ont enrichie l'animation des séances de formation surtout sur les thématiques de la protection, l'accompagnement des acteurs, la collecte et l'archivage des données.
*% de personnes déclarant avoir été victime de violences, et souhaitant se faire référer, ayant accédé à une prise en charge (en santé mentale ou physique et accès aux droits)	Niger : Baseline : 0 /	Cible : 20%	59 %	Sur les 101 cas de VBG enregistré, 60 ont été prise en charge selon le protocole sur la durée du projet. La moyenne pour les deux années est de 59%

Commenté [AG3]: 47 en endline

Commenté [CMN4R3]: **Objectif 47 en endline**
avec 59% en fin de projet
et 47% en endline

Aide Humanitaire

Proportion d'investigations lancées après une alerte épidémique en moins de 48h.	Niger : Baseline : 0 /	Cible : 80%	67 %	Au cours du projet, 755 acteurs communautaires (F : 275 ; H : 480) membres de comités villageois/urbains de protection ont été briefés sur la veille épidémiologique. En octobre 2023, trois alertes épidémiques ont été lancées, dont deux ont fait l'objet d'une investigation avec la confirmation d'un cas positif de diphtérie. Les deux personnes concernées sont décédées après une hospitalisation.
--	---------------------------	----------------	------	--

RDC :

Indicateur 1.1 : Taux de structures sanitaires et distributeur communautaire prêtes (dotées de stocks et de prestataires qualifiés) à proposer au moins 3 méthodes modernes de planification familiale		
Valeur de base	Valeur cible	Réalisations
0%	100%	100%
Sources de vérification : bons de livraison de matériels, fiches de gestion des stocks, SNIS.		
Commentaires : 6 centres de santé, parmi lesquels 3 centres étatiques (CS Coulibaly, Casi et Lobo) et 3 centres privés conventionnés (AED, CCN, Don Guanola), ont été appuyés en médicament et ressources humaines dans les 6 communes ciblées de la ville-province de Kinshasa. Cet appui a permis de renforcer l'accès des enfants aux soins de santé, notamment les soins de SSR ; de plus, un système de référencement avec utilisation d'une ambulance a facilité le référencement des enfants nécessitant des soins de niveau secondaire. 100% des structures de santé (6 CS sur 6 appuyés) proposent plus de trois méthodes de planification familiale (PF) moderne, parmi lesquelles au moins : la méthode hormonale (coc, inplano, contraceptif injectable ...), la méthode barrière (préservatif masculin et féminin) et la méthode sur le dispositif intra utérin. Pour arriver à ce résultat, MdM a procédé par étapes successives en vue d'améliorer la complétude et la qualité de la prise en charge : (1) Evaluation du plateau technique des différentes structures, de leur offre en matière de PF et du niveau de connaissance des prestataires de soins en la matière. (2) Renforcement des connaissances et des capacités techniques des prestataires de soins. (3) Identification d'un espace sûr au sein de chaque structure de santé. (4) Dotation des structures de santé en intrants PF (en plus de médicaments et matériels médicaux). Par ailleurs, des cliniques mobiles composées d'1 médecin, 6 infirmiers, 4 leaders de rue, 2 hygiénistes et 1 psychologue, ont sillonné les communes d'intervention dans une ambulance équipée. Les rotations couvraient normalement 5 jours par semaine, en deux shifts jour et nuit. 4.186 enfants, dont 1.743 filles (42%) et 2.443 garçons (58%), ont bénéficié, en marge des consultations médico-psycho-sociales, de sensibilisations sur différentes thématiques dont le PF.		
Indicateur 1.2 : Nombre d'initiatives collectives menées par et pour des pairs/ bénéficiaires soutenus dans le cadre du projet		
Valeur de base	Valeur cible	Réalisations
0	3	3
Sources de vérification : rapports d'activité des centres conviviaux.		
Commentaires : des espaces conviviaux ont été aménagés au sein ou à côté des structures de santé. Dans ces espaces conviviaux ont notamment été organisés, sous l'encadrement de « pairs éducateurs », des focus group pour définir des initiatives socio-éducatives utiles aux enfants et jeunes bénéficiaires. Parmi les initiatives collectives les plus intéressantes ou innovantes, on relève : 1. La mise en place d'un petit comité de dénonciation, auprès des éducateurs et des soignants, et de suivi des comportements violents ou abusifs entre les enfants et jeunes : violences basées sur le genre, incitation à l'usage de drogue dans les centres (notamment la drogue dite « Bombé »), maltraitance, ... Cette initiative a facilité l'intégration de certains adolescents dans le Programme Nationale de Santé pour un suivi rapproché. 2. Dans le cadre des cliniques mobiles, la mise en place d'une équipe des pairs éducateurs et de leaders communautaires chargée de sensibiliser les EdR sur différentes thématiques, d'identifier, rechercher et orienter certains vers l'équipe médicale pour recevoir des soins appropriés, ou encore d'orienter le choix du positionnement de l'ambulance en fonction de la présence de groupes de jeunes (qui sont souvent mobiles). 3. La constitution d'une équipe de jeunes pairs éducateurs chargée spécifiquement de la sensibilisation sur les méthodes contraceptives, de la distribution de masse des préservatifs à leur pairs et de l'orientation des jeunes dans la communauté vers les structures des santé appuyées par le projet.		
Indicateur 1.3 : % de personnes déclarant avoir été victime de violences, et souhaitant se faire référer, ayant accédé à une prise en charge (en santé mentale ou physique et accès aux droits)		
Valeur de base	Valeur cible	Réalisations
0%	25%	7%
		(0% CS LOBO 29% CS Don GUANELA 7% CS CASI 7% CS Communauté des Chemins Neufs

		0% CS AED/BBS 7% CS Coulibaly 0% Clinique Mobile)
Source de vérification : registres et fiches de suivi des cas avec référence au niveau de la clinique mobile.		
Commentaires : les victimes de violence sont identifiées soit par les équipes soignantes des cliniques mobiles intervenant dans plusieurs sites au sein de la communauté, soit par dénonciation des victimes elles-mêmes ou des enfants pairs éducateurs. Au cours de la période de reporting, 17 victimes de violence ont été identifiées parmi lesquelles dont 7 filles victimes de violences sexuelles ; 14 victimes (soit 82,3%), toutes de sexe féminin, ont référées vers des structures ou des intervenants spécialisés (prise en charge médicale dans les centres de santé appuyés, prise en charge psychosociale par la psychologue de MdM, hébergement dans un centre d'accueil et d'hébergement transitoire, prise en charge alimentaire). Notons que le référencement à un acteur ou un service d'accompagnement juridique reste un challenge : aucune victime n'a voulu porter plainte contre le ou les auteurs de violences, qu'ils soient connus ou inconnus, par crainte de représailles, malgré qu'un cadre de protection avec abri leur ait été proposé.		
Indicateur 1.4 : Proportion d'investigations lancées après une alerte épidémique en moins de 48h		
Valeur de base	Valeur cible	Réalisation
0%	80%	100%
Source de vérification : DHIS2, canevas SNIS, dossier médical des structures, rapports MdM (base de données mensuelle)		
Commentaires : MdM est intervenu lors de l'apparition de l'épidémie de Covid-19 aux côtés du Ministère de la Santé, en intégrant le Comité de coordination de la lutte contre le Covid-19 et en prenant part au système de surveillance épidémiologique (alerte et investigation). Un mécanisme de veille épidémiologique a été instauré dans les 6 structures de santé appuyées en vue de détecter rapidement tout cas suspicieux de Covid-19 et de le référer à la Cellule de prise en charge pour investigation dans les 24h. Au cours de la période de reporting, 10 cas suspects ont été détectés et 4 alertes épidémiques ont été lancées dans les 24h suivant la détection ; 100% des cas suspects se sont avérés négatifs. Le projet a travaillé sur les mesures de prévention en renforçant les mesures barrières au Covid-19 : mise en place de circuits de patients au sein des structures de santé, installation de points d'eau pour le lavage des mains avec du savon, mise à disposition de gel hydroalcoolique, mise en place de locaux d'isolement des cas suspects, distribution de masques de protection, mise à disposition d'une ambulance pour les référencement de cas et donation de matériels PCI (Protection, Control, Infection) aux structures afin d'atténuer les risques de contamination des enfants et des personnels.		

- Bénéficiaires (statut + nombre)

Mali :

Bénéficiaires (<i>statut + nombre</i>)	Cible/prévu	Bénéficiaires touchés
Femmes en âge de procréer (FAP)	58 013	23 472 soit 40%
Jeunes/adolescent.e.s	14 062	15 390 (F : 8 334 ; H : 7 056) soit 109%
Acteurs communautaires (Recos, matrones et DBC)	195	195 (F : 92 ; H : 103) soit 100%
Lanceurs d'alerte	50	50 (F : 25 ; H : 25) soit 100%
Survivantes de VSBG	60	65 (F : 61 ; H : 4) soit 108%
Éducateurs/enseignants	40	80 (F : 32 ; H : 48) soit 200%
Pairs éducateurs formés	80	80 (F : 40 ; H : 40) soit 100%
Elèves formés en fabrication de serviettes hygiéniques	151	601 (F : 360 ; G : 241) soit 398%
Personnes âgées sensibilisées sur la SSR ; VSBG et protection de l'enfant	3 927	4 316 (F : 2 646 ; H : 1 146) soit 110%

Le faible taux (23 472/58 013 soit 40%) de femmes en âge de procréer peut s'expliquer par plusieurs facteurs dont le retard du démarrage des activités communautaires et le nombre limité de villages et CSCom couverts par les activités de sensibilisation. C'est ainsi que dans la prochaine phase, de nouvelles radios locales et de nouveaux médias seront identifiés afin de toucher plus de bénéficiaires mais également de nouveaux villages.

Le nombre de 601 élèves formés est très élevé et s'explique par de très haut besoin sur la thématique et ne demandait pas de ressources supplémentaires pour l'implication de plus d'élèves. C'est quoi, l'équipe de Kita a décidé de former plus d'élèves sur la thématique.

Niger :

Bénéficiaires (<i>statut + nombre</i>)	Cible/Prévu pour le Niger (totales) 87.950	Bénéficiaires touchés Rapport final 149.100 (170 %) dont : Femmes : 121189 Hommes : 27911
Femmes en âge de procréer (FAP)	66 542	92 079
Jeunes/adolescent.e.s	16 666	7 291
Acteurs communautaires (Recos, matrones et DBC)	242	142
Lanceurs d'alerte	40	48
Survivant.e.s de VSBG	42	60
Éducateurs/enseignants	100	203 100
Personnes âgées sensibilisées sur la SSR ; VSBG et protection de l'enfant	4 318	49 380

RDC :

Bénéficiaires (<i>statut + nombre</i>)	Cible/Prévu	Bénéficiaires touchés Rapport Semestriel
Femmes en âge de procréer (FAP)	980 (RDC)	ND
Jeunes/adolescent.e.s	2 900 (RDC)	3 763 (filles et adolescentes)
Acteurs communautaires (Recos, matrones et DBC)	60 (RDC)	30
Lanceurs d'alerte	0 (RDC)	4
Survivantes de VSBG	30 (RDC)	17
Éducateurs/enseignants	5 000 (RDC)	129 éducateurs (bénéficiaires directs)
Pairs éducateurs formés	125 (RDC)	30
Elèves formés en fabrication de serviettes hygiéniques	0 (RDC)	0
Personnes âgées sensibilisées sur la SSR ; VSBG et protection de l'enfant	0 (RDC)	0

- **Activités réalisées**

Mali :

R1.A1. Renforcer le mécanisme local de la veille humanitaire pour assurer les alertes précoces en santé (SIMR) et en protection avec un accent particulier sur les enfants, le déplacement des populations et les violences sexuelles**Cette activité a été décomposée en sous activités ci-après en vue de sa réalisation :****Faire un état des lieux des comités de protection et d'alerte précoce dans les villages ciblés par le projet :**

Cette activité a été réalisée en collaboration avec le Service Local de la Promotion de la Femme, de l'Enfant et de la Famille (SLPFEF) du 20 au 21 Avril 2022, dans les 40 villages couverts par le projet. La collecte des informations a été réalisé auprès des membres des conseils de villages, des membres d'ASACO, des élus communaux, des leaders d'association, d'enseignants ou d'agents de santé.

De cet état des lieux, il ressort que :

- 6 (15%) villages disposent d'un comité fonctionnel ;
- 5 (13%) villages disposent de comité non fonctionnel ;
- 29 (72%) villages ne disposent pas de comité.

Mettre en place ou redynamisation les comités dans les villages :

Cette activité visait à redynamiser/recycler les comités non fonctionnels de villages et d'en mettre en place dans les villages qui n'en disposaient pas.

Ainsi, du 25 au 29 Avril 2022, l'équipe du projet D5.1-ERAD/Kita, a procédé à la mise en place de nouveaux comités ou la redynamisation des comités existants dans les 40 villages d'intervention du projet.

Cette activité a été menée par huit agents constitués de cinq animateurs et trois techniciens du service de la promotion de la femme, de l'enfant et de la famille.

Chaque agent était responsable de la mise en place de cinq comités dont un par jour par village.

Un mini-atelier a été tenu dans chaque village, regroupant le chef de village et ses conseillers, les élus, les délégués ASACO, les relais, les agents de santé, les représentants des jeunes, des femmes et des leaders religieux. Des explications claires et détaillées sous forme d'orientation ont été données en assemblée villageoise sur les missions du comité, sa composition, la structuration administrative, les rôles et responsabilité de chaque membre et le fonctionnement du comité de protection.

Les membres du bureau du comité composé de 10 personnes, ont été choisis en assemblée villageoise suivant les descriptifs de chaque poste dont la composition du bureau est la suivante :

- 1- Président ;
- 2- Vice-président ;
- 3- Secrétaire à l'organisation ;
- 4- Un secrétaire adjoint chargé de l'organisation ;
- 5- Un responsable chargé de la prévention et la gestion des cas de violence et maltraitance ;
- 6- Un adjoint chargé de la prévention et la gestion des cas de violence et maltraitance ;
- 7- Un secrétaire administratif chargé à l'information ;
- 8- Un responsable chargé de l'enregistrement des naissances ;
- 9- Un responsable adjoint chargé de l'enregistrement des naissances ;
- 10- Un lanceur d'alertes.

Dans les 10 plus gros villages, le responsable chargé de la prévention cumule également le poste de deuxième lanceur d'alertes.

Par ailleurs, pour assurer la veille humanitaire et les alertes précoces, 50 lanceurs d'alertes ont été identifiés dans la communauté. Le lanceur d'alerte est chargé d'adresser un signal d'alarme avec pour objectif d'enclencher un processus de mobilisation collective. Il a pour rôle d'identifier, d'informer, de dénoncer ou d'orienter tout cas de VBG vers les structures de Prise En Charge (PEC), mais également d'identifier et de déclarer à l'ONG ERAD les cas de situations sanitaires alarmantes dans sa zone d'intervention.

Au cours de la mise en œuvre de projet, l'action a permis de :

- Redynamiser/recycler 11 (28%) comités de protection ;
- Mettre en place 29 (72%) nouveaux comités.

Organiser une formation de base des membres de 40 comités et 50 lanceurs d'alerte :

En 2022, le projet a formé 400 membres des comités de protection dont 50 lanceurs d'alerte (H : 212 ; F : 188) de 40 villages au cours de 11 sessions ayant chacune durée deux jours.

Au cours des sessions, les thèmes développés ont porté sur la définition des concepts clés, le rappel de quelques droits de l'enfant, les mécanismes de protection de l'enfant existants, les types, causes et conséquences des VBG et des violences faites aux enfants. Mais aussi les missions, la composition, la structuration, les rôles, les responsabilités, et le fonctionnement du comité communautaire de protection de l'enfant, le signalement des VBG et les violences faites à l'égard des enfants.

Les participants n'ayant pas obtenu la moyenne lors des évaluations post-test ont bénéficié d'un suivi formatif lors des supervisions.

Commenté [TE5]: VSBG ou VBG ?

R1.A2. Sensibiliser les populations sur la disponibilité des services SMSPS, SSR et PEC VSBG**Pour parvenir à la sensibilisation ci-dessus libellée, les sous activités suivantes ont été mises en œuvre :****Identifier/recruter les relais communautaires :**

En mai 2022, en collaboration avec le Service Local du Développement Social et de l'Economie Solidaire (SLDSES) et les ASACO, 80 Relais Communautaires (RC), en raison de deux relais par village dont 39 hommes et 41 femmes, ont été identifiés sur la base des critères étiatiques à savoir :

- Être issu de la communauté ou du milieu de vie ;
- Être âgé entre 20 à 50 ans au moment de la sélection ;
- Être volontaire (motivé à œuvrer pour sa communauté) / Accepter le bénévolat ;
- Être disponible.

Former 80 relais communautaires :

Après l'identification des 80 relais communautaires (H : 39 ; F : 41), une formation en deux sessions a été organisée du 12 au 13 mai 2022 en deux pôles de 40 participants par session.

La facilitation a été assurée par l'équipe du projet et les thèmes développés pendant les deux jours étaient liés à la sensibilisation sur la disponibilité des services SMSPS, SDSR et PEC VSBG. Les sous-thèmes suivants ont été abordés : les droits de l'enfant, les types de VBG, les causes et conséquences des VBG et de la violence à l'égard des enfants, la dénonciation des VBG et des cas de violence faites aux enfants, les composantes de la SDSR, les généralités sur la planification familiale, les méthodes contraceptives, les généralités sur les CPN, CPON, les grossesses à risque, les généralités sur les IST, le VIH/SIDA, le rappel sur les différentes techniques de communication interpersonnelle, le remplissage des cahiers d'activités et la transmission des données. Les travaux de groupe, le *brainstorming* et les jeux de rôles sont les méthodologies utilisées lors de la formation.

Au cours des discussions, les RC ont affirmé que leurs connaissances ont été approfondies et ont promis d'apporter leurs concours dans les actions favorables à la réduction des cas de VBG, à savoir le mariage d'enfants/forcé, mutilation génitale féminine, etc. En ce qui concerne la planification familiale, les RC ont organisé des visites à domicile afin de sensibiliser les chefs de famille et les chefs de ménage sur les conséquences des VBG et leurs rôles dans la prévention et la gestion des cas de VBG.

A l'issue du pré-test, sur les 80 participants, 37 ont obtenu une moyenne supérieure à 10/20 soit 46%.

Cependant, au post test, 72 participants ont obtenu une note supérieure à 10/20, soit un taux d'assimilation de 90%.

Ceux qui n'ont pas obtenu la moyenne (8 participants) ont bénéficié d'un suivi formatif lors des supervisions.

Ainsi, les RC formés ont véhiculé les messages à l'endroit de la population sur la disponibilité des services SMSPS, SDSR et PEC VSBG. Les autres acteurs communautaires comme les matrones, les guérisseurs traditionnels, les marabouts ou les radios communautaires ont été également impliqués dans la diffusion des messages.

Diffuser des messages radios en lien avec l'activité :

Des messages radios ont été élaborés en étroite collaboration avec les services étiatiques (DS, SLDSES, SLPFEF) et diffusés sur quatre stations de radio en langue nationale (bambara) et en français. Ces diffusions de messages portaient sur la disponibilité des services SMSPS, SDSR et PEC VSBG et étaient diffusés quatre fois par semaine (lundi, jeudi, samedi et dimanche vers 8h, 10h, 17h et 20h) de mai 2022 à février 2023.

En mai 2023, les contrats avec deux radios (Radio Kounadya et Voix des jeunes) de la phase 1 du projet ont été reconduits sur base de leur bonne couverture médiatique et leur popularité dans les zones d'interventions. Une nouvelle radio a été identifiée pour les zones non couvertes par les radios de la ville de Kita. Il s'agit de la radio de Kobri (radio Gangara). Les messages radios, en plus de sensibiliser la population sur la disponibilité des services SDSR, SMSPS, et sur la PEC des VBG, diffusent des messages en lien avec la disponibilité des services et l'importance du One Stop Center.

Célébrer les 16 jours d'activisme contre les VBG :

Deux célébrations étant planifiées : la première réalisée les 6 et 7 décembre 2022 a eu lieu à Makadiambougou, Badinko, Sebekoro et Toukoto par des actions de sensibilisation sur les thématiques du projet.

Ces activités réalisées dans ces quatre villages suscités, ont enregistré la présence des maires ou leurs représentants, d'élus communaux, des DTC, des enseignants, des leaders communautaires, des représentants d'associations de

femmes et de jeunes, de la délégation du suivi technique de la direction de l'ONG- ERAD, etc. Au total, étaient présents 197 personnes dont F : 131 et H : 66.

L'édition 2023 des 16 jours d'activisme ne rentrant pas dans la période d'éligibilité, la célébration de cet événement a été adaptée afin de toucher une franche population de la zone d'intervention dans l'une des thématiques de projet. A travers une prestation théâtrale qui a mobilisé toute la communauté de Badenko autour de la thématique de l'hygiène menstruelle. Ont pris part à cette activité de sensibilisation environ 2 050 personnes dont 1 F : 304 femmes et H : 746. L'Office de Radio et Television du Mali (ORTM) a assuré la couverture médiatique.

Action de visibilité et de matériels de promotion :

La première action de visibilité a été réalisée à travers le lancement du projet qui s'est tenu le 1 mars 2022 au gouvernorat de la région de Kita. Il a réuni la coordination/équipe projet MdM, les autorités politico-administratives de Kita (gouverneur, préfets, maires, conseil de cercle), les autorités sanitaires (DS, SLDES), le service local de la promotion de la femme, de l'enfant et de la famille (SLPFEF), les autorités coutumières, les groupements et associations et les partenaires/ONG.

Ce lancement, diffusé tant sur les médias locaux que sur la chaîne de télévision nationale (ORTM1/Journal TV), a permis d'introduire officiellement l'équipe projet, de promouvoir les objectifs, les résultats attendus et d'assurer une meilleure collaboration avec les parties prenantes. Le lancement du projet a permis d'informer les populations, les autorités locales administratives et coutumières sur les domaines, zones, durée, partenaires du projet, toutes choses qui contribuent à la visibilité et lisibilité du projet.

En outre, MdM, en collaboration avec le partenaire ERAD, a confectionné des supports de communication (affiches, tee-shirts et casquettes) sur la visibilité des actions concernant la disponibilité des services de santé : SDSR, SMSPS ainsi que de prise en charge médicale des survivant.e.s de VSBG.

Organiser des séances de sensibilisation

Durant le projet, 1 467 séances de sensibilisation ont été réalisées par les animateurs de l'ONG ERAD, les membres des comités de protection, les RD, les agents de santé au sein des formations sanitaires soutenues d'une part et dans la communauté d'autre part. Ainsi, les sensibilisations sous forme de causerie éducative, théâtre forum, visite à domicile et dialogue communautaire ont touché 43 776 personnes dont F : 28 773 et H : 15 003. Les thèmes développés sont entre autres l'établissement des actes de naissance, les conséquences du viol, l'importance de la CPN et de la CPON, les mariages d'enfants, la protection de l'enfant, la disponibilité des services SMSPS, SDSR et PEC VSBG.

R1.A3. Appuyer le renforcement de capacités des éducateurs

En vue d'améliorer les pratiques professionnelles répondant aux besoins spécifiques des enfants et jeunes élèves, les activités ci-dessous ont été réalisées :

Identification des éducateurs dans la zone d'intervention du projet :

D'un commun accord avec la Direction du Centre d'Animation Pédagogique de Kita, MdM et ERAD, sur les critères précis de sélection, quatre écoles (Farabala, Kofoulabe, Sambaly Keita, Kofeba) ont été retenues pour servir de base de renforcement de capacités des éducateurs.

Les écoles ont été choisies sur la base des critères suivants : être une école publique, un complexe ou groupe scolaire, une école du second cycle, une école relevant du Centre d'Animation Pédagogique (CAP) de Kita, être dans la ville ou à proximité de Kita, ne pas être bénéficiaire des actions similaires d'une autre organisation et ne pas disposer de latrines aux normes requises.

Pour le choix des éducateurs, les critères qui ont prévalu sont :

- Être un enseignant du second cycle ou conseiller pédagogique ;
- Être d'une école publique ;
- Relever du CAP de Kita ;
- Être de la spécialité enseignement ménager, biologie, éducation civique et morale, d'histoire-géographie ou de la direction de l'école.

Quant aux pairs éducateurs, il s'agit des élèves de 7^{ème} ou 8^{ème} année des écoles d'intervention du projet avec plus de 50% de filles, choisis parmi les meilleurs communicateurs des écoles.

Ceci a permis d'identifier 80 éducateurs et 80 pairs éducateurs potentiels dans les écoles sélectionnées dont 80 ont pris part à la formation.

Former 40 éducateurs/enseignants :

Avec la facilitation des services étatiques (SLPFEF, DCAP) et l'ONG ERAD, une session de formation a été organisée du 21 au 22 mai 2022 à l'intention des enseignants chargés d'encadrer les pairs éducateurs sur la SDSR et les VBG. Ont pris part à cette session, 80 éducateurs/enseignants (H : 48; F : 32 dont une fille en situation de handicap).

Les échanges et exposés ont porté sur les thèmes suivants : définition des concepts clés en VBG et SDSR, les droits de l'enfant, les mécanismes de protection de l'enfant, les types, les causes et conséquences des VBG et les violences à l'égard des enfants, la prévention et le signalement des VBG, la planification familiale, les méthodes contraceptives, les IST et le VIH SIDA.

A l'issue du pré test, sur les 80 participants, 35 ont obtenu une moyenne supérieure à 10/20 soit un taux de 43,75% et lors du post test, un nombre de 76 participants ont obtenu la moyenne de 10/20 soit un taux d'assimilation de 95%.

Organiser des revues mensuelles et échanges sur les VBG en milieu scolaire :

Sur 90 revues mensuelles prévues sur les VBG en milieu scolaire, 40 ont été effectivement réalisées dans les écoles suivantes : 2^{ème} cycle Kofoulabé ; 2^{ème} cycle Sebekoro, 2^{ème} cycle Kassaro, 2^{ème} cycle Badinko, 2^{ème} cycle Farabala, 2^{ème} cycle Ecole A ; 2^{ème} cycle Bendougouba, 2^{ème} cycle Sambaly Keita, 2^{ème} cycle Toukoto, 2^{ème} cycle Kofeba, 2^{ème} cycle de Bankassi, 2^{ème} cycle Tambaga, Niantanso 2^{ème} cycle, Kobri 2^{ème} cycle, Saint Felix 2^{ème} cycle, Senko 2^{ème} cycle, Dafela 2^{ème} cycle, Sibikili 2^{ème} cycle, Brénimba 2^{ème} cycle et Fladougou Marena 2^{ème} cycle.

Ces rencontres ont regroupé des représentants des comités de gestion scolaire, des parents d'élèves, des élèves, des élus et des enseignants des différentes localités concernées.

Les séances de travail avec ces acteurs de l'école ont permis d'identifier les difficultés liées à la réduction des VBG en milieu scolaire et l'élaboration d'un plan d'action de réduction des VBG.

Les activités inscrites dans les plans d'action se rapportent entre autres : mariage forcé et d'enfant ; relation amoureuse entre élèves et enseignants et souvent viol ; harcèlement sexuel ; port des vêtements inappropriés par certaines scolaires ; attouchement entre élèves ; injures des élèves envers les enseignants ; grossesse des filles par des enseignants.

A tous ces points évoqués, des pistes de solutions ont été dégagées :

- Sensibiliser les parents d'élèves sur les conséquences du mariage précoce et forcé ;
- Faire respecter le règlement intérieur et le code déontologique ;
- Prendre des sanctions qu'il faut contre des fautes graves (agression sexuelle, violence physique, etc.) afin de lutter contre l'impunité ;
- Suivi régulier des événements en milieu scolaire par Association des Parents d'Elèves (APE), Comité de Gestion Scolaire (CGS), et la Mairie ;
- CGS et APE rapportent correctement le compte rendu à la Mairie.

Au total 20 plans d'actions ont été élaborés lors de ces revues en milieu scolaires dans 20 écoles du 2^{ème} cycle et les activités identifiées sont en lien aux réalités constatées dans chaque école.

Les axes d'intervention des plans d'action sont tous relatifs à la réduction des VBG en milieu scolaire et la promotion de l'enseignement non violent.

R1.A4. Former et accompagner les acteurs communautaires (matrones/ATR et relais communautaires) sur l'identification et l'orientation des cas (e.a. signes de danger de la grossesse, traumatisme psy, ...)

Les acteurs communautaires et particulièrement les RC ont été identifiés sur la base des critères suivants :

- Accepter de travailler bénévolement sans motivation pour sa communauté ;
- Être à jour dans le remplissage de ses cahiers d'activités pour les relais ;
- Être actif en matière de communication interpersonnelle et transmission régulière des données.

Identifier et organiser la formation de 195 acteurs communautaires

Les 25 et 26 juillet 2022, se sont tenues à Sebekoro, Badinko et Boudofo, trois sessions de formation des acteurs communautaires sur l'identification et l'orientation des cas (Signes de danger de la grossesse, problèmes et troubles psychologiques, etc.).

Ces sessions ont mobilisé 195 acteurs communautaires (20 matrones, 45 RC, 40 religieux, 40 guérisseurs traditionnels, 20 accoucheuses traditionnelles, 10 agents radios de proximité et 20 leaders communautaires).

Les facilitations étaient assurées par les agents de l'équipe ERAD, en présence du Maire et/ou des DTC selon le lieu. Les thèmes développés pendant les deux jours de formation par session sont relatifs aux principaux troubles mentaux, les signes de danger de la grossesse, les conséquences des VBG, les notions élémentaires sur les premiers secours psychologiques, l'identification des personnes présentant des troubles mentaux et les grossesses à risque.

Le pré test a enregistré un nombre de 23 avec une moyenne supérieure à 10/20 soit un taux de 23,23% et un post test ayant vu 79 participants de plus de 10/20 de moyenne soit un taux 79,79%.

Grace à cette formation, ils ont pu identifier et référer 93 personnes présentant des besoins en santé mentale et les victimes de VSBG tout en respectant la confidentialité obligatoire. Les animateurs du projet, tous formés sur les Premiers Secours Psychosociaux (PSP) leurs ont assuré une supervision formative et une gestion de stress avec l'appui technique du psychologue.

Faire la revue des activités menées par les agents de santé et relais.

La revue des activités a démarré en juillet 2022 au niveau des sites d'animateurs (conseillers communautaires recrutés sur le projet pour mener/animer des activités de sensibilisation) afin de collecter les données de sensibilisation. Les sites concernés sont Kita ville (2 secteurs), Sebekoro, Kassaro et Tambaga.

Les revues des agents de santé et des RC sont des cadres de rencontres d'échanges et de collectes des données des sensibilisations menées par les RC au niveau des villages. Elles ont permis de renforcer les relations de collaboration entre RC et agents de santé, d'apporter des solutions aux difficultés rencontrées par les RC dans leurs activités et d'instaurer le devoir de transmissions des données de sensibilisation au niveau CScCom.

Durant le projet, six rencontres ont été organisées par les agents de santé et les RC sous la supervision et l'appui technique des animateurs du projet. Ces rencontres planifiées trimestriellement ont été réalisées à 100%.

R1.A5. Identifier et référer les personnes à besoin de protection et de santé (mentale, SSR et SVSBG)

Conformément au schéma convenu avec l'ECD et la direction de la promotion de la femme et la protection de l'enfant, les animateurs du projet et les RC formés ont identifiés et référés 93 personnes à besoin de protection les structures de prise en charge (CScCom, CSRéf et One Stop Center). On dénombre 80 survivant.e.s de VBG (F : 73, H : 7) et 13 cas de grossesse à risque.

Les 80 survivant.e.s de VBG référés se répartissent en 24 cas d'agressions physiques soit 30%, quatre cas d'agressions sexuelles soit 5%, 11 cas de mariages forcés ou d'enfants soit 13,75% 22% et 41 cas de violences psychologiques soit 51,25%.

Le projet a assuré la gratuité des PEC à travers une dotation ponctuelle en médicaments essentiels et une prime forfaitaire mensuelle de 90 000 FCFA de compensation ainsi que les frais de transport des villages vers les structures de PEC et la restauration.

R1.A6. Elaborer une cartographie des acteurs SSR et définir un circuit de référencement des SVS

Sous la houlette des services étatiques, en particulier le département de la promotion de la femme, de l'enfant et de la famille, MdM avec l'ONG ERAD ont organisé un atelier de cartographie des acteurs SDR et de définition d'un circuit unique de référencement des survivant.e.s de VBG le 22 février 2022 à Kita.

Cet exercice a permis de répertorier tous les acteurs présents dans la région de Kita selon leur domaine et zone d'intervention dans le domaine de SDR et VBG. Plusieurs structures intervenantes dans ces domaines ont été identifiées, notamment trois services techniques de l'Etat, quatre institutions (tribunal, gendarmerie, police/commissariat, maison d'arrêt), deux collectivités ainsi que 22 ONG et associations.

La cartographie des acteurs a été régulièrement actualisée avec les données fournies par les services techniques et la consultation de nouveaux intervenants (en annexe la cartographie des acteurs actualisée).

R1.A7. Mettre en place la stratégie DBC (distributeur à base communautaire des contraceptifs)

Cette stratégie DBC a été mise en place en commençant par l'identification des distributeurs, en suite l'atelier/formation d'orientation sur la stratégie, pour suivre avec la dotation des produits contraceptifs aux agents DBC et pour terminer le suivi et le recueil de l'écoulement de ces produits. Cette activité a été décomposée en sous activités ci-après en vue de sa réalisation :

Identifier 80 distributeurs à base communautaire :

A la demande de l'ONG ERAD, les Directeurs Techniques de Centre (DTC) de 20 aires de santé d'intervention du projet ont identifié deux relais ou Agents de Santé Communautaire (ASC) par village en qualité d'agents DBC à partir des critères suivants :

- Être volontaire ;
- Résider et être de la localité ;
- Être le représentant d'un groupe ou corporation sociale ;
- Avoir un bon témoignage de ses activités précédentes ;
- N'avoir pas d'occupations cumulatives pouvant entraver la bonne marche de ses nouvelles prérogatives.

Organiser un atelier d'orientation et de formation sur la stratégie DBC :

La formation de 80 agents DBC (H : 32 ; F : 48) s'est déroulée à Kita en trois sessions en juin 2022.

La formation était assurée par trois facilitatrices du CSRéf de Kita et trois formateurs locaux des CSCOM.

Les thèmes développés au cours de la formation étaient liés aux définitions des concepts clés : santé de la reproduction, planification familiale, la stratégie DBC et ses avantages ; les rôles et responsabilités des agents DBC, et les limites des DBC.

Le résultat du pré-test a enregistré 19 participants qui ont obtenu une moyenne supérieure à 10/20, soit 23,75%.

Lors du post-test 71 participants ont obtenu la moyenne de 10/20, soit 88,75%.

Doter les agents DBC de contraceptifs :

L'ONG ERAD a reçu de MdM Kita, en août 2022, une dotation de 11 520 préservatifs masculins destinés aux DBC repartis dans les 40 villages d'intervention du projet.

Chaque agent DBC a reçu 144 préservatifs masculins pour distribuer gratuitement aux utilisateurs de sa communauté.

Par la même occasion, un cahier d'activité et un cahier de gestion des stocks a été remis par chaque village après une orientation des agents DBC dans le remplissage des cahiers.

Suivre et recueillir l'écoulement des produits contraceptifs :

Un suivi mensuel était fait par les animateurs dans les 40 villages d'intervention du projet pour avoir une vision sur la situation des sorties des contraceptifs et contrôler le remplissage des cahiers de gestion des stocks.

A la fin du projet, les agents DBC ont distribué 11 349 unités soit un taux de réalisation de 98,51%.

R1.A8. Appuyer la gestion et promotion de l'hygiène menstruelle en milieu scolaire**Cette activité a été décomposée en quatre sous activités ci-après en vue de sa réalisation :**

Elle a permis d'identifier des établissements scolaires et des complexes d'enseignement secondaire, de les doter de quatre blocs de latrines, de trois cabines avec des dispositions appropriées pour faciliter l'hygiène menstruelle des filles ainsi que de distribuer gratuitement des kits d'hygiène.

Afin de mieux faciliter cette action au niveau des écoles, les filles ont été sensibilisées et accompagnées par les enseignantes et élèves pairs éducatrices sur la gestion de l'hygiène menstruelle.

Former 150 élèves en fabrication des serviettes hygiéniques réutilisables :

Le projet a organisé 24 sessions de formation sur la fabrication des serviettes hygiéniques réutilisables à l'intention de 601 élèves des classes de 7ème et 8ème année (F : 360 ; G : 241) des écoles de Sambaly Keita, Farabla, Kofoulabe à Kita et de Kofeba avec la facilitation des agents ERAD de Konobougou et les animateurs du projet. L'écart entre la prévision et la réalisation de cette activité s'explique par l'utilisation optimale des ressources et l'expérience de l'ONG ERAD sur la fabrication des serviettes hygiéniques réutilisables.

A la suite des formations, certains élèves des écoles Sambaly Keita, Farabala et Kofoulabé ont développé une initiative de production et de vente des serviettes hygiéniques réutilisables au sein de leurs établissements respectifs.

Doter des kits d'hygiène menstruelle :

Durant la mise en œuvre du projet, cinq écoles ont été dotées trois fois en kits d'hygiène menstruelle (six cartons de serviettes hygiéniques à usage unique par écoles). Les écoles concernées sont : Ecole Sambaly Keita, école Kofeba, école de Farabala, école de Kofoulabé et le second cycle de Dafela dont le choix a été fait par le Directeur du centre d'animation pédagogique de Kita.

Selon le témoignage des Directeurs d'établissement, enseignants et élèves, ces dotations ont permis de réduire les cas d'absence de certaines élèves pendant leur période de menstruation.

Construire des toilettes à cabines adaptées dans quatre écoles :

En partenariat avec les autorités scolaires et municipales, le projet a réalisé quatre blocs de latrines de trois cabines avec des dispositions appropriées dans les écoles de Farabala, Kofoulabe, Sambaly Keita en vue d'améliorer les conditions d'hygiène des écolières en leur permettant d'accéder à des installations WASH de qualité.

Dans le cadre de la pérennisation de l'ouvrage (utilisation adéquate des toilettes), les Directeurs d'école assurent le suivi et le maintien en état des réalisations.

Organiser des séances de sensibilisations sur l'hygiène menstruelle :

Les pairs éducateurs des 4 écoles d'intervention du projet, après avoir bénéficié d'une formation sur les VBG, la SDSR, la fabrication des serviettes hygiéniques réutilisables et sur les techniques de communication, ont mené 115 causeries éducatives auprès de leurs pairs scolaires mais aussi dans les quartiers et villages. Ont pris part à ces causeries 5 471 adolescents dont 3 386 filles.

Toutes ces actions de sensibilisations ont été appuyées par les enseignantes et les élèves pairs éducateur.trice.s tous formés sur la gestion de l'hygiène menstruelle avec l'accompagnement des animateurs du projet.

Pour faciliter la collecte des données de sensibilisation, des cahiers d'activités ont été mis à leurs dispositions.

Une activité de masse (prestation théâtrale sur le thème de l'hygiène menstruelle) a été organisée à Badenko en faveur de la célébration de 16 jours d'activisme (activité R.1.A2).

R1.A9. Sensibiliser et former les adolescents.es, les familles et la communauté dans leur rôle de prévention de la violence (psychologique, physique, sexuelle) et leurs conséquences

Les éducateurs et les pairs éducateurs ont bénéficié des renforcements de capacités sur les Violences basées sur le genre (VBG). Une orientation de deux jours sur les techniques de communication a été faite à l'intention des pairs éducateurs. Ainsi, 103 adolescentes ont bénéficié de séances de communication/sensibilisation sur la prévention des VBG et leurs conséquences. Ces séances ont été réalisées par les 80 pairs éducateurs choisis parmi les responsables de mobilisation communautaires (59) et les enseignants (44).

Ainsi, 187 **séances de sensibilisation** sur les VBG ont été réalisées au bénéfice des adolescents touchant au total 9 355 adolescents dont 6 235 filles.

Organiser des théâtres forums :

Des journées de représentation théâtrales dans les villages d'intervention du projet ont été réalisées.

Etaient présents aux manifestations théâtrales, les leaders communautaires, les enseignants, les adolescents, es et jeunes, les femmes, les hommes venus pour la circonstance.

Au niveau de chaque village, la journée théâtrale s'est déroulée de la manière suivante : les mots de bienvenue, la présentation de l'ONG et de son partenaire financier et technique, la présentation du projet, la situation du contexte de l'activité, la prestation de la troupe, un résumé des thématiques exposées, les mots de remerciements et la clôture. Ces journées avaient pour objectif de sensibiliser les communautés bénéficiaires sur les rôles dévolus à elles dans le cadre de la prévention des violences (psychologiques, physiques, sexuelles) et leurs conséquences à travers des sketches, chansons et poèmes.

Il s'agit là d'une interpellation à l'endroit de chaque citoyen à jouer sa partition dans la prévention de la violence, le respect du droit des enfants enfin d'impulser la prise de décision par rapport à la réduction des VSBG, la promotion des méthodes de planification familiale, l'orientation des survivantes de VSBG et des troubles de dépression vers les services de santé pour une prise en charge holistique.

Les troupes Ciwara et Sabougnouma, sélectionnées dans ce cadre ont tenu pendant environ 45 mn par prestation les communautés en haleine. Des sketches produits sous forme de relations de faits courants de la société en lien avec les violences conjugales, la planification familiale, ont fait l'objet de présentation avec des rythmes bien cadencés aux goûts des communautés locales.

A tour de rôle les différentes représentativités ont montré leur entière satisfaction par rapport à la présentation des différents sketches pleins de significations, d'émotions et à but éducatif.

Dans l'ensemble, 24 séances de **théâtre /forum** ont été réalisées dans 24 villages sur 24 séances prévues et ont permis de toucher 8372 personnes dont 4706 femmes.

En voici quelques témoignages recueillis : « *A l'issu des sketches présentés, j'ai compris que la femme peut opter pour une méthode de planification familiale de courte durée sans l'accord de son mari* » déclaration faite par un membre de la communauté de Kéniéroba.

A Boudofo, une élue communale s'est exprimée de la sorte : « J'ai apprécié les différentes présentations de la troupe Ciwara et cela m'a permis de mieux comprendre les conséquences du mariage d'enfants, les violences physiques et émotionnelles faites sur nous les femmes. Nous, les illettrés nous portons plus de crédit au vécu plus que les on-dit et j'ai été témoin de certaines des complications résultant d'un mariage d'enfants. Ces illustrations pratiques relatent le concret et permet une large sensibilisation de la communauté d'où le souhait de voir la troupe jouer ces sketches dans tous les villages de la commune ».

R1.A10. Renforcer le pouvoir d'agir des jeunes dans les communautés, les clubs de jeunes, des groupes d'action famille, les comités locaux de protection par des activités éducatives avec une attention particulière pour les filles

Des séances de communication de proximité pour le changement de comportement à l'égard des adolescent.e.s ont été réalisées par des pairs éducateurs, recrutés parmi les élèves, les enseignants des écoles, les membres des comités de protection et les responsables de mobilisation communautaire des centres de santé. La sensibilisation a été faite à travers le théâtre ambulant. Pour se faire, cette activité a été décomposée en sous activités ci-après en vue de sa réalisation :

Mettre en place des groupes d'action famille (grand-mère, grand père, communicateur traditionnel) et les former

En prélude à l'activité de formation, des assemblées générales se sont tenues dans chaque village pour la mise en place des groupes d'action. Les membres des groupes d'action ont été choisis par les communautés en tenant compte des critères de disponibilité, d'accepter de travailler sans contrepartie pour sa population, être grand-père, grand-mère ou communicateur traditionnel.

Dans chaque village, trois personnes ont été choisies dont deux membres et un président qui ont été par la suite formés sur les violences faites aux enfants en particulier les filles, le plaidoyer et les techniques de communication.

Etaient présents les représentants des 40 villages d'intervention du projet composés de grands-pères, grand-mères ou de communicateurs traditionnels d'où un total de 40 participants (F : 10 et H : 30) dont une personne en situation de handicap.

La facilitation a été assurée par le service local de la promotion de la femme de l'enfant et de la famille de Kita avec l'appui de l'équipe ERAD.

Les points développés ont trait aux définitions des concepts enfants, filles, violences sexuelles basées sur le genre ; les types de violences faites aux enfants, les causes, les conséquences, la prise en charge des survivant, es, la protection de l'enfant, les techniques de plaidoyer et de communications interpersonnelles.

Les méthodologies utilisées étaient basées sur le brainstorming, les questions réponses, les études de cas, les travaux de groupe et les jeux de rôle.

Les points de discussion ont porté sur les dénis de ressources, la répartition des charges familiales entre les époux suivant les coutumes et mœurs, le genre.

Des explications claires ont été données dans le remplissage des cahiers de sensibilisation et les rôles des groupes d'action bien définis en mettant l'accent sur la transformation sociale en tant que moteur de développement.

Organiser des rencontres de concertation et d'échange entre groupes d'action autour des VSBG :

Huit rencontres de concertation et d'échanges entre groupes d'action sur huit prévues ont été réalisées dans les localités de Sebekoro ; Badinko ; Kita Darsalam ; Kita Kofoulabé et Tambaga avec la participation de **120 membres des groupes d'action** dont 46 femmes.

Elles ont permis aux membres d'échanger sur leurs rôles et responsabilité en vue d'avoir des angles de réflexion sur la concrétisation d'initiatives collectives dans chaque village en rapport avec la lutte contre les VSBG

Au niveau de chaque base d'animateurs, l'ouverture de la séance est faite soit par le représentant du maire ou soit le chef de village. La facilitation est faite par l'animateur de la zone.

Dans les débats, l'accent est mis sur les rôles et responsabilité des groupes d'action, qui doivent être des agents de changements, un rapport de soutien mutuel doit se tisser entre membres des groupes d'action en vue d'apporter un changement de comportement au sein desquels ils évoluent.

Le groupe d'action étant le moteur du changement au niveau local, la responsabilité d'une transformation sociale en instigant des changements à l'échelle locale (réduction de la violence domestique, des cas de mutilation génitale/excision, défense des droits des femmes) grâce à des actions de sensibilisation.

Le mandat de murir et faire asseoir des initiatives collectives pour la réduction des cas de VBG revient de droit à chaque groupe d'action au niveau village.

Dans le cadre des initiatives collectives menées par les bénéficiaires et soutenues par le projet, les membres des groupes d'action s'investissent dans la mise en place des initiatives et veillent sur la mise en œuvre des actions envisagées.

Niger :

R1 – A1 Renforcer le mécanisme local de la veille humanitaire pour assurer les alertes précoces en santé (SIMR) et en protection avec un accent particulier sur les enfants, le déplacement des populations et les violences sexuelles

Au total, 67 (15 à Bagaroua, 40 à Birni N'Konni et 9 à Tillia) Comités Villageois de Protection (CVP) et 3 Comités Communaux de Protection (CCP) ont été mis en place (49) ou redynamisés (18). Ces comités ont été installés sous le lead des directions départementales de la promotion des femmes et de la protection des enfants. Conformément au décret⁸ régissant la constitution des CVP et CCP, certains profils des membres des comités sont prédéfinis (Chef CSI, Chef village, Imam, directeur d'école). Les autres membres ont été choisis par les communautés lors des assemblées générales qui ont été organisées par SongES en collaboration avec les directions départementales. Les comités existants ont été redynamisés à travers un remplacement des membres défaillants, les renforcements de capacités et l'accompagnement dans la mise en œuvre des activités communautaires (sensibilisation, veille épidémiologique, etc.).

Sur un objectif de 40 lanceurs d'alerte initialement prévu par le projet, 48 (32 à Konni, 12 à Bagaroua et 04 à Tillia) ont été recrutés par les membres des différentes communautés villageoises. Les membres de CVP, CCP (au nombre de 732 dont 480 à Konni, 180 à Bagaroua et 72 à Tillia) et les 48 lanceurs d'alertes ont été formés pendant cinq jours sur la protection des survivant.e.s de VSBG, les droits en SDR et la veille épidémiologique. Après la formation, les membres ont été dotés des outils de travail (registres, les fiches de signalement, les fiches de gestion des cas, les fiches de planification des activités communautaires, les formulaires de PV de réunion et les rapports, etc.). Un état de lieu conduit conjointement par les directions départementales de protection et SongES a abouti à une décision de remise des arrêtés portant la création, l'attribution, l'organisation, la composition et le fonctionnement des CVP/CCP de l'enfants.

R1 – A2 Sensibiliser les populations sur la disponibilité des services SMSPS, SSR et PEC VSBG

Un total de 61 RC (15 à Bagaroua, 40 à Birni N'Konni et 6 à Tillia) a été identifié dans 61 villages et briefés sur les messages à transmettre dans les communautés sur la disponibilité des services de SDR, de SMSPS ainsi que de prise en charge médicale des survivantes de VSBG. Plus de 183 séances de sensibilisations menées par ces acteurs

⁸ Décret No 2019-369/PRN/MPE/PE portant création, attribution, organisation, composition et fonctionnement des comités de protection de l'enfant

communautaires ont permis de toucher 49 380 personnes dans les villages des départements de Konni, Bagaroua et Tillia. Quatre radios communautaires (Radio Niyya FM de Konni, Radio Murnau de Dolle, Radio Egandal de Tillia et Radio Muryar Al Oumma de Bagaroua) ont été identifiées pour la réalisation d'émissions radios et la diffusion des messages de sensibilisation sur la SDRS, les accouchements assistés. Ces radios ont été choisies de concert avec le district sanitaire et la direction départementale de protection en fonction de la qualité de leurs prestations et leur audience. Ainsi deux émissions radios ont été organisées. Chacune de ces émissions a été animée par trois acteurs communautaires. 420 diffusions radios de spots ont également eu lieu et ont permis de toucher 315 000 personnes. La psychologue du projet a identifié et fédéré les Travailleuses du Sexe (TS) de la ville de Konni et de Tsarnoua, grâce à 36 visites effectuées dans les maisons closes. Au total, 134 TS ont bénéficié d'un soutien psychologique et/ou d'une psychoéducation (approche permettant aux TS d'identifier elles-mêmes, sous la guidance de la psychologue, les risques de contraction des IST et les mesures de prévention à adopter). 57 TS à besoins spécifiques ont été connectées aux structures de santé et ont bénéficié d'une prise en charge médicale adaptée à leurs besoins.

R1 – A3 Appuyer le renforcement de capacités des éducateurs

R1.A3. Une mission conjointe MdM, SongES, autorités communales, direction départementale des éducations secondaires, la DDPF/PE a été conduite au mois de juin 2022 pour l'identification de structures scolaires. La mission a permis d'identifier quatre établissements scolaires (CES Elh Sarki Hassan, CEG 3, CES Konni commune et CES franco-arabe) dans la ville de Konni afin de promouvoir la SDRS y compris la gestion de l'hygiène menstruelle. Le choix de ces établissements a été opéré de concert avec la mairie et de la direction départementale de l'éducation de Konni en tenant compte des établissements à effectif élevé et ne disposant pas de toilettes (puisque les établissements cibles devaient bénéficier de la construction de latrines hygiéniques). A partir d'octobre 2022, 100 pair.e.s éducateur.trices et éducateur.trices (70 adolescent.e.s et jeunes et 30 enseignant.e.s) issu.e.s des quatre établissements scolaires ont été identifié.e.s et formé.e.s sur des thématiques de SDRS dont la gestion de l'hygiène menstruelle, droit à la santé, IST/VIH SIDA, disponibilité des services, les VBG, etc Ces formations réalisées en quatre sessions de trois jours chacune sous la supervision de l'ONG SongES, ont été assurées par le point focal santé reproductive et le communicateur du district sanitaire de Konni.

R1-A4 Former et accompagner les acteurs communautaires (matrones/ATR et relais communautaires) sur l'identification et l'orientation des cas (e.a. signes de danger de la grossesse, traumatisme psy, ...)

En dehors de 27 DBC, 115 acteurs communautaires dont 55 matrones, 37 RC et 23 guérisseurs traditionnels ont été identifiés (sur la base de leur réputation au sein des communautés) par leurs communautés afin d'être formés en juillet 2022. Leur formation portait sur l'identification et orientation des cas montrant des signes de danger de grossesses, des problèmes psychologiques et des victimes de VBG. Après la formation et sur les deux ans du projet, ces acteurs communautaires ont identifié et référé 44 victimes de VSBG dont 22 victimes ayant acceptées de se rendre au CSI/ guichet unique pour bénéficier d'une prise en charge.

R1-A5 Identifier et référer les personnes à besoin de protection et de santé (mentale, SSR et SVSBG)

Comme évoqué précédemment (cf. R1.A2), 134 travailleuses de sexe (TS) ont été mobilisées au cours du projet, dont 57 à besoins spécifiques qui ont été connectées aux structures de santé et qui ont bénéficié d'une prise en charge médicale gratuite grâce aux appuis (médicaments et frais de compensation de la gratuité : 3.000 FCFA par patient.e) offerts aux CSI. De même, 101 victimes de VBG ont été identifiées. Au nombre de ces 101 victimes, 60 (soit 59 %) ont bénéficié d'une prise en charge médicale, psychologique et/ou juridique. Grâce à l'appui financier, technique (formations, supervisions formatives) et matériel (équipements et médicaments) offerts aux districts sanitaires/centre de santé, l'ensemble de ces bénéficiaires référées ont pu accéder à des soins gratuits et de qualité.

R1-A6 Elaborer une cartographie des acteurs SSR et définir un circuit de référencement des SVS

Un atelier sur la cartographie a été tenu au mois de juin 2022 avec les acteurs de sous cluster SDRS/VSBG de la région de Tahoua. Durant cet atelier, les échanges portaient sur les mécanismes du renforcement de circuit de référencement. Une cartographie des acteurs de la région de Tahoua est faite et mise à jour régulièrement sous la coordination d'OCHA. Les rencontres du cluster protection et du sous-groupe VBG auxquelles MdM participe permettent de discuter de la synergie entre ONG et les structures de l'Etat dans la prise en charge des victimes de VBG.

R1-A7 Mettre en place la stratégie DBC (distributeur à base communautaire des contraceptifs)

R1.A7. L'ONG SongES a identifié un total de 27 agents DBC dans la zone de d'intervention en collaboration avec les autorités sanitaires de trois districts sanitaires appuyés. En effet, les sites ont été retenus en considérant des aspects

géographiques et d'accessibilité des communautés aux services de contraception. Les DBC sont répartis comme suit :

- 13 DBC au niveau de 5 CSI du DS Konni ;
- 8 DBC au niveau de 3 CSI de Bagaroua ;
- 6 DBC au niveau de 2 CSI de Tillia.

Sur les 27 agents DBC, 13 ont fourni des services de PF au niveau communautaire en année 1 et les 14 en année 2. Ils ont également mené des activités de sensibilisation auprès des populations sur les services de PF disponibles et ils ont distribué des produits contraceptifs (voies orales COC et COP, injectable Sayana press et condoms) au niveau de leurs communautés. Grâce à l'étroite collaboration des DBC et des formations sanitaires, 3 586 personnes ont bénéficié de ces sensibilisations en milieu communautaire sur les services PF et de ces produits contraceptifs.

R1-A8 Appuyer la gestion et promotion de l'hygiène menstruelle en milieu scolaire

R1.A8. Les 70 pair.e.s éducateur.trices, formé.e.s des établissements CES Elh Sarki Hassan, CEG 3, CES Konni commune et CES franco-arabe de la ville de Konni ont sensibilisé, sous la supervision des 30 enseignant.e.s, 1 790 adolescent.e.s et jeunes sur la gestion et la promotion de l'hygiène menstruelle en milieu scolaire (F : 1 490 ; G : 300).

Un bloc de latrine de deux cabines a été construit dans chacun des quatre établissements scolaires précédemment cités. De plus, 3 000 kits d'hygiène menstruelle composée de serviettes hygiéniques, slips et savons ont été constitués et distribués aux adolescentes des écoles appuyées (CEG3 : 450 kits, CES Elha sarki : 756 kits, CES konni commune : 670 kits et CES Franco-arabe : 545 kits distribués). Il convient de noter que ces kits ont été distribués dans la confidentialité et le respect de la dignité suivant des stratégies retenues de commun accord avec les adolescentes bénéficiaires, au travers de focus groupes. Certains kits sont également disposés dans les placards des latrines hygiéniques pour la gestion des menstrues inopinées chez les filles. Un comité de sensibilisation composé de pair.e.s éducateur.trices et d'éducateur.trices a été mis en place dans chaque établissement scolaire pour, au-delà de l'animation de séances de sensibilisation, assurer la gestion des kits d'hygiène menstruelle.

R1-A9 Sensibiliser et former les adolescents.es, les familles et la communauté dans leur rôle de prévention de la violence (psychologique, physique, sexuelle) et leurs conséquences

R1.A9. La présente activité a été menée de manière transversale. Elle a notamment été intégrée aux activités R1.A2 et R1.A8. Ainsi, les notions de prévention des violences et leurs conséquences ont été abordées dans les différentes sessions de sensibilisation. En synthèse :

- 61 RC formés ont assuré la sensibilisation de 49 380 personnes à travers plus de 182 séances de sensibilisation communautaire ;
- 315 000 personnes ont reçu des messages de sensibilisation à travers huit émissions radios et 420 diffusions de spots sur quatre radios communautaires (Dole et Niya à konni, Bagaroua et Tillia) ;
- 70 pair.e.s éducateur.trices et 30 enseignant.e.s formé.e.s ont sensibilisé 1 790 adolescent.e.s et jeunes en milieu scolaire (F : 1 490 ; G : 300).

R1-A10 Renforcer le pouvoir d'agir des jeunes dans les communautés, les clubs de jeunes, des groupes d'action famille, les comités locaux de protection par des activités éducatives avec une attention particulière pour les filles

R1.A10. Une formation sur la transmission des messages de plaidoyer pour les jeunes a été réalisée à Konni. Cette formation a permis d'outiller 31 jeunes sur les techniques de plaidoyer. Ces jeunes formés ont adressé des messages de plaidoyer à l'endroit de la justice, la police et la gendarmerie pour leur implication dans la prise en charge des victimes de VBG. Grâce au plaidoyer des jeunes, ces structures ont désigné des points focaux de VBG qui collaborent avec le staff du guichet unique en vue d'assurer une assistance juridique aux victimes. Ces points focaux assurent également le référencement des victimes qui se présente à leur porte d'entrée vers le guichet unique pour une prise en charge holistique.

Par ailleurs, 17 TS ont reçu une formation sur des techniques de plaidoyer et ont réfléchi de manière participative sur des actions à mener pour renforcer leur accès aux SDR. Malheureusement, cette formation a été réalisée en fin de projet (octobre 2023), ce qui n'a pas permis d'accompagner ces TS dans la finalisation et la mise en œuvre d'un plan d'actions.

RDC :

R1 – A1 Renforcer le mécanisme local de la veille humanitaire pour assurer les alertes précoces en santé (SIMR) et en protection avec un accent particulier sur les enfants, le déplacement des populations et les violences sexuelles

- Le 04/02/2022 : formation de 12 points focaux et infirmiers de 5 zones de santé partenaires sur le monitoring des cas de violence.

R1 – A2 Sensibiliser les populations sur la disponibilité des services SMSPS, SSR et PEC VSBG

- Il n'y a pas eu de sensibilisation sur ce sujet dans les communautés. Par contre, au sein des structures d'hébergement, les jeunes ont été sensibilisés principalement par leurs pairs éducateurs ; de même, en marge des cliniques mobiles auxquelles étaient également associées des leaders de rue.

R1 – A3 Appuyer le renforcement de capacités des éducateurs

- Les 05/02/2022, 11/03/22 et 30/03/2022 : ateliers d'échange d'expérience entre les pairs éducateurs et 18 acteurs communautaires (éducateurs de rue, RECO, ...) pour le référencement des cas de SVS, CPN, CPoN et accouchement vers les structures de santé.
- Du 03 au 04/03/2022 : formation de 30 nouveaux pairs éducateurs et leaders de rue sur différentes thématiques en lien avec la santé sexuelle et reproductive : les grossesses non désirées, les IST, les avortements, les violences sexuelles et les droits de l'enfant. !
- 7 réunions de partage et d'échange d'expériences et de pratiques avec les représentants des organismes et structures partenaires de mise en œuvre du projet et la coordination du REEJER :
 - Le 13/01/2022 : 39 participants (14 femmes et 25 hommes) issus des 6 structures partenaires (OSEPER, CARE, AED, JOS, VTA, CCN), de la DUAS et du REEJER ;
 - Le 24/01/2022 : 15 éducateurs sociaux (9 femmes et 6 hommes) ;
 - Le 23/03/2022 : 25 agents issus des bureaux centraux des zones de santé ;
 - Le 28/03/2022 : 20 assistants sociaux de la DUAS ;
 - Les 08, 11 et 12/04/2022 : 3 réunions regroupant chacune 15 responsables gestionnaires (chefs de projets des structures, administrateurs financiers et comptables, responsables des pôles du REEJER).

R1–A4 Former et accompagner les acteurs communautaires (matrones/ATR et relais communautaires) sur l'identification et l'orientation des cas (e.a. signes de danger de la grossesse, traumatisme psy, ...)

- Du 08 au 10/02/2022 : renforcement des capacités de 7 sages-femmes de 2 structures sanitaires (LOBO et DON GUANELLA) notamment sur le remplissage correct du partogramme.

R1–A5 Identifier et référer les personnes à besoin de protection et de santé (mentale, SSR et SVSBG)

- Les leaders de rue ont joué un grand rôle aussi à ce niveau en marge des cliniques mobiles. Dans les structures d'hébergement, les pairs éducateurs ainsi que tous les intervenants sont susceptibles d'identifier les enfants les plus vulnérables et de les orienter vers les services adaptés.

R1–A6 Elaborer une cartographie des acteurs SSR et définir un circuit de référencement des SVS

- Cette activité avait été réalisée avant le début du projet de la DGD mais la cartographie des acteurs SSR a été régulièrement actualisée avec la coordination du REEJER et la DUAS.
- Le 22 de chaque mois, réunion de coordination et de validation des données mensuelles avec la participation de tous les acteurs concernés : les membres des « communautés protectrices », les zones de santé, la DUAS ainsi que le PNSA (Programme National de Santé des Adolescents).

R1–A7 Mettre en place la stratégie DBC (distributeur à base communautaire des contraceptifs)

- Une équipe de pairs éducateurs a été spécifiquement chargée de la distribution de masse de préservatifs en lien avec des informations et sensibilisations continues sur les méthodes contraceptives.

R1–A8 Appuyer la gestion et promotion de l'hygiène menstruelle en milieu scolaire

- Activité non prévue en RDC.

R1–A9 Sensibiliser et former les adolescents.es, les familles et la communauté dans leur rôle de prévention de la violence (psychologique, physique, sexuelle) et leurs conséquences

- Durant la période de reporting, les sensibilisations ont été orientées davantage vers les ayants-droits que vers les familles et les communautés.

R1–A10 Renforcer le pouvoir d’agir des jeunes dans les communautés, les clubs de jeunes, des groupes d’action famille, les comités locaux de protection par des activités éducatives avec une attention particulière pour les filles

- Organisation de réunions pour l’élection des membres des comité d’enfants.
- Organisation de réunions de partage d’informations sur les intoxications aux différentes drogues.
- Organisation de séances de sensibilisation sur plusieurs thématiques de SSR et sur la prévention de certaines maladies primaires.

Organisation de séances de dépistage volontaire du VIH.

- Moyens et coûts associés finalement engagés

Le budget total dépensé pour le résultat est de : 1.373.636

4.3.2.2 Résultat 2 :

Renforcer les capacités des services de prise en charge médicale (e.a. SSR/ VLG) et psychosociale des personnes affectées directement ou indirectement par le conflit e.a. les Survivantes de Violences Liées au Genre.

4.3.2.2.1 Au stade de la proposition

- Secteur : Protection
- Sous-secteur associé : Santé
- **Bénéficiaires (statut + nombre) : 214641**
 - 130 agents de santé (médecins/ sages-femmes/infirmiers) : 50 (Niger), 80 (Mali), 0 (RDC)
 - 28 personnel psychosocial : 2 (Niger), 2 (Mali), 24 (RDC)
 - 8 agents départementaux de la protection de l’enfant et promotion de la femme : 6 (Niger), 2 (Mali), 0 (RDC)
 - 214475 Enfants de moins de 5ans (consultation curative) : 119952 (Niger), 94488 (Mali), 35 (RDC)
 - 59510 Femmes enceintes (CPN, Accouchements) : 33082 (Niger), 26393 (Mali) 35 (RDC)
- **Indicateurs pour ce résultat 2 :**
 - Taux d'accouchements assistés par un personnel qualifié
 - Taux de réunions stratégiques du projet comprenant la participation active de représentants des communautés.
 - Taux des structures de santé qui intègre le screening pour les violences dans leur protocoles et questionnaires de prise en charge
 - Proportion de district appuyées ayant un plan de contingence / plan de préparation investigation et réponse pour la gestion des épidémies et des catastrophes naturelles
- **Activités associées au résultat**

Doter les centres de santé en équipements de base et en produits de santé y compris ceux nécessaires à la prise en charge des survivant.e.s des VSBG et des problèmes de santé mentale permettant d’assurer la confidentialité de la consultation.

La garantie de l’accès gratuit des populations ciblées aux soins de qualité dépendra entre autres de la disponibilité de médicaments et d’équipements nécessaire pour relever le plateau technique. Les structures de santé seront dotées de médicaments et de matériels médical.

Former/accompagner (par système de coaching ou stage) les prestataires sur le protocole de prise en charge de survivant.e.s de VSBG intégrant le GBV/IMS et le SONUB

Par structure de santé appuyée, des agents de santé incluant la sage-femme (lorsque celle-ci est disponible) seront formés sur le protocole de prise en charge clinique des violences sexuelles basée sur le genre et sur les soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base (SONUB). Les notions sur le système GBVIMS seront abordées pour appuyer l'archivage et l'enregistrement de cas de VSBG.

Mettre en place un système de guichet unique pour la prise en charge des VSBG

Cela permettra d'assurer une prise en charge médicale et psychosociale aux survivantes de VSBG. Les aspects juridiques et de réinsertion socioéconomique feront objet d'un plaidoyer et MdM recherchera des partenaires expérimentés dans ces 2 domaines spécialisés afin de pouvoir orienter / référer les SVS.

Réhabilitation légère des structures de santé (maternité, gestion de déchets et salle de confidentialité)

En fonction des besoins identifiés, des réhabilitations légères seront réalisées soit au niveau des zones à déchets et/ou latrines, soit au niveau des salles réservées aux services de planning familial et écoute des survivantes de VSBG afin de garantir la confidentialité des écoutes et l'intimité des patientes. Les salles seront dotées de petit équipement médical nécessaire à la prise en charge d'une survivante de VSBG.

Former/recycler/accompagner les prestataires sur le guide d'intervention en santé mentale "mh-GAPs"

Les prestataires de soins seront formés sur le "Guide d'intervention mhGAP pour la prise en charge des troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives dans les structures de soins non spécialisées" de l'OMS.

Déployer des équipes mobiles pour assurer des consultations foraines et mobiles sur les sites des PDI

Pour rapprocher les services des usagers, les cliniques mobiles seront déployées pour assurer un paquet minimum d'activités aux populations dans les zones d'accès difficile et éloignées au-delà de 15 km. En cas de mouvement des populations lié au conflit ou à une catastrophe, les cliniques mobiles réaliseront une évaluation rapide des besoins dans un délai de 48 heures après confirmation de l'alerte. Les évaluations seront conjointes avec les autres acteurs de protection présents dans la zone, et suivant la disponibilité.

Réaliser des supervisions conjointes MDM/partenaires de mise en œuvre

Ces supervisions constitueront une opportunité d'autonomisation pour préparer la relève à travers un transfert des compétences aux acteurs nationaux mais aussi une étape de formation in situ en faveur des prestataires et des acteurs communautaires.

Assurer la prise en charge des enfants en situation de rue e.a. via des centres d'hébergement à Kinshasa

Les acteurs du Réseau REEJER assureront l'accès des enfants et jeunes en situation de vulnérabilité aux services de base : protection, santé, accompagnement psychosocial, alimentation, logement et éducation, avec une approche basée sur le genre. Des activités de recherche familiale et de médiation seront menées et faciliteront la réunification familiale des enfants.

Crisis modifier : répondre aux urgences sur des aspects protection/santé (e.a. mouvement des populations, catastrophes et épidémies) non planifiées dans le cadre de cette proposition

En cas de déplacement massif des populations, de survenue d'épidémie de petite ampleur ou de catastrophe dépassant les capacités des autorités, les cliniques mobiles du projet pourront être redéployées vers les zones concernées après demande exprimée des autorités sanitaires et approuvée par le coordinateur général de MdM. Les intrants médicaux et les kits des biens non alimentaires NFI du paquet intégré seront prépositionnés pour assurer une réponse rapide. Un budget de 132.702 euros a été réservé à ce volet. Si avant les 6 derniers mois du financement, ce budget n'a pas été dépensé, MdM

contactera le point focal de la DGD Humanitaire pour proposer une réaffectation des fonds afin d'arriver à une consommation de 100% dans le temps prévu ou dans le cadre d'une No Cost Extension.

4.3.2.2.2 Rapport intermédiaire

- Mise à jour⁴ des indicateurs
- Mise à jour⁴ des bénéficiaires (statut + nombre)
- Mise à jour⁴ des activités

4.3.2.2.3 Rapport final

- Indicateurs pour les résultats obtenus

Mali :

Indicateurs Résultat 2 :

Logique d'intervention	Baseline	Cible finale	Niveau d'atteinte période actuelle	Commentaires
Indicateur R2.1. Taux d'accouchements assistés par un personnel qualifié	54%	60%	93% (24 644 ⁹ / 26 393)	On note une nette progression du taux d'accouchements assistés par un personnel qualifié grâce à la contribution du projet dans le cadre de renforcement des capacités des structures de santé (supervision formative SONUB, sensibilisation communautaire, disponibilisation des médicaments, consommables et petits matériels, supervision conjointe...).
Indicateur R2.2. Taux de réunions stratégiques du projet comprenant la participation active de représentants des communautés.	0	75%	100%	Durant le projet, sept réunions stratégiques ont connu la participation active et effective des représentants des communautés. Il s'agissait essentiellement de : • La réunion d'état des lieux ; • Le lancement du projet ; • L'identification des acteurs ; communautaires ; • L'atelier d'élaboration de la cartographie et circuit du malade. • L'atelier de validation de SOP avec les autres acteurs • Le lancement officiel de One Stop center • L'atelier de capitalisation
Indicateur R2.3. Taux des structures de santé qui intègrent le screening pour les violences dans leur protocoles et questionnaires de prise en charge	0	70%	97%	L'outil de screening conçu par le service Local de la promotion de la femme, Enfants et famille (SLPFEF) a été distribué aux 39 CSCo soutenus lors de la deuxième session de formation des acteurs de VBG le 20 mai 2022. La mission d'évaluation des structures de santé et services VBG réalisée en juillet 2023 a permis de mesurer cet indicateur.

⁹ District Health Information Software, version 2 (DS/DHIS2)

Indicateur R2.4. Proportion de districts appuyés ayant un plan de contingence / plan de préparation investigation et réponse pour la gestion des épidémies et des catastrophes naturelles	0%	100%	100%	A la demande de District, l'équipe du projet a activement participé à l'élaboration de plan de contingence / plan de préparation investigation et réponse pour la gestion des épidémies et des catastrophes naturelles
---	----	------	------	--

Niger :

Logique d'intervention	Baseline	Cible finale	Niveau d'atteinte période actuelle	Commentaires
Indicateur R2.1. Taux d'accouchements assistés par un personnel qualifié	Niger: Baseline : 50%/	Cible: 70 %	34 %	Le taux d'accouchements assistés par un personnel qualifié est de 34% pour une cible attendue de 70%. Cet indicateur n'est pas atteint à la fin du projet car le projet s'est vu confronté à plusieurs barrières culturelles. En effet, les femmes enceintes vont à la CPN juste pour avoir le carnet de la CPN pour bénéficier de l'évacuation vers les CSI ou hôpitaux en cas de complications. Elles finissent à se faire accoucher à domicile par les matrones. MdM continue de travailler avec les prestataires de santé en vue d'améliorer les conditions d'accueil des parturientes dans les maternités et aussi de mettre l'accent sur le déploiement des cliniques mobiles pour les centres de santé non fonctionnels et aux populations géographiques dispersées.
Indicateur R2.2. Taux de réunions stratégiques du projet comprenant la participation active de représentants des communautés.	Niger: Baseline : 0 /	/ Cible : 75	100 %	Le taux de réunions stratégiques du projet comprenant la participation active des représentants des communautés est de 100%. Au total, quatre réunions stratégiques ont eu lieu et connu la participation de représentants des communautés : • Réunion de lancement du projet sous le haut patronage de gouverneur de la province de Tahoua avec toutes les autorités ; • Réunion de plaidoyer avec les autorités sectoriels et locales pour la mise en place du guichet unique ; • Réunion de plaidoyer auprès des autorités de la sécurité et de la justice pour la désignation de points focaux au profit du guichet unique ; • Atelier de clôture du projet.

Indicateur R2.3. Taux des structures de santé qui intègrent le screening pour les violences dans leur protocoles et questionnaires de prise en charge	Niger: Baseline : 0 /	/ Cible : 60 %	100 %	100% des structures de santé ont intégré le <i>screening</i> pour les violences dans leurs protocoles et questionnaires de prise en charge. Cet indicateur a pu être atteint à travers les formations des staffs du ministère de la Santé sur la prise en charge des survivant.e.s de VBG.
Indicateur R2.4. Proportion de districts appuyés ayant un plan de contingence / plan de préparation investigation et réponse pour la gestion des épidémies et des catastrophes naturelles	Niger: Baseline : 0 /	/ Cible : 100%	67%	La proportion de district appuyées ayant un plan de contingence / plan de préparation investigation et réponse pour la gestion des épidémies et des catastrophes naturelles est de 66,6% (2/3) sur une cible de 100%. Le district de Bagaroua a été appuyé pour l'élaboration d'un plan de contingence et celui de Konni pour son actualisation. Le DS de Tillia n'a pas pu être accompagné pour l'élaboration de son plan de contingence en raison des contraintes sécuritaires ayant limité l'accès de l'équipe de projet à la zone.

RDC :

Indicateur 2.3 : Taux de réunions stratégiques du projet comprenant la participation active de représentants des communautés		
Valeur de base	Valeur cible	Réalisation
50%	75%	100%
Source de vérification : rapports des réunions de rencontre et listes de participants. Commentaires : 10 réunions stratégiques du projet ont été tenues au cours de la période de reporting au niveau du consortium ; y ont participé les partenaires de mise en œuvre du projet, les responsables des « communauté protectrices » ainsi que des représentants des enfants pris en charge dans les structures et des représentants de la communauté. Ces réunions ont permis d'échanger sur les objectifs du projet, les activités à mettre en place et leur impact au sein de la communauté, les défis rencontrés ainsi les mesures adaptatives à mettre en place, ou encore sur l'identification des synergies avec les autres acteurs intervenant dans les mêmes zones, afin de d'apporter une réponse globale et complète aux enfants et jeunes en situation de rue. Au préalable, 2 ateliers de préparation avaient été organisés avec 15 responsables des structures membres du REEJER, 10 représentants d'enfants (dont 4 filles et 6 garçons) ainsi 6 membres des « comités protectrices ».		
Indicateur 2.4 : Taux des structures de santé qui intègrent le screening pour les violences dans leurs protocoles et questionnaires de prise en charge		
Valeur de base	Valeur cible	Réalisation
0%	80%	100%
Source de vérification : protocoles, ordigramme et fiches de consultation Commentaires : les 6 structures médicales appuyées ont été renforcées au niveau du processus allant de l'anamnèse au diagnostic jusqu'à la prise en charge. Ces structures intègrent les différents aspects de screening et effectuent, sur base de protocoles nationaux validés par le Ministère de la Santé et appliqués par différents programmes spécialisés, les dépistages suivants : VIH, hépatite, tests de grossesses, explorations liées à la sphère génitale (urines, frottis...), ... Les normes édictées par le Ministère sont donc de stricte application, y compris pour le screening des violences.		

- Bénéficiaires (statut + nombre)

Mali :

Bénéficiaires (<i>statut + nombre</i>)	Cible/Prévu	Bénéficiaires touchés Rapport final
Agent de santé (médecin/ sagefemme/infirmiers)	80	80 (100%)
Personnel psychosocial	2	2 (100%)
Agents départementaux de la protection de l'enfant et promotion de la femme	2	4 (200%)
Enfants de moins de 5 ans (consultation curative)	94 488	80 892 (86%)
Femmes enceintes (CPN, Accouchements)	26 393	28 337 (107%)

Niger :

Bénéficiaires (<i>statut + nombre</i>)	Cible/Prévu	Bénéficiaires touchés Rapport final	% d'atteinte
	153101	168270	110%
Agent de santé (médecin/ sage-femme/infirmiers)	58	75	129%
Acteurs formés sur les DSSR, VSBG et protection de l'enfant et sur la technique de plaidoyer.	90	177	196%
Personnel psychosocial	2	2	100%
Agents départementaux de la protection de l'enfant et promotion de la femme	6	6	100%
Enfants de moins de 5 ans (consultation curative)	119952	134505	112%
Femmes enceintes (CPN, Accouchements)	33082	33505	101%

RDC :

Bénéficiaires (<i>statut + nombre</i>)	Cible/Prévu	Bénéficiaires touchés Rapport Final
Agent de santé (médecin/ sagefemme/ infirmiers)	0	27
Personnel psychosocial	24	15
Agents départementaux de la protection de l'enfant et promotion de la femme	0	ND
Enfants de moins de 5 ans (consultation curative)	0	138
Femmes enceintes (CPN, Accouchements)	0	33 accouchements de filles vivant dans la rue

- Activités réalisées

Mali :

R2.A1. Doter les centres de santé en équipements de base et en produits de santé y compris ceux nécessaires à la prise en charge des survivant.e.s des VSBG et des problèmes de santé mentale permettant d'assurer la confidentialité de la consultation

Afin de garantir l'accès gratuit des populations ciblées aux soins de qualité, des médicaments, consommables, matériels médicaux et d'équipements nécessaires ont été rendus disponibles et accessibles en quantité et qualité ce qui a permis de relever le plateau technique de nos zones d'interventions. Cette activité a été décomposée en sous-activités ci-après en vue de sa réalisation :

Achat des MEG pour les 39 CSCOM

Durant le projet, deux commandes des MEG, consommables et matériels médicaux ont été élaborées, ajustées au budget, validées et lancées (procédures logistiques). Ces commandes ont été lancées respectivement au premier trimestre de l'an 1 et au premier trimestre de l'an 2 du projet.

Les items de la première commande ont été réceptionnés en mars et en juillet 2022, tandis que ceux de la seconde ont été réceptionnés en août et septembre 2023.

Ces commandes ont été faites sur la base des besoins identifiés par les autorités sanitaires et l'équipe du projet au niveau du One Stop Center et des CSCOM appuyés par le financement DGD.

Impression des supports

Pour la bonne gestion des MEG, des supports éditoriaux validés ont été imprimés et mis à disposition dans chaque centre de santé soutenu.

Formation des gérants des dépôts des 39 CSCOM appuyés.

Du 3 au 5 août 2022, en prélude à l'approvisionnement des CSCOM, les gérants de dépôts de vente de médicaments des 39 CSCOM et du CSRéf ont été formés sur la gestion des MEG et l'utilisation des supports de gestion. Au total, 41 participants dont 23 Femmes et 18 Hommes des 39 CSCOM soutenus et du CSRéf ont pris part à cette session de formation. La formation qui a duré 3 jours, a porté sur la commande, la réception, l'arrangement, le stockage, le suivi et l'inventaire physique des médicaments et matériels médicaux.

Dispatching des médicaments

Après l'inventaire physique effectué en juin 2022, il a été procédé au colisage et au dispatching des médicaments pour le premier approvisionnement intervenu en août et septembre 2022. A la deuxième année du projet, chacun des trois approvisionnements (Mars, Juillet et septembre) a été précédé par le même exercice. Il en a été de même pour les commandes exceptionnelles.

Paiement des primes forfaitaires de fonctionnement mensuel

Pour assurer la gratuité des soins aux cibles, le projet a assuré le paiement des primes aux 39 CSCOM suivant la procédure ci-après :

- La présentation de la fiche de consommation moyenne mensuelle
- La présentation de la fiche de consommation bihebdomadaire
- La présentation du bon de commande/réquisition
- La présentation de la fiche de paiement avec les signatures de la mairie, district sanitaire, FELASCOM et de l'ASACO.

R2.A2. Former/accompagner (par système de coaching ou stage) les prestataires sur le protocole de prise en charge de survivant.e.s de VSBG intégrant le GBV/IMS et le SONUB

Des agents de santé, incluant la sage-femme ont été formés sur le protocole de prise en charge clinique des violences sexuelles basées sur le genre VBG et sur les soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base (SONUB) y compris les notions sur le système GBVIMS pour appuyer la gestion des cas des Violences sexuelles Basées sur le genre (VSBG). Les renforcements des capacités des SONUB ont été faites par un système de coaching, plus performant, des différents acteurs au niveau des structures sanitaires appuyées. Cette activité a été décomposée en sous-activités ci-après en vue de sa réalisation :

Formation des prestataires de service pour la prise en charge des VBG

Au total, 83 prestataires ont été formés sur la prise en charge des VBG (37 hommes et 46 femmes). La première session (du 10 au 13 mars 2022) a concerné les DTC et la seconde (17 au 20 mai 2022) les responsables de maternité. Cette formation a permis aux participants d'acquérir des connaissances théoriques et pratiques sur la compréhension des types de Violences Sexuelles Basées sur le Genre, leurs causes et conséquences, le protocole et

les principes directeurs de la prise en charge des cas de VSBG, la définition du mécanisme de coordination du référencement des cas de VSBG dans la région de Kita et l'identification des mesures de protection et de sécurisation des victimes de VSBG.

Accompagnement des prestataires de service pour la prise en charge des VBG et SONUB

Pour renforcer les capacités des prestataires sur les SONUB et la prise en charge clinique des cas de VBG, deux (02) missions de supervision ont été organisées dans 8 structures SONUB. Ces renforcements ont porté sur :

- La prise en charge des lésions physiques dans les 72 heures ;
- La prévention de la transmission du VIH/SIDA dans les 72 heures ;
- La prévention des éventuelles grossesses issues de viol dans les 72 heures ;
- La nécessité de faire vacciner les survivant(e)s contre le tétanos et l'hépatite B dans les 72 heures ;
- Le schéma de prophylaxie post exposition (PEP);
- Le schéma thérapeutique des IST ;
- La nécessité de référer les complications de MGF et les violences psychologiques au CS Réf de Kita.
- La conduite à tenir devant les urgences obstétricales et néonatales avant l'évacuation au CS Réf de Kita selon les procédures et normes du Mali ;

Aussi, les Kit PEP ont été mis à la disposition de One Stop Center et du CSRéf.

R2.A3. Mettre en place un système de guichet unique pour la prise en charge des VSBG

La réalisation de cette activité a nécessité les tâches suivantes :

Evaluation des besoins, travaux de réhabilitation et réception

Pour les besoins de mise en place de One Stop Center, le Médecin Chef du district avec ses services ont identifiés un site respectant les principes d'intégration et de confidentialité. A la suite d'une évaluation des besoins en mai, les travaux de réhabilitation d'un site dans le CSREF pour abriter le guichet unique ont été réalisés en juillet 2022 et réceptionnés le mois suivant. Un an après, une nouvelle réhabilitation a été faite dans le cadre de la mise en œuvre des recommandations du Programme National pour l'Abandon des Violences Basées sur le Genre (PNVBG). Désormais, le bâtiment dispose d'une salle de consultation médicale, une salle d'observation et de repos, une salle d'admission/PEC psychosocial, un bureau pour le Psychologue, une salle pour les enfants et un bureau pour la sécurité et l'appui juridique.

Mobilier et matériel de guichet unique

Après la réhabilitation, le guichet a été doté en matériels et équipements tels que des bureaux, des chaises, des armoires, un ordinateur et imprimante, des lits, un réfrigérateur, une fontaine etc...

Mission de prospection

Pour s'inspirer de l'expérience des One Stop de Center de l'initiative Spotlight, une mission d'échanges avec les acteurs impliqués dans le fonctionnement des guichets uniques a été organisée du 02 au 06 août 2022 dans la commune V du district de Bamako et la ville de Koulikoro. La mission avait pour objectif de capitaliser les expériences, pratiques, collaborations et implications des acteurs VBG dans le fonctionnement des guichets uniques. La mission a porté sur l'élucidation des points suivants :

- Le rôle de chaque acteur VBG ou partenaires dans le fonctionnement d'un guichet unique,
- Les moyens humains, matériels, financiers déployés dans le fonctionnement d'un guichet unique,
- Les liens de collaboration entre l'ONG initiatrice d'un guichet unique et la structure de santé l'accueillant,
- Les outils de travail dans un guichet unique.

Elaboration de SOP

Dans le cadre de la définition des rôles et responsabilités des parties prenantes impliquées dans la lutte contre les VBG dans le district de Kita, un atelier de validation des procédures opérationnelles standards a été organisé en octobre 2022 en partenariat avec le SLPFEF, du CSREF et du SLDS-ES. En plus de ces services, certains acteurs de la société civile, le tribunal et la police ont participé au dit atelier.

Au cours de la rencontre, les points suivants ont été abordés :

- Identification des mécanismes de prévention des VBG au sein de la communauté,
- Définition du mécanisme opérationnel de l'offre des services et soins de prise en charge holistique des conséquences des VBG dans le One Stop Center du district de Kita,
- Définition du cadre de coordination des acteurs
- Révision du circuit de référencement

Atelier d'orientation de référents

Dans le cadre de la mise en place d'un système de guichet unique au CS Réf de Kita, le Service Local de la Promotion de la Femme, de l'Enfant et de la famille avec l'appui de MDM a organisé un atelier de renforcement des capacités des membres de l'équipe du Guichet Unique sur la prise en charge psychosociale, sanitaire, juridique et sécuritaire des survivantes et la gestion de la base de données VBGIMS.

Spécifiquement la formation a visé les objectifs ci-après :

- Expliquer les missions et tâches des membres de l'équipe dans le fonctionnement du guichet unique ;
- Expliquer les rapports de travail entre les membres de l'équipe du guichet unique ;
- Expliquer les directives inter-agences de la gestion des cas de VBG ;
- Entraîner les participants à l'utilisation des supports de gestion de cas ;
- Tenir correctement la base des données VBGIMS ;
- Informer les participants sur les mécanismes d'appui technique et financier et de supervision de MDM ainsi que la gestion des ressources allouées au Guichet unique.

La facilitation a été assurée par le Chargé de plaidoyer et de mobilisation sociale du PNVBG appuyé par le psychologue de MDM. L'atelier a eu lieu du 11 au 12 Novembre 2022 dans la salle de réunion du centre de santé de référence de Kita.

Au cours de l'atelier, les présentations ont porté sur les thèmes suivants :

- **Le Programme National pour l'Abandon des Violences Basées sur le Genre** (Création, Missions, Cadre organique, Organes de gestion et d'administration, Modalités de fonctionnement)
- **Le Protocole National de la prise en charge des VBG** (Clarification des concepts, types de Violence Basées sur le Genre, principes directeurs VBG, les piliers de la prise en charge holistique, les rôles et responsabilités des membres de l'équipe techniques du guichet unique, coordination des interventions de prise en charge des VBG, les supports de prise en charge des VBG, la gestion de l'information sur les VBG dans les contextes humanitaires).

Mission de supervision du PNVBG

Pour assurer un service de qualité aux survivantes de VBG, l'ONG Médecins du Monde Belgique a sollicité une supervision des activités du guichet unique en prélude au lancement officiel. C'est dans ce cadre qu'une mission de supervision du niveau national du PNVBG a été conduite à Kita les 16 et 18 mars 2023. La Coordination médicale MDM et ERAD se sont associés à cette mission pour une meilleure prise en compte des recommandations. Il faut noter que plusieurs échanges ont précédé cette mission et continue afin de capitaliser les acquis et de garantir la qualité de la prise en charge dans le respect de la confidentialité.

La mission a enregistré les constats suivants :

CONSTATS		LEÇONS APPRISES	DIFFICULTES
Points Positifs	Points à améliorer		
• L'engagement des référents des one stop center • L'engagement du partenaire MDM pour la réussite	• L'insuffisance dans la formation de base en VBG des acteurs de prise en charge. • L'insuffisance du nombre de	• Gratuité des services et soins aux survivantes de VBG améliore la fréquentation du service.	• Existence des pesanteurs socio-culturelle • Non faisabilité de certain examen complémentaire pour les cas de viol

- Le bon choix du site - L'implication de certains acteurs dans le fonctionnement du one stop center - L'expérience de certains acteurs dans la gestion de cas de VBG - La prise en charge holistique en cours des cas de VBG de 29 cas de VBG - Le local propre - La disponibilité de médicaments et d'intrants - La disponibilité d'un psychologue au guichet unique - La permanence est assurée - La tenue des réunions de coordination	- personnel formé dans le centre pour la prise en charge holistique. - L'absence de salle pour l'équipe de prise en charge juridique et judiciaire. - L'absence de véranda pour les accompagnants - Non disponibilité du protocole de prise en charge - Absence de registre adapté pour l'enregistrement des cas. - L'absence de base de données adaptée à la collecte et rapportage des cas de VBG	La sensibilisation améliore la fréquentation du one stop center	- Non disponibilité de certains médicaments pour la prise en charge gynécologique - Absence de support adapté à la prise en charge - Exiguïté du local pour la gestionnaire de cas
--	--	---	--

A la lumière des constats les recommandations suivantes ont été formulées :

Recommandations	Responsables
Former les référents à la gestion des cas	PNVBG
Aménager une salle pour la prise en charge psychosociale	MDM/SLPFEF
Aménager un abri (véranda) devant le guichet	MDM
Doter le guichet en protocole de prise en charge	SLPFEF/PNVBG
Doter le guichet en registre adapté pour l'enregistrement des cas	SLPFEF/PNVBG
Rendre disponible une salle pour les survivants	CSREF

Lancement officiel du guichet unique

Le CSREF Kita a abrité la cérémonie de lancement officiel du Guichet unique placé sous la présidence du gouverneur de la région de Kita. En plus de la société civile de Kita, les responsables régionaux et nationaux de la santé, de la promotion de la femme, du PNVBG, de l'ONASR, de la police ont rehaussé l'éclat de la cérémonie à travers leur présence et leur contribution en termes de suggestion d'amélioration. Les radios locales et sites des réseaux sociaux ont assuré la couverture médiatique. Désormais, la date du 25 avril 2023 s'inscrit dans les annales de la protection dans la région de Kita.

Paiement des primes de motivation aux référents

A partir de la prise de service, chaque référent a été mensuellement payé en guise de motivation. Cette prime contribue aux frais déplacement, de communication etc.

Toutes ces stratégies combinées ont permis d'atteindre les résultats suivants en termes de prise en charge des survivantes de VBG.

Avec tout le retard enregistré pour l'opérationnalisation du One Stop center, sur les 60 cas prévus durant la période de projet (2 ans), 65 cas ont été pris en charge au niveau soit un taux de 108%. Sur les 65 cas enregistrés, 61 cas soit 94% sont des femmes et 29 cas des violence physiques soit 45%, 13 cas de violences émotionnels soit 20% et 10 cas de viol soit 15%.

R2.A4. Réhabilitation légère des structures de santé (maternité, gestion de déchets et salle de confidentialité)

Pour atteindre l'objectif fixé pour cette activité, une évaluation des besoins clairement identifiés a été afin d'asseoir le principe. Cette évaluation a permis de procéder aux réhabilitations des CSCOM et aux constructions des incinérateurs de type BECEYA avec mesure dans les CSCOM ciblés dans le but de garantir la confidentialité des écoutes et l'intimité des patient.e.s., d'assainir l'environnement de travail des prestataires de santé et d'avoir un bon espace d'accueil. Cette activité a été décomposée en sous activités ci-après en vue de sa réalisation :

Evaluation des besoins, travaux de réhabilitation et réception

Après l'évaluation des besoins en mars et avril 2022, les travaux de réhabilitation de 13 CSCOM se sont déroulés en juillet de la même année. Il s'agit des CSCOM de Bougaribaya, Tambaga, Sitanikoto, Bafing Makana, Niantansso, Founia, Senko, Makono, Mambiri, Bankassikoto, Fladougou Moro Moro, Darsalam et Makandiamougou.

En 2023, six (06) CSCOM ont été réalisés. Il s'agit des CSCOM de Batimakana, Marena, Bangassi, Kotouba, Madina et Nafadjicoro. Au total, la réhabilitation a concerné 19 CSCOM sur proposition du district.

Travaux de construction des incinérateurs de type BECEYA et réception

Pour la destruction sécurisée des déchets biomédicaux, 07 incinérateurs ont été installés dans les CSCOM selon les indications du district sanitaire avec la supervision de la Direction régionale de la santé de Kayes. Le premier lot a concerné les CSCOM de Founia, Moro Moro, Nafadji Coro, Sébékoro, Sitanikoto réceptionnés définitivement en décembre 2022, et le deuxième lot, les CSCOM de Kourounikoto et Namala Guimbala réceptionnés définitivement en septembre 2023.

R2.A5. Former/recycler/accompagner les prestataires sur le guide d'intervention en santé mentale "mh-GAPs"

Formation des Directeurs Techniques de Santé (DTC)

Cinquante (50) prestataires de soins (37 hommes et 13 femmes) ont été formés sur le "Guide d'intervention mhGAP pour la prise en charge des troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives dans les structures de soins non spécialisées" de l'OMS du 21 au 26 juin 2022 avec la facilitation de Psychiatre de l'hôpital Point G Bamako, d'un agent de santé mentale de CSRéf de Kita et du Psychologue du projet.

A la suite de cette formation, les agents formés ont été régulièrement accompagnés dans leurs activités au cours des supervisions mensuelles (suivi post-formation) pour s'assurer du respect de l'application du protocole de prise en charge médico-psychosociale (MPS) des cas de VBG.

Six agents du partenaire ERAD ont été également formés.

R2.A6. Déployer des équipes mobiles pour assurer des consultations foraines et mobiles sur les sites des PDI

A la demande des autorités sanitaires du district, le projet a soutenu le déploiement des équipes mobiles sur cinq (5) missions afin de rapprocher les services des usagers. Ces missions ont porté sur l'évaluation des besoins et la prise en charge des PDI, l'appui à la campagne nationale PF, l'appui aux stratégies de vaccination et au dépistage de la malnutrition aigüe, la riposte vaccinale contre la rougeole et l'augmentation de la couverture vaccinale par tous les antigènes et le taux de dépistage de la MA. Les différentes missions ont permis d'atteindre les populations dans les zones d'accès difficile et éloignées.

- ✓ Une mission d'évaluation / Actions Médico-Psycho-Sociale (MPS) a été conduite dans les localités de Mambiri et Souransan les 23, 24 et 25 août 2022.

La mission avait pour objectifs :

- Identifier les besoins sanitaires et SMSPS des PDI ;
- Identifier les difficultés d'accès aux services de prise en charge sanitaire et SMSPS des PDI ;
- Assurer la prise en charge médicale des PDI pour les Soins de Santé Primaires (SSP) et Référer / Evacuer les PDI dans les centres de santé les plus proches.
- Identifier les pistes d'actions en faveur des PDI ;

L'équipe pluridisciplinaire qui a assuré la collecte et les interventions psycho-socio-médicales était composée de :

- Une Sage-femme du CSRef de Kita,
- Un Technicien Supérieur de santé du CSRef de Kita,
- Un Administrateur du travail social, Chargé des programmes du SLDS-ES,
- Le psychologue de Médecins du Monde Belgique.

Cette équipe a été épaulée par le DTC de Mambiri et son staff et le 3ème adjoint au Maire de Souransan Tomoto.

Les Soins de Santé Primaires (SSP) ont touché 128 personnes vulnérables dont 70 filles/femmes. Le paludisme est en tête des pathologies prises en charge. Il a représenté plus de 73% des motifs de consultation. Les infections comme les IRA et les IST constituent des pathologies fréquemment rencontrées dans la population des déplacés.

Il ressort des entretiens individuels réalisés que les PDI sont intégrés et bénéficient de l'hospitalité des populations hôtes bien que n'ayant pas de moyens conséquents. Les terres agricoles sont insuffisantes pour nourrir la population. Cette précarité affecte toute la population qui a de la peine à se nourrir, à se soigner et à assurer les frais de scolarisation de leurs enfants. Sur le plan psychologique, la plupart des PDI entretenus développent des troubles de l'humeur. Le sentiment d'abandon et d'impuissance a gagné les cœurs. Le sentiment de désespoir diminue au fur et à mesure que se développent les ressorts de résilience et surtout la prise de conscience des enjeux liés à la limitation des ressources locales. Aucun des PDI écouté n'a reçu par le passé une assistance psychologique malgré les affres dont ont été témoins, certains. La nécessité de l'organisation des groupes de parole s'impose comme une voie salutaire pour la reconstruction des différentes catégories de PDI.

La mission a réalisé 2 focus groupe, 20 entretiens individuels et 128 consultations médicales avec le soutien du CSCOM de la localité et de la collectivité de Souransan.

- ✓ Une mission d'appui à la campagne nationale en faveur de la promotion de la planification familiale est effectuée du 06 au 23/06/2023 au niveau des CSCOM de Niantanso, Kobri, Sitanikoto, Bougaribaya, Kokofata, Tambaga, Sirakoro, Goro, Founia, Senko, Nafadjicoro, Kassaro, Sébékoro, Badinko et Mambiri. Son objectif était de contribuer à la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvénile par l'augmentation du taux de prévalence contraceptive à travers le recrutement des utilisateurs des méthodes modernes de planification familiale. Les méthodes utilisées sont : DIU, Jodelle, Implanon, Pilules (COC, COP), Dépôt/Sayana et a permis de toucher au total 183 femmes.

Tableau N°2 : nombre de méthodes de planification familiale utilisées.

Méthodes	Nombres
DIU	15
Jodelle	102
Implanon	20
Pilules (COC, COP)	27
Dépôt/Sayana	19
TOTAL :	183

Cette mission a permis de toucher 510 personnes dont 383 femmes dans le cadre de communication pour un changement de comportement.

Tableau N°3 : nombre de personnes touchées par les séances de sensibilisation lors de la campagne de planification familiale.

Structure visitée	Nombre Séance réalisée dans l	Personnes touchées		
		H	F	Total

	es Structures			
CSCOM :	13	54	189	243
Groupeement des Femmes	14	28	98	126
Familles	12	45	96	141
Total général	39	127	383	510

- ✓ Le district sanitaire de Kita a été appuyé dans l'organisation d'une mission de la clinique mobile d'appui aux stratégies de vaccination et au dépistage de la malnutrition aigüe du 06 au 21 juin dans les aires de santé de Sibikily, Toukoto, Daféla, Senko, Niantanso, Koféba, Bafing Makana et Makono. Cette mission a permis d'augmenter la couverture vaccinale par tous les antigènes et le taux de dépistage de la MA dans les aires de santé citées à travers la réalisation régulière des activités de vaccination en centre fixe, stratégie avancée et équipe mobile couplée au dépistage actif de la MA chez les enfants de 6 à 59 mois.

Cette mission a permis de toucher :

Tableau 4 : nombre d'enfants vaccinés par antigène et par aire de santé

Aire de Santé	BCG	Penta-1	Penta-3	VAR2	Td	Td2+	Vit-A
Sibikily	21	17	13	31	11	24	75
Toukoto	27	24	23	37	16	37	87
Daféla	64	88	94	53	41	55	91
Senko	22	19	17	13	15	37	78
Niantanso	23	27	24	40	21	23	34
Koféba	22	18	13	19	14	20	33
Bafing Makana	20	16	15	11	09	15	31
Makono	18	23	20	33	16	30	61
Total	217	232	219	237	143	241	490

Ce tableau montre le nombre d'enfants vaccinés et les femmes enceintes atteintes. Ce sont les résultats des cibles rattrapés durant cette activité.

Tableau N°5 : relatif au nombre d'enfants dépistés pour la malnutrition.

Aire de Santé	Total enfants dépistés	PB vert	PB Jaune	PB Rouge	Œdème
Sibikily	207	187	11	09	00
Toukoto	126	109	13	04	00
Daféla	211	184	15	11	01
Senko	187	176	09	02	00
Niantanso	245	216	21	08	00
Koféba	366	347	12	07	00
Bafing Makana	131	126	05	00	00
Makono	261	255	04	02	00
Total	1734	1600	90	43	01

Sur les 1 734 enfants dépistés, 43 enfants présentent un PB rouge.

- ✓ Une clinique mobile a été appuyée dans la riposte vaccinale contre la rougeole dans l'aire de santé de moro moro. Cette riposte s'est déroulée du 05 au 11 mai 2023 au niveau des villages de Bomboti, Bambara, Léko et Kollé dans le dit aire de santé. L'équipe composée de 3 personnes dont 2 agents de santé, 1 mobilisateur et une équipe de supervision composée de 2 personnes dont le Médecin Chef et le point focal PEV. Pour une cible de 1 317, l'opération a permis de vacciner 2 157 enfants soit un taux de réalisation de 182%.

Tableau N°6 : nombre d'enfants vaccinés en stratégie mobile.

Villages	Population totale	Cibles à vacciner (6 mois-5 ans)	Enfants vaccinés 6-11 mois	Enfants vaccinés 12-59 mois	Total vaccinés (6 mois à 59 mois)	Taux de couverture	Nbre de Flacon reçu	Nbre de flacons utilisés	dose reçues	dose utilisées	taux de perte
Total	13784	2895	276	2481	2402	83%	275	257	2750	2570	7%
Bomboti	835	175	43	258	301	172%	35	34	350	340	11%
Bambara	1 558	327	83	676	759	232%	85	80	850	800	5%
Léko	1 088	228	48	447	495	217%	60	53	600	530	7%
Kollé	2 789	586	71	776	847	145%	95	90	950	900	6%
Total	6 270	1 317	245	2 157	2 402	182%	275	257	2 750	2 570	7%

- ✓ Une autre clinique mobile a été appuyée dans le but de contribuer à l'augmentation de la couverture vaccinale par tous les antigènes et le taux de dépistage de la MA dans l'aire de santé de Daféla du 23 Septembre au 02 Octobre 2023 à travers la réalisation régulière des activités de vaccination en équipe mobile couplée au dépistage actif de la MA chez les enfants de 6 à 59 mois.

Cette intervention a permis de vacciner (rattraper) : 719 enfants de 0 à 23 mois, supplémenter 196 enfants de 6 à 59 mois 321 femmes enceintes afin de protéger celles-ci et leurs futurs bébés contre le tétanos.

R2.A7. Réaliser des supervisions conjointes MDM/partenaires de mise en œuvre

Durant la mise en œuvre du projet, sept (7) supervisions conjointes MDM/partenaires de mise en œuvre (CSREF, SLDS-ES, SLPFEF) ont été réalisées dans 39 CSCOM du district sanitaire de Kita. Axées sur la prise en charge médicale des VSBG, les soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base ainsi que la gestion des médicaments, consommables et équipements médicaux, celles-ci ont contribué efficacement le transfert des compétences aux acteurs nationaux mais aussi une étape de formation in situ en faveur des prestataires et des acteurs communautaires.

- ✓ La première mission de supervision conjointe s'est déroulée du 17/10/2022 au 30/10/2022 dans 14 CSCOM (Makandiambougou, Darislam, Badenko, Sebekoro, Kassaro, Nafadjicoro, Djidian, Mambiri, Dafela, Boudofo, Brenimba, Sandianbougou, Balandougou et Batimakana). Celle-ci a permis de renforcer les capacités des prestataires de santé sur la prise en charge médicale des VSBG ainsi que les soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base.
- ✓ La deuxième mission a été effectuée au cours des mois de janvier et février 2023 et a porté sur les protocoles de prise en charge médicale des violences sexuelles basée sur le genre et les soins obstétricaux

et néonataux d'urgence de base (SONUB). En outre, les 08 structures SONUB (Makandianbougou, Darsalam, Djidian, Bendougouba, Badenko, Kokofata, Sebecoro et Siracoro) ont été dotées des matériels SONUB en présence des membres de l'ASACO. En plus des dotations, la mission a insisté sur la nécessité de référer les cas complications de mutilations génitales féminines (MGF) et excision et les violences psychologiques au CS Réf de Kita. Elle a en outre donner des orientataions sur la conduite à tenir face aux urgences obstétricales et néonatales avant l'évacuation au CS Réf de Kita selon les procédures et normes en vigueur au Mali.

- ✓ La troisième mission de supervision conjointe s'est déroulée du 21 mars au 1er Avril 2023 dans les CSCom de Sitanikoto, Kobri, Kokofata, Bougaribaya, Tambaga, Kofeba, Goro, Sirakoro, Senko, Founia, Bendougouba et Sibikily. Cette mission a porté sur le renforcement des capacités des prestataires de santé sur la prise en charge médicale des VSBG ainsi que les soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base.
- ✓ La quatrième mission de supervision conjointe (mai-juin 2023) a été axée sur le renforcement des capacités des huit (8) structures SONUB. Cette mission deuxième du genre a circonscrit comme objectif de renforcer les capacités des prestataires de santé de ces huit structures sur la prise en charge médicale des VSBG ainsi que les soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base.
- ✓ La cinquième mission de supervision conjointe a été réalisée en juin 2023 et a concerné les CSCom de Bangassikoto, Bankassi, Guénikoro, Namala. C'est une supervision formative basée sur le coaching et le training on the job. Les prestataires de santé ont été encadrés dans l'exécution des tâches essentielles en matière de santé sexuelle et reproductive.
- ✓ La sixième mission de supervision conjointe formative réalisée en mai-juin 2023 a porté essentiellement sur la gestion des médicaments, consommables et équipements médicaux dans les cscom du district sanitaire de kita appuyés par le projet. Cette activité a permis d'identifier les tares dans la gestion des depots de vente et de renforcer la capacité des gérants sur la bonne gestion des médicaments et la tenue correcte des supports.
- ✓ La septième mission de supervision conjointe a été réalisée en septembre 2023 et a concerné 06 CSCom (Niantasso, Fladougou Marena, Bankassi, Makono, Bangassikoto et Namala). Celle-ci a permis de renforcer les capacités des prestataires de santé sur la prise en charge médicale des VSBG ainsi que les soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base.

R2.A8. Assurer la prise en charge des enfants en situation de rue e.a. via des centres d'hébergement à Kinshasa

Activité n'a pas lieu au Mali.

R2.A9. Crise modifier : répondre aux urgences sur des aspects protection/santé (e.a. mouvement des populations, catastrophes et épidémies) non planifiées dans le cadre de cette proposition.

A la suite d'un cas suspect de tétanos néonatal signalé par le district, le projet a soutenu une mission d'investigation et de vaccination dans l'aire de santé de Kobri.

La vaccination s'est déroulée dans les 9 villages (Banco, Kokoukoto, Samé, sambaya, Linguékoto, Sambayaba, Niningo, Madina Malinké et Koumakana) de l'aire de santé en raison de un (1) jour par village.

L'équipe de vaccination était constituée de : 1 agent du service local de développement social et de l'économie solidaire (SLDSES), 2 agents de santé (1 agent vaccinateur pour administrer les vaccins et 1 pour le registre et le pointage), 1 relais pour la mobilisation, le DTC et 1 membre de l'ASACO. La cible de la vaccination a concerné les femmes de 14 à 49 ans dont l'objectif est de vacciner 100% des femmes en âge de procréer de ces 9 villages de l'aire de santé de Kobri.

En ce qui concerne les résultats de la riposte au tour du cas, le taux de couverture dans l'aire de santé de Kobri est respectivement : Td1 FE (21.12%) et Td2+ FE (38.53%).

Au cours de cette riposte 1514 femmes en âge de procréer ont été vaccinées dans les 09 villages concernés par l'activité. La moyenne d'âge était 24 ans avec une variance de 98,27. La médiane était 20 ans avec un mode de 14 ans. Dans les neuf villages la moyenne d'âge variait en fonction des villages de résidences. Le village de Linguékoto a enregistré la plus petite moyenne d'âge qui était à 19,52 ans et le village de banco a enregistré la plus grande moyenne d'âge à 26,49 ans.

Niger :

R2.A1. Doter les centres de santé en équipements de base et en produits de santé y compris ceux nécessaires à la prise en charge des survivant.e.s des VSBG et des problèmes de santé mentale permettant d'assurer la confidentialité de la consultation

R2.A1. Dans le but de renforcer les capacités de coordination, notamment de gestion informatisée des données sanitaires, les trois districts cibles (Bagaroua, Birni N’Konni et Tillia) ont été dotés au début du projet d’équipements informatiques et bureautiques. Dans ces trois districts sanitaires, 23 CSI ont reçu un appui financier, matériel et technique tout au long du projet. En effet, sur la base d’une évaluation périodique de performances, chacun des 23 CSI bénéficie d’une subvention mensuelle et des lots de médicaments et matériels médicaux leur permettant d’améliorer leurs plateaux techniques et d’offrir une prise en charge gratuite de qualité aux bénéficiaires (principalement les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans). Il faut également noter que ces approvisionnements en médicaments et matériels médicaux ont permis de réduire significativement le taux de rupture en molécules essentielles au niveau des structures de santé appuyées.

« La dotation en médicaments et en matériel médical a contribué à améliorer la qualité des services de santé et a permis de réduire le recours aux services de santé situés dans les pays voisins, particulièrement au Niger... L’analyse a permis de ressortir des lacunes dans la réalisation des travaux de réhabilitation mettant en lumière des défis au niveau de la logistique ». *Rapport d’évaluation externe finale DGD humanitaire, mars 2024.*

4.3.3 R2.A2. Former/accompagner (par système de coaching ou stage) les prestataires sur le protocole de prise en charge des survivant.e.s de VSBG intégrant le GBV/IMS et le SONUB

R2.A2. Une évaluation des besoins en formation des agents de santé sur la gestion clinique des VBG a été menée conjointement avec les responsables des différents DS cibles et des directions départementales de la promotion de la femme et protection de l’enfant de Konni, Bagaroua et Tillia. Sur la base de cette évaluation 28 agents de santé (15 à Konni, 10 à Bagaroua et 3 à Tillia) et 6 agents des directions départementales de la promotion de la femme et la protection de l’enfant (2 Konni, 2 Bagaroua et 2 Tillia) ont été formés sur le protocole national de prise en charge holistique des VBG.

A la suite de la mise en place du guichet unique de prise en charge des VBG, un autre besoin de formation s’est révélé. Ainsi, une deuxième formation de cinq jours (du 17 au 21 octobre 2023) a été initiée au profit des agents de santé du guichet unique et autres intervenants (police, gendarmerie et justice) à Konni. Elle a permis de former 13 agents de santé (médecins et sage-femmes), trois acteurs de police, gendarmerie et justice sur la prise en charge holistique des survivant.e.s des VSBG.

Par ailleurs, dans le souci de garantir la qualité des accouchements ainsi que les soins post avortement au niveau des formations sanitaires cibles, 34 autres sage-femmes et infirmier.ère.s ont été formé.e.s sur les soins obstétricaux et néonataux d’urgence.

Au total, 75 agents de santé (médecins, sage-femmes, infirmier.ère.s) et autres acteurs de la chaîne de prise en charge ont été formés sur les VBG et/ou les soins obstétricaux et néonataux d’urgence.

4.3.4 R2.A3. Mettre en place un système de guichet unique pour la prise en charge des VSBG

R2.A3. Dans la démarche de mise en place d’un guichet unique de prise en charge des survivant.e.s de VBG dans le district sanitaire de Konni, MdM a pris contact avec les directions régionales de la santé publique et celle de la promotion de la femme et protection de l’enfant. Le but était de les impliquer dans le choix de l’emplacement de guichet unique de Konni.

Un atelier de plaidoyer a eu lieu pour l’identification et la mise à disposition d’un site devant servir de local pour abriter le guichet unique. À l’issue de cet atelier un bâtiment a été identifié au sein de l’hôpital de district de Konni pour servir de guichet unique. MdM a procédé à la réhabilitation et équipement dudit bâtiment. Le guichet unique a également été équipé en médicaments et matériels médicaux. Le personnel en charge du fonctionnement du guichet 24h/24h tous.tes bénéficiant de l’appui technique et financier de MdM est composé de médecins, sage-femmes, infirmier.ère.s, psychologues, travailleur.euse.s sociaux.ales. Une autre activité de plaidoyer a eu lieu auprès de la justice, la gendarmerie et la police pour l’identification des points focaux pour le référencement et le contre référencement des victimes ainsi que la facilitation des procédures juridiques et judiciaires pour les victimes

accueillies au niveau du guichet unique. Le guichet unique a ouvert ses portes en octobre 2023 et a permis de prendre en charge 65 survivantes de VSBG.

4.3.5 R2.A4. Réhabilitation légère des structures de santé (maternité, gestion de déchets et salle de confidentialité)

R2.A4. En mars 2022, une évaluation des besoins en réhabilitation a été menée dans 13 CSI du DS de Birni N’Konni et 7 CSI de DS de Bagaroua. Ladite évaluation a été conduite en étroite collaboration du service étatique de génie civil régional de Tahoua qui a mis à contribution son expertise technique.

Au regard de l’ampleur des travaux, des priorités retenues de commun accord avec les parties prenantes (notamment les DS) et de l’enveloppe disponible, un total de neuf CSI (sans compter le guichet unique) ont bénéficié de travaux de réhabilitation, dont trois à Bagaroua (CSI urbain, CSI Mani Ada et CSI Dandoutchi) et six à Konni (CSI Bazaga, Dibissou, CSI Yaya, Goumbi Kano, Folakam et Binguiré). Lesdits travaux ont concerné globalement le revêtement des murs, le carrelage du sol et de l’intérieur de blocs, le renouvellement d’équipements de plomberie, la construction de latrine, correction de toiture, etc. Ces travaux de réhabilitation ont permis de changer un temps soit peu le visage des CSI bénéficiaires et d’améliorer l’hygiène intra-hospitalière.

Le Directeur de la DDEN/Niger déclare : « Peu de projets collaborent avec les services techniques d’appui comme l’a fait MdM. Elle nous a impliqués tout au long du processus. D’ailleurs, c’est en collaboration avec notre direction, MdM et les chefs d’établissement que nous avons sélectionné les 4 établissements scolaires bénéficiaires des actions du projet »

4.3.6 R2.A5. Former/recycler/accompagner les prestataires sur le guide d’intervention en santé mentale “mh-GAPs”

R2.A5. Une formation sur l’intégration de la santé mentale dans les SSP a été réalisée en septembre 2022. Cette formation a été conduite par deux formateurs dont un formateur du niveau national (ministère) et un au niveau régional (DRSP). Les participants ont été identifiés conjointement avec les responsables des DS. Deux critères majeurs ont été mis en avant pour l’identification des participants : appartenir à une aire de santé avec une forte fréquentation des patients avec troubles mentaux, neurologiques et liés à l’utilisation de substances psychoactives et n’avoir jamais reçu au paravent une formation sur la mh-GAPs. Au total, 16 agents de santé (neuf à Konni, cinq à Bagaroua et deux à Tillia) répondant aux critères d’inclusion ont bénéficié de la formation. Pour la plupart de ces agents, ce fut la première fois qu’ils ont reçu une formation du genre. Beaucoup de feed-back positif ont été enregistrés de la part des agents formés en ce qui concerne leurs capacités d’identification et d’accompagnement des cas.

R2.A6. Déployer des équipes mobiles pour assurer des consultations foraines et mobiles sur les sites des PDI

R2.A6. A partir de juillet 2023, une unité de clinique mobile a été mise en place au niveau de chacun des DS de Bagaroua et de Konni. Chaque clinique mobile est composée d’une équipe de six personnes : un chauffeur, un.e infirmier.ère et une sage-femme du DS, appuyé par l’équipe de MdM (un infirmier, une psychologue et une sage-femme). A travers des sorties mensuelles, la clinique mobile offre un paquet minimum de soins aux populations PDI et hôtes dans les zones d’accès difficile et/ou situées au-delà de 15 km des CSI. Les équipes de clinique mobile ont été également briefées et préparées pour répondre aux évaluations rapides des besoins dans un délai de 48h après confirmation d’une alerte.

R2.A7. Réaliser des supervisions conjointes MDM/partenaires de mise en œuvre

R2.A7. Dans le but d’assurer la qualité des services dans les CSI, des visites de supervision trimestrielles conjointes MdM/DS ont été mises en œuvre. Sur la totalité de la période du projet, 21 missions de supervision ont été effectuées dans deux localités (8 à Konni et 13 à Bagaroua). Ces supervisions, soutenues par des outils/grilles d’évaluation, portaient sur la qualité des services de prise en charge des survivant.e.s de VBG et les performances des CSI en termes de consultations prénatales et accouchements. Lors des missions de supervision, un coaching in situ a été fait par l’équipe de MdM et des DS auprès des prestataires de soins pour une amélioration de la qualité de leurs services en faveur des populations. De même, un contrôle de la qualité du monitoring a été assuré via un croisement des données primaires des CSI et les données renseignées dans le DHIS2 par l’équipe MEAL de MdM.

R2.A8. Assurer la prise en charge des enfants en situation de rue e.a. via des centres d'hébergement à Kinshasa

R2.A8. Activité concernant seulement la RDC.

R2.A9. Cris modifier : répondre aux urgences sur des aspects protection/santé (e.a. mouvement des populations, catastrophes et épidémies) non planifiées dans le cadre de cette proposition

R2.A9. Pas de phénomènes humanitaires marquant pouvant déclencher le mécanisme de « cris modifier ».

RDC :

R2.A1. Doter les centres de santé en équipements de base et en produits de santé y compris ceux nécessaires à la prise en charge des survivant.e.s des VSBG et des problèmes de santé mentale permettant d'assurer la confidentialité de la consultation

- Activité réalisée principalement sous financement de l'AMC, avant le début du projet DGD. Néanmoins, les structures ont continué à être appuyées en intrants médicaux pour éviter les ruptures. Par ailleurs, du 09 au 10/03/2022, 7 gestionnaires de stock des 6 structures sanitaires et de la clinique mobile ont été formés sur la gestion correcte des stocks de médicaments et intrants médicaux.

R2.A2. Former/accompagner (par système de coaching ou stage) les prestataires sur le protocole de prise en charge de survivant.e.s de VSBG intégrant le GBV/IMS et le SONUB

- Les 17/02/2022, 29/03/2022 et 14/04/2022 : ateliers d'échange d'expérience entre 27 prestataires de soins sur l'offre contraceptive, l'accueil des adolescent.e.s et jeunes dans les structures sanitaires et les cliniques mobiles et sur la prise en charge des IST.

R2.A3. Mettre en place un système de guichet unique pour la prise en charge des VSBG

- Activité non prévue en RDC ; un guichet unique pour la prise en charge des VSBG à Kinshasa est en cours d'implémentation par notre partenaire, la Fondation Panzi.

R2.A4. Réhabilitation légère des structures de santé (maternité, gestion de déchets et salle de confidentialité)

- Activité non prévue en RDC sous financement de la DGD.

R2.A5. Former/recycler/accompagner les prestataires sur le guide d'intervention en santé mentale "mh-GAPs"

- Le personnel psychosocial des structures de prise en charge a été sensibilisé par les psychologues de MdM sur la posture professionnelle à adopter (CARE, attitude bienveillante et non jugeante, écoute active). A noter qu'en octobre 2021, avant le début du projet, un atelier de 5 jours intitulé « Trajets d'apprentissage en santé mentale », co-organisé par MdM-BE et Louvain Coopération, a visé l'échange d'expériences, de savoirs et de bonnes pratiques en matière de santé mentale suivi psychosocial des EsR.

R2.A6. Déployer des équipes mobiles pour assurer des consultations foraines et mobiles sur les sites des PDI

- Les PDI ne sont pas un groupe cible du projet RDC qui s'est déroulé dans la ville de Kinshasa ; néanmoins, des missions de clinique mobile ont eu lieu plusieurs fois par semaine (maximum 5) dans 10 sites de rassemblement et ont ciblé les enfants et jeunes vivant dans la rue et parfois réfractaires à intégrer des structures de prise en charge.

R2.A7. Réaliser des supervisions conjointes MDM/partenaires de mise en œuvre

- Les supervisions font partie du travail de routine des staffs médicaux et psychosociaux de MdM.

R2.A8. Assurer la prise en charge des enfants en situation de rue e.a. via des centres d'hébergement à Kinshasa

Prise en charge médicale et psychosociale des EsR durant la période de reporting :

6 093 consultations médicales ont été dispensées, dont 2 734 pour les filles (45 %) et 3 359 pour les garçons (55 %) ; 1 269 enfants et jeunes ont bénéficié des soins en SSR, dont 939 filles (74 %) et 330 garçons (26%) ; 138 enfants de moins de 5 ans, dont 62 filles (45 %) et 76 garçons (55%), ont bénéficié de consultations curatives, principalement sur le paludisme, les infections respiratoires aiguës et les parasitoses intestinales ;

33 accouchements des filles vivant dans la rue ;

- 330 filles ayant bénéficié des méthodes modernes de planification familiale.

R2.A9. Crise modifier : répondre aux urgences sur des aspects protection/santé (e.a. mouvement des populations, catastrophes et épidémies) non planifiées dans le cadre de cette proposition.

Le crisis Modifier a était activée en RDC sur la zone de Kalehe. A la suite des fortes pluies qui se sont abattues à Luzira 02 mai 2023 et à Bushushu, Chabondo et Nyamukubi le 04 mai, en Territoire de Kalehe (Province du Sud-Kivu, RDC), les rivières Lukungula, Kabushungu et Kanyunyi ont débordé de leur lit entraînant des coulées de boue et des pierres. Ce débordement des eaux a causé des inondations dans les villages côtiers du Lac Kivu, emportant des maisons, des personnes et leurs biens. Selon un premier bilan effectué par OCHA, Frontalière de la province du Nord-Kivu, la zone sinistrée est une zone d'accueil de plusieurs vagues de personnes déplacées, dont celles qui ont fui la crise M23. C'est aussi une zone endémique au choléra, d'où la nécessité de mettre en place une réponse rapide, appropriée et cohérente pour sauver des vies.

L'ensemble de ces événements ont des effets dévastateurs sur la santé mentale des personnes, créant des traumatismes, de l'anxiété et d'autres problèmes psychologiques.

Bien qu'une réponse humanitaire et gouvernementale soit mobilisée pour apporter une réponse multisectorielle à la crise, nous avons identifié un important manque dans le domaine de la SMSPS et avons apporté une intervention de soutien psychologique de première ligne, de deuxième ligne voir même de troisième aux survivants des catastrophes dans les aires de santé de Nyamukubi, Bushushu, Muhongoza, Kalehe, hôpital général d'Ihusi ainsi qu'au niveau du service psychiatrique de Panzi pour les soins spécialisés. Des séances de supervision conjointe avec la Division Provinciale de la santé et la zone de santé de Kalehe étaient également envisagées dans le souci de donner les services de qualité à la communauté.

Pour plus d'efficacité, nos actions s'étaient inscrites dans le cadre du dispositif de coordination de la réponse mis en place par les autorités nationales et OCHA permettant la concertation et le partage des informations entre les acteurs dans la zone d'intervention.

Logique d'intervention :

Évaluation des besoins et contacts avec les autorités sanitaires et politico-administrative : Au moment du déclenchement de la catastrophe nous avons participé à l'évaluation multisectorielle des besoins et un positionnement pour une intervention en santé mentale et soutien psychosocial a été fait. Pour lancer l'intervention, les contacts avec la zone de santé, l'administration du territoire et les descentes dans les structures directement concernées par l'intervention ont été initiés afin d'évaluer le lancement de l'intervention et les conditions de travail des prestataires.

Formations et renforcement des capacités :

En collaboration avec la division provinciale de la santé (PNSM) une série des formations et des séances de renforcement de capacité des prestataires et des acteurs communautaires a été mis en place ; il s'agit des séances suivantes :

Formation des prestataires de santé au premier secours psychologiques : Dispensée par les experts formateurs de la division provinciale de la santé du Sud Kivu et le Bureau central de la zone de sante de Kalehe, elle touchée les infirmiers des aires de santé de Nyamukubi, Bushushu, Muhongoza, HGR IHUSI, et le centre de santé de Kalehe. Avec comme objectif de renforcer ces acteurs actifs aux cotés des communautés aux notions des premiers secours psychologiques : notions d'accueil, l'orientation vers les services, la psychoéducation élémentaire, détermination des besoins de survivants, le premier écoute...afin de les le permettre de répondre de ma manière rapide et efficace à la demande des survivants du service de soutien psychosocial.

Formation de Relais Communautaires : Etant donné que c'est sont ces acteurs qui en contact direct avec une masse importante des personnes touchées par les catastrophes, nous avons trouvé important de renforcer les compétences de ces acteurs sur les premiers secours psychologiques au sein des aires d'intervention pour leurs permettre d'avoir des notions pour identifier de manière professionnelle les personnes en besoin d'une prise en

charge en santé mentale et soutien psychosocial et de les orienter de manière professionnelle vers les services de prise en charge de qualité.

Formation des secouristes de la Croix Rouge RDC : Entant de personne de première ligne lors des événements liés aux catastrophes, des séances de formations sur les premiers secours psychologiques et de renforcement de la résilience ont été organisés pour les doter des compétences de répondre aux besoins de soutiens psychologiques de personnes qu'il rencontre en première ligne avant une orientation vers les services.

La formation des tuteurs de résilience au niveau de la communauté : Autres les agents de santé touchés par les différentes formations, nous avons trouvé important de renforcer les compétences des certains acteurs clés au niveau des différentes aires de santé, il s'agit des chefs de villages, des leaders communautaires, les responsables de la société civile, de femmes leaders communautés pour les permettre de développer des habitudes et comportements de soutien aux membres des communautés en besoin du service de soutien psychosocial.

Sur le plan formations, 24 prestataires de soins des structures formés, 33 RECO et de 50 Secouristes de la croix rouge sur le premier secours psychologiques ainsi que 100 personnes tuteurs formées dans les différentes aires de santé dont Nyamukubi, Bushushu, Muhongoza, Ihusi et Kalehe qui soutiennent actuellement d'autres acteurs au niveau psychosocial dans la communauté.

Fourniture de soins psychologiques : Une affectation de 3 Psychologues cliniciens et l'installation des espaces sûres dans les structures dont nous avons évalué n'ayant pas des endroits appropriés a été ont été des éléments qui ont facilités la fourniture des soins psychologiques aux personnes en besoin d'un accompagnement psychologique. Les trois psychologues étaient affectés respectivement dans les centres de santé de Nyamukubi, Bushushu et au niveau de l'HGR de Ihusi ; le psychologue affecté agissait en stratégie avancée dans le centre de santé de Muhongoza et de Kalehe pour la prise en charge des patients en besoin. Ils avaient également le rôle de soutenir, de coacher les prestataires des structures d'affectation.

De manière globale, pour l'accompagnement psychologique des clients les réalisations sont les suivants :

Consultation psychologique : 277 cas dont 222 Femmes et 55 Hommes

La psychothérapie des groupes : 30 séances de thérapies de groupe tenue auxquelles 495 personnes ont pris part dont 84 H, 428 F

Visites à domicile : 21 visites à domiciles

Cas de VBG accompagnés : 16 cas femmes des VBG accompagnés

Séances de detraumatisation et débriefing psychologique : 4 séances ont été organisées en faveur des prestataires des soins de santé, les secouristes de la croix rouge RDC et les leaders communautaires dans les aires de santé de Nyamukubi, Bushushu, Muhongoza et le CS Kalehe.

Référencement des cas : 19 cas ont été référés aux structures de soins dont 7 cas pour une prise en charge psychiatrique dont un cas pris en charge au service psychiatrique de Panzi et 6 autres à l'hôpital Général d'Ihusi.

Pour la mise en œuvre de l'intervention, au vu du contexte et de la durée, nous avons développé la prise en charge en mode individuel et de groupe avec les techniques simples dont la relaxation, l'écoute active, psychoéducation, counseling, respiration par ailleurs il y'a eu la prise charge en mode spécialisé avec l'approche de la TCC...

La majorité de cas accompagnée a présenté les pathologies suivantes : Anxiété : 85 cas dont 59 F et 26 H, Dépression : 112 cas dont 82 F, 29H, PTSD : 58 cas dont 47 F, 11 H ainsi que quelques cas de psychose.

Sensibilisation et éducation communautaires :

Des séances de sensibilisation : Les Réalais Commentaires formés dans les différentes aires de santé ont été mise en contribution dans les activités de sensibilisation et de mobilisation communautaire sur les questions de santé mentale et soutien psychosocial dans leurs aires de santé ; ces Relais communautaires ont été actifs sur les

questions de prévention et orientation vers les services. Les thèmes étaient mis en place chaque semaine en lien avec les 3 trois psychologues cliniciens du projet.

Des séances de briefing et de coachings des APS et des RECO : Dans le souci d'une bonne appropriation des notions apprises dans les formations, des séances des coachings, briefings avec les différentes personnes formées.

Ainsi, pour les sensibilisations, 1866 personnes ont été atteintes dont 716H, 1150 F sensibilisées sur les aspects de santé mentale et soutien psychosocial.

Autres activités associées au résultat :

- Réunion stratégique et programmatique pour la planification des activités chaque début de mois depuis novembre 2021.
- Réunion de suivi, d'échanges et d'ajustement des actions chaque fin de mois.

Moyen associé au Résultat 2 :

Le budget total pour le résultat 2 s'élève à 3.341.356

4.3.6.2 Résultat 3 :

Renforcer le plaidoyer sur l'accès aux droits en SSR en particulier pour les jeunes et adolescent.e.s (PF, hygiène menstruelle, mariage précoce), ainsi que **lutte contre les VLG**, cela en intégrant un volet de recherche opérationnelle identifiant les barrières socio-culturelles pour chaque contexte spécifique

4.3.6.2.1 Au stade de la proposition

- Secteur : Protection / Santé
Sous-secteur associé : VBG
- **Bénéficiaires (statut + nombre): 478**
 - 194 bénéficiaires formés et impliqués dans le plaidoyer : 40 (Niger), 40 (Mali), 114 (RDC), dont 154 enfants/ adolescents 20 (Niger), 20 (Mali) et 114 (RDC)
 - 30 parlementaires, (junior/senior et conseillers régionaux): 15 (Niger), 10 (Mali), 5(RDC)
 - 150 mairies et chefs religieux/coutumiers : 50 (Niger), 100 (Mali) 0 (RDC)
 - 84 éducateurs/enseignants : 20, (Niger), 40 (Mali), 24 (RDC)
 - 20 FDS (forces de défense et de sécurité): 10 (Niger), 10 (Mali), 0 (RDC)

Indicateurs pour ce résultat 3

- Nombre de diffusions de travaux de MdM ou auxquels MdM contribue à des fins de plaidoyer
- Nombre de sollicitations externes à faire partager notre expertise (de MdM et/ou ses partenaires de mise en œuvre)
- Taux d'actions de plaidoyer (RdV avec décideurs, actions de communication, consultations législatives etc.) où participent des bénéficiaires.

- Activités associées au résultat

Réaliser une étude sous forme d'enquête CAP sur les barrières à l'accès aux droits à la Santé sexuelle et reproductive, à Kita (Mali) et à Tahoua (Niger)

Une étude sera menée à la première année du projet pour identifier les barrières à l'accès aux droits en SSR et proposer des approches appropriées pour lever ces barrières. L'étude concernera entre autres les barrières à l'accès aux différents soins tels que la prise en charge des survivantes de violences sexuelles, le planning familial, l'accouchement assisté, l'avortement ainsi que la problématique des mutilations

génitales féminines, du mariage forcé et précoce. Il est à noter que sur Kinshasa, MdM a déjà mené une enquête CAP sur les ESR en 2018.

Réaliser des podcasts , des témoignages sous forme de “naming and shaming” sur les actes comme les violences sexuelles, les mutilations génitales féminines et le mariage précoce et forcé.

Il pourrait exister dans la communauté des personnes victimes de violations ou des limitations de leurs droits en SSR et qui acceptent de s'exprimer à visage découvert (ou non). Leurs témoignages audio ou visuels seront recueillis (après consentement documenté) pour servir de base pour le plaidoyer et la sensibilisation. L'approche “name and shame” en rapport avec les violences sexuelles, les mutilations génitales féminines et le mariage forcé et précoce, consistera à désigner des personnes, des groupes de personnes ou des sociétés, dans l'objectif de les embarrasser, afin d'encourager le respect des obligations légales ou pour inciter à réparer des fautes. Ces témoignages seront diffusés à travers des médias avec l'autorisation documentée des personnes concernées. Ces activités seront menées selon le principe de “do no harm”.

Mettre en place une coalition de plaidoyer et d'actions pour la lutte contre les VSBG et la lutte contre les mutilations génitales féminines et les mariages forcés et précoces

La coalition des plaidoyers et actions pour la lutte contre les violences sexuelles, les MGF et les mariages forcés et précoces sera construite autour de la cartographie des acteurs (voir activités 6, du résultat 1) élaborée dans le cadre du partenariat avec les ONG partenaires pour une synergie d'actions avec les autres partenaires intervenant dans la promotion de la femme et la protection de l'enfant.

Réaliser un plaidoyer pour l'appui juridique et réinsertion socioéconomique des SVS auprès des partenaires impliqués dans l'action (UNFPA, UNICEF, UNHCR et ONU-Femmes)

Par exemple, au Niger, dans le cadre de l'initiative SpotLight, UNFPA a prévu de mettre en œuvre un “guichet unique” par région. C'est une démarche très positive mais l'enjeu de la décentralisation de la prise en charge holistique restera majeur.

Assurer la formation des jeunes sur les techniques de concertation et de transmission de message de plaidoyers

Enfants et jeunes (filles comme garçons) seront formés aux techniques de plaidoyer et seront impliqués dans les actions de plaidoyer prévu auprès des autorités étatiques (Députés nationaux, Sénateurs, Ministre) afin de présenter leur situation et demander une amélioration des conditions sanitaires en leur faveur. Cela tout en facilitant leur accès aux informations essentielles en matière de Soins de Santé de la Reproduction, l'accès aux méthodes contraceptives ainsi qu'à l'avortement sécurisé pour le cas de viol et des grossesses non désirés, facteurs d'augmentation de mortalité des jeunes suite aux avortements clandestins. Une coalition de ce type existe au Burkina Faso voisin (soutenue e.a. par nos collègues de MdM France) et a très fortement fait évoluer la situation en faveur des DSSR dans les dernières années.

Appuyer les rencontres avec les autorités politico-administrative pour l'accès aux droits SSR e.a. pour des jeunes en situation de rue

Le projet prévoit de mener en collaboration avec les enfants, des actions de plaidoyer auprès des autorités étatiques et sanitaires (Ministère des affaires sociales et la Division provinciale de la santé) afin d'obtenir la révision, la divulgation et l'application intégrale du protocole du Maputo pour permettre aux enfants et jeunes en situation de rue d'accéder aux méthodes contraceptives et à l'IVG pour les grossesses non désirées ainsi qu'un meilleur accès aux structures de santé adaptés aux besoins de jeunes.

4.3.6.2.2 Rapport intermédiaire

- Mise à jour⁴ des indicateurs

- Mise à jour⁴ des bénéficiaires (statut + nombre)
- Mise à jour⁴ des activités

4.3.6.2.3 Rapport final

- Indicateurs pour les résultats obtenus

Mali :

Indicateurs Résultat 3

Logique d'intervention	Baseline	Cible finale	Niveau de réalisation	Commentaires
Indicateur R3.1. Nombre de diffusions de travaux de MdM ou auxquels MdM contribue à des fins de plaidoyer	0	2	4 (200%)	4 diffusions de travaux ont été réalisées à savoir les deux enquêtes CAP (février et septembre 2023), l'atelier de capitalisation (Mai 2023) et l'évaluation conjointe rapide des besoins avec Plan International Mali (Juin 2023).
Indicateur R3.2 Nombre de sollicitations externes à faire partager notre expertise (de MdM et/ou ses partenaires de mise en œuvre)	0	1	3 (300%)	Trois sollicitations externes enregistrées durant le projet : - celle du district sanitaire (DS) de Kita dans le cadre l'élaboration d'un plan de contingence régional qui a été fait par MdM au travers de la participation active du psychologue et du médecin du projet. Cette participation a été hautement reconnue et saluée par les autorités de Kita. - une autre dans le cadre de l'atelier d'élaboration du plan de réduction de risques de catastrophe sensible au genre dans la région de Kita où le Coordinateur a activement participé en juin 2022. - une autre par l'ONG ASIC JIGIYABULON sur notre expertise sur la mise en place de One Stop Center où le Psychologue a représenté le projet
Indicateur R3.3. Taux d'actions de plaidoyer (RDV avec décideurs, actions de communication, consultations législatives etc.) où participent des bénéficiaires.	0	4	6 (150%)	Six actions de plaidoyer ont été réalisées avec la participation active des bénéficiaires. Il s'agit de l'atelier de capitalisation (en mai 2023), l'évaluation conjointe rapide des besoins avec Plan International Mali (Juin 2023), les deux enquêtes CAP (février et septembre 2023), le naming shaming (juillet et août 2023) et la réalisation d'une vidéo sur l'approvisionnement en médicaments, consommables et petits matériels (septembre 2023).

Niger :

Logique d'intervention	Baseline	Cible finale	Niveau d'atteinte période actuelle	Commentaires
------------------------	----------	--------------	------------------------------------	--------------

Indicateur R3.1. Nombre de diffusions de travaux de MdM ou auxquels MdM contribue à des fins de plaidoyer	0	4	4	- Une enquête CAP initiale et une enquête CAP finale sur les barrières à l'accès à la SDSR. - La participation à une mission conjointe d'évaluation rapide des besoins de protection a bagaroua  Rapport de la mission conjointe d'évaluation - Une évaluation rapide des besoins liés à la santé, protection, des populations déplacées internes et hôtes vulnérables dans la région de Tahoua, districts de Konni, Bagaroua et Madaoua.  Annexe 3 Rapport évaluation Niger.pdf - Une diffusion radiophonique du plaidoyer fait pour la mise à disposition de points focaux (gendarmerie, police et justice) au niveau du guichet unique de Konni.
Indicateur R3.2 Nombre de sollicitations externes à faire partager notre expertise (de MdM et/ou ses partenaires de mise en œuvre)	0	2	2	- Dans le cadre du projet, le partenaire de mise en œuvre SongES a été sollicité par les ONG ADKOUL et INTERSOS pour un appui à la mise en place des comités villageois de protection dans le département de Tillia. - MdM et SongEs ont été sollicitées en juillet 2023 par l'ONG INTERSOS pour une évaluation rapide des besoins en santé, protection, éducation, ABNA, et EHA des PDI dans les départements/commune de Tahoua et Tillia dans la région de Tahoua.
Indicateur R3.3. Taux d'actions de plaidoyer (RDV avec décideurs, actions de communication, consultations législatives etc.) où participent des bénéficiaires.	0	4	4	Une rencontre de plaidoyer avec les autorités de Konni et la direction de la protection pour la mise en place du guichet unique. Les trois rencontres de plaidoyers (pour la mise à disposition de points focaux) à l'endroit des directions de police, gendarmerie et du tribunal de Konni effectuées en juillet 2023 ont connu la participation active d'un groupe de

				représentant.e.s des pairs éducateur.trices formé.es sur le projet.
--	--	--	--	---

RDC :

Indicateur 3.1 : Nombre de diffusions de travaux de MdM ou auxquels MdM contribue à des fins de plaidoyer		
Valeur de base	Valeur cible	Réalisations
0	1	1
Commentaires : les rapports d’activités de MdM sont partagés directement avec les autorités étatiques à travers la DPS, pour les activités de nature médicale, et à travers la DUAS, pour ce qui concerne la prise en charge globale des enfants (accueil, hébergement transitoire, scolarisation, réinsertion familiale ou socioéconomique). De plus, ces rapports sont intégrés dans les rapports trimestriels des partenaires au niveau provincial et servent ainsi de base de discussion avec les autorités sur les améliorations à apporter au dispositif d’accompagnement, de suivi et de prise en charge des enfants, plus spécifiquement des enfants victimes de violences (notamment les victimes de VBG). Par ailleurs, des séances de partage et d’analyse des données sont organisées mensuellement avec le REEJER et permettent d’identifier les points à améliorer au niveau de la coordination des intervenants et du suivi des cas. C’est dans ce cadre que MdM a souligné les difficultés rencontrées en termes d’accompagnement juridique des enfants victimes des violences sexuelles, ce qui a débouché notamment sur une interpellation des instances étatiques concernées (police, Tribunal pour enfants, Ministère des Affaires sociales). Ces différents rapports et concertations ont abouti à un rapport d’activités consolidé qui a été utilisé comme outil de plaidoyer auprès des autorités étatiques pour l’amélioration de la prise en charge des enfants en situation de rue et des enfants victimes des violences – notamment les VBG.		
Indicateur 3.2 : Nombre de sollicitations externes à faire partager notre expertise (de MdM et/ou de ses partenaires de mise en œuvre)		
Valeur de base	Valeur cible	Réalisations
0	1	5
Sources de vérification : comptes rendus des réunions d’échanges et de partage d’expériences. Commentaires : au cours de la période de reporting, MdM a reçu plusieurs sollicitations pour partager l’expérience et l’expertise développées depuis le début du projet ; ces sollicitations ont émané principalement d’acteurs de protection des enfants, notamment CATSER (Comité d’Appui au Travail Social de Rue), Save the Children UK, ORPER, APEA, mais aussi de structures membres du REEJER autres que nos 6 partenaires. Par ailleurs, les réunions mensuelles du GTPE (Groupe de Travail et de Protection des Enfants) qui sont animées par la DUAS, offrent également un cadre de partage d’expériences et de bonnes pratiques tout en favorisant le développement de synergies et d’actions coordonnées entre les acteurs du secteur.		
Indicateur 3.3 : Taux d’actions de plaidoyer (rdv. avec décideurs, actions de communication, consultations législatives, etc.) où participent des bénéficiaires		
Valeur de base	Valeur cible	Réalisations
0%	100%	100%
Sources de vérification : listes des participants, rapports, photos, vidéos / chaîne télévisée. Commentaires : une action consistante de plaidoyer a été menée par les enfants le 14/02/2022 à l’occasion de la visite de la nouvelle Ministre provinciale des Affaires sociales dans les centres d’accueil et d’hébergement transitoire. Ce plaidoyer était axé sur l’accès à l’alimentation, à l’eau potable, à la santé, à l’éducation ainsi que sur l’amélioration des conditions de vie dans les centres d’accueil et d’hébergement transitoire.		

De plus, plusieurs actions de communication et de sensibilisation à visée de plaidoyer ont été réalisées par le biais de différents canaux : les radios communautaires, les leaders de rue, les leaders communautaires et les enfants pairs éducateurs ; les thématiques couvertes concernaient surtout les droits des enfants et la prévention des violences – notamment les VBG – au niveau communautaire. Ces actions ont convergé vers les autorités urbaines (bourgmestre) dont l'implication a été sollicitée pour lutter contre les problématiques de maltraitance des enfants (violences familiales, accusations de sorcellerie, rejet, ...) et pour renforcer les dispositifs de prise en charge holistique des enfants victimes des violences sexuelles.

- **Bénéficiaires (statut + nombre)**

Mali :

Bénéficiaires atteints Résultat 3

Bénéficiaires (statut + nombre)	Cible/Prévu	Bénéficiaires touchés Rapport final
Bénéficiaires formés et impliqués dans le plaidoyer	40	160 (400%)
Parlementaires (juniors/seniors et conseillers régionaux)	10	3 (30%)
Mairies et chefs religieux/coutumiers	10	25 (250%)
Educateurs/enseignants	40	40 (100%)
FDS (forces de défense et de sécurité)	10	9 (90%)

Commentaire

Le projet n'a pas pu toucher à beaucoup de parlementaires (juniors/seniors et conseillers régionaux) soit 30% pour deux raisons essentiellement : l'absence de conseillers régionaux dans le district et la vacance du parlement depuis le coup d'état de 2020.

Niger :

Bénéficiaires (statut + nombre)	Cible/Prévu	Bénéficiaires touchés Rapport final	Niveau d'atteinte	Commentaires
	135	257	190%	
Bénéficiaires formés et impliqués dans le plaidoyer	40	61	153%	61 adolescent.e.s et jeunes femmes (30 jeunes femmes et 31 adolescent.e.s) formé.e.s sur les techniques de plaidoyer 03 adolescent.e.s impliqués dans les rencontres de plaidoyer avec les autorités
Parlementaires (juniors/seniors et conseillers régionaux)	15	15	100%	13 hommes et 2 femmes
Mairies et chefs religieux/coutumiers	50	139	278%	139 coutumiers (hommes)
Educateurs/enseignants	20	30	150%	18 hommes et 12 femmes
FDS (forces de défense et de sécurité)	10	12	120%	12 hommes

RDC :

Bénéficiaires (statut + nombre)	Cible/Prévu	Bénéficiaires touchés
---------------------------------	-------------	-----------------------

Bénéficiaires formés et impliqués dans le plaidoyer	114	135
Parlementaires (juniors/seniors et conseillers régionaux)	114	25
Mairies et chefs religieux/coutumiers	5	6
Educateurs/enseignants	0	ND
FDS (forces de défense et de sécurité)	24	0

- Activités réalisées

Mali :

R3.A1. Réaliser une étude sous forme d'enquête CAP sur les barrières à l'accès aux droits à la Santé sexuelle et reproductive, à Kita (Mali) et à Tahoua (Niger)

Deux enquêtes CAP ont été réalisées afin d'identifier et documenter les barrières d'accès aux soins de santé sexuelle et reproductive (SSR) tels que la prise en charge des survivantes de violences sexuelles, le planning familial, l'accouchement assisté, l'avortement ainsi que la problématique des mutilations génitales féminines, du mariage forcé et précoce.

La première enquête CAP autrement dit enquête CAP initiale s'est déroulée du 16 au 24 février 2023 dans 37 villages de la région de Kita. Au total, 422 chefs de ménages hommes et femmes ont participé à cette enquête répartis dans 11 aires de santé de la région de Kita : Bankassi (21 personnes), Darsalam (80 personnes), Fladougou Marena (20 personnes), Founia Moribougou (55 personnes), Kobri (81 personnes), Kourounikoto (14 personnes), Makono (34 personnes), Namala Guimbala (26 personnes), Souranzan (24 personnes), Tambaga (42 personnes) et Toukoto (25 personnes). Les résultats de cette enquête ont fait l'objet d'une communication à toutes les parties prenantes lors de l'atelier de capitalisation.

S'agissant de la deuxième enquête CAP ou enquête CAP finale, elle s'est déroulée du 20 au 26 septembre 2023 pour évaluer l'évolution des thématiques concernées. Une analyse comparative des deux enquêtes a permis de mesurer les écarts et de tirer les leçons. Les trois rapports sont en annexe du présent rapport final.

R3.A2. Réaliser des podcasts, des témoignages sous forme de "naming and shaming" sur les actes comme les violences sexuelles, les mutilations génitales féminines et le mariage précoce et forcé.

Réalisation des naming and shaming et des podcasts sur les actes comme le mariage précoce et forcé et sur les VSBG.

Des témoignages ont été recueillis auprès de trois survivantes (après consentement documenté) pour servir de base pour le plaidoyer et la sensibilisation. Il s'agit d'un cas de mariage d'enfants, un cas de mariage forcé doublé de déni de ressources de services et d'opportunités et un cas d'excision.

D'autres acteurs ont fait des témoignages dont une paire éducatrice et une éducatrice sur l'importance de la fabrication des serviettes hygiéniques réutilisables. Des témoignages de certaines populations cibles à Sibikili, Bendougouba et Brénimba ont été également recueillis.

Quatre maires (Badia, Kita, Kofeba, Founia), le chef du SLPFEF, le Gouverneur, le superviseur ERAD, une animatrice ERAD, ont tous faits des témoignages sur les violences sexuelles, les mutilations génitales féminines et le mariage forcé et précoce. Ces éléments ont été diffusés sur la télévision nationale du Mali et sur trois radios locales de Kita après validation du support. Tout a été mis en place pour protéger les témoins (respect du principe "do no harm")

Au total 61 543 personnes touchées lors de la diffusion des messages de témoignage sur 3 radios et 351 607 personnes touchées pour la télévision soit un total de 377 150.

L'atelier de capitalisation tenu du 29 au 31 mai 2023 a permis aussi de recueillir d'intéressants témoignages sur l'impact des activités du projet sur les populations bénéficiaires de manière générale.

R3.A3. Mettre en place une coalition de plaidoyer et d'actions pour la lutte contre les VSBG et la lutte contre les mutilations génitales féminines et les mariages forcés et précoces

Après plusieurs démarches auprès des acteurs, une coalition des plaidoyers et actions pour la lutte contre les violences sexuelles, les MGF et les mariages forcés et précoces a été construite en 2023 autour de la cartographie des acteurs élaborée dans le cadre du partenariat avec les services techniques et les autres partenaires intervenant dans la promotion de la femme et la protection de l'enfant et SSR pour une synergie d'actions. A tous ces groupes thématique, MdM et ERAD participent de manière transversale pour mieux cerner les discussions et l'accompagnement de ce cadre.

Initialement, la coalition était composée de 3 groupes, mais dans l'optique de mieux contenir la situation dans la zone (sur proposition des acteurs qui animent cette coalition lors de la dernière rencontre) un réamenagement de groupes a été effectué. Ce qui a amené le cadre à 4 groupe :

Groupe 1 Mariage des enfants composée de : VESOS, Justice, Association des Municipalités du Mali (AMM), APDF (Association pour la Protection et la Défense des Droits des Femmes), Mouvement pour la Paix, le Désarmement et la Liberté (MPDL), le Conseil de Cercle.

Consigne : Identifier des actions de plaidoyer et de lutte pour l'abandon des mariages d'Enfants ;

Groupe 2 MGF/Excision composé de : L'Équipe de Recherche et d'Appui pour le Développement (ERAD), la Coordination des Associations et ONG Féminines (CAFO), la Fédération Locale des Associations de Santé Communautaire (FELASCOM), Centre de Santé de Référence (CS Réf), Médecins du Monde Belgique (MdM), la Police, la Clinique Juridique, l'Association pour la Promotion et la Protection de l'Enfant (APEPE), la Gendarmerie, les ex-exciseuses.

Consigne : Identifier des actions de plaidoyer et de lutte pour l'abandon MGF ;

Groupe 3 la Déscolarisation des filles composé de : l'Association des Rapatriés, le Réseau des Communicateurs Traditionnels pour le Développement (RECOTRADE), ASIC JIGIYA BLON, l'Association Féminine des Personnes vivant avec un Handicap, le Plan Mali, le Conseil Local de la Jeunesse (CLJ), le Centre d'Animation Pédagogique (CAP), l'Association des Jeunes Filles.

Consigne : Identifier des actions de plaidoyer et de lutte contre la déscolarisation des filles.

Groupe 4 les VSBG composé de : le SLPFEF, le SLDS-ES, ACF/AMADECOM,

Consigne : Identifier des actions de plaidoyer et de lutte contre les Violences Sexuelles Basées sur le Genre (VSBG).

Cette initiative de mettre en place ces actions de plaidoyer a été déterminante non seulement dans le but de regrouper les acteurs par thématique mais aussi la création d'une synergie d'action autour de la situation qui prévaut dans la région.

La deuxième phase de projet va permettre de renforcer cette coalition de plaidoyer et d'actions pour la lutte contre les VSBG, les mutilations génitales féminines, les mariages forcés et mariages d'enfants. On note qu'à l'heure actuelle la région à l'instar d'autres régions du pays, ne dispose même pas de sous cluster afin de discuter des différentes thématiques.

R3.A4. Réaliser un plaidoyer pour l'appui juridique et réinsertion socioéconomique des SVS auprès des partenaires impliqués dans l'action (UNFPA, UNICEF, UNHCR et ONU-Femmes)

Dans le cadre de la mise en place du guichet unique, l'UNFPA a été contactée pour échanger sur son expertise dans la conduite des One stop center mis en place au Mali à la faveur de l'initiative SpotLight. Plusieurs échanges et réunions entre les deux organisations ont permis à MdM de comprendre le fonctionnement des One stop center, de souligner le défi en matière d'appui juridique et de réinsertion socioéconomique des survivants. D'autres acteurs ont été approchés sur les mêmes questions notamment Santé monde à travers son équipe du projet Plurielle, le projet USAID/NPI EXPAND Kayes. En outre, le projet a maintenu un contact avec le Programme national pour l'abandon des violences basées sur le genre. Cette collaboration a permis de renforcer les capacités des acteurs du guichet unique et de faire du plaidoyer sur la question de la réinsertion socioéconomique des survivants.

A toutes les réunions, l'occasion est saisie par les représentants du projet pour plaider en faveur de la réinsertion socioéconomique des survivants de VBG.

R3.A5. Assurer la formation des jeunes sur les techniques de concertation et de transmission de message de plaidoyers.

Sur la base des critères de sélection choisis par le projet, 160 jeunes ont été sélectionnés dont 80 femmes et formés sur les techniques de concertation et la transmission des messages de plaidoyer. La facilitation a été assurée par le SLPFEF et le SLDSES.

Le jeunes formés ont été invités à s'impliquer dans les actions de plaidoyer prévu auprès des autorités étatiques afin de présenter leur situation et demander une amélioration des conditions sanitaires en leur faveur à travers leur accès aux informations essentielles en matière de Soins de Santé de la Reproduction, l'accès aux méthodes contraceptives. Un suivi post formation a été réalisé par les animateurs du projet afin de renforcer et de recadrer ces jeunes formés.

R3.A6. Appuyer les rencontres avec les autorités politico-administrative pour l'accès aux droits SSR e.a. pour des jeunes en situation de rue

Activité non prévue pour le Mali.

Niger :

R3-A1 Réaliser une étude sous forme d'enquête CAP sur les barrières à l'accès aux droits à la Santé sexuelle et reproductive, à Kita (Mali) et à Tahoua (Niger)

R3.A1. Une étude de connaissances, attitudes et pratiques (CAP) sur les barrières à l'accès à la SDR a été menée au mois de juillet 2022. Les résultats de cette étude ont permis de mieux orienter les actions de sensibilisation et de promotion de la SDR au sein des communautés cibles. A la fin du projet, une deuxième enquête CAP a été réalisée en vue d'apprécier les changements et d'avoir une référence pour la phase 2 du projet.

4.3.7 R3-A2 Réaliser des podcasts, des témoignages sous forme de "naming and shaming" sur les actes comme les violences sexuelles, les mutilations génitales féminines et le mariage précoce et forcé.

R3.A2. Activité non réalisée en raison du retard dans la mise en œuvre de l'étude CAP et de la mise en place du guichet unique. Le processus lancé vers septembre 2023 n'a pas pu aboutir avant la clôture du projet. Cette activité n'a pas été reprise dans la phase 2 du financement par la D5.1 en raison du contexte socio-politique qui prévaut au Niger depuis le coup d'état de juillet 2023. En effet, profitant du coup d'état, des voix ont commencé par s'élever en défaveur de l'éducation aux droits sexuels et reproductifs. Une ONG a même été sommée par le régime en place de retirer une application mobile créé pour faciliter l'éducation sexuelle des adolescent.es. Dans ce contexte, les activités médiatiques sur la thématique de SDR sont assez sensibles.

4.3.8 R3-A3 Mettre en place une coalition de plaidoyer et d'actions pour la lutte contre les VSBG et la lutte contre les mutilations génitales féminines et les mariages forcés et précoces

R3.A3.

Les cadres de concertation ou des coalitions de plaidoyer pour la lutte contre les VBG, les MGF et les mariages forcés et précoces existent dans la région de Tahoua. En effet, plusieurs cadres de concertation ont déjà vu le jour en coordination avec OCHA. Après une cartographie plus approfondie des acteurs présents à Tahoua autour du plaidoyer, MdM a pris la décision de ne pas mettre en place une coalition de plaidoyer afin d'éviter des duplications. Le projet s'est par conséquent intégré aux différents clusters déjà présent à Tahoua (cluster Santé-Nutrition, Protection, VBG, etc.). C'est au sein des clusters que des actions de synergie et de coordinations ont été menées en vue de la protection des populations vulnérables dans la région. Grâce au travail conjoint avec le cluster Protection et le sous-groupe VBG, un plaidoyer a été mis en place auprès des autorités clés (préfet, DS, Maire, etc.) et a permis la mise en place du guichet unique de Konni (sous le lead de MdM) et celui du département de Tahoua (sous le lead de la Direction Générale de la Protection).

4.3.9 R3-A4 Réaliser un plaidoyer pour l'appui juridique et réinsertion socioéconomique des SVS auprès des partenaires impliqués dans l'action (UNFPA, UNICEF, UNHCR et ONU-Femmes)

R3.A4. A travers les rencontres de concertations du cluster Protection et du sous-groupe VBG, MdM a formulé des messages de plaidoyer pour l'appui juridique et la réinsertion socioéconomique des SVS auprès des partenaires. Des

rencontres de plaidoyers en bilatérales avaient également eu lieu entre les responsables d'UNFPA, UNICEF, UNHCR et ONU-Femmes et MdM en vue d'une synergie dans l'assistance aux survivant.e.s de VBG. Pour l'instant, ces plaidoyers n'ont pas encore abouti à une concrétisation des volontés des uns et des autres. Ce travail de plaidoyer va se poursuivre au sein des différents clusters.

4.3.10 R3-A5 Assurer la formation des jeunes sur les techniques de concertation et de transmission de message de plaidoyers

R3.A5. Au cours du mois de juillet 2023, une formation a été initiée au profit de 31 jeunes (f/g) pair.e.s éducateur.trice.s et jeunes non scolarisé.e.s. La formation d'une journée portait sur les techniques de plaidoyer sur l'accès à la SDSR. Cette même formation a été réalisée à l'endroit de 30 jeunes femmes travailleuses de sexe. En gros, 61 jeunes ont été formés sur les techniques de plaidoyer.

4.3.11 R3-A6 Appuyer les rencontres avec les autorités politico-administratives pour l'accès aux droits SSR e.a. pour des jeunes en situation de rue

R3.A6. Parmi les jeunes formés sur les techniques de plaidoyer, trois jeunes (deux filles et un garçon) ont, sous la guidance de MdM, effectué des activités de plaidoyer auprès du tribunal et des directions départementales de la police et de la gendarmerie de Konni. Ce plaidoyer portait sur l'appui à la prise en charge juridique et judiciaire au niveau du guichet unique de prise en charge des cas de VBG. Ce plaidoyer conduit par les jeunes ont permis à ces structures étatiques d'identifier au profit du guichet unique des points focaux qui pourront non seulement assurer des permanences au niveau du guichet unique mais aussi servir de pont entre leurs unités et ledit guichet dans le cadre de l'orientation des survivant.e.s.

RDC :

R3-A1 Réaliser une étude sous forme d'enquête CAP sur les barrières à l'accès aux droits à la Santé sexuelle et reproductive, à Kita (Mali) et à Tahoua (Niger)

- Activité non réalisée en RDC.

R3-A2 Réaliser des podcasts, des témoignages sous forme de "naming and shaming" sur les actes comme les violences sexuelles, les mutilations génitales féminines et le mariage précoce et forcé.

- Sensibilisation continue des enfants et jeunes sur leurs droits, la maltraitance, les violences (notamment les VBG), les structures de prise en charge disponibles et sur le « numéro vert » de la DUAS (dénonciation des cas de violence communautaire, de maltraitance ainsi que des familles à risque de séparation et d'abandon des enfants).

R3-A3 Mettre en place une coalition de plaidoyer et d'actions pour la lutte contre les VSBG et la lutte contre les mutilations génitales féminines et les mariages forcés et précoces

- MdM a participé au cadre de plaidoyer animé par la coordination du REEJER et regroupant les principaux acteurs de protection de l'enfance.

R3-A4 Réaliser un plaidoyer pour l'appui juridique et réinsertion socioéconomique des SVS auprès des partenaires impliqués dans l'action (UNFPA, UNICEF, UNHCR et ONU-Femmes)

- Ce besoin de développer l'appui juridique (maillon faible du circuit de prise en charge holistique des VSBG) et la réinsertion socio-économique des SVS a été régulièrement mis sur la table lors des réunions du Groupe de Travail et de Protection de l'Enfant (GTPE) et dans les autres cadres de coordination.

R3-A5 Assurer la formation des jeunes sur les techniques de concertation et de transmission de message de plaidoyers.

- 2 sessions de formation des enfants sur les techniques de plaidoyer (du 19 au 21/01/2022 et du 13 au 15/04/2022) ; participation de 95 enfants (42 filles et 53 garçons).
- 1 session de formation des enfants et jeunes au droit à la participation (du 08 au 10/03/2022).

- Du 03 au 08/02/2022 : plusieurs réunions préparatoires avec les enfants et les acteurs de protection sur le plaidoyer en vue de la visite de la Ministre provinciale des Affaires sociales ; participation de 92 personnes parmi lesquelles 40 enfants (16 filles et 24 garçons).

R3-A6 Appuyer les rencontres avec les autorités politico-administrative pour l'accès aux droits SSR e.a. pour des jeunes en situation de rue

- Participation régulière aux réunions mensuelles du GTPE.
- 2 réunions de coordination opérationnelle (les 22/02 et 22/03/2022) avec la DPS, la PNSA, les zones de santé et le REEJER.
- 4 réunions de validation des données avec la DPS et la DUAS :
 - Du 14 au 15/12/2021 ;
 - Du 22 au 23/02/2022, avec également la participation des points focaux des structures et les zones de santé impliquées ;
 - Enfin, les 11/03 et 08/04/2022.
- Le 14/02/2022 : visite de la nouvelle Ministre provinciale des Affaires sociales dans les centres d'accueil et d'hébergement transitoire ; participation de 111 personnes parmi lesquelles 71 enfants (23 filles et 48 garçons).
- Sensibilisation des autorités étatiques, notamment les bourgmestres, pour leur implication dans la coordination des « communautés protectrices » en vue d'un meilleur accompagnement des familles et des enfants à risque de séparation et de désinsertion de la communauté.

Autres activités associées au résultat :

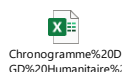
- 3 réunions de planification d'activités :
 - Le 16/01/2022 : 15 personnes dont les directeurs des structures partenaires et les responsables des pôles du REEJER ;
 - Le 15/02/2022 : 25 personnes dont 10 femmes (point focal DPS, médecins chefs de zone de santé, infirmiers superviseurs et relais communautaires des aires de santé des 6 communes) ;
 - Le 25/02/2022 : réunion avec les représentants des 6 structures partenaires (OSEPER, CARE, AED, JOS, VTA, CCN), de la DUAS et du REEJER.
- 1 réunion de partage des rapports (06/04/2022) : 23 personnes (7 femmes et 16 hommes) représentants des 6 structures partenaires et du REEJER.

Moyen et coûts associé au Résultat :

Le budget pour ce résultat s'élève à : 325.008

4.4 Plan de travail (par exemple, annexe diagramme de Gantt)

Voir annexe où le chronogramme est présenté pour les 3 pays



4.4.1 [INT] Plan de travail révisé en cas de changement après la proposition

4.5 Suivi, évaluation, audit et autres études

4.5.1 Suivi des activités (expliquer comment, par qui)

Au niveau des équipes projet, le suivi des activités sera principalement effectué par des réunions trimestrielles. Des réunions semestrielles regrouperont les organes de gestion, le personnel de santé et les acteurs communautaires. Cela permettra de faire le point sur le niveau de fonctionnalité des acteurs, les résultats de leurs activités, et de passer en revue les indicateurs de chaque centre de santé.

Le projet est suivi au quotidien par l'équipe projet MdM, dirigé par le Coordinateur de projet, accompagné par un admin, un log et une équipe de protection ou santé. Chaque mission MdM dispose également d'une équipe de coordination basé soit à Bamako (Mali), à Niamey (Niger) ou à Bukavu (RDC) qui est en lien étroit (au minimum hebdomadaire) avec les équipes projet. Au Sahel, au vu des risques de kidnapping, selon le contexte sécuritaire (et la nationalité du coordinateur/trice), une visite terrain sera possible ou non. Actuellement, nous avons juste 1 expat au Mali (le Coordinateur Général) et 1 expat au Niger (La Coordinatrice RH/Finance) qui ont des restrictions de mouvements liés à leur nationalité. En RDC, le contexte étant très différent, tous les coordinateurs (basés à Bukavu) peuvent se rendre à Kinshasa régulièrement. Normalement, chaque projet est visité au moins 1x/ 2 mois par un membre de la coordination. Leur rôle est primordial d'une part en termes d'échange d'expérience (transversalité) entre les différents projets mis en œuvre dans le pays et d'autre part via leur regard critique d'acteurs qui ne gèrent pas au quotidien le projet. Pour le Coordinateur Général ou le CoMed, ils sont également en lien étroit avec les autorités et partenaires au niveau national.

L'utilisation des systèmes nationaux d'information sanitaire pour la récolte, encodage et analyse des données sera prioritaire. Ceci facilitera la supervision du projet sur le terrain en termes de qualité et quantité des services fournis et de propositions éventuelles pour une réorientation des actions.

Au niveau financier, les chargés de projet et les coordinateurs administratifs et financiers contrôleront l'application des procédures de manière quotidienne, sous la diligence du HQ.

De plus, les équipes du HQ de MdM Be apportent un soutien et un suivi des projets à distance avec des visites 1 à 2X/ an sur chaque terrain, cela soit via différents référents techniques (Médical, MEAL, logistique, finance, audit, RH, ...) ou via le Desk Officer. Le desk appuie la supervision globale du projet et assure une analyse contextuelle et sécuritaire sensible aux conflits. Le référent médical s'assure de la qualité technique des activités notamment via le suivi des indicateurs en collaboration avec la référente MEAL mais également avec un référent santé mentale (primordial sur des sujets comme les VBG ou les traumatismes liés au conflit). Le référent financier a pour rôle d'assurer l'application des procédures internes. Le référent logistique est garant de la bonne application des procédures d'achats. Le référent RH est en charge du suivi administratif du personnel international et appuie l'équipe de coordination dans la gestion du personnel de terrain.

4.5.2 Cochez les cases correspondant aux études qui seront éventuellement entreprises :

- ☐ Évaluation externe pendant l'action
- ☐ Évaluation externe après l'action
- ☐ Audit externe pendant l'action
- ☐ Audit externe après l'action
- ☐ Evaluation interne ou audit interne relatif à l'action

4.5.3 Autres études : ☐ Veuillez préciser :

5. QUESTIONS TRANSVERSALES

5.1 Veuillez décrire le niveau escompté de durabilité et/ou de connexité¹⁰.

Le projet vise d'un côté à combler les gaps dans le système de santé et intervenir en protection des femmes et enfants, et de l'autre côté à renforcer les communautés et les services étatiques pour leur permettre de répondre directement aux besoins. Le support se fera au sein des formations sanitaires de l'Etat et pas en substitution du système de santé publique. Les agents de l'Etat recevront des formations et un appui en matériel pour fonctionner. Nous espérons qu'à la fin du programme, l'Etat aura la capacité de reprendre pleinement la fourniture des services de santé ainsi que les aspects de la protection.

¹⁰ La durabilité et la connexité sont des concepts similaires, qui sont utilisés pour garantir que les activités soient exécutées dans un contexte qui tient compte des problèmes à plus long terme et interconnectés.

Au Mali, dans le cadre des activités de sensibilisation, nous avons choisi d'utiliser des acteurs culturels très connus dans la région de Kita et Kayes, experts dans les marionnettes. Ils ont la connaissance du territoire et la capacité d'engager les communautés autour des thématiques très sensibles au Sud du Mali comme la planification familiale, les mariages précoces et le GBV.

Grâce au renforcement de compétences des équipes médicales, le volet Planning Familial sera consolidé au niveau des formations sanitaires ainsi qu'au niveau des communautés, en s'appuyant aussi sur les techniques traditionnelles d'espacement des grossesses et permettra d'éviter les grossesses rapprochées qui sont une des causes des décès maternels. La lutte contre les grossesses non désirées vis-à-vis des jeunes et adolescentes permettra leur maintien à l'école.

En RDC, MdM continuera à contribuer à la résilience des communautés via la mise en place des « communautés protectrices » comme mécanisme de dialogue permanent et de redevabilité croisée (population, autorités, services publics) qui contribue à la résolution des conflits dans le court terme et à la reconstruction sociale et la démocratisation dans le moyen-long terme.

Il faut souligner que cette durabilité a été prise en compte depuis la phase conceptuelle par l'implication des bénéficiaires à l'identification des interventions répondant à leurs priorités. Ceci est un préalable essentiel pour faire évoluer les pratiques et politiques en faveur d'un accès durable à la santé par la population. De façon très concrète, l'appui en matériels informatiques et roulants permettra le renforcement des capacités de suivi des districts et de livraison de services en stratégie mobile pour les populations isolées et défavorisées, notamment dans un contexte sécuritaire fragile.

Il y aura aussi un transfert de connaissances, notamment sur la thématique de santé mentale au travers la formation des relais communautaires et des agents de santé sur l'identification des signes et symptômes de détresse psychologique.

Toutes les figures communautaires pertinentes seront mobilisées, ce qui devrait contribuer à l'appropriation du programme par la population. En effet, les hommes tout autant que les femmes sont visés. L'utilisation de l'approche « Education par les pairs » devrait assurer une maîtrise de l'intervention par les communautés puisque dans ce cadre, ce ne sont pas les équipes MdM pas plus que les équipes du DS qui diffusent les bonnes pratiques et prônent les changements mais bien les personnes de la communauté elle-même. Convaincus que toute action doit se faire avec les premiers concernés, les bénéficiaires occuperont une place de choix dans les activités.

Le projet contribuera à la mise en place d'un cadre d'échanges et de concertation autour du district sanitaire favorisant ainsi un meilleur partage d'informations entre les différents acteurs, et cela même à la fin de la tenue du projet. Ce cadre servira de référence pour les futurs intervenants en rendant disponible la cartographie des intervenants et des besoins, de manière à encourager les synergies d'interventions et éviter les doublons. Le projet permettra de redynamiser un système d'information sanitaire et de coordination efficace, fiable et durable incluant tous les acteurs.

5.2 Stratégie de continuité (liens entre l'aide d'urgence, la réhabilitation et le développement)

Une approche Nexus sera pensée sur l'ensemble des composantes du projet avec une programmation intégrée et sensible au contexte et aux conflits. Les déterminants des conflits en lien avec les secteurs du projet seront ainsi identifiés afin d'être pris en compte dans la programmation. Les constats présentés ci-dessus font état de la nécessité d'agir en faveur d'une autonomisation accrue des femmes et des adolescentes. Les grossesses précoces et nombreuses, leurs impacts sanitaires et le travail non-rémunéré que cela engendre (soins des enfants, tâches ménagères, charge mentale, etc.) limitent les capacités des femmes et des adolescentes à avoir du contrôle sur les aspects économiques et sociaux qui mènent à leur autonomie.

Le projet vise également à agir sur l'utilisation des services de santé des femmes et des adolescentes en partenariat avec le Ministère de la Santé Publique (MSP) et ses représentations locales. En effet, investir dans la santé des femmes peut améliorer à la fois les résultats en matière de santé et d'égalité de genre. La littérature démontre une forte association entre l'utilisation des services SSR par les femmes, leur autonomisation et leur capacité d'agir. Les données disponibles suggèrent également que les interventions en santé fondées sur les droits et sensibles au genre peuvent promouvoir l'équité entre les sexes et les droits des femmes (J Heymann, JK Levy, B Bose, V Ríos-Salas... - The Lancet, 2019). Dans cette optique, MdM mettra l'accent sur les aspects de la santé ayant le plus d'impact sur

l'autonomisation des femmes et des adolescents, assurant une amélioration de leurs conditions de vie à court et à long terme.

L'éducation des femmes et des adolescentes sur la santé et particulièrement la SSR sera renforcée et une approche fondée sur le droit à la santé sera utilisée en s'appuyant sur les stratégies nationales (Politique de gratuité des soins pour les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans, Stratégie nationale de prévention et de réponses aux VBG, Politique nationale de genre, etc.). Le système de santé institutionnel sera également renforcé pour le rendre plus respectueux des droits des femmes. La barrière d'accessibilité physique et sécuritaire étant déterminante dans leur capacité à avoir recours aux soins (Robert, Samb, Marchal et Ridde, 2015), le projet renforcera l'offre communautaire à travers des unités mobiles, le renforcement des comités de santé, case de santé et agent.e.s de santé communautaire (ASC) tout en travaillant en collaboration avec les accoucheuses traditionnelles. Ce résultat est directement aligné sur le Plan Stratégique National de Santé Communautaire.

En partenariat avec des OSC (comme l'organisation SONGES au Niger), les hommes et les adolescents seront impliqués en faveur d'une masculinité positive¹¹ et de l'autonomisation des femmes et des adolescentes. La stratégie d'école des maris et de couple modèle sera promue.

La stratégie de MdM repose sur le renforcement des capacités des différents acteurs de santé dans une perspective de développement sur le long terme, permettant de consolider durablement l'efficacité des systèmes de santé existants. Enfin, un plan de désengagement sera élaboré et discuté avec toutes les parties prenantes afin d'assurer une transition progressive minimisant ainsi les effets néfastes du retrait brutal que cela pourrait créer après l'arrêt du financement. MdM a la volonté de renforcer les compétences et capacités du système de santé déjà mis en place, en cherchant à minimiser les inégalités d'accès au soin.

5.3 Intégration (par exemple, réduction des risques de catastrophes, enfants, droits de l'homme, égalité des sexes, impact environnemental, autres à préciser)

Le projet prévoit effectivement l'intégration de différentes thématiques transversales. En termes de **réduction des risques de catastrophes**, le projet permettra de minimiser les effets d'un afflux massif des déplacés ou réfugiés et de réduire le risque d'épidémies liées à de la promiscuité ou à des conditions d'hygiène non optimales. Concernant l'aspect **protection des enfants**, MdM via des mécanismes d'approche communautaire travaille sur le signalement et la dénonciation des actes de VBG affectant directement les enfants, e.a. le mariage précoce (souvent à la suite d'arrangements à l'amiable après une agression sexuelle). D'autres part, une approche spécifique "SSR Jeunes et Ados" sera développée afin de renforcer leur accès à la contraception, à l'avortement dans le cadre la loi ou aux soins post avortement. Notre approche communautaire agissant en prévention des VBG mais aussi sur la réintégration des SVS dans la communauté se base sur le respect des droits humains. Les principes de dignité et de « ne pas nuire » seront à la base de cette approche centrée sur la personne. **Ainsi l'égalité de sexes ou l'approche genre** sera développée de manière transversale que ce soit lors des réunions des acteurs communautaires et lors des consultations de patients (respect de la confidentialité, consentement éclairé, choix du sexe du prestataire...). Lors des sessions de sensibilisation de la communauté, des groupes de discussion séparés pourront être constitués pour les filles et les femmes afin de leur donner un espace protégé et confidentiel pour exprimer leurs points de vue. Les messages seront culturellement adaptés au sexe et à l'âge. Les activités communautaires vont également intégrer des hommes et des garçons comme agents de changement, au travers des approches de la masculinité positive. L'implication des communautés, par exemple au sein de « l'Ecole des Maris » au Niger, permet de favoriser l'implication et la participation des hommes mariés dans la promotion des services de la santé et de développer et renforcer les attitudes positives sur les rapports de genre.

L'impact environnemental sera également pris en compte en termes de gestion des déchets au niveau des bureaux, guest house mais aussi des centres de santé appuyés (rénovation des incinérateurs, des latrines, des fosses à déchets). Les communautés pourront se saisir de ce sujet afin d'assainir leur milieu

¹¹ Cela signifie des hommes qui reconnaissent l'inégalité des droits dans la société entre les femmes et les hommes, le fardeau qui repose sur les épaules des femmes, mais également que le fait de protéger les femmes contre toutes formes de violences ou d'encourager le respect de leurs droits n'en fait pas moins d'eux de vrais hommes.

et conscientiser les communautés sur l'impact environnemental de leur comportement. Le département logistique de MdM s'assurera que les voitures ou motos du projet soient entretenues de manière optimale afin de réduire la pollution associée mais aussi que, en cas de réhabilitation d'infrastructures, les déchets de chantier soient triés et recyclés au maximum. Au sein des équipes MdM, la consommation de papier, ainsi que l'utilisation de sacs en plastique jetable sera minimisée au maximum. Au sein du siège, MdM réalise le tri des déchets et veille à limiter le gaspillage énergétique de façon. MdM cherche aussi à réduire l'impact de ce programme à travers l'approvisionnement en médicaments privilégiant le fret maritime sur le fret aérien, et en dotant les structures de santé appuyées de matériel de gestion des déchets biomédicaux.

5.4 [INT] En cas de changements ou de problèmes à traiter, veuillez préciser

5.5 [FIN] En cas de changements ou de problèmes à traiter, veuillez préciser

RDC : à l'issue de l'intervention psychosociale d'urgence à Kalehe (« Crisis Modifier »), nous avons mis en place différentes mesures permettant de prolonger les acquis de l'intervention : appui financier au BCZ de Kalehe pour continuer la supervision des référents personnels psychosociaux formés dans le cadre de l'intervention, dotation au BCZ de différents matériels et équipements (tentes, tables, chaises, outils de rapportage, mégaphones pour les sensibilisations), organisation de réunions à visée d'évaluation et de responsabilisation avec toutes les parties prenantes.

6. MESURES DE SÉCURITÉ ET D'URGENCE

6.1 Mesures d'urgence (plan B/ mesures d'atténuation à prendre si les risques et hypothèses exposés dans le cadre logique se concrétisent)

Les risques sécuritaires sont tous modérés mais peuvent être de plusieurs formes, tels qu'une impossibilité de mise en œuvre totale ou partielle du projet, engendrant la non-atteinte des résultats. Les 3 missions MdM (Niger, Mali, RDC) disposent d'un plan de sécurité national qui définit les modalités de gestion de la sécurité sur la mission. Il est défini dans ce plan de sécurité national : une analyse des risques dans le pays et dans chacune de nos zones d'intervention, les phases de sécurité et le comportement adapté à chacune d'elle. Quand la situation se dégrade, il est établi une phase d'hibernation, d'où la mise en place des malles de nourriture (malle d'hibernation) au bureau et au logement (Guest house). Une pyramide de communication sécuritaire est mise à jour tous les trois mois, ou chaque fois que c'est nécessaire. Ce dispositif de sécurité, sera dupliqué sur les nouvelles zones d'intervention que sont la zone de Kita (au Mali) et de Tahoua (au Niger). En cas de crise exigeant une évacuation, le personnel le plus exposé sera délocalisé en capitale pour travailler en *remote*, mais le service minimum continuera à être assuré sur place par le personnel local identifié. Et si la situation politique ou sécuritaire se dégradait au niveau national, les équipes cadres nationales seraient en mesure d'assurer un suivi des activités, sur place tout comme depuis les lieux sécurisés bien identifiés.

6.2 Aspects relatifs à la sécurité

6.2.1 Situation sur le terrain. Veuillez donner une brève description

Au Mali, en termes de sécurité, la région de Kita est plutôt calme et bien urbanisée. Des cas de banditisme urbain (e.a. par suite du chômage récurrent chez les jeunes) et de coupeurs de routes sont observés. Les mesures seront prises pour éviter ce genre d'incidents, e.a. ne pas rouler après la tombée de la nuit et bien sécuriser les bureaux et la résidence. Il n'y a pas de menace avérée de terrorisme comme dans le nord du pays. Mais en cas de changement de contexte, l'expérience de MdM à Menaka et Gao depuis de nombreuses années aidera à faire face. Une attention particulière sera accordée à l'accès aux centres de santé proches des zones aurifères où les phénomènes décrits plus haut sont plus fréquents.

Le **Niger** se caractérise par un contexte sécuritaire marqué par la prolifération des groupes armés, la recrudescence des affrontements communautaires et la montée de l'extrémisme violent. Les incursions répétées de groupes armés non-étatiques (GANE) dans les régions de Tillabéri et Tahoua sont très

fréquents. Aux attaques des groupes armés non-étatiques se superposent également des conflits interethniques et intercommunautaires accompagnés de représailles. Cette situation a conduit le gouvernement nigérien à déclarer l'état d'urgence dans plusieurs départements des régions de Tahoua et de Tillabéri, ce qui s'est traduit par un certain nombre de mesures (limitation de la circulation des véhicules et des personnes, fermeture de certains espaces publics), qui réduisent ainsi l'accès à la nourriture et aux services de base. La situation sécuritaire sur la bande frontalière Niger-Burkina-Mali (impliquant une partie de la région de Tahoua) reste tendue et continue d'affecter les populations civiles qui y vivent.

Un protocole de sécurité spécifique a-t-il été établi pour cette action?

Oui ☒ Non ☒ Procédures standard ☒

Si oui, précisez:

Dès confirmation du financement, l'une des priorités de l'équipe de coordination MdM sera de compléter ce protocole de sécurité pour les zones cibles (Kita au Mali et Tahoua au Niger), dont l'ébauche est déjà élaborée avec les données récoltées lors de la mission exploratoire.

Le personnel sur le terrain et les expatriés ont-ils reçu des informations et une formation concernant ces procédures ?

Oui ☒ Non ☒

Le personnel tant national qu'international reçoit le kit sécurité après un briefing sécurité. Il en sera de même sur ce projet dès son lancement.

6.3 [INT] En cas de changements ou de problèmes à traiter, veuillez préciser

6.4 [FIN] En cas de changements ou de problèmes à traiter, veuillez préciser

Mali : Par rapport aux aspects relatifs à la sécurité, les mesures de précautions ont été toujours prises durant le projet en mettant l'accent sur l'évaluation des risques qui peuvent être évités pendant les missions de sortie terrain. Les activités du projet se sont déroulées dans le district sanitaire de Kita couvrant 25 communes en mettant l'accent sur la situation sécuritaire de la région. On note qu'à part les communes de Madina et Kotouba où il existe des menaces terroristes, les différentes missions déroulées sur le terrain ont touché toutes les aires de santé sans aucun incident. Ceci a été favorable par rapport à la capitalisation des acquis avant le rapport intermédiaire.

RDC : Au cours de l'intervention psychosociale d'urgence à Kalehe (« Crisis Modifier »), l'équipe n'a connu aucun problème sécuritaire. Un monitoring constant a été effectué par le Référent sécurité de la mission, basé à Bukavu, qui avait, au préalable, identifié des informateurs clés. La zone d'intervention n'a pas été affectée par l'activisme des groupes armés qui sévissent dans ce territoire ni par le conflit entre le M23 et l'armée congolaise se déroulant à une trentaine de kilomètres au Nord. Par contre, les sinistrés et autres PDI s'en sont pris violemment à plusieurs reprises aux autorités de la zone (notamment l'Administrateur du territoire) accusées d'avoir détourné une partie de l'aide qui leur était destinée ; ces mouvements de colère ont rappelé à tous l'importance de la redevabilité envers les communautés affectées mais ils n'ont pas impacté négativement les actions de MdM et des autres humanitaires.

7. COORDINATION SUR LE TERRAIN

7.1 Coordination sur le terrain (veuillez indiquer la participation de l'Organisation humanitaire aux mécanismes de coordination avec d'autres parties prenantes, tels que les "clusters", les ONG, les agences des Nations unies, autres (à spécifier), ainsi que les liens avec la procédure d'appel consolidée, si nécessaire)

Dans les 3 pays proposés, MdM participe très activement :

- aux clusters « santé » et « protection » avec e.a. le sous cluster VBG, ceci au niveau national mais aussi au niveau local lorsque ces sous clusters existent
- Aux réunions INSO sur l'analyse sécuritaire national et local

- Aux réunions de Chef de missions d'ONG Int (e.a. le Fongim au Mali et le OIREN au Niger)
- Aux réunions de PTF lorsque MdM y est invité
- Aux réunion intercluster lorsque OCHA sollicite notre participation
- Au remplissage des tableaux « 4W » coordonnés par OCHA

Plus spécifiquement, pays par pays :

Au **Niger**, MdM travaillera avec UNFPA dans le cadre de l'«initiative Spotlight», une synergie d'actions créées autour des acteurs intervenant dans la lutte contre les VBG. MdM est également membre du « Groupe de travail sur la migration », du « Groupe technique Santé mentale et soutien psycho-social » Dans la région de Tahoua, MdM participera aux rencontres d'échanges d'informations des acteurs humanitaires au sein du bureau OCHA avec lequel les échanges sont déjà en cours.

Au **Mali**, MdM est membre de l'Equipe Humanitaire Pays (EHP) et de son groupe technique d'accès humanitaire (pilote par OCHA), du Groupe Technique « Accès Humanitaire » du FONGIM, du Cadre Commun Santé (CCS) piloté par ECHO. MdM est aussi Co-lead de la Coordination Humanitaire à Ménaka et participe activement aux séances élargies de la Commission de Réhabilitation des Zones Post Conflit. Au niveau de Kita, MdM prévoit de mettre en place, avec l'appui du FONGIM, un cadre d'échanges permanent avec les ONGI intervenants dans la région, notamment Plan International (acteur déjà présent) mais aussi Terre des Hommes, Save The Children, Hellèn Keller, ACF.

En **RDC**, MdM Be est particulièrement en lien avec Unicef sur des plaidoyers communs pour la protection des enfants en situation de rue. Des contacts sont également fréquents avec UNFPA concernant le sujet des grossesses précoces chez les adolescentes et bien entendu sur la lutte contre les VBG.

7.2 Autorités nationales et locales (relations établies, autorisations, coordination)

Dans les 3 pays, MdM travaille toujours de manière très étroite avec les services étatiques que ce soit le Ministère de la Santé ou les Ministères impliqués dans la protection de la femme ou de l'enfance.

Au niveau régional, une convention sera signée avec la Direction régionale de la santé de Tahoua (Niger) ou de Kita (Mali). La tenue de rencontres trimestrielles du cadre de coordination avec la présence des collectivités et de l'administration (via le préfet) servira d'espace de mise à jour et de monitoring des activités du projet et des autres interventions en cours dans le département. Au niveau du District Sanitaire (DS), une coordination régulière permettra de planifier et de suivre les avancées du projet. Un accord de partenariat sera également signé avec le DS précisant les objectifs de cette collaboration, les moyens mis en œuvre pour chaque partie prenante et les rôles et responsabilités s'y rapportant. Enfin, au niveau de chaque formation sanitaire, un accord de partenariat sera également signé, engageant les deux parties dans une collaboration respectueuse et clarifiant les attentes de chacun. MdM soumet également des rapports aux partenaires des DRSP et des DS.

Au **Niger**, MdM est le représentant des PTF dans le comité multisectoriel de coordination en SSR. MdM a développé, avec la direction de la santé de la reproduction, un protocole de prise en charge des VSBG qui est validé au niveau national et qui pourra être mis en place dans le cadre de l'action au niveau local.

Au **Mali**, depuis la mission d'exploration, nous avons établi des relations avec les autorités locales, en particulier nous collaborons avec : les leaders communautaires, les Groupements des femmes et des jeunes, le Ministère de la Santé (e.a. Equipes Cadres de District et responsables de centre de santé), le Ministère de la Cohésion Sociale. L'évaluation des besoins du projet s'appuie sur les PDSC (PLAN DE DEVELOPPEMENT SOCIO SANITAIRE 2019-2023)

En **RDC**, à Kinshasa, MdM travaille pour et avec les instances gouvernementales à travers le Ministère des Affaires Sociales et plusieurs acteurs de protection autour de la DUAS en les renforçant dans leurs rôles de protection des jeunes en situation de rue. Le travail en synergie avec d'autres acteurs locaux tels que CATSR, partenaire local de l'ONGI Dynamo International (pour le travail de rue) et la Fondation Panzi (pour la prise en charge des SVS) complète le cadre de travail en réseau.

7.3 Eventuelle coordination avec la représentation diplomatique belge

Dans chacun des pays, MdM a déjà établi les relations avec le service de coopération de l'Ambassade de Belgique qui pourra être impliquée pendant toutes les phases du développement du projet. Ils seront conviés à l'atelier de lancement du projet et MdM va régulièrement partager les évolutions du projet. Au Niger et en RDC, MdM participe au Cadre Stratégique Commun (CSC), le forum des acteurs belges de la coopération au développement. De plus, MdM collabore activement avec les équipes de Enabel e.a. sur la SSR et les VBG.

[INT] En cas de changements ou de problèmes de coordination, veuillez préciser

7.4 [FIN] En cas de changements ou de problèmes de coordination, veuillez préciser

Mali : La forte implication des différents acteurs impliqués dans la mise en œuvre du projet a permis d'établir des relations productives et créer une confiance au cœur de collaboration entre parties prenantes.

La coordination du projet avec l'ensemble des acteurs impliqués ont assuré les actions suivantes :

- La formation d'une équipe expérimentée du projet en matière de renforcement de l'accès des communautés vulnérables aux soins de santé sexuelle et reproductive et à la prise des survivantes des VGB
- La collaboration entre structures communautaires de santé et les autorités locales
- La mise en place du guichet unique et des services communautaires de prise en charge des survivantes de VGB
- La présence et l'implication des acteurs de l'Etat (police, santé, justice) participant aux actions du guichet unique
- La création des groupes d'actions communautaires autour des violences basées sur le genre.

Malgré ces points positifs qui contribuent à la réussite de l'intervention, l'absence des gestionnaires des cas de VGB au niveau communautaire a freiné la prise en charge holistique des survivantes enregistrés et référées vers les structures de santé au niveau communautaire. Il est important de noter que le déploiement des gestionnaires des cas sur le terrain pourrait contribuer la bonne coordination du projet notamment le suivi de proximité des personnes victimes de VGB et ayant besoin de protection et d'une prise en charge au niveau communautaire.

Niger : Rien à signaler

RDC : Dans le cadre de l'intervention psychosociale d'urgence à Kalehe (« Crisis Modifier »), MdM a collaboré étroitement avec les autorités politico-administratives, coutumières et sanitaires (PNSM, DPS, BCZ) locales, tant au niveau de la conception de l'intervention que de son exécution. Par ailleurs, à Bukavu et sur le terrain, MdM a participé activement aux cadres de coordination de la réponse, notamment en représentant le volet SMSPS des interventions.

L'Ambassade de Belgique à Kinshasa a été tenue au courant de notre intervention.

8. PARTENAIRES DE MISE EN ŒUVRE

8.1 Nom et adresse du ou des partenaires de mise en œuvre

Au Mali :

ONG ERAD : ETUDE ET RECHERCHE DES ACTIONS SUR LE DEVELOPPEMENT DURABLE. Adresse : LAFIABOUGOU, BP 5064, Bamako, Mali Tel +223 20290627

Equipes cadre de district (ECD) de Kita. Adresse : Kita Saint Felix

Au Niger :

ONG SongES : Quartier Yantala, Rue YN012, n°344, Niamey, Niger. Téléphone : +2272075 4287

Equipes cadre de district (ECD) de Birni-Konni ; Bagaroua; Tillia.

Service départemental de la promotion de la femme et protection de l'enfant des 3 DS.

En RDC :

Reejer (Réseau des Educateurs des Enfants et Jeunes de la Rue), Commune de KASA-VUBU, dirigé par Mr REMY MAFU, email : reejer_cg@yahoo.fr

8.2 Statut des partenaires de mise en œuvre (par exemple : ONG, autorités locales, etc.) et rôle joué par eux

Niger :

l'ONG SongEs est une ONG locale au Niger pionnière dans l'approche « école des maris », forte d'un long partenariat avec UNFPA, cette approche vise à faire des hommes des partenaires et des catalyseurs de l'accès à des services de SR voire de la fréquentation des centres de santé.

Mali :

ERAD est une ONG locale. Son rôle est essentiellement la mise en œuvre des actions de sensibilisation sur le volet protection du projet

ECD (Equipes cadre de district) est un service technique de l'état. Elle est le garant de la mise en œuvre de la politique nationale de santé dans le district.

RDC :

Le Réseau des Educateurs des Enfants et Jeunes de la Rue (REEJER) : Plateforme des associations et ONG congolaises créée en 1998, réunissant 165 structures travaillant dans la protection et la défense des droits des enfants, particulièrement ceux en situation de rue. Le REEJER et ses membres sont reconnus par les autorités et la communauté internationale pour leur travail de prévention du phénomène « enfant en situation de rue », et leur réinsertion socio-économique.

8.3 Type de relation avec le ou les partenaires de mise en œuvre et les rapports attendus de la part du partenaire de mise en œuvre

Mali :

ERAD est un partenaire incontournable dans la protection à Kita, qui travaille depuis longtemps avec Plan International. Les relations établies sont très positives. ERAD sera partenaire de mise en œuvre pour les aspects liés à la protection et un MoU sera signé entre les deux parties

L'ECD est le partenaire de collaboration dans le secteur de la santé et du développement social.

Niger :

SongEs et MdM entretiennent un partenariat depuis 2015 à Agadez. MdM a noué un partenariat de mise en œuvre des activités d'implication des hommes autour des activités de la SSR dans le cadre de son projet financé par la DGD Quinquennal. Dans la région de Tillabéry MdM-B et SongEs sont membres du consortium RECOSA (financement Union Européenne).

Les districts sanitaires : service technique de l'état. C'est l'unité opérationnelle du système de santé et garant de la mise en œuvre de la politique nationale de santé. Contribue en RH et facilite l'accès aux structures de santé et populations. Participe aux supervisions conjointes avec les équipes du projet.

Service départemental de la promotion de la femme et protection de l'enfant : accompagne la mise en place des comités de protection et supervisions conjointes avec les équipes projet.

RDC :

Le REEJER apparait comme un mécanisme permanent de veille et d'analyse des besoins de protection de 1ère ligne, reconnu tant par les autorités que par la société civile et les enfants eux-mêmes. Il apparait comme un partenaire essentiel sur le travail de réduction des risques de SSR et de santé mentale

8.4 [INT] En cas de changements, veuillez préciser

8.5 [FIN] En cas de changements, veuillez préciser

RDC : Sur le terrain, au niveau des activités, la collaboration avec le REEJER a été bonne et a apporté une plus-value à l'intervention réalisée par MdM. Cependant, le REEJER est une structure assez faible en termes de gestion administrative et financière. Malgré l'encadrement que l'équipe MdM leur a fourni, le renforcement des capacités de leurs staffs support et le MoU conclu entre les deux organisations, le REEJER a eu des difficultés pour respecter certaines de ses obligations en termes de collecte et d'archivage des pièces comptables et justificatives ; nous avons finalement réussi à retrouver les pièces.

Au niveau de l'intervention psychosociale d'urgence à Kalehe (« Crisis Modifier »), le principal partenaire de mise en œuvre a été le Bureau central de la Zone de santé de Kalehe (BCZ). Afin de clarifier les rôles et responsabilités des parties, nous avons fait un avenant au MoU déjà conclu avec le BCZ de Kalehe dans le cadre du « projet One Health » (programme DGD quinquennal). La collaboration s'est avérée très bonne et le BCZ a respecté ses obligations.

9. ACTIVITÉS DE COMMUNICATION, DE VISIBILITÉ ET D'INFORMATION

9.1 Activités de communication programmées

Le projet sera mentionné sur le site Web de MdM, sur la page Facebook ainsi que sur le bulletin mensuel de la mission Mali ou Niger, soulignant le rôle d'appui financier de la DGD et les aspects du partenariat. L'identité visuelle de la DGD et un lien vers son site Web figureront sur le site Web de MdM. L'utilisation du nom et du logo de la « DGD Coopération belge » par MdM sera uniquement réalisée à des fins humanitaires et pour la mise en œuvre des activités du projet.

Dans chaque pays, nous prévoyons de faire une cérémonie de lancement du projet à laquelle seront conviés les populations, les leaders communautaires, les autorités ainsi que les représentants de l'Ambassade de la Belgique. Une cérémonie de clôture similaire sera aussi réalisée.

Au Mali, la compagnie de théâtre de Yaya Koulinali fera un grand spectacle de marionnettes géantes.

9.2 Visibilité sur les équipements durables, les fournitures principales, ainsi que sur le lieu du projet

En fonction des contextes sécuritaires, MdM mettra en place une visibilité standard sur le terrain en affichant de manière visible l'emblème de la Coopération belge, ainsi que le texte suivant "Financé par la coopération belge". Sur le terrain, les logos autocollants seront apposés à l'intérieur des formations sanitaires appuyées, sur les banderoles en cas d'événement ou campagne, sur les véhicules, et les vêtements (par exemple, des t-shirts et des casquettes portées par le personnel du projet). Enfin, le logo sera également apposé sur les publications et le matériel opérationnel. Néanmoins, au Sahel, étant donné que la présence de forces armées belges sur le terrain pourrait amener une confusion par rapport au mandat de neutralité et d'impartialité d'une ONG comme Médecins du Monde (acteur de coopération non gouvernementale), selon l'évolution de la situation et la perception de MdM par les populations, **une demande d'exemption de visibilité pourrait être demandée le cas échéant**. De même, dans le cas où le logo MdM serait perçu négativement, une politique de visibilité « low profil » sera mise en place.

En RDC, pour l'instant, nous avons une politique de visibilité « Logo bailleurs et MdM » totale (e.a. sur nos bureaux et voiture). **Au Mali**, nous avons le logo MdM sur les véhicules et les bureaux. Les logos des bailleurs sont posés, en fonction du contexte sécuritaire, dans les structures appuyées et pendant les activités les plus importantes. **Au Niger**, compte tenu de la situation actuelle, nous ne mettons pas de visibilité sur les voitures et les bureaux. Une analyse/revue de cette politique est en cours en fonction du contexte et par localité mais ne devrait pas changer quant à utilisation de logo bailleur dans le contexte de la région de Tahoua.

Activités de publication prévues

Vidéo de l'atelier de lancement et de capitalisation à publier.

[INT] En cas de changements, veuillez préciser

9.3 [FIN] Rapport sur les activités pertinentes

Mali : Plusieurs outils et moyens de communication ont été utilisés durant la mise en œuvre du projet pour maintenir un échange d'informations constant et connecter avec toutes les différentes parties prenantes du projet.

En ce qui concerne les médias sociaux, la diffusion des messages radio utilisée pour l'information des communautés sur l'approche du projet et les prestataires des réseaux sociaux ont été employés pour la publication des actions du projet.

S'agissant de la communication interne, le partage des documents et les messages d'informations avec toute l'équipe technique du projet, la tenue régulière des réunions hebdomadaires et la participation à la réunion de coordination MdM sont effectuées sur tout le long du projet.

Concernant la gestion des visibilités du projet, la production des affiches et banderoles, la prise des photos et vidéos ont été réalisées pendant les cérémonies des différentes activités du projet où participent les acteurs impliqués.

Relativement à la communication externe, cette dernière enregistre, la tenue des rencontres avec les parties prenantes, le partage des messages d'informations et certains documents du projet qui leur concernent ainsi que les ateliers de restitutions.

RDC : Malheureusement vu la réponse rapide l'équipe a pas porter des actions des visibilité (au delà des logo) dans la zone de Kalehe.

10. RESSOURCES HUMAINES

10.1 Veuillez indiquer les chiffres globaux par fonction et par statut

Voir au niveau du budget également où les informations seront plus complètes pour chaque pays.

Fonction	Statut ¹²	Nb. de personnes	Nombre d'hommes/mois dans le projet	Remarques
Coordinateur/trice Général(e)	Expat (Niger, Mali, RDC)	1 (Niger) 1 (Mali) 1 (RDC)	6 (Niger), 4 (Mali), 1 (RDC)	Responsable de la mise en œuvre et de la coordination de la Mission. Point focal « Opé » vis-à-vis du HQ.
Coordinateur/trice Médicale	Expat (Niger, Mali) Nat. (RDC)	1 (Niger) 1 (Mali) 1 (RDC)	6 (Niger) 4 (Mali) 0 (RDC)	Elabore et suit les commandes médicales, assure la qualité des interventions médicales et communautaires (respect des protocoles, confidentialités, approche genre). Point focal médical vis-à-vis du HQ
Coordinateur/trice RH ou Finance	Expat. (Niger, Mali, RDC)	1 (Niger) 1 (Mali) 1 (RDC)	6 (Niger) 4 (Mali) 1 (RDC)	Responsable de la gestion administrative et financière. Point focal RH/Fin vis-à-vis du HQ. Sur la mission Mali, il y a un Coordo RH et un Coordo Finance.
Coordinateur/trice Logistique	Expat. (Niger, Mali, RDC)	1 (Niger) 1 (Mali) 1 (RDC)	6 (Niger) 4 (Mali) 1 (RDC)	Responsable de la gestion logistique sur la Mission. Point focal Log vis-à-vis du HQ
Coordinateur/trice MEAL	Expat (Niger, RDC) Nat. (Mali)	1 (Niger) 0 (Mali) 0 (RDC)	6 (Niger) 0 (Mali) 0 (RDC)	Appuie les équipes dans la mise en place des stratégies MEAL du projet, en particulier sur le suivi des indicateurs mais aussi sur les projets de recherche opérationnelle.
Coordinateur/trice de projet	Expat. (Niger, RDC) Nat. (Mali)	1 (Niger) 1 (RDC) 1 (Mali)	22 (Niger) 24 (Mali) 3 (RDC)	Responsable de l'implémentation et de la coordination du projet. Sera basé soit à Kita, soit à Tahoua soit à Kinshasa. Un expatrié est parfois préférable pour assurer une stricte neutralité e.a. dans ces contextes de tensions communautaires.
Admin base	Nat. (Niger, Mali, RDC)	1 (Niger) 1 (Mali) 1 (RDC)	24 (Niger) 24 (Niger) 0 (RDC)	Il aura la charge de veiller à la bonne gestion des ressources humaines et financières du projet. Il supervisera les activités d'un assistant comptable

¹² Expatriés, personnel local, personnel du partenaire de mise en œuvre,...

Assistant admin-log	Nat. (Niger, Mali, RDC)	1 (Niger) 1 (Mali) 1 (RDC)	23 (Niger) 24 (Mali) 3 (RDC)	Assure la gestion logistique et de la base
Assistant comptable	Nat. (Niger, Mali, RDC)	1 (Mali) 1 (RDC)	0 (Niger) 24 (Mali) 3 (RDC)	Sous la supervision de l'administrateur de la base, il assurera la gestion des paiements et la tenue de la comptabilité de sa base
Chauffeur	Nat. (Niger, Mali, RDC)	1 Niger 1 Mali 2 RDC	24 (Niger) 23 (Mali) 3 (RDC)	Sous la supervision de l'assistant logistique, il aura la charge de conduire les équipes du projet
Personnel de ménage	Nat. (Niger, Mali, RDC)	2 Mali 1 RDC 1 Niger	24 (Niger) 3 (RDC) 24 (Mali)	Sous la supervision de l'assistant logistique, ils seront chargés de l'hygiène des locaux
Gardien	Nat. (Niger, Mali, RDC)	4 Mali 3 RDC 4 Niger	24 (Niger) 24 (Mali) 3 (RDC)	Sous la supervision de l'assistant logistique, ils seront chargés de la sécurisation des biens et personnel au niveau de la base
Responsable pharmacie	Nat. (Niger, Mali, RDC)	1 Niger 1 Mali 0 RDC	24 (Niger) 24 (Mali) 0 (RDC)	Assure le stockage, les approvisionnements et le suivi des consommations.
Médecin	Nat. (Niger, Mali, RDC)	0 Niger 1 RDC 1 Mali	0 (Niger) 24 (Mali) 3 (RDC)	Staff médical. Seront présents dans les structures de soins secondaires pour assurer la qualité de prise en charge des personnes référées (e.a. grossesses compliquées)
Sage-femme	Nat. (Niger, Mali, RDC)	2 Niger 2 Mali 0 RDC	24 (Niger) 24 (Mali) 0 (RDC)	Appuie la formation et supervision et accompagnement des sages-femmes au niveau des CS et consultation clinique mobile
Infirmier(e) diplômé(e) d'état	Nat. (Niger, Mali, RDC)	2 Niger 2 Mali 0 RDC	24 (Niger) 24 (Mali) 0 (RDC)	Formation et supervision et accompagnement des infirmiers des acteurs communautaires au niveau des CS et consultation clinique mobile.
Infirmier santé mentale	Nat. (Niger, Mali, RDC)	0 Niger 0 Mali 1 RDC	0 (Niger) 0 (Mali) 3 (RDC)	Staff protection. Assurera l'identification et le suivi des cas SVS dans les aires de santé ciblées
Psychologue	Nat. (Niger, Mali, RDC)	1 Niger 1 Mali 1 RDC	24 (Niger) 24 (Mali) 3 (RDC)	Formation premiers secours psychologique, supervision et accompagnement de la prise en charge en santé mentale.
Conseiller(e) sociale	Nat. (Niger, Mali, RDC)	0 Niger 0 RDC 1 Mali	0 (Niger) 24 (Mali) 0 (RDC)	Appuie pour la réinsertion des SVS et le suivi des personnes traumatisés
Superviseur communautaire	Nat.	1 Niger 1 Mali 0 RDC	24 (Niger) 24 (Mali) 0 (RDC)	Responsable de la communication pour le changement de comportement, supervise les acteurs communautaires.

	(Niger, Mali, RDC)			
Meal Base	Nat. (Niger, Mali, RDC)	0 Niger 1 Mali 0 RDC	0 (Niger) 24 (Mali) 0 (RDC)	Sous la supervision du Coordo MEAL, il effectuera des tâches de suivi et d'évaluation sur le terrain et des activités d'apprentissage en collaboration avec le personnel et les bénéficiaires
Desk Officer HQ	Nat.	1 MI/ Ni 1 RDC	3,6 (MI/ Ni) 0,9 (RDC)	Vient en appui technique pour la définition de la stratégie, le bon fonctionnement et la qualité du programme
Ref RH HQ	Nat.	1	4,8	Assure la conformité des procédures RH et assure le recrutement et suivi des expatriés
Ref. LOg HQ	Nat.	1	4,8	Assure la définition et suivi des procédures Log
Ref Fin HQ	Nat.	2	3,6 (MI, Ni) 0,9 (RDC)	Réalise la consolidation des budgets lors des rapports intermédiaires et finaux. Appuie les équipes sur le terrain dans le suivi et la bonne gestion financière du projet
Ref Med HQ	Nat.	2	3,6 (MI, Ni) 0,9 (RDC)	Vient en appui technique pour le bon fonctionnement et la qualité du programme
Coordo Audit HQ	Nat.	1	4,32	Supervise le processus d'audit externe. Accompagne les équipes dans la mise en œuvre du respect des procédures
Ref MEAL HQ	Nat.	1	11	Construit une stratégie de Monitoring, évaluation, redevabilité et apprentissage basée sur les pratiques existantes et en lien avec le cycle du projet
Ref Santé Mentale HQ	Nat.	1	11	Assure la cohérence technique des activités mises en œuvre dans son périmètre thématique de responsabilité afin d'implémenter la stratégie opérationnelle de MdM, via des projets de qualité et une utilisation efficiente des ressources
Ref. Recherche Opé HQ	Nat.	1	3,3	Assurer la cohérence technique des activités mises en œuvre dans son périmètre thématique de responsabilité afin d'implémenter la stratégie de recherche opérationnelle de MdM, via des projets de qualité et une utilisation efficiente des ressources

10.2 [FIN] En cas de changements, veuillez préciser

Mali :

Fonction	Statut ¹³	Nb. de personnes	Nombre d'hommes/mois dans le projet	Remarques
Coordinateur/trice Général(e)	Expat (Niger, Mali, RDC)	1 (Niger) 1 (Mali) 1 (RDC)	6 (Niger), 4 (Mali), 1 (RDC)	Responsable de la mise en œuvre et de la coordination de la Mission. Point focal « Opé » vis-à-vis du HQ.
Coordinateur/trice Médicale	Expat (Niger, Mali) Nat. (RDC)	1 (Niger) 1 (Mali) 1 (RDC)	6 (Niger) 4 (Mali) 0 (RDC)	Elabore et suit les commandes médicales, assure la qualité des interventions médicales et communautaires (respect des protocoles, confidentialités, approche genre). Point focal médical vis-à-vis du HQ
Coordinateur/trice RH ou Finance	Expat. (Niger, Mali, RDC)	1 (Niger) 1 (Mali) 1 (RDC)	6 (Niger) 4 (Mali) 1 (RDC)	Responsable de la gestion administrative et financière. Point focal RH/Fin vis-à-vis du HQ. Sur la mission Mali, il y a un Coordo RH et un Coordo Finance.
Coordinateur/trice Logistique	Expat. (Niger, Mali RDC)	1 (Niger) 1 (Mali) 1 (RDC)	6 (Niger) 4 (Mali) 1 (RDC)	Responsable de la gestion logistique sur la Mission. Point focal Log vis-à-vis du HQ
Coordinateur/trice MEAL	Expat (Niger, RDC) Nat. (Mali)	1 (Niger) 0 (Mali) 0 (RDC)	6 (Niger) 0 (Mali) 0 (RDC)	Appuie les équipes dans la mise en place des stratégies MEAL du projet, en particulier sur le suivi des indicateurs mais aussi sur les projets de recherche opérationnelle.
Coordinateur/trice de projet	Expat. (Niger, RDC) Nat. (Mali)	1 (Niger) 1 (RDC) 1 (Mali)	22 (Niger) 24 (Mali) 3 (RDC)	Responsable de l'implémentation et de la coordination du projet. Sera basé soit à Kita, soit à Tahoua soit à Kinshasa. Un expatrié est parfois préférable pour assurer une stricte neutralité e.a. dans ces contextes de tensions communautaires.
Admin base	Nat. (Niger, Mali, RDC)	1 (Niger) 1 (Mali) 1 (RDC)	24 (Niger) 24 (Niger) 0 (RDC)	Il aura la charge de veiller à la bonne gestion des ressources humaines et financières du projet. Il supervisera les activités d'un assistant comptable
Assistant admin-log	Nat. (Niger, Mali, RDC)	1 (Niger) 0 (Mali) 1 (RDC)	23 (Niger) 24 (Mali) 3 (RDC)	Assure la gestion logistique et de la base
Assistante comptable	Nat. (Niger, Mali, RDC)	1 (Mali) 1 (RDC)	0 (Niger) 24 (Mali) 3 (RDC)	Sous la supervision de l'administrateur de la base, il assurera la gestion des paiements et la tenue de la comptabilité de sa base
Chauffeur	Nat.	1 Niger 2 Mali 2 RDC	24 (Niger) 24 (Mali) 3 (RDC)	Sous la supervision de l'assistant logistique, il aura la charge de conduire les équipes du projet

¹³ Expatriés, personnel local, personnel du partenaire de mise en œuvre,...

	(Niger, Mali, RDC)			
Personnel de ménage	Nat. (Niger, Mali, RDC)	2 Mali 1 RDC 1 Niger	24 (Niger) 3 (RDC) 24 (Mali)	Sous la supervision de l'assistant logistique, ils seront chargés de l'hygiène des locaux
Gardien	Nat. (Niger, Mali, RDC)	4 Mali 3 RDC 4 Niger	24 (Niger) 24 (Mali) 3 (RDC)	Sous la supervision de l'assistant logistique, ils seront chargés de la sécurisation des biens et personnel au niveau de la base
Responsable pharmacie	Nat. (Niger, Mali, RDC)	1 Niger 1 Mali 0 RDC	24 (Niger) 24 (Mali) 0 (RDC)	Assure le stockage, les approvisionnements et le suivi des consommations.
Médecin	Nat. (Niger, Mali, RDC)	0 Niger 1 RDC 1 Mali	0 (Niger) 24 (Mali) 3 (RDC)	Staff médical. Seront présents dans les structures de soins secondaires pour assurer la qualité de prise en charge des personnes référées (e.a. grossesses compliquées)
Sage-femme	Nat. (Niger, Mali, RDC)	2 Niger 0 Mali 0 RDC	24 (Niger) 24 (Mali) 0 (RDC)	Appuie la formation et supervision et accompagnement des sages-femmes au niveau des CS et consultation clinique mobile
Infirmier(e) diplômé(e) d'état	Nat. (Niger, Mali, RDC)	2 Niger 0 Mali 0 RDC	24 (Niger) 24 (Mali) 0 (RDC)	Formation et supervision et accompagnement des infirmiers des acteurs communautaires au niveau des CS et consultation clinique mobile.
Infirmier santé mentale	Nat. (Niger, Mali, RDC)	0 Niger 0 Mali 1 RDC	0 (Niger) 0 (Mali) 3 (RDC)	Staff protection. Assurera l'identification et le suivi des cas SVS dans les aires de santé ciblées
Psychologue	Nat. (Niger, Mali, RDC)	1 Niger 1 Mali 1 RDC	24 (Niger) 24 (Mali) 3 (RDC)	Formation premiers secours psychologique, supervision et accompagnement de la prise en charge en santé mentale.
Conseiller(e) sociale	Nat. (Niger, Mali, RDC)	0 Niger 0 RDC 1 Mali	0 (Niger) 24 (Mali) 0 (RDC)	Appuie pour la réinsertion des SVS et le suivi des personnes traumatisés
Superviseur communautaire	Nat. (Niger, Mali, RDC)	1 Niger 1 Mali 0 RDC	24 (Niger) 24 (Mali) 0 (RDC)	Responsable de la communication pour le changement de comportement, supervise les acteurs communautaires.
Meal Base	Nat. (Niger, Mali, RDC)	0 Niger 1 Mali 0 RDC	0 (Niger) 24 (Mali) 0 (RDC)	Sous la supervision du Coordo MEAL, il effectuera des tâches de suivi et d'évaluation sur le terrain et des activités d'apprentissage en collaboration avec le personnel et les bénéficiaires
Gestionnaire de dépôt pharmacie	Nat.	1 Mali	15 (Mali)	Assure le stockage, les approvisionnements et le suivi des consommations. Position en cours de

	(Niger, Mali, RDC)			recrutement. Position Renommée, Gestionnaire dépôt pharmacie.
Animateurs communautaires	Nat.	5 Mali	24 (Mali)	Staff mis à la disposition du partenaire
Comptable	Nat.	1 Mali	24 (Mali)	Staff mis à la disposition du partenaire
Assistante comptable	Nat.	1 Mali	24 (Mali)	Staff mis à la disposition du partenaire (à mi-temps)
Coordinateur de projet	Nat.	1 Mali	24 (Mali)	Staff mis à la disposition du partenaire (à mi-temps)
Responsable Protection et Genre	Nat.	1 Mali	24 (Mali)	Staff mis à la disposition du partenaire (à mi-temps)
Superviseur Santé Sexuelle et reproductive	Nat.	1 Mali	24 (Mali)	Appui la formation et supervision et accompagnement des sage-femmes au niveau des CS et consultation clinique mobile. Nous parlons plutôt de Superviseur Sage-Femme
Desk Officer HQ	Nat.	1 MI/ Ni 1 RDC	3,6 (MI/ Ni) 0,9 (RDC)	Vient en appui technique pour la définition de la stratégie, le bon fonctionnement et la qualité du programme
Ref RH HQ	Nat.	1	4,8	Assure la conformité des procédures RH et assure le recrutement et suivi des expatriés
Ref. LOg HQ	Nat.	1	4,8	Assure la définition et suivi des procédures Log
Ref Fin HQ	Nat.	2	3,6 (MI, Ni) 0,9 (RDC)	Réalise la consolidation des budgets lors des rapports intermédiaires et finaux. Appuie les équipes sur le terrain dans le suivi et la bonne gestion financière du projet
Ref Med HQ	Nat.	2	3,6 (MI, Ni) 0,9 (RDC)	Vient en appui technique pour le bon fonctionnement et la qualité du programme
Coordo Audit HQ	Nat.	1	4,32	Supervise le processus d'audit externe. Accompagne les équipes dans la mise en œuvre du respect des procédures
Ref MEAL HQ	Nat.	1	11	Construit une stratégie de Monitoring, évaluation, redevabilité et apprentissage basée sur les pratiques existantes et en lien avec le cycle du projet
Ref Santé Mentale HQ	Nat.	1	11	Assure la cohérence technique des activités mises en œuvre dans son périmètre thématique de responsabilité afin d'implémenter la stratégie opérationnelle de MdM, via des projets de qualité et une utilisation efficiente des ressources

Ref. Recherche Opé HQ	Nat.	1	3,3	Assurer la cohérence technique des activités mises en œuvre dans son périmètre thématique de responsabilité afin d'implémenter la stratégie de recherche opérationnelle de MdM, via des projets de qualité et une utilisation efficiente des ressources
-----------------------------	------	---	-----	---

Niger : RAS

RDC : Dans le cadre de l'intervention psychosociale d'urgence à Kalehe (« Crisis Modifier »), trois psychologues clinicien.ne.s ont été placés sous contrat de consultance (3 mois). Ces trois personnels faisaient partie d'une réserve de recrutement, afin d'accélérer leur prise de fonction.

11. INFORMATIONS ADMINISTRATIVES

11.1 Nom et titre du représentant légal signant la convention

Mr Michel Genet, Directeur Général

Attention, le DG de Médecins du Monde Belgique est changé en Mars 2024. Le Directeur General ad Intérim est Michel Peremans.

11.2 Nom, numéro de téléphone, adresse e-mail et titre de la (des) personne(s) chargée(s) de la gestion administrative du dossier

Mme Alessia Galdieri +32.0494230353

Email : bailleurs@medecinsdumonde.be; Grant and Partnership Officer

11.3 Nom, numéro de téléphone et de fax et adresse e-mail du représentant dans la zone d'intervention

Mali: Dr Vincker LUSHOMBO, Tel: (+223) 76402873 email: CG.Mali@medecinsdumonde.be

Niger: Lancinet Toupou, Tel : (+227) 92186078. email: CG.niger@medecinsdumonde.be

RDC: Mr BARRY Mamadou Kaba, Tel : (+243) 81.70.68.243 email CG.Congo@medecinsdumonde.be

11.4 Compte bancaire

Nom de la banque : FORTIS

Adresse de l'agence : Rue Montagne du Parc 3, 1000 Bruxelles, Belgique

Désignation précise du titulaire du compte : MDMB

Monnaie du compte : EUR

Numéro de compte complet (y compris code(s) bancaire(s)) : BE43 210-0375339-01

Code IBAN : BE43 210-0375339-01

Code SWIFT : GEBABEBB

=====