

SINGLE FORM FOR HUMANITARIAN AID ACTIONS

1. GENERAL INFORMATION

1.1 Name of Humanitarian Organisation of registration:

Médecins du Monde Belgique (MdM-BE)

1.2 Title of the Action:

“ Renforcement de la protection et de l'accès à la santé pour les populations vulnérables affectées par les crises humanitaires au Sud Kivu (RDC), Burundi, Burkina Faso, Mali et Niger “

Area of intervention (country, region, localities):

Sahel:

Mali : région de Kita, district sanitaire de Kita, Région de Ménaka, Districts sanitaires de Andéramboukane, Inékar, Ménaka et Tidermène

Niger : région de Tahoua, districts de Konni, Bagaroua et Madaoua

Burkina : région du Centre, commune de Ouagadougou, district sanitaire de Sig-Noghin

Grands Lacs:

RDC : Province du Sud-Kivu, territoire d'Uvira, zone de santé de Lemera (aires de santé de Langala, Kidote, Katala, Mulenge, Ndegu)

Burundi : Province de Rutana, district sanitaire de Gihofi, aire de santé de Giharo, site d'hébergement définitif des réfugiés de Musenyi et province de Cibitoke, district sanitaire de Cibitoke, aire de santé de Rukana

1.3 Planned Start date and duration of the Action: 1er Novembre 2025, 24 mois

1.4 Start date for eligibility of expenditure: Date de signature de l'Arrêté Ministériel d'octroi

1.5 Proposal and reports

Initial proposal	☐	date: 30-07-2025
Approval proposal	☐	date: dd-mm-yy
Start date	☐	date: 01-11-2025
Intermediate report	☐	date: dd-mm-yy
End date	☐	date: 30-11-2026
Final report	☐	date dd-mm-yy

[INT] List the supplementary agreements and exchange of letters after signature of the Agreement up to intermediate report stage

[FIN] List the supplementary agreements and exchange of letters after submission of the Intermediate report up to final report stage

2. NEEDS AND PROTECTION RISKS ANALYSIS

2.1 Needs, Protection risks and stakeholder analysis

Le programme proposé s'inscrit dans la continuité des deux phases précédentes financées par la DGD et mises en œuvre par Médecins du Monde (MdM) dans la région du Sahel (au Mali et Niger) et dans la Région des Grands Lacs (en RDC). Il vise à répondre aux besoins prioritaires de protection et de santé des populations affectées par les crises humanitaires en cours dans les 2 régions. Cette nouvelle phase marque une extension géographique stratégique du programme humanitaire de protection et santé de MdM, avec l'élargissement des activités à une nouvelle zone dans le nord du Mali, la région de Ménaka, ainsi qu'à deux nouveaux pays : le Burkina Faso et le Burundi.

Les principaux risques de protection identifiés par MdM et ses partenaires concernent surtout les violences basées sur le genre (VBG) et les obstacles à l'accès aux soins essentiels (santé primaire, santé mentale,

soins vitaux), en particulier pour les PDI, réfugiés et populations hôtes dans des contextes de conflit et d'instabilité.

La stratégie de protection de MdM repose sur trois piliers :

- Prévention : sensibilisation communautaire, mécanismes de veille et d'alerte précoce pour réduire les risques de violations et renforcer la résilience.
- Réponse : appui aux communautés pour identifier et traiter les problèmes de protection, accès renforcé aux services de santé et de protection (dont soins psychosociaux et services intégrés VBG), amélioration des mécanismes de référencement et prise en charge directe des survivant·e·s.
- Plaidoyer : dialogue avec autorités et leaders communautaires pour promouvoir le respect des droits fondamentaux.

Toutes les activités intègrent une approche sensible au conflit, conforme au principe du Do No Harm et aux principes humanitaires de neutralité et d'impartialité.

2.1.1. Mali La situation humanitaire demeure préoccupante en raison de la crise multidimensionnelle affectant le Nord, le Centre et l'Ouest, et qui s'étend vers le Sud. En janvier 2025, 6,4 millions de personnes étaient dans le besoin, dont 3,1 millions en protection (notamment femmes, enfants et personnes handicapées). À Kita et Ménaka, les femmes et les enfants sont les plus exposés : VBG, mariages précoces, MGF, exclusions socio-économiques. À Kita, plus de 96 000 personnes nécessitent protection ; entre 2023 et 2024 les cas de VBG ont augmenté de 40 %. Depuis l'ouverture du One Stop Center (novembre 2023, financement DGD), 172 cas ont été enregistrés (violences physiques, viols, agressions sexuelles, déni de ressources). L'accès aux services reste limité : autorisation masculine requise pour 90 % des femmes et obstacles économiques pour 62 %. À Ménaka, la hausse des VBG (+19 % en un an) est aggravée par la faiblesse du système de santé et le sous-équipement du guichet unique.

2.1.2. Niger Avec plus de 25 millions d'habitants, le pays subit une crise humanitaire aggravée par les déplacements (500 000 PDI en janvier 2025), l'insécurité alimentaire et le changement climatique, dans un contexte socio-politique fragile après le coup d'État de juillet 2023. Classé 189^e sur 191 à l'IDH 2025, le Niger compte déjà 2,6 millions de personnes affectées et 3,4 millions en crise alimentaire (IPC 2024). Les inondations accentuent les risques sanitaires. Dans la région de Tahoua, 2 156 cas de VBG ont été rapportés en 2023 (principalement déni de ressources, mariages précoces, violences psychologiques et viols). Le système de santé, marqué par un manque de personnel et d'intrants, entrave l'accès aux soins SR et accroît la mortalité maternelle : taux d'accouchement assisté de 26 % à Bagaroua (20 % de décès maternels) et 40 % à Madaoua (93 décès pour 100 000 naissances vivantes).

2.1.3. Burkina Faso Le pays compte plus de 2 millions de PDI (mars 2023), dont 82 % sont femmes et enfants. À Ouagadougou, la non-reconnaissance officielle des PDI (estimés à 30 000 fin 2023) a limité leur accès à l'assistance. Une évaluation (Keeogo, juin 2024) indique que 70 % des PDI ont des besoins de santé non couverts ; 66 % des femmes ne complètent pas leurs consultations prénatales et 61 % n'ont pas accès à la planification familiale. Les risques de protection sont élevés : 18 % témoignent d'actes de VBG, mais 86 % ignorent l'existence de programmes de prise en charge. En décembre 2024, une mission a confirmé l'absence quasi totale de dispositifs VBG fonctionnels, ainsi que l'insuffisance des services de santé mentale (63 % sans accès).

2.1.4. RDC La Zone de Santé de Lemera (Sud-Kivu) subit de forts déplacements liés aux affrontements et à l'offensive du M23 début 2025. Au 30 juin 2025, 1,5 million de PDI étaient recensés dans la province, dont 75 000 à Lemera (mars 2025), mettant sous pression des infrastructures déjà fragiles. L'absence de services institutionnels de protection et la non-application du DIH exposent gravement les populations. Entre juin 2024 et mai 2025, 245 victimes de violences sexuelles ont été prises en charge (moyenne de 20 cas/mois, +79 % par rapport à début 2024). Seules 170 ont accédé aux soins dans les 72 h, et parmi elles 145 ont reçu un kit PEP, faute d'intrants suffisants.

2.1.5. Burundi Depuis début 2025, plus de 71 000 réfugiés congolais sont arrivés au Burundi, s'ajoutant aux 90 000 déjà présents. Plus de 50 % sont femmes, enfants et personnes âgées. Cet afflux accentue la pression sur un pays déjà fragile (inflation 26 %, plus de 50 % de la population sous le seuil de pauvreté). Les besoins sont multiples : soins médicaux insuffisants, manque de médicaments, déficits en santé mentale et reproductive, accès limité à l'eau potable, malnutrition. Les VBG concernent réfugiés et communautés hôtes, mais restent souvent tus pour des raisons sociales. Le HCR estime plus de 2 000 survivant·e·s de VBG/EAS en 2025. La promiscuité des sites accroît les risques sanitaires : paludisme (38 %), parasitoses (10 %), dermatoses (10 %), syndromes grippaux (8 %). Les ressources financières restent largement insuffisantes face à l'ampleur des besoins.

Please specify the methodology used to identify those protection risks. This and any additional information are to be added in the annex.

Merci de vous référer à l'annexe 7

2.1.6. Regional needs if relevant (in case present in multiple countries in the same region which have impact on each other)

Sahel

Le Sahel (Mali, Niger, Burkina Faso) est marqué par une crise sécuritaire et humanitaire interconnectée dans la zone des trois frontières (Liptako-Gourma), alimentée par les groupes armés affiliés à Al Qaida (JNIM) et à l'État islamique (EIGS). Cette insécurité croissante entraîne plus de 2,8 millions de déplacés (OCHA, 2024), fragilise davantage des systèmes de santé et de protection déjà précaires, et provoque une hausse de 15 % des incidents violents (ACLED, 2024). Les populations sont exposées à des risques accrus de VBG, de malnutrition et d'atteintes aux droits fondamentaux, affectant plus de 5 millions de personnes (PAM, 2024). Les défis structurels — pauvreté endémique (>40 %), manque d'infrastructures et de personnel médical, normes patriarcales restreignant l'accès aux soins — sont aggravés par l'affaiblissement des mécanismes communautaires de médiation, exploités par les groupes armés. Face à cette convergence de facteurs, une réponse humanitaire régionale coordonnée est jugée indispensable, mobilisant agences onusiennes, ONG, gouvernements et organisations régionales pour protéger les civils, renforcer les systèmes de santé et accroître la résilience.

Région des Grands Lacs

Depuis début 2025, l'est de la RDC (Nord-Kivu, Sud-Kivu, Ituri) connaît une intensification des affrontements entre le M23, les FARDC et divers acteurs armés, avec des répercussions régionales (Burundi, Rwanda, Ouganda, Tanzanie). Plus de 71 000 réfugiés congolais ont fui vers le Burundi entre janvier et juin 2025, portant leur total à 160 000, tandis que la Tanzanie en héberge 200 000 et l'Ouganda 130 000 (HCR, 2024). L'escalade du M23, attribuée en partie au soutien du Rwanda (ONU, 2024), accroît les tensions diplomatiques et fragilise la coopération régionale. L'accord RDC–Rwanda du 27 juin 2025 promet le retour des déplacés, mais ne prévoit ni justice ni réparation. Sur le plan humanitaire, plus de 1,2 million de PDI ont été recensés en 2025 (OIM, 2024). Les systèmes locaux, déjà sous-financés, sont débordés : risques élevés de VBG, insécurité alimentaire (23 % des ménages du Sud-Kivu) et recrudescence de choléra et malnutrition au Burundi et en Tanzanie. Les camps de réfugiés comme Nyarugusu atteignent leurs limites de capacité. Enfin, l'accès humanitaire est fortement restreint en RDC par la fermeture de l'aéroport de Goma et d'autres points d'entrée, compliquant l'acheminement de l'aide et le déploiement des humanitaires.

2.2 [INT] If changes in risks and needs assessment at intermediate report stage, please explain

2.3 [FIN] If changes in risks and needs assessment after intermediate report, please explain

3. Program coordination with humanitarian organisation in the area of intervention

3.1 Coordination with other Humanitarian actors in the area of intervention: Brief overview/description of the cooperation and/or coordination with both International and Belgian actors in the intervention area.

Mali : MdM accorde une importance centrale à la coordination avec les acteurs humanitaires dans ses zones d'intervention afin d'assurer la complémentarité, la cohérence et l'efficacité des projets humanitaires. À Ménaka, MdM est activement engagé dans plusieurs cadres de coordination et de concertation, notamment le sous-Cluster Santé/Nutrition, les Groupes Thématiques (Santé, Nutrition, Protection, WASH, SDSR), la coordination régionale du FONGIM (Forum des ONG internationales du Mali) dont elle a été le co-lead jusqu'en mai 2025, INSO pour les questions de sécurité et d'accès humanitaire, ainsi que la coordination humanitaire locale (GIAC). En fonction des besoins, des échanges bilatéraux sont établis avec d'autres acteurs clés tels que ACF, IRC, NRC, PAM, UNICEF ou encore l'OMS. Dans la région de Kita, MdM travaille en étroite collaboration avec les acteurs humanitaires (des ONG nationales, comme le Centre Dakan, Feslacom et APEPE, et des services étatiques, en particulier le Service local de la Promotion de la Femme, de l'Engant et de la Famille) au sein des cadres de concertation régionaux, notamment le Coordination et de Suivi des Actions de Développement. L'organisation participe également aux réunions des clusters

Protection, et développe des synergies avec des ONG internationales (SOS Village d'Enfants, MSI Reproductive Choices) et avec des ONG belges ou financées par la DGD (Plan International - pour le référencement de cas de VBG – et la Croix-Rouge malienne – pour partager des informations et éviter les duplications).

Niger : À Tahoua, MdM est activement impliqué dans plusieurs cadres de coordination humanitaire, notamment le cluster Protection animé par le HCR, le sous-groupe sectoriel VBG, le cluster Santé coordonné par la direction régionale de la santé, ainsi que les réunions inter-agences d'OCHA. Ces espaces favorisent l'échange d'informations, la coordination des interventions et la gestion de l'accès humanitaire. MdM collabore étroitement avec Plan International PI, également financé par la coopération belge ; les survivantes de VBG prises en charge sur les volets médical, santé mentale et soutien psychosocial par MdM sont orientées vers PI Niger pour bénéficier d'un accompagnement socio-économique, et vice-versa. En 2024 et 2025, MdM, PI Niger et Vétérinaires Sans Frontières (VSF-Be) ont organisé conjointement un atelier de lancement et un atelier bilan à mi-parcours des projets financés par la DGD. Par ailleurs, en mai 2025, MdM et VSF-Be ont mené une évaluation rapide des besoins en santé, nutrition, protection et sécurité alimentaire dans les départements de Bagaroua et Kéita, en vue d'y apporter une réponse commune. MdM participe également aux réunions du Forum des Organisations Internationales représentées au Niger (OIREN).

Burkina Faso: MdM n'a pas de présence physique mais intervient en partenariat avec l'ONG burkinabé Keoogo à Ouagadougou. En matière de réponse humanitaire Keoogo travaille en collaboration avec Alima et Médecins Sans Frontières (MSF) dans le cadre de la réponse aux personnes déplacées internes, assurant une coordination étroite pour éviter les doublons et maximiser l'impact auprès des populations affectées par la crise dans différentes provinces du pays. Keoogo collabore également avec le SAMU SOCIAL, en particulier en matière de prise en charge des populations vulnérables en milieu urbain. De plus, l'organisation participe activement aux réunions de coordination humanitaire et aux mécanismes de concertation, notamment au sein des clusters protection, ce qui renforce la cohérence et l'efficacité des actions dans la zone.

RDC : Au Sud-Kivu, MdM est activement impliquée dans les mécanismes de coordination humanitaire (participation aux réunions OCHA, INSO, et FONGI ainsi qu'aux clusters de Protection, VBG, et Santé mentale ainsi que co-lead du cluster Santé de l'OMS,). En collaboration avec VSF-Be et PHR, MdM assure une prise en charge holistique des survivant.e.s de VBG : appui médico-psychosocial (MdM), accompagnement juridique (PHR) et réintégration socio-économique (VSF). MdM et VSF sont partenaires stratégiques belges depuis 2022 sur la thématique One Health et coopèrent étroitement dans le cadre du DGD-H 2024. Dans le cadre de son projet ECHO, MdM collabore également avec MEDAIR, Première Urgence Internationale (PUI), et ALIMA pour la coordination de leur réponse RRM. Par ailleurs, MdM entretient une coordination régulière avec d'autres acteurs humanitaires belges intervenant en RDC, tels que WAPA, Memisa, Médecins Sans Vacances (MSV), Caritas International, et Louvain Coopération, bien que leurs zones d'intervention respectives ne se recoupent pas systématiquement avec celles de MdM. Cette coordination se fait principalement au niveau des sièges en Belgique, permettant de renforcer la cohérence des interventions, de mutualiser les analyses et de promouvoir des synergies dans la réponse humanitaire.

Burundi : Dans un contexte régional de crise marqué par un afflux massif de réfugié.e.s congolais.e.s, en collaboration avec ses partenaires nationaux, MdM a déployé un mécanisme de réponse rapide afin de répondre aux besoins urgents des réfugiés.e.s. L'organisation participe activement à la coordination opérationnelle menée par le HCR et les agences des Nations Unies, notamment via sa participation aux sous-clusters GBV et protection et au cluster santé de l'OMS. Des évaluations conjointes ont également été menées avec différentes agences onusiennes tel que le HCR, OMS, ONUSIDA, UNFPA et une analyse partagée des besoins en santé, santé mentale et protection. Des synergies ont été établies avec plusieurs acteurs clés : Save the Children pour la thématique VBG, MSV pour le soutien aux structures sanitaires locales, Memisa Belgique pour l'approvisionnement en intrants, MSF Belgique dans le cadre de la réponse d'urgence et VSF-BE, avec qui MdM collabore dans le cadre d'un projet financé par ENABEL visant à mettre en place des plateformes nationales de coordination One Health. Collaboration with Local Humanitarian actors and partners:

3.2 Description of the cooperation and coordination with local actors in the intervention area both at program proposal drafting stage and planned program implementation stage.

Mali : Dans la région de Ménaka en plus de sa participation au cluster VBG, MdM a des échanges réguliers avec les acteurs techniques étatiques (Direction Régionale de la Santé, Promotion de la Femme, Développement Social), MdM est en conversations avec l'ONG Association Malienne pour la Survie au Sahel (AMSS) identifié comme son partenaire potentiel à Menaka. Dans la région de Kita, MdM met en œuvre son programme SDSR en partenariat avec l'ONG nationale ARCAD. Via le One stop center mis en place par MdM les services techniques de santé, de protection sociale, de promotion de la femme, ainsi que les

autorités locales (maires, préfets, police, justice) sont pleinement intégrés dans le dispositif de prise en charge des survivant.e.s des GBV offrant des services intégrés (médicale, psychosociale, juridique et socio-économique) notamment via les centres de santé communautaires (CSCoM). MdM travaille également avec des ONG locales spécialisées telles que PROMODEF, notamment pour le référencement des cas nécessitant une prise en charge judiciaire, et ASIC JIGIYA BLON dans le cadre de la synergie d'action et du soutien aux survivantes. Des leaders communautaires, religieux, ainsi que des organisations de la société civile (CAFO, associations de jeunes et de femmes) sont également impliqués dans les efforts de sensibilisation, de plaidoyer et de renforcement des capacités locales en matière de SDSR et VBG.

Niger : Dès les premières étapes de conception du projet, Médecins du Monde (MdM) engage un processus de concertation approfondie avec l'ensemble des parties prenantes locales et institutionnelles, incluant la Direction Régionale de la Santé Publique, les districts sanitaires, les services sociaux, les Comités de Gestion (COGES), l'ONG locale SONGES partenaire local de la présente action au Niger, ainsi qu'avec les relais communautaires et les leaders locaux, afin de garantir l'alignement du programme avec les priorités régionales et locales et de favoriser l'adhésion des populations cibles. En outre, la participation régulière de MdM aux cadres de coordination régionaux, (en particulier, les clusters Santé et Protection/VBG) lui permet d'harmoniser ses interventions avec celles des autres acteurs humanitaires présents dans la zone. Et enfin des échanges réguliers ont lieu avec les autorités au niveau régional et départemental afin de prendre en considération leurs attentes mais également de maintenir une communication proactive dans un contexte sahélien sensible sur les actions des humanitaires.

Au stade de la mise en œuvre, cette dynamique de collaboration se poursuit à plusieurs niveaux :

- Le renforcement des capacités des structures locales de santé et de protection, à travers des formations, des dotations en médicaments essentiels, et un appui à la prise en charge holistique des survivantes de VBG via le dispositif du Guichet Unique ;
- L'implication directe de SONGES, des COGES et des relais communautaires dans la mobilisation communautaire, la sensibilisation et la mise en œuvre des activités ;
- La mise en place de mécanismes communautaires de gestion des retours et des plaintes, à travers des comités locaux inclusifs et accessibles ;
- Une coordination régulière avec les autorités sanitaires et sociales, ainsi qu'une participation soutenue aux plateformes locales de coordination ;
- Un appui technique et financier aux districts sanitaires pour la réalisation d'activités clés telles que les cliniques mobiles, les campagnes de vaccination, et les réponses aux épidémies.

Burkina Faso : un partenariat étroit est développé avec l'Association des Femmes Juristes du Burkina Faso (AFJ/BF), notamment dans la prise en charge des survivant.e.s de VBG, permettant une mutualisation des expertises et des actions sur le terrain. Keoogo collabore également activement avec plusieurs structures étatiques, avec lesquelles elle a établi des conventions de partenariat et protocoles d'accord. Il s'agit notamment : du ministère de la Santé, à travers ses directions régionales et les districts sanitaires des zones d'intervention ; du ministère de l'Action humanitaire et de la Solidarité nationale, ministère de tutelle des PDI, avec un partenariat opérationnel notamment via la Direction régionale de la famille et de l'enfance (DGFE) et le service d'action sociale de Sig-Noghin, pour l'identification et l'orientation des PDI et des populations hôtes vulnérables ; de la Brigade régionale de protection de l'enfance (BRPE) du Centre, en matière de protection des enfants ; des Tribunaux de Grande Instance (TGI) Ouaga I et II, avec lesquels un cadre de concertation est mis en place pour faciliter l'accès à la justice et la prise en charge des enfants vulnérables, en particulier les survivant.e.s de VBG ; et de la Mairie de Ouagadougou et des mairies d'arrondissement, partenaires clés dans la mise en œuvre locale des actions.

RDC : Dans une logique de complémentarité et de renforcement des acteurs locaux, AFEMA, soutenue par VSF, assure l'appui juridique aux survivantes de VBG, en lien avec les services médicaux et psychosociaux fournis par MdM. Cette articulation favorise une réponse coordonnée et intégrée, tout en consolidant les capacités des structures communautaires engagées dans la lutte contre les GBV. Concernant la dynamique communautaire, MdM se base sur les comités de santé (CODESA) des structures reconnues et déjà existantes via lesquels l'organisation et le suivi des mécanismes de détection / prévention et orientation des survivant.e.s de VBG est assuré. Enfin, la Division provinciale de la santé (DPS) est impliquée de manière active à la fois pour assurer la cohérence du dispositif du projet avec les normes nationales de la RDC mais également réaliser des supervisions afin d'assurer le suivi de la qualité de la prise en charge médicale.

Burundi : Dans une logique de complémentarité et de renforcement des dynamiques locales, MdM collaborera avec plusieurs partenaires nationaux ancrés dans les zones d'intervention,. Dès la phase de conception, ces acteurs ont été impliqués dans la réalisation d'évaluations participatives menées à Rutana et Cibitoke, incluant des groupes de discussion avec les communautés. Cette démarche de co-construction a permis d'ancrer la réponse dans les réalités locales et de nourrir collectivement l'élaboration du programme. Également au niveau du Site de Musenyi, nous collaborons avec plusieurs administrations nationales,

notamment le ministère de l'Intérieur pour la gestion territoriale et la sécurité, l'ONPRA pour la coordination des actions de protection des réfugiés, le MSPLS pour l'appui aux interventions sanitaires et le suivi via DIHS2, ainsi que le Ministère des Affaires Sociales pour la promotion de l'inclusion sociale et la lutte contre les violences basées sur le genre.

3.2 [INT] If changes at intermediate report stage, please explain

3.3 [FIN] If changes after intermediate report, please explain

4. OPERATIONAL FRAMEWORK

4.1 Exact location of the Action (include map of project location)

Mali : Région de Kita, District sanitaire de Kita et région de Ménaka Districts sanitaires de Andéramboukane, Inékar, Ménaka et Tidermène : cartes en annexe

Niger : région de Tahoua, Départements de Madaoua, Baragoua, Konni : carte en annexe

Burkina Faso : Région du Centre, Commune de Ouagadougou, District sanitaire de Sig-Noghin : carte en annexe

RDC : Lemera située dans le Territoire d'Uvira, Province du Sud-Kivu, aires de santé de Langala, Kidote, Katala, Mulenge et Ndegu.

Burundi : Province de Rutana, District Sanitaire de Gihofi, Aire de Santé de Giharo, Site d'hébergement définitif des réfugiés de Musenyi et Province de Cibitoke, District Sanitaire de Cibitoke, Aire de Santé de Rukana

4.2 Affected populations targeted by the program

4.2.1 Overview

	Country a (RDC)	Country b (Burundi)	Country c (Mali)	Country d (Niger)	Country e (Burkina Faso)
Result1	149	60	572 (422 Ménaka / 150 Kita)	130	114
Unique specifier (gender sub act)	H = 74 / F = 75 D : 149 / I = 0	H = 30 / F = 30 D : 60 / I = 0	H = 240 / F = 332 D : 572 / I = 0	H = 78 / F = 52 D : 60 / I = 70	H = 36 / F = 78 D : 114 / I = 0
Result 2	52 346	59 329	44 243 (42 548 Ménaka / 1 695 Kita)	182 846	4 161
Unique specifier (gender sub act)	H = 23 610 / F = 28 736 D : 52 346 / I = 0	H = 25 988 / F = 33341 D : 59 329 / I = 0	H = 22 564 / F = 21 679 D : 44 243 / I = 0	H = 89 375 / F = 93 471 D : 182 835 / I = 11	H = 1 307 / F = 2 854 D : 4 161 / I = 0
Result 3	26 928	23 401	171 625 (110 360 Ménaka / 61 265 Kita)	71 467	1 935
Unique specifier (gender sub act)	H = 11 263 / F = 15 655 D : 26 928 / I = 0	H = 10 644 / F = 12 757 D : 23 401 / I = 0	H = 84 115 / F = 87 510 D : 0 / I = 171 625	H = 34 770 / F = 36 364 D : 71 167 / I = 300	H = 715 / F = 1 220 D : 1 935 / I = 0
Total	79423	82 790	216 440	254 443	6 210

4.2.2 Mechanisms and criteria for the identification of the populations targeted by the program (direct)

Dans tous les pays d'intervention, l'identification des bénéficiaires repose sur une approche commune, sensible au conflit et adaptée aux contextes :

Analyse de vulnérabilités et critères de sélection.

Les bénéficiaires sont identifiés via des analyses participatives et intersectionnelles (genre, âge, handicap, santé mentale ou chronique, appartenance ethnique, minorités, statut de protection – PDI, réfugiés, survivant·e·s de VBG, enfants à risque). Ces diagnostics multisectoriels (santé, protection, genre, droits) sont menés avec autorités, acteurs humanitaires et communautés.

Les populations ciblées incluent :

- PDI, réfugiés et personnes sans accès aux services de base ;
- Femmes, filles et autres groupes à haut risque de VBG ;
- Enfants et adolescents non accompagnés (risques de recrutement, exploitation, travail précoce), avec référencement vers services spécialisés, notamment au Mali et au Burkina Faso ;
- Personnes vivant avec handicap ou âgées ;
- Personnes nécessitant MHPSS, soins chroniques ou vitaux ;
- Communautés hôtes fortement affectées par l'arrivée de déplacés.

Les critères sont définis conjointement avec autorités, ONG et communautés, avec priorité aux femmes, PDI/réfugiés, enfants, jeunes et minorités linguistiques. Les exclus disposent d'un droit de recours.

Mécanismes communautaires et services intégrés.

Dans chaque zone, relais communautaires, comités de protection, clubs de jeunes et pairs éducateurs assurent l'alerte précoce, la sensibilisation et le référencement. La confidentialité et le *Do No Harm* sont systématiquement respectés. Les structures de santé et de protection soutenues par le projet repèrent également les cas lors des consultations (santé maternelle, pédiatrie, urgences). Le personnel médical et communautaire reçoit des formations spécifiques (protection, VBG, inclusion, approche centrée sur la personne).

Suivi, documentation et coordination.

Les incidents de protection, en particulier VBG, sont documentés selon des principes éthiques (consentement, confidentialité). Les données sont croisées avec les systèmes inter-agences existants (clusters, OIM/DTM, HCR, services étatiques) pour prioriser les zones et assurer la complémentarité.

Approche vis-à-vis des acteurs armés.

MdM applique strictement les principes humanitaires (neutralité, impartialité, indépendance) :

- dialogue limité aux enjeux humanitaires et sécuritaires,
- refus de partager toute donnée nominative,
- interventions sensibles au conflit et *do no harm*,
- travail continu d'acceptance communautaire,
- plaidoyer pour la protection des civils et l'accès équitable aux soins,
- suspension, adaptation ou évacuation en cas de menace directe, selon les plans de contingence.

Redevabilité et inclusion.

Des mécanismes de redevabilité garantissent la transparence et la participation : boîtes à plaintes, lignes d'écoute, comités communautaires, auto-identification possible des bénéficiaires, suivi des retours et ajustement des critères. Un dispositif SEAH fonctionnel est intégré. Les communautés participent activement au suivi-évaluation, et des mesures spécifiques (traduction, facilitateurs, accessibilité physique) assurent l'inclusion des groupes marginalisés.

Au Mali, l'existence d'un dispositif de double identification (communautaire + structures de santé), appuyé par des OSC spécialisées. **Au Niger**, le projet assurera la mise en place d'un guichet unique à Madaoua pour une prise en charge confidentielle des SVS, en complément de l'identification par les pairs éducateurs·trices et comités communautaires. **Au Burkina Faso** il y aura un recours formalisé aux listes administratives (action sociale, district sanitaire) et à l'appui des leaders traditionnels pour identifier les PDI et familles hôtes vulnérables. **En RDC** le processus d'identification sera fortement appuyé par les RECO et les CODESA, avec données consolidées via la DTM de l'OIM et les clusters humanitaires. **Au Burundi**, identification des réfugié·e·s se fera en lien avec les mécanismes HCR-ONPRA, avec une attention particulière portée à l'intégration "en miroir" des besoins des populations hôtes et réfugiées pour prévenir les tensions locales.

4.2.3 Other potentially by the program affected populations (indirect, catchment, etc.)

Au-delà des bénéficiaires directs, le programme aura un impact positif sur plusieurs autres groupes au sein des communautés ciblées. Seront notamment concernés :

1. Les familles et proches des survivant·e·s de VBG, qui bénéficieront d'un environnement communautaire plus soutenant, d'une meilleure information sur leurs droits et de services d'accompagnement adaptés.
2. Les autres patient·e·s fréquentant les structures de santé appuyées, qui profiteront de la montée en compétences du personnel et d'une amélioration globale de la qualité des soins.
3. Les membres des communautés ciblées dans leur ensemble (hommes, femmes, jeunes, personnes âgées, enfants), à travers les activités de sensibilisation de masse, les dispositifs communautaires d'alerte et les mécanismes de référencement.
4. Les prestataires de soins et acteurs sociaux locaux, dont les capacités seront renforcées sur les thématiques de santé, de protection, et d'accompagnement des survivant·e·s.
5. Les services étatiques et autorités locales impliqués dans la coordination des réponses de santé et de protection, qui bénéficieront d'un meilleur ancrage institutionnel et d'outils pour une action plus efficace à long terme.

Dans les Grands Lacs, en cas de crise, des interventions ponctuelles par cliniques mobiles ou en partenariat avec des acteurs locaux pourront être déployées dans d'autres zones, au-delà des aires de santé ciblées.

Au Sahel, le projet touchera également les universités et/ou des écoles d'infirmier·e·s, des travailleurs sociaux et de médecine, qui pourront être associés aux études de genre et protection.

4.3 Objectives, Results and Activities

4.3.1 Operational Overview of the Action: Log-frame (max. 3 pages)

Title of the Action	“ Renforcement de la protection et de l'accès à la santé pour les populations vulnérables affectées par les crises humanitaires au Sud Kivu (RDC), Burundi, Burkina Faso, Mali et Niger “			
Principal Objective	“Favoriser l'autonomisation des communautés, en contribuant à la réduction des conséquences des crises humanitaires et à la réalisation des droits fondamentaux à la santé, à la protection et à la dignité des populations affectées.”			
	Intervention Logic	Objectively Verifiable Indicators	Sources of Verification	Risks and Assumptions
Specific Objective	Réduire la vulnérabilité et renforcer la capacité de protection des individus, des groupes et des communautés touchés par les crises humanitaires en cours au Sud Kivu-RDC, Burundi, Burkina, Mali et Niger	Augmentation de 25% par-rapport à la baseline des personnes (désagrégé par genre, âge, handicap et statut) déclarant connaître et pouvoir accéder de manière sûre aux services de protection dans leur communauté, y compris concernant les VBG.	Enquête quantitative de base et finale	Risques: - Dégradation de la situation sécuritaire avec retrait des services de protection - Déplacements de populations nécessitant une reprise des activités avec les nouvelles personnes arrivées - Dénier d'accès humanitaire
Results	R1 : Les communautés sont renforcées pour assurer la prévention et les mécanismes de protection et d'alerte précoce	I.1.R1. % de communautés de santé et protection ciblées ayant mis en place des mécanismes communautaires de prévention et d'alerte précoce des cas de protection (notamment sur GBV, IDP et protection des enfants) fonctionnels I.2. R1. Nombre de survivant-e.s des VBG ayant eu accès à une réponse multisectorielle sûre et de qualité (appui psychosocial, orientation vers services de santé, services juridiques, etc.) via des mécanismes communautaires	Prétest et post-test ; grille d'évaluation ; Rapport des activités ; registre de référencement et fiches de contre-référencement Rapports d'activités des mécanismes communautaires Procès-verbaux de réunions de coordination Fiches d'observation lors des réunions de comités Entretiens semi-structurés avec les membres des mécanismes d'alerte	Risques : Faible engagement Communautaire Risque d'être stigmatisé et/ou menacé quand une survivante déclare avoir été victime ou veut porter plainte contre l'agresseur. Les autorités locales ne participent pas et freinent la dynamique ; Inaccessibilité : impraticabilité des routes (e.a. saison des pluies) Insécurité , manque d'acceptance et entrave à l'accès humanitaire par les acteurs du conflit. Manque de confiance des populations aux autorités.

		Cible Mali : 324 Cible Niger : 300 Burkina : 18 Cible RDC :300 Cible Burundi : 80 I.3.R1. Nombre des prestataires de services formés sur les cadres juridiques nationaux relatifs à la prévention et à l'atténuation de la violence liée au genre et protection de l'enfance I.4.R1. % de mécanismes communautaires d'alerte précoce ayant intégré et appliqué au moins trois mesures de mitigation des risques de conflit identifiées lors des analyses participatives communautaires		
	R2: Les services de protection et de santé sont renforcés pour offrir une prise en charge sûre et adaptée aux besoins spécifiques des personnes les plus vulnérables affectées par la crise, notamment les survivant.e.s des VBG, les PDI et les enfants	I.1.R2. Augmentation de 25% par rapport à la baseline des personnes (désagregés par genre, âge, handicap et statut) déclarant que les services des soins et de protection utilisés sont fournis de manière sûre et accessible I.2.R2. % de structures de santé ciblées disposant de protocoles adaptés pour l'accueil des survivant-es de VBG et de mécanismes de référencement intersectoriels fonctionnels. I.3.R2. % de structures de santé ciblées disposant de personnel formé et habilité à faire des screenings de violence dans leur prise en charge, rédiger des certificats médico-légaux conformes aux exigences légales, éthiques et	Prétest et post test ; grille d'évaluation ; rapport des activités; enquête de satisfaction continue Mali : Rapport d'activité du programme, District Health Information Software DHIS2(DHIS2), Rapport mensuel d'activités (RMA) Base de données, Rapports d'évaluation des districts Niger : Rapport d'activité du programme Rapport de mission de supervision Fiche de donation Photos RDC : DHIS2 ; registres ; rapport des activités	Risques : Non-respect de la gratuité par les prestataires de soins Inaccessibilité : impraticabilité des routes (e.a. saison des pluies) Insécurité. Manque d'engagement des acteurs de prise en charge, Manque d'acceptance, entrave -à l'approvisionnement en intrants médicaux et à l'accès humanitaire par les acteurs du conflit. Obstacles administratifs.

		aux normes de protection des données des survivant·es de VBG I.4.R2. Nombre des prestataires de services formés sur les cadres juridiques nationaux relatifs à la prévention et à l'atténuation de la violence liée au genre et protection de l'enfance I.5. R2. Nombre de prestataires de services (santé, protection, psychosocial, sécurité, justice) par pays formés à la prise en charge sûre, digne et confidentielle des survivant·es de VBG selon les standards internationaux (principes axés sur les survivantes, intégration transversale de la SMSPS etc.)		
	Résultat 3 : Les mécanismes de plaidoyer locaux, régionaux et internationaux sont renforcés en se fondant sur une approche basée sur les évidences portées par les personnes affectées par les crises en faveur du respect de leur droit à la protection et à la santé	I.1. R3 Nombre d'initiatives communautaires de plaidoyer en faveur de l'équité de genre, la lutte contre les pratiques néfastes et la prévention des violences I.2.R.3. Augmentation de 25% des membres des communautés qui ont amélioré leurs connaissances sur les principes de protection, les principes humanitaires), les droits sexuels et reproductifs, les VBG et la SMSPS en situation de crise I.3.R3. Nombre des rencontres de haut niveau (UE, UN, SPF Affaires étrangères DGD , coopérations bilatérales) tenues auour des cartographies multiples des violences sexuelles liées au conflit notamment des atteintes graves aux structures et personnels de santé I.4. R4 Nombre de réunions où les données communautaires relatives	Rapport des activités ; rapport des réunions ; note de positionnement ; photos Rapport de capitalisation : résumés des études : rapport d'enquête	Risque : Politiques non favorable à la promotion des droits SDSR Barrière culturelle liée au genre Faible engagement communautaire

		aux dynamiques VBG, IDP, protection de l'enfance et d'autres cas de protection sont partagées en cluster et dans les forums de coordination humanitaire dont les groupes de travail GBV, protection et accès humanitaire		
	Resultat 4: Crisis modifier Permettre une réponse humanitaire rapide, ciblée et complémentaire dans les zones déjà couvertes par le programme, en cas de choc humanitaire soudain (épidémie, déplacement, flambée de violence, inondation), pour maintenir ou rétablir l'accès aux services vitaux de santé primaire, SDSR, prise en charge des VBG, MHPSS, nutrition et cliniques mobiles.	I.1 R.4 Nombre d'activations du CM par pays et par type de choc I.2 R.4 Délai moyen entre le déclencheur et le déploiement opérationnel I.3 R.4 Nombre de personnes touchées ayant bénéficié des services via le CM I.4 R.4 Nombre de cliniques mobiles ou activités SDSR/VBG/MHPSS/nutrition déployées en urgence	Rapports d'activation soumis à la DGD (dans les 72h) Rapports de mission de terrain et fiches d'intervention CM Registres de consultations cliniques et de cliniques mobiles CM Bases de données internes de suivi CM (quantitatif et qualitatif)	Risque d'inaccessibilité temporaire ou prolongée des zones suite à conflit ou conditions climatiques extrêmes Risque de saturation des capacités RH ou logistiques locales Supposition : les systèmes d'alerte sanitaire (MS, OMS, RRM) fonctionneront et permettront l'identification rapide des déclencheurs Supposition : les mécanismes de coordination inter-acteurs faciliteront la complémentarité avec d'autres réponses Risque de demande simultanée de mobilisation CM dans plusieurs pays
Activities	Voir dans chaque Résultat ci-dessous ainsi que dans le chronogramme d'activités en annexe			
Pre-conditions:	Mali : * 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.			

	* Les communautés s'approprient des activités développées par le projet. Niger *Contexte sécuritaire général et socio-politique favorable à l'implémentation des activités du projet, y compris la présence opérationnelle des services publics dans la région de Tahoua *Maintien de l'acceptance de MdM-BE auprès des autorités et communautés locales nigériennes *Protocole d'Accord Type (2022-2026) signé entre MdM-BE et le gouvernement Nigérien (Ministère de la Santé, Ministère de l'aménagement du territoire et du développement communautaire-DONGAD) Burkina : *Le contexte politique et sécuritaire reste stable * Le gouvernement ne déplace pas les PDI * Les médicaments et autres matériels nécessaires sont disponibles auprès des Centrales d'achat humanitaires reconnues par le bailleur de fond * Les communautés ciblées restent accessibles. RDC : * La situation sécuritaire reste globalement stable dans la région et permet le maintien des interventions des équipes MdM-BE dans la zone * Un protocole d'accord (MOU) est signé avec les autorités sanitaires et permet aux équipes l'accès aux FOSA ciblées * Les médicaments essentiels sont disponibles auprès de la pharmacie de la ZS et des FOSA * Les parties en conflit maintiennent l'accès humanitaires aux populations affectées. Burundi : * Le contexte global de la sous-région s'avère favorable à la mise en œuvre du projet * Le Gouvernement et les autorités locales coopèrent et soutiennent les objectifs du projet en fournissant les autorisations à MdM et ses partenaires pour avoir accès aux zones ciblées * La sensibilité culturelle et le contexte local favorisent la mise en œuvre des activités en lien avec les VBG	

4.3.2 More detailed information per result

Overview can be both country focused (all results per country) or result focused (countries per result)

4.3.2.1. At proposal stage

Résultat 1 : Les communautés sont renforcées pour assurer la prévention et les mécanismes de protection et d'alerte précoce

- Sector: **Protection**

Related sub-sectors: GBV, Protection de enfants et Santé (prévention des risques et protection à base communautaire)

- **Indicators for this result:**

I.1.R1. % de communautés de santé et protection ciblées ayant mis en place des mécanismes communautaires de prévention et d'alerte précoce des cas de protection (notamment sur GBV, IDP et protection des enfants) fonctionnels

I.2. R1. Nombre de survivant·e·s des VBG ayant eu accès à une réponse multisectorielle sûre et de qualité (appui psychosocial, orientation vers services de santé, services juridiques, etc.) via des mécanismes communautaires

I.3.R2. Nombre des prestataires de services formés sur les cadres juridiques nationaux relatifs à la prévention et à l'atténuation de la violence liée au genre et protection de l'enfance

I.4.R1. % de mécanismes communautaires d'alerte précoce ayant intégré et appliqué au moins trois mesures de mitigation des risques de conflit identifiées lors des analyses participatives communautaires

Overview Résultat 1:

Dans le cadre du renforcement des systèmes communautaires de prévention, de protection et d'alerte précoce, le projet vise à renforcer l'autonomie des individus et communautés affectés afin qu'ils deviennent acteurs de prévention et de protection, y compris en contexte d'urgence.

Les "communautés de santé et de protection", déjà existantes ou à créer selon les pays (notamment au Burundi), jouent un rôle central. Elles coordonnent l'analyse des risques, l'élaboration et le suivi de plans de prévention et d'alerte adaptés aux réalités locales. Quatre activités structurent ce processus :

1. Analyses contextuelles et des risques de protection, intégrant genre, intersectionnalité et sensibilité au conflit ;
2. Formation et accompagnement des membres ;
3. Élaboration et mise en œuvre de plans communautaires adaptés ;
4. Suivi et ajustement régulier des plans.

Ces communautés regroupent des personnes directement affectées (PDI, survivant·e·s de VBG, enfants en danger, minorités), des leaders locaux, des représentants d'OSC et groupes religieux, ainsi que des prestataires de santé, éducation, justice et protection. La composition varie selon les contextes.

Enfin, MdM et ses partenaires assurent la supervision technique, le suivi qualité et l'appui organisationnel, garantissant la solidité et l'efficacité de ces dispositifs communautaires.

- **Activities related to the result**

R1A1 Elaboration des analyses des contextes et des risques de protection menées par chaque communauté

Les analyses de contexte et de risques de protection seront organisées par MdM et ses partenaires et acteurs humanitaires et les membres des communautés ciblées, sur base des outils et méthodologies participatives sous une approche de genre, d'intersectionnalité et de sensibilité au conflit. Des techniques de collecte d'information seront appliquées au niveau individuel et collectif en s'assurant de la non mise à risque des participants (do no harm).

R1A2 Formation, sensibilisation et accompagnement pour le renforcement des capacités -des membres des "communautés de santé et protection"

Les formations couvriront les thématiques suivantes : compréhension des cadres légaux de protection (DHI, GBV, protection de l'enfance), fonctionnement des services et mécanismes et circuits de protection disponibles, rôle des individus et des communautés dans la prévention et en tant qu'acteurs de protection, mécanismes de plainte et gestion éthique, mécanismes d'alerte PESAH. Les formations auprès des membres des communautés seront orientées vers la pratique sur les mécanismes de prévention, de détection précoce et d'accès sécurisé aux services de protection. L'objectif étant d'assurer une compréhension commune des droits et responsabilités des individus, des autorités et des communautés en

matière de protection ainsi que de contribuer à la conception des communautés en tant que des espaces sûres pour les personnes en situation de vulnérabilité particulièrement dans des situations de crise.

R1A3 Elaboration et application d'un plan d'action de prévention et protection par chaque communauté

Des plans d'action pour prévenir et adresser des problématiques de protection seront élaborés par les membres des communautés, représentants des différents organismes de la société civile et des services de santé, de protection, de justice, etc présentes dans chaque communauté. Ces plans contiendront entre autres:

- **R1A3.1)** La mise en place ou la réactivation des circuits de référencement et prise en charge des cas de GBV, de protection des enfants et d'autres cas en situation de vulnérabilité
- **R1A3.2)** La conception (et la capacitation quand possible) des mécanismes d'alerte précoce et de préparation aux urgences humanitaires

Le projet s'appuie sur la dynamique mobilisatrice des communautés de santé et protection pour travailler avec les administrations sanitaires et de protection sur l'élaboration ou l'actualisation (selon zone d'intervention) des plans de contingence contre les épidémies, les catastrophes et/ou autres situations de crises humanitaires, comme le déplacement massif des personnes ou les attaques armées et/ou les violents massifs vis à vis des populations. Sur la base de ces plans, des kits de contingences seront prépositionnés en vue de faciliter les actions de ripostes.

Concernant l'activité R1A3.1 au Mali et au Burkina Faso spécifiquement, des activités de protection de l'enfance en situation de vulnérabilité seront faites au départ des membres des communautés de santé et protection représentants des milieux scolaires et des administrations publiques. Ainsi à Kita (Mali) et à Ouagadougou (Burkina Faso) le projet soutiendra la réintégration scolaire des enfants déplacés internes (PDI) et facilitera l'obtention de leurs extraits de naissance, documents essentiels pour l'accès à l'éducation et à d'autres droits fondamentaux. En collaboration avec les services de l'état civil, les directions d'écoles, les comités de protection et les autorités locales, des campagnes d'identification et d'enregistrement des enfants non déclarés seront organisées, suivies de démarches d'appui administratif pour l'établissement des extraits. Parallèlement, un accompagnement sera assuré pour le retour ou l'inscription scolaire des enfants PDI, notamment la sensibilisation des parents/tuteurs et la médiation avec les établissements. L'objectif est de réduire les obstacles d'accès à l'éducation des enfants déplacés, tout en renforçant leur inclusion et leur protection dans les communautés d'accueil.

Concernant l'activité R1A3.2 au Niger et dans les Grands Lacs spécifiquement, le projet contribuera à la veille épidémiologique et appuiera la mise en œuvre des plans de contingence, y compris les missions d'investigation des cas d'alerte.

En plus de cela, **au Niger** dans le cadre des plans de prévention et alerte précoce communautaire le projet appuiera les différentes campagnes nationales (JNV) et locales (JLV) de vaccinations ainsi que les campagnes réactives en cas d'épidémie confirmée en vue de compenser les gaps au sein des trois districts sanitaires cibles.

R1A4 suivi des plans de prévention et de protection communautaires mené par les membres des "communautés de santé et protection"

Des comités de suivi des plans d'action de prévention et de protection représentés par des membres élus par chaque communauté de santé et protection seront en charge du suivi de la mise en place des plans de protection communautaire avec un focus particulier sur le fonctionnement des circuits de référencement et prise en charge des GBV et d'autres cas de protection, ainsi que de rappeler leurs engagements aux membres et de proposer des adaptations aux plans et aux circuits quand nécessaire. L'élaboration des plans de prévention, de protection et d'alerte précoce suivra un timing différent et aura des degrés d'attente des résultats différents dans chaque communauté, selon le niveau d'avancement des communautés de santé et protection, la confiance entre les individus et les services de soins et de protection, etc ; ainsi que du contexte sécuritaire de chaque communauté, les moyens et capacités disponibles et les risques de protection identifiés par ses membres. On peut s'attendre à des communautés qui ne seront prêtes à élaborer des plans d'action que à la fin du projet ou qui n'y arriveront pas à avoir des plans écrits mais qui en revanche mettent en place des actions concrètes de prévention et de protection pour agir sur des problématiques existantes et reconnues importantes par la communauté.

- Expected outcome and impact. Activities of Result 1:

RDC: contribution à l'empowerment de 5 "communautés de santé et protection", 2 rapports d'analyse de contexte et risques de protection participatifs ; 100 personnes formées, 05 plans de prévention et protection élaborés par les communautés, 5 circuits de référencement et prise en charge communautaire des GBV et protection des enfants opérationnels

Burundi: contribution à l'empowerment de 3 "communautés de santé et protection", 2 rapports d'analyse de contexte et risques de protection participatifs ; 60 personnes formées, 03 plans de prévention et protection élaborés par les communautés, 3 circuits de référencement et prise en charge communautaire des GBV et protection des enfants opérationnels

Burkina : contribution à l'empowerment des communautés en santé et protection dans un district sanitaire, un rapport d'analyse de contexte et risques de protection participatif ; 30 personnes formées, 1 circuit de référencement et prise en charge communautaire des GBV et protection des enfants opérationnels

Mali : contribution à l'empowerment des communautés de 5 districts sanitaires en santé et protection, 1 rapport d'analyse de contexte et risques de protection participatif ; 180 personnes formées, 5 districts sanitaires appuyés par la mise en œuvre de leurs plans de contingence, 5 circuits de référencement et prise en charge communautaire des GBV et protection des enfants opérationnels

Niger : contribution à l'empowerment des communautés dans 3 districts sanitaires en santé et protection, 1 rapport d'analyse de contexte et risques de protection participatif ; 216 personnes formées, 3 districts sanitaires appuyés pour la mise en œuvre de leurs plans de contingence, 3 circuits de référencement et prise en charge communautaire des GBV et protection des enfants opérationnels

R2 Les services de protection et de santé sont renforcés pour offrir une prise en charge sûre et adaptée aux besoins spécifiques des personnes les plus vulnérables affectées par la crise, notamment les survivant.e.s des VBG, les IDP et les enfants

- Sector: **Protection**

Related sub-sector: GBV-MHPSS, Santé primaire-DSR et Nutrition ...

Indicators for this result:

I.1.R2. Augmentation de 25% par-rapport à la baseline des personnes (désagrégés par genre, âge, handicap et statut) déclarant que les services des soins et de protection utilisés sont fournis de manière sûre et accessible

I.2.R2. % de structures de santé ciblées disposant de protocoles adaptés pour l'accueil des survivant·es de VBG et de mécanismes de référencement intersectoriels fonctionnels

I.3.R2. % de structures de santé ciblées disposant de personnel formé et habilité à faire des screenings de violence dans leur prise en charge, rédiger des certificats médico-légaux conformes aux exigences légales, éthiques et aux normes de protection des données des survivant·es de VBG

I.4. R2. Nombre de prestataires de services (santé, protection, psychosocial, sécurité, justice) par pays formés à la prise en charge sûre, digne et confidentielle des survivant·es de VBG selon les standards internationaux (principes axés sur les survivantes, intégration transversale de la SMSPS etc.)

- **Activities related to the result**

R2A1 Renforcement des capacités des prestataires des soins et de protection sur la prise en charge psychosociale et en santé mentale des survivant.e.s des GBV et autres personnes affectées par les crises humanitaires

Pour garantir une prise en charge adéquate des survivant.e.s des VBG, une formation continue en MHPSS sera faite auprès des prestataires des soins des structures sanitaires appuyées par le projet dans tous les pays d'intervention. Cette activité commencera avec des formations théoriques organisées en partenariat avec les autorités sanitaires, via des experts des districts/coordinations provinciales de santé mentale qui seront adressées pas seulement aux prestataires de première ligne mais aussi aux membres de l'Équipe Cadre des Zone de santé, des médecins des hôpitaux, ainsi que à des staffs de MdM et ses partenaires. Un système d'accompagnement sera mis en place à l'issue de la formation, incluant des primes mensuelles pour les points focaux au niveau des aires de santé ciblées ainsi qu'un superviseur désigné pour le renforcement de capacités continu au niveau de chaque zone de santé. De plus, des séances trimestrielles d'intervision auront lieu dans les locaux de MdM et des partenaires afin de renforcer les compétences cliniques, soutenir le partage d'expérience, et améliorer la qualité des soins. L'objectif de long terme de cette activité est qu'en fin de projet chaque formation sanitaire appuyée ait au moins 2 personnels capable de faire de la prise en charge MHPSS dès la première ligne de soins, un des objectifs stratégiques de MdM dans tous ces pays d'intervention.

R2A1.1. Spécifiquement au Sahel (Burkina, Mali et Niger), Keoogo en protection de l'enfance reconnu au niveau de la sous-région, organisera des activités de renforcement des capacités dans l'identification et la prévention des risques de protection spécifiques pour enfants en situation de vulnérabilité, notamment en situation de déplacement interne forcé ou de migration et/ou survivant.e.s des GBV. Des séances de psychoéducation en santé mentale non spécialisée sur des thématiques telles que, les signes de détresse psychologique, les facteurs de risque, les stratégies d'adaptation positive, l'importance du soutien familial et communautaire et l'orientation vers les structures de prise en charge, auprès des membres des

communautés de santé et de protection y compris les référents du One Stop Center sur les Premiers Secours Psychologiques (PSP). Ils y apprendront comment réagir face à un.e mineur en souffrance : l'écouter avec empathie, la rassurer, et l'orienter vers les services adaptés.

R2A2 Prise en charge intégrée des survivant.e.s des VBG

Pour permettre une prise en charge intégrée, digne et sécurisée des survivant.e.s des GBV MdM favorise l'implantation du "guichet unique" dans les structures sanitaires appuyées. Au Mali, Niger et Burkina spécifiquement le guichet unique est fonctionnel de facto au sein des One Stop Centers au moins au niveau des volets médical et psychosocial. Le service de justice n'étant pas disponible au niveau des régions ciblées (au Mali et Niger), la gendarmerie et la police seront mis à contribution pour apporter une assistance juridique. En RDC l'objectif est d'installer ces guichets uniques (PEC médicale et psychosociale) au sein des structures de santé dans le cadre de ce projet. Les instances de justice et corps de l'ordre n'étant pas opérationnels à cause du conflit armé en cours, le volet d'accès à la justice sera coordonné avec l'ONGI PHR. **Au Burundi** la coordination se fait directement avec la police pour les cas voulant porter plainte mais MdM et ses partenaires sont à la recherche des services juridiques associatives pour les associer aux circuits de référencement communautaires.

Toutes les structures sanitaires ciblées par le projet seront dotées mensuellement des primes pour les prestataires et des frais de fonctionnement, ainsi que dotées en médicaments nécessaires et particulièrement en kit PEP pour la prise en charge des survivant.e.s des GBV dans les 72 heures. MdM apportera son expertise dans la prise en charge médicale et psychosociale des VBG.

Le projet prévoit (quand besoin) la réhabilitation d'espaces confidentiels dans les structures de santé appuyées : aménagement de salles privées, dotation en armoires fermant à clé, et fourniture d'équipements nécessaires à l'accueil et à l'écoute active.

Concernant le volet d'insertion sociale, des kits de dignité seront distribués aux survivant.e.s, selon le besoin. La composition sera définie en cohérence avec les standards des clusters VBG.

Dans le cas spécifique de Mali, les frais de déplacement et d'alimentation seront offerts aux survivant.e.s pendant leur séjour au guichet unique et surtout en cas d'hébergement d'urgence pour leur protection.

R2A2.1. Prise en charge intégrée des GBV. Volet accès à la justice. Spécifiquement en RDC, dans le cadre du renforcement du tissu local d'acteurs de protection et pour garantir l'accès à la justice des survivant.e.s des GBV, Médecins du Monde en collaboration avec l'ONGI Physiciens for human rights (PHR) apportera un appui à des organisations locales actives en matière des GBV. Cet appui comprendra plusieurs volets complémentaires : 1) Renforcement des capacités des prestataires affiliés aux organisations locales sur l'établissement du certificat médico-légal, outil essentiel pour la documentation des cas et l'ouverture de recours juridiques. 2) Formation à la prise en charge holistique des SVS, avec un accent sur l'accueil, l'écoute et le respect du secret médical. 3) Appui à l'informatisation et à la sécurisation des dossiers patients, pour garantir la confidentialité des données sensibles et améliorer la traçabilité des cas.

En consolidant les compétences techniques et les outils des organisations locales, ce travail visera à renforcer la qualité et la crédibilité de la réponse locale en matière de VBG. Il constituera également une base essentielle pour soutenir le plaidoyer que MdM souhaite porter, avec les communautés, auprès des autorités sanitaires, judiciaires et administratives, en faveur d'un meilleur accès à la justice et à la prise en charge intégrée des survivant.e.s des GBV.

R2A3 Facilitation de l'accès aux services des soins des personnes affectées par les crises humanitaires

R2A3.1. Organisation des consultations générales et curatives gratuites (première ligne)

Afin de garantir l'accès équitable aux soins pour les populations affectées par les crises humanitaires et dans l'esprit d'éviter toute exacerbation de conflits communautaires entre population hôte et déplacée, ainsi que la stigmatisation des survivant.e.s des GBV et d'autres cas de protection une logique de gratuité totale non ciblée, sur les services des soins primaires, de SDSR et de nutrition, sera appliquée dans tous les structures sanitaires appuyées par le projet. Ainsi, au sein des formations sanitaires ciblées dans les différentes zones d'intervention, le projet organise des consultations générales et curatives gratuites, couvrant un large éventail de soins (curatifs, prénatals, postnatals, planification familiale, accouchements, prise en charge des GBV, PCIMA, vaccination, santé mentale). Ces consultations sont assurées par des équipes de santé accompagnées par Médecins du Monde (MDM).

A part l'appui aux structures fixes de santé et fonction du contexte et des besoins le projet mettra en place des dispositifs mobiles pour la fourniture des soins de santé et de protection. A ce stade **au Burkina Faso** il est déjà prévu qu'une équipe mobile facilitera l'accès des PDI et des populations hôtes vulnérables aux services de santé. De même **au Niger** où 3 cliniques mobiles polyvalentes/CMP (1 par DS) seront déployées pour couvrir les Soins de Santé Primaire (SSP) en particulier la SR/VBG et la SMSPS au bénéfice des

communautés éloignées à plus de 15 km d'une structure sanitaire fonctionnelle. Ainsi qu'au Burundi où une clinique mobile sera déployée au sein du site des réfugiés de Museny.

R2A3.2. Sensibilisation, dépistage et prise en charge de la malnutrition. Spécifiquement au Burkina Faso, afin d'informer et renforcer les capacités des femmes enceintes et allaitantes pour qu'elles adoptent de bonnes pratiques nutritionnelles, essentielles à leur santé et à celle de leur enfant, des séances d'information, d'éducation et de communication seront organisées par Keoogo sur des thèmes comme la promotion de l'allaitement maternel exclusif, les pratiques d'hygiène alimentaires pour prévenir les infections, la lutte contre les croyances ou tabous alimentaires néfastes, les besoins nutritionnels pendant la grossesse et l'allaitement, les démonstrations de pratiques culinaires (préparation de bouillie enrichie). De plus, des séances de dépistage seront organisées identifier les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes et allaitantes souffrant de malnutrition et à les traiter rapidement pour éviter les complications graves., via la distribution de compléments alimentaires et le suivi des cas.

R2A3.3. Accompagnement psychosocial auprès des PDI et populations hôtes

Des séances d'accompagnement psychosociale notamment dans des moments d'afflux massif des IDP seront organisées par les équipes MdM et partenaires en collaboration avec les membres des communautés de santé et protection (y compris les prestataires des soins), auprès des personnes en situation de déplacement et des communautés hôtes en détresse, afin de renforcer leur résilience, estime de soi et capacités d'adaptation, à travers des séances individuelles ou collectives de soutien psychosocial.

Dans le cas spécifique de Burundi et de Burkina Faso des séances de support psychosocial individuelles et collectives ciblant des enfants des communautés des IDP en situation et des réfugiés en situation de détresse psychologique seront organisées par les équipes de MdM et ses partenaires.

R2A3.4. Prise en charge des complications gynéco-obstétriques, pédiatriques et urgences vitales notamment les blessés graves dans les centres hospitaliers de références soutenus

En RDC : le projet soutient la prise en charge des cas complexes et urgents, notamment les complications gynéco-obstétriques, pédiatriques et les blessés graves, au sein des centres hospitaliers de référence de la zone. Cela inclut la mise à disposition d'équipements medicotechniques adaptés, la fourniture de médicaments spécifiques, le renforcement des capacités des équipes médicales spécialisées par des formations continues et la supervision médicale régulière. Une attention particulière est portée à la coordination des références et contre-références afin d'assurer un transfert rapide et sécurisé des patient.e.s nécessitant des soins de second niveau.

Au Mali, le projet se limite au référencement/évacuation gratuite des femmes enceintes, des mères allaitantes et des enfants de moins de 5 ans. Les cas référés bénéficieront du transport, de la nourriture pendant le séjour à l'Hopital/CSRéf et des frais médicaux qui seront pris en charge par MdM. Par ailleurs, le projet renforcera la caisse de solidarité (communément appelée Quote part) en y contribuant financièrement, facilitant ainsi la mobilisation rapide de ressources pour couvrir les frais liés aux références et évacuations sanitaires.

Au Niger, les cas graves qui seront identifiés/reçus par les cliniques mobiles seront immédiatement référés par les moyens logistiques sur place vers le CSI le plus proche ou vers l'hôpital de district pour des soins plus adaptés.

Au Burkina Faso, les patients dont l'état de santé ne permet pas à l'équipe mobile de les prendre en charge seront orientés vers des structures sanitaires plus spécialisées pour une prise en charge adéquate. Ces patients seront dans un premier temps référencé au Centre médical de Keoogo, puis le cas échéant, vers les formations sanitaires partenaires.

R2A3.5. Mise à disposition et accompagnement à la gestion des MEG et intrants médicaux pour assurer la qualité des soins offerts

Afin d'assurer la qualité et la continuité des soins offerts dans les zones d'intervention, le projet accompagne la gestion des Médicaments Essentiels Génériques (MEG) et autres intrants médicaux dans les structures de santé ciblées. Cela comprend l'identification précise des besoins, la coordination des commandes auprès des centrales d'achat nationales (telles que le DCMP en RDC, la CAMEBU au Burundi ou les centrales agréées au Burkina Faso), la distribution sécurisée, ainsi que la supervision du stockage, de la prescription et de la dispensation rationnelle. L'ensemble des structures soutenues sont dotées en kits PEP (post-exposition prophylactique) pour la prise en charge des survivant.e.s de violences sexuelles, ainsi qu'en psychotropes dans les Guichets Uniques afin de garantir une réponse intégrée, holistique et gratuite. Cette gestion rigoureuse vise à éviter les ruptures de stock, garantir la disponibilité des intrants, et supprimer les barrières financières à l'accès aux soins, notamment pour les populations les plus vulnérables (PDI et hôtes). Au Mali, la maternité du Centre de Santé de Référence recevra spécifiquement des médicaments SSR, afin d'améliorer la prise en charge des femmes enceintes et des accouchements.

R2A3.6. Appui aux autorités sanitaires à l'accompagnement technique et au changement de posture des prestataires de soins à travers l'organisation des supervisions formatives

Le projet appuie les autorités sanitaires dans la mise en place de supervisions formatives régulières sur la SMSPS, SDSR et VBG auprès des prestataires de soins. Cette démarche vise à renforcer par des formations

in-situ les compétences techniques et comportementales des agents de santé, en favorisant un changement de posture centré sur la qualité, la sécurité et l'accueil des patient.e.s. Les supervisions sont conduites par des superviseurs spécialisés (infirmier, nutrition, santé sexuelle et reproductive) en collaboration étroite avec les équipes locales, afin d'assurer une amélioration continue des pratiques cliniques et organisationnelles. L'activité permet également de renforcer les autorités sanitaires dans leur rôle de coordination des acteurs santé de la zone.

Spécifiquement au Mali, des missions de supervision du One Stop Center par le niveau National (PNVBG) seront organisées à Kita et Ménaka. Elles permettront d'évaluer le fonctionnement du centre, d'identifier les bonnes pratiques ainsi que les défis rencontrés, et de formuler des recommandations concrètes pour améliorer la coordination intersectorielle et la prise en charge holistique des survivant.e.s. Ces missions favoriseront également un dialogue constructif entre les acteurs locaux et les représentants du PNVBG pour assurer un meilleur alignement avec les normes et politiques nationales. Un appui sera également fourni aux districts sanitaires/CSref pour l'organisation de la réunion annuelle du Conseil de Gestion du District

- **Expected outcome and impact**

RDC : Appui à 06 structures de santé (05 primaires et 01 secondaires) ; formation de 21 prestataires de soins en santé, MHPSS et protocoles de VBG ; organisation de 09 séances de soutien psychosocial collectif, dotation en intrants et kits PEP à 06 structures ; appui à 01 organisations locales ; informatisation et sécurisation des dossiers médicaux sensibles.

Burundi : Appui à 03 structures de santé (dont 1 site de réfugiés, 02 structures primaires et 01 secondaires) ; formation de 30 prestataires de soins en santé, MHPSS et protocoles de VBG ; déploiement d'1 clinique mobile dans le site de Musenyi ; organisation de 180 séances de soutien psychosocial collectif et au moins 540 individuels pour enfants et adultes réfugiés ; réhabilitation et équipement de 2 espaces confidentiels ; dotation en intrants et kits PEP à 3 structures.

Burkina Faso : Appui au centre médical de Keogo ; déploiement d'1 équipe mobile pour la prise en charge des PDI ; dépistage nutritionnel au profit de 370 personnes (femmes enceintes et allaitantes et enfants de moins de 5 ans) ; séances de sensibilisation et de psychoéducation en santé mentale pour 500 personnes ; soutien psychosocial collectif et individuel pour 200 personnes ; dotation en intrants pour un centre et 18 kits de dignité.

Mali : Appui à 43 structures de santé dans les régions de Kita et Ménaka, y compris 2 CSRef ; recyclage de 20 prestataires de soins en santé ; opérationnalisation de 2 One Stop Centers ; organisation du référencement gratuit pour 180 femmes enceintes et enfants de moins de 5 ans ; réalisation de supervisions nationales du PNVBG dans 5 districts sanitaires ; dotation en intrants et kits PEP à 43 structures et SSR à 2 structures

Niger : Appui à 58 structures de santé (55 CSI et 3 hôpitaux de districts) et déploiement de 3 CMP ; renforcement de deux One Stop Centers à Tahoua ; dotation en intrants et kits PEP à 2 structures.

R3 Les mécanismes de plaidoyer locaux, régionaux et internationaux sont renforcés se fondant sur une approche basée sur les évidences portées par les personnes affectées par les crises en faveur du respect de leur droit à la protection et à la santé

- **Sector: Protection**

Related sub-sector: GBV, Genre et cohésion sociale, Access humanitaire...

- **Indicators for this result:**

I.1. R3 Nombre d'initiatives communautaires de plaidoyer en faveur de l'équité de genre, la lutte contre les pratiques néfastes et la prévention des violences

I.2.R.3. Augmentation de 25% des membres des communautés qui ont amélioré leurs connaissances sur les principes de protection, les principes humanitaires DIH), les droits sexuels et reproductifs, les VBG et la SMSPS en situation de crise

I.3.R3. Nombre des rencontres de haut niveau (UE, UN, SPF Affaires étrangères DGD, coopérations bilatérales) tenues autour des cartographies multiples des violences sexuelles liées au conflit notamment des atteintes graves aux structures et personnels de santé

- **Activities related to the result**

R3A1 Mobilisation des acteurs clé pour porter des messages de sensibilisation collectifs et pour élaborer des recommandations de changement auprès des instances décisionnelles

Cette activité consiste à organiser, dans le cadre des communautés de santé et protection, la mobilisation des acteurs clés tels que les autorités locales, les leaders religieux et traditionnels, les représentants de la société civile (OSC), les notables, les responsables de la police, de l'armée, ainsi que les cadres des services

sociaux, de justice et de santé. Ces espaces de dialogue permettent de sensibiliser l'ensemble des parties prenantes aux enjeux de protection et de santé dans les contextes de crise, tout en favorisant une compréhension partagée des obstacles rencontrés par les communautés vulnérables et par les acteurs humanitaires eux-mêmes.

L'ancrage communautaire du projet, notamment à travers le travail garantit que les problématiques abordées durant les forums soient directement issues du vécu et des priorités exprimées par les personnes affectées par les problématiques de protection, eux-mêmes. Ces échanges débouchent sur l'élaboration de recommandations conjointes, portées individuel et collectivement par ces acteurs clé et susceptibles d'influencer les décisions locales et régionales.

En particulier, elles viseront à influencer les politiques, mobiliser des ressources et susciter l'engagement des décideurs en faveur d'une cause.

Le plaidoyer pour la prévention des GBV et la protection des survivant.e.s sera prioritaire dans les 5 pays d'intervention du projet se fera avec des partenaires locaux et internationaux. En RDC un focus particulier sera mis aussi sur l'accès humanitaire aux zones isolées par le conflit armé. Au Burundi, on ajoute les conditions des vies des réfugiés congolais. Au Niger

Au Niger, la défense des droits sexuelles et reproductifs et la garantie d'accès aux services pour toutes et tous. Au Mali et Niger, les actions de plaidoyer vont se poursuivre suivant le plan de communication et de plaidoyer élaboré avec la participation d'organisations de la société civile travaillant dans le domaine de la protection et au plaidoyer commun aux autres pays pour la prévention des GBV et de protection des survivant.e.s s'ajoute le combat spécifique pour la gratuité de l'expertise médico-légale pour toute victime de VBG.

R3A2 Élaboration de notes de plaidoyer fondées sur les données collectées auprès des communautés, incluant des témoignages et des recommandations, à destination des décideurs et partenaires

Des notes de plaidoyer produites dans le cadre du projet s'appuient sur une approche fondée sur les évidences. Elles sont construites à partir des données collectées au sein des communautés, notamment via les dispositifs communautaires de veille, les remontées des cellules d'actions communautaires, les enquêtes qualitatives, et les cas documentés par les équipes de santé et de protection.

Dans la zone des Grands Lacs l'implication des communautés, ainsi que l'appui technique de l'organisation partenaire Physicians for Human Rights (PHR), permettent de structurer une documentation solide incluant des témoignages de personnes affectées, des récits de cas, des tendances observées sur le terrain, ainsi que des recommandations concrètes. Ces éléments alimentent un plaidoyer ciblé auprès des décideurs politiques, des acteurs humanitaires et des partenaires techniques et financiers, au niveau local, régional et international.

Par cette démarche, le projet entend non seulement rendre visibles les violations de droits subies par les populations en crise, mais également positionner les communautés comme porteuses de solutions et actrices du changement. Le plaidoyer devient ainsi un levier pour exiger le respect du droit à la protection et à la santé, en s'appuyant sur des preuves tangibles issues du terrain.

R3A3 Des campagnes de sensibilisation à travers les dialogues communautaires, via des RECO pour le changement de mentalité individuel et collectif en matière des Droits sexuelles et reproductifs, la santé mentale, les risques de protection, les dynamiques négatives de pouvoir et leur lien avec le genre et l'intersectionnalité, seront traités à travers des dynamiques participatives y compris le théâtre forum, pour favoriser les échanges ouverts sur les besoins, défis et solutions en matière de protection et d'accès aux services. Des messages radios en langues locales sur la disponibilité des services SMSPS, SDSR, prise en charge des VBG et l'orientation vers les One Stop Centers (ou les guichets uniques) seront également diffusés.

R3A3.1. Spécifiquement au Niger et Mali, auprès des "communautés de santé et protection" et à fin de renforcer les capacités des jeunes pour participer activement aux mécanismes de prévention et protection communautaire, un groupe de 60 pair.e.s éducateur.trices (filles et garçons, scolaires et non scolaires) seront identifié.e.s et formé.e.s dans les trois districts sanitaires ciblés par le projet sur les techniques de communication pour un changement de comportements, les VBG/ PSEAH, l'hygiène menstruelle et la santé mentale et soutien psychosocial non spécialisé. A Ménaka (Mali), après identification des écoles pilotes au sein de la ville de Ménaka, les élèves seront sensibilisés sur l'hygiène menstruelle avec l'appui des comités de gestion de menstrue mis en place. Les écoles seront dotées en kit d'hygiène menstruelle et les élèves formés à la fabrication des serviettes hygiéniques réutilisables (SHR) à la suite d'une formation de formateur.

- Expected outcome and impact

RDC: 03 actions de communication co-construites avec les communautés ; 1 événement de plaidoyer national ou régional impliquant autorités, OSC et partenaires techniques ; 01 partenaires locaux renforcés sur les enjeux de plaidoyer, y compris l'accès humanitaire aux zones isolées.

Burundi: 60 pairs éducateurs formés; 03 actions de communication co-construites avec les communautés ; 1 événement de plaidoyer national ou régional impliquant autorités, OSC et partenaires techniques ; 01 partenaires locaux renforcés sur les enjeux de plaidoyer

Burkina Faso : sensibilisation de 350 adolescents sur leurs droits en santé sexuelle et reproductive ; sensibilisation et éducation nutritionnelle pour 350 femmes enceintes et allaitantes ; sensibilisation de 1 000 personnes sur les VBG ; séances de sensibilisation et de psychoéducation en santé mentale pour 500 personnes ; séances d'autoprotection au profit de 210 enfants et jeunes sur les violences.

Mali : organisation d'une campagne de sensibilisation à travers les dialogues communautaires et les théâtres forum et les radios ; 122 participant·es formé·es ; sensibilisation sur l'hygiène menstruelle dans 4 écoles ; 2 événements de plaidoyer national ou régional impliquant autorités, OSC et partenaires techniques

Niger : 60 pairs éducateurs formé·es ; organisation de séances de communications sur les thématiques de la SR/VBG, SMSPS, hygiène et cohésion sociale au profit de 73 134 personnes ; 2 événements de plaidoyer .

4.3.2.1.2 Intermediate report

- **Update on indicators**
- **Update on activities**
- **Update expected outcome and impact**

4.3.2.1.3 Final report

- **Indicators for achieved result**
- **Activities accomplished**
- **outcome and impact**

4.3.2.2 Result CM

4.3.2.2.1 At proposal stage

Le Crisis Modifier (CM) vise à permettre une réponse rapide, flexible et vitale face à une détérioration soudaine de la situation humanitaire dans l'une des zones d'intervention du programme. Il s'inscrit pleinement dans les objectifs du programme en renforçant la capacité de réponse de MDM face aux chocs dans les mêmes zones et populations cibles. Il couvre les interventions liées à la santé primaire, la SDSR, la prise en charge des VBG, la nutrition, le MHPSS et les cliniques mobiles dans les pays suivants : RDC, Burundi, Burkina Faso, Niger et Mali. Les risques identifiés sont : épidémies (choléra, rougeole, monkeypox, paludisme, méningite), flambées de violences ou attaques armées (RDC, Sahel), déplacements massifs, inondations, incidents de protection massifs (VBG, familles séparées, enfants non accompagnés), ruptures dans l'accès aux services de santé et à la chaîne d'approvisionnement. Le CM permettra de maintenir l'accès aux soins essentiels, la continuité de la référence SDSR, le support psychosocial, la protection des victimes de VBG, ainsi que les activités cliniques mobiles dans les zones touchées. L'analyse des risques par pays est intégrée dans le formulaire unique (voir section risques) et a permis d'identifier les déclencheurs probables par zone. Le résultat CM est intégré comme un volet transversal du programme, prévu pour couvrir des détériorations soudaines dans les zones d'intervention. La population cible du CM est la même que celle du programme principal, avec possibilité d'étendre temporairement l'intervention à des zones limitrophes si l'équipe est déjà présente.

Les déclencheurs types identifiés sont :

- Déplacement massif non anticipé (> 1 000 personnes) dans une zone de santé cible
- Flambée épidémique confirmée par autorités sanitaires (choléra, MPOX, méningite)
- Attaque armée perturbant accès aux soins dans les zones d'intervention
- Inondation majeure ou sinistre environnemental

- Planned Budget and justification amount

Le CM représente 5% du budget total du programme, ce qui correspond au seuil minimum autorisé par le cadre de la DGD, soit un montant estimé de 225 410 EUR (à compléter dans le budget final). Cette allocation permet de financer une réponse de 2 à 4 semaines pour un ensemble d'activités vitales dans un ou plusieurs pays simultanément. Ce ratio est fondé sur l'expérience de réponses précédentes (RRM, épidémies, inondations), tenant compte des coûts opérationnels, RH, logistiques et médicaux.

- Planned preparation

Les mesures préparatoires incluent :

- Cartographie des zones à risques épidémiques et des sites déjà exposés aux déplacements
- Mappings des stocks de réserve (kits VBG, médicaments de base, tests diagnostiques)
- Formation du personnel sur le procédure d'activation du CM et le reporting associé
- Révision des SOPs pour cliniques mobiles et interventions post-crise
- Identification de fournisseurs à déclenchement rapide (framework agreements)

- **Activation procedure**

L'activation est initiée par le coordinateur général ou le responsable programme dès la confirmation du déclencheur. L'activation est notifiée par écrit à la DGD et à l'ambassade concernée dans les 72 heures avec :

- Description du déclencheur (type, date, source officielle)
- Détails sur la réponse activée (zone, population, type d'activité)
- Estimation initiale du budget mobilisé et durée de la réponse

L'activation peut être simultanée dans plusieurs pays.

4.3.2.2.2 Intermediate report

- **Update on usage**

4.3.2.2.3 Final report

- **Result CM usage**
- **Description usage remaining funds**

En cas de non activation du CM, les fonds seront réaffectés dans les 3 derniers mois du programme pour renforcer les activités de santé primaire et SDSR dans les mêmes zones. La réaffectation précise sera définie par les équipes MdM selon les besoins réévalués sur le terrain, et notifiée dans le rapport final à la DGD. Un suivi mensuel interne du taux d'utilisation du CM est prévu pour assurer la pertinence et la traçabilité de l'utilisation des fonds.

4.4 Work plan (e.g. annex Gantt chart) Annex

4.4.1 [INT] Revised work plan, if changed after proposal

4.5 Monitoring, evaluation, audit and other studies

4.5.1 Monitoring of activities (explain how, by whom)

Suivi et évaluation

Un atelier de lancement dans chaque mission définit le plan de suivi basé sur le cadre logique, précisant indicateurs, sources, fréquence et responsabilités. Les données sont collectées via les outils de suivi, sitreps et réunions d'équipe, et intégrées dans l'outil global de gestion mis à jour mensuellement par les équipes pays. Des échanges bi-hebdomadaires entre bureaux terrain, régionaux et Bruxelles assurent cohérence et réactivité. Des enquêtes de base et finales permettent de mesurer l'évolution, complétées par des études spécifiques (genre, pouvoir, conflit ; socio-anthropologiques ; analyses de risques et mécanismes communautaires d'alerte).

Redevabilité et mécanismes de feedback

MdM et ses partenaires disposent de mécanismes de feedback (lignes vertes, groupes, boîtes à suggestions) permettant à toutes les populations, y compris les plus vulnérables, de partager avis ou plaintes. Les équipes y répondent selon une procédure formalisée. Les plaintes sensibles (fraude, abus, harcèlement) sont transmises directement à l'équipe intégrité.

Contrôle interne et audits

Les dépenses sont documentées, transmises et contrôlées régulièrement. Les partenaires doivent justifier les fonds avant tout nouveau décaissement. Outre les vérifications financières, MdM s'appuie sur audits internes et externes, visites de terrain et retours des bénéficiaires pour prévenir les irrégularités. Les comptes sont audités annuellement, et un audit externe final garantit la conformité et la traçabilité des fonds.

Prévention de la fraude

MdM applique une tolérance zéro, formalisée dans ses politiques internes (code de conduite, intégrité, anti-corruption). Des procédures strictes encadrent les dépenses (séparation des tâches, validations hiérarchiques, logiciels sécurisés). Un mécanisme confidentiel de signalement est accessible à toutes les parties prenantes, géré par des points focaux indépendants. Des formations régulières renforcent cette culture d'intégrité.

Qualité et gestion des risques

La qualité des programmes repose sur le suivi des activités, les évaluations périodiques et les mécanismes de redevabilité communautaire. MdM dispose d'une procédure de gestion des risques (analyse, évaluation, matrices, mitigation, révision annuelle) complétée par des plans de contingence propres à chaque pays : suspension ou relocalisation (Mali/Niger), prépositionnement de kits et cliniques mobiles (RDC), diversification des fournisseurs (Burkina Faso), dialogue et transition vers partenaires locaux (Burundi).

5. CROSS-CUTTING ISSUES

5.1 How does the program address the protection Risks

5.1.1 Describe how the program will contribute to the protection needs of the people in the intervention area. Please specify how the program intend to address the protection risks and how it will contribute to mitigate or reduce the protection risks identified above.

Le programme répond aux besoins prioritaires de protection dans les zones ciblées via une approche intégrée en trois piliers : (i) prévention et systèmes d'alerte communautaires, (ii) réponse multisectorielle centrée sur la personne, (iii) plaidoyer fondé sur les évidences. Cette logique d'intervention est directement alignée sur les risques identifiés (VBG, entraves à l'accès aux soins essentiels, protection des PDI/réfugiés et des enfants).

1) Prévention & alerte précoce (réduction de l'exposition au risque).

- Mise en place et/ou renforcement de mécanismes communautaires (relais, comités de protection, pairs) pour l'identification précoce, l'orientation sûre, la sensibilisation et la lutte contre la stigmatisation, selon les principes Do No Harm et l'approche centrée sur la personne.
- Suivi des progrès via des indicateurs communs, notamment le % de communautés disposant de mécanismes fonctionnels d'alerte et de prévention.

2) Réponse multisectorielle (atténuation des effets du risque).

- Accès intégré à des services de santé, MHPSS, juridiques et socio-économiques, avec référencement / contre-référencement entre structures de santé et de protection ; renforcement des protocoles VBG, du dépistage sûr et de la production de certificats médico-légaux conformes.
- Cibles de résultat : nombre de survivant·e·s ayant reçu une réponse multisectorielle sûre via les mécanismes communautaires, avec désagrégation par contexte-pays.

3) Plaidoyer & environnement protecteur (réduction des causes).

- Actions de plaidoyer locales/régionales fondées sur les données communautaires pour le respect des droits (protection des civils, accès aux soins sans discrimination), y compris une posture de neutralité et d'indépendance vis-à-vis des acteurs armés. Transversales garantissant la protection "sûre et digne".

Transversales garantissant la protection "sûre et digne".

- Redevabilité : canaux de feedback accessibles (boîtes à plaintes, lignes d'écoute, comités), PSEA/SEAH opérationnelle, suivi des réponses et inclusion des groupes marginalisés (traduction, accessibilité, facilitateurs).
 - Ciblage & inclusion : priorisation des femmes, PDI/réfugiés, enfants/jeunes, personnes en situation de handicap, avec droit de recours et critères concertés avec autorités/ONG/communautés.
 - Gestion des risques & contingence : matrices de risques, mesures d'atténuation, révision annuelle ; plans de contingence adaptés par pays (suspension/relocalisation, relais communautaires, prépositionnement de kits, cliniques mobiles, diversification des fournisseurs).
 - Sécurité & devoir de protection du personnel : protocoles, formation, participation aux dispositifs INSO, droit de retrait, dispositifs de santé/MSPS pour le staff.
- Suivi des effets sur les risques.

- Le programme mesurera la réduction du risque par : (i) l'augmentation du % de communautés dotées de mécanismes fonctionnels, (ii) le nombre de survivant·e·s accédant à une réponse sûre et de qualité, (iii) l'amélioration de la sûreté et de l'accessibilité des services (protocoles et personnel formé). Sources de vérification : registres de référencement/contre-référencement, PV de coordination, entretiens, DHIS2.

Référence : Pour la méthodologie détaillée d'identification des risques, le cadre d'indicateurs et les modalités de collecte/triangulation des données, merci de vous référer à l'Annexe 8.

5.1.2 [INT] How have the protection risks and programs actions evolved?

5.1.3 [FIN] How has the program contributed to protecting the targeted population? .

5.2 How will the program implement localisation

5.2.1 Describe the program's localisation's strategy and actions (percentage of funding going to the local partner, conditions of partnership, participation and Accountability to affected populations)

Le programme adopte une approche volontariste et différenciée de la localisation, alignée sur la Stratégie de Localisation de Médecins du Monde Belgique, qui guide les modalités de conception, de mise en œuvre et de gouvernance dans chaque pays. Cette stratégie vise à renforcer durablement les capacités des acteurs locaux, à favoriser l'appropriation communautaire, à transférer progressivement responsabilités et ressources, et à renforcer la résilience systémique des structures locales.

Au Mali, la localisation constitue un pilier central du projet. Deux ONG nationales partenaires, AMSS à Ménaka et ARCAD à Kita, sont impliquées depuis la phase de conception. Le partenariat repose sur une évaluation préalable des capacités, des accords définissant rôles et responsabilités, une gouvernance partagée à travers des réunions régulières et un reporting transparent. MdM prévoit également un retrait progressif du One Stop Center de Kita au profit d'ARCAD et des autorités sanitaires locales, avec un processus similaire en cours d'élaboration à Ménaka. Le projet s'inscrit dans un travail étroit avec les autorités (DRS, DRPFEF, DRDSES, mairies), en cohérence avec les politiques nationales, et prévoit des consultations communautaires régulières, des activités participatives et des enquêtes de satisfaction des bénéficiaires pour renforcer l'appropriation.

Au Niger, le partenariat structurant avec l'ONG SongES constitue le socle de l'action. L'organisation est impliquée depuis la formulation, bénéficie d'un accès direct au budget, de responsabilités partagées dans la gouvernance et la mise en œuvre, et d'un accompagnement technique continu. Les coûts alloués à SongES sont établis en fonction de ses activités, permettant une flexibilité budgétaire adaptée aux réalités de terrain. Des accords formels sont établis avec les autorités sanitaires et locales, incluant l'intégration de SongES dans les cadres de planification, la mobilisation communautaire et les mécanismes de redevabilité. Des cadres de dialogue multiacteurs seront mis en place, incluant les autorités traditionnelles, collectivités, leaders communautaires et bénéficiaires, pour assurer le suivi conjoint et la légitimité locale de l'action.

En RDC, MdM collabore avec trois partenaires locaux AFEMA, IMIF et Giriyuja sélectionnés pour leur expertise communautaire en SDSR, santé mentale, et prise en charge des VBG. Ces partenariats sont fondés sur des conventions co-construites, une logique de co-implémentation, et une répartition claire des responsabilités. Chaque partenaire bénéficie d'un appui ciblé : renforcement des procédures financières, formation des équipes, intégration dans les outils de MEAL partagés, appui aux relations avec les autorités sanitaires et mécanismes de coordination. Les partenaires sont activement impliqués dans l'adaptation des activités aux besoins communautaires, et participent à des comités de gestion conjointe et à la collecte d'indicateurs de qualité et de redevabilité.

Au Burundi, la mise en œuvre intègre une forte implication des structures sanitaires communautaires et institutionnelles, notamment pour la prévention et la détection communautaire des VBG et troubles de santé mentale, la mobilisation autour des services SDSR et l'accompagnement psycho-social. Le projet prévoit des accords formels avec les structures locales (centres de santé, hôpitaux, autorités sanitaires communales) et un travail systématique avec les leaders communautaires pour définir les priorités locales. Un dispositif de feedback communautaire sera intégré aux activités pour renforcer l'appropriation, et des formations seront proposées aux agents communautaires pour assurer leur montée en compétence.

Au Burkina Faso, MdM travaille avec Keoogo et AFJ-BF, deux partenaires historiques fortement ancrés à Ouagadougou et dans les zones d'intervention. Ces acteurs sont responsables d'une large part des activités communautaires : sensibilisation, référencement, accompagnement, et sont associés à la planification et au suivi technique. Une stratégie de transfert partiel des responsabilités est mise en œuvre, avec la montée en charge progressive des partenaires sur les volets coordination terrain, supervision communautaire, et plaidoyer local. Le projet prévoit un renforcement des systèmes internes de gestion de ces partenaires, avec appui logistique et budgétaire.

Dans l'ensemble du programme, le 19% du budget est attribué ou directement géré par les partenaires locaux, selon leur niveau de responsabilité et de structuration. En complément, MdM mobilise des ressources internes pour accompagner le renforcement de capacités, non seulement techniques mais aussi organisationnelles et stratégiques. La participation des communautés est assurée dans tous les contextes à travers des consultations régulières, des comités locaux, des dispositifs de feedback anonyme, et des enquêtes de satisfaction intégrées dans le dispositif MEAL. Cette stratégie vise à renforcer la résilience locale, garantir l'appropriation, et préparer à terme un transfert progressif de leadership et de financement aux acteurs nationaux.

5.2.2 [INT] How have the program's localisation's strategy and actions evolved?

5.2.3 [FIN] How have the program's localisation's strategy and actions evolved?

5.3 *Describe how the program builds on previous programs*

5.3.1 Describe how the program has integrated potential lessons learned from previous programs

Mali : Le programme capitalise sur les expériences passées de MdM-BE en santé, SDSR et lutte contre les VBG, en collaboration avec partenaires nationaux et services déconcentrés. Il consolide les acquis à travers : le One Stop Center, la valorisation des bonnes pratiques communautaires (notamment scolaires), l'amélioration de l'accès aux services intégrés, le renforcement des capacités sanitaires et locales, un suivi-évaluation axé sur l'apprentissage et une intégration des dynamiques humanitaires et communautaires.

Niger : Construit sur les leçons des phases précédentes (rapports, bilans, recommandations), le programme intègre les bonnes pratiques et évite les erreurs passées. Le partenaire SONGES a vu ses capacités renforcées et assume désormais certaines activités, avec une équipe projet réajustée pour un meilleur suivi communautaire. Pour améliorer la réactivité face aux épidémies, des kits de contingence seront prépositionnés.

Burkina Faso : L'action s'appuie sur l'expérience de Keoogo à Sig-Noghin, renforcée par les projets AECID (cartographie des besoins de PDI et hôtes vulnérables) et DGD (approche intégrée santé mentale, VBG, éducation, moyens de subsistance). Keoogo a ainsi consolidé ses capacités et ses partenariats avec les services sociaux et de santé de Ouagadougou, bases solides pour le présent programme.

RDC : Les leçons clés concernent : (i) l'ancrage communautaire et les plans de protection locaux ; (ii) la gratuité des soins et du soutien psychosocial, associée à une meilleure gestion des intrants et formation des prestataires ; (iii) une coordination renforcée entre MdM, VSF et AFEMA pour une prise en charge holistique des survivant·e·s de VBG. MdM assure le médical et psychosocial, PHR le juridique, VSF la réinsertion socio-économique, garantissant une réponse complète et durable.

Burundi : L'intervention associe dès la conception gouvernements locaux, services techniques et autorités administratives via des accords de collaboration. Bien qu'aucun projet DGD n'y ait encore été déployé, elle prolonge la réponse engagée à la crise régionale RDC-Burundi, en misant sur l'ancrage communautaire, la coordination avec les structures publiques et les évaluations participatives. L'objectif est de renforcer la complémentarité transfrontalière et la résilience des communautés affectées.

5.3.2 [INT] What lessons learned can already be discerned from the current program?

5.3.3 [FIN] What lessons learned have been discerned from the current program?

5.4 *What is the level of sustainability of the activities of the program*

5.4.1 Describe the expected level of sustainability of the activities of the program

Le projet vise un niveau élevé de durabilité, bien que celui-ci puisse varier selon les types d'activités (en particulier celles liées à l'approvisionnement en intrants médicaux). Cette durabilité repose sur l'appropriation par et le renforcement des capacités des acteurs locaux institutionnels et communautaires, grâce à des formations et des supervisions, un accompagnement technique et la mise en place de mécanismes de gouvernance et de redevabilité. L'appropriation communautaire constitue un levier essentiel, encouragée par la participation active des populations dans la conception, la mise en œuvre et le suivi du projet. À ce titre, le soutien aux relais communautaires, en tant qu'acteurs clés de prévention, d'alerte et de redevabilité, renforce l'ancrage local et la continuité des actions. En outre, l'appui aux ONG nationales doit permettre de renforcer leurs capacités afin qu'elles puissent poursuivre les activités. Cette dynamique favorise leur autonomisation progressive dans la gestion des services et la poursuite des activités à l'issue du projet. L'engagement institutionnel est quant à lui renforcé par la collaboration étroite avec les autorités nationales et locales, ainsi que par des actions de plaidoyer visant à inscrire les services soutenus dans les politiques nationales et à favoriser leur budgétisation. Sur le plan financier, en fonction des pays, une transition vers des mécanismes nationaux de financement est envisagée, avec l'implication d'acteurs relais tels que les collectivités locales, les mutuelles ou le secteur privé. Ces éléments combinés visent à garantir la continuité des services au-delà de la durée du programme, en assurant leur intégration dans les structures existantes et leur financement par des acteurs locaux.

5.4.2 [INT] How have the expectations on the level of sustainability evolved?

5.4.3 [FIN] How have the expectations on the level of sustainability evolved?

5.5 Continuum/Nexus strategy (Linking Relief, Rehabilitation and Development)

Dans le cadre de son approche Nexus, Médecins du Monde Belgique s'appuie sur une stratégie intégrée qui relie l'aide d'urgence, le relèvement précoce et le développement, en cohérence avec sa Théorie du Changement « Crises et Conflits ». Cette stratégie s'inscrit dans un cadre conceptuel qui vise à répondre aux besoins immédiats tout en renforçant la résilience des systèmes et des communautés, et en préparant la transition vers des solutions durables.

1. Ancrage communautaire et partenariat local : MdM-BE agit systématiquement en partenariat avec les autorités sanitaires, les communautés et les ONG nationales. Cette collaboration permet de garantir la pertinence des interventions, leur ancrage local et la continuité des services, même en contexte de crise grâce à une compréhension fine des dynamiques communautaires

2. Flexibilité opérationnelle et adaptation contextuelle : Grâce à sa présence historique, son acceptation et à sa capacité opérationnelle, MdM-BE adapte ses modalités d'intervention en fonction de l'évolution des contextes (urgence, relèvement, développement). Les équipes sont formées et structurées pour passer rapidement d'une réponse d'urgence (cliniques mobiles, gratuité ciblée, prise en charge des urgences) à un appui structurel (renforcement des capacités, supervision, accompagnement institutionnel).

3. Renforcement des systèmes et durabilité : Les actions de MdM-BE visent à renforcer les capacités des structures de santé, des relais communautaires et des partenaires locaux, afin de garantir la pérennité des acquis. L'intégration des activités de protection, de santé, droits sexuels et reproductif, et de soutien psychosocial dans les dispositifs existants favorise la durabilité et l'appropriation par les acteurs nationaux.

4. Approche intégrée et multisectorielle : MdM-BE lie systématiquement la réponse humanitaire à la prévention, la réduction des risques et le développement des services de santé et de protection, en s'appuyant sur des diagnostics partagés, des plans de transition et des mécanismes de coordination avec l'ensemble des parties prenantes.

5. Capitalisation et apprentissage : Les leçons tirées des interventions antérieures alimentent l'amélioration continue des stratégies Nexus, avec un accent sur la capitalisation, la documentation des bonnes pratiques et le partage avec les partenaires locaux et nationaux. Après la phase aiguë, MdM-BE accompagne les structures de santé et les communautés pour capitaliser sur les acquis (formation, protocoles, coordination multisectorielle), et renforcer la préparation aux futures crises (zoonoses, crises humanitaire, épidémies, catastrophes naturelles).

Le partenariat avec les ONG nationales et les autorités de santé permet d'intégrer les outils et pratiques développés dans les politiques locales et les plans de développement sanitaire.

5.5.1 Describe how this program will fit in the nexus framework

Ce programme adopte une approche Nexus en articulant de manière cohérente aide d'urgence, relèvement et développement, afin d'assurer la continuité des services essentiels et de renforcer la résilience des communautés dans des contextes de crise complexe. Cette logique s'appuie sur des partenariats solides avec les acteurs institutionnels et les organisations locales, tout en intégrant les dynamiques de genre, de pouvoir et de conflit. L'ensemble des interventions visent à répondre aux besoins immédiats, tout en consolidant les systèmes de santé et de protection à long terme.

Mali : MdM déploie une approche Nexus différenciée selon les zones :
Développement : À Kita, le programme vise la pérennisation du One Stop Center à travers un transfert progressif aux autorités sanitaires locales, le renforcement du système de santé (formation, dotation en équipements) et l'appui au PNVBG.

La sortie s'étendra sur un an pour favoriser une transition progressive et structurée, soutenir les autorités locales tout au long de la période de transfert des responsabilités et en renforçant leurs capacités, tout en menant un plaidoyer auprès des autorités nationales et partenaires pour mobiliser les ressources du One Stop Center, conformément au plan de pérennisation visant la continuité et la durabilité des services.

Urgence : À Ménaka, en contexte de crise aiguë, la réponse humanitaire est centrée sur les PDI et les communautés hôtes, avec un accès gratuit aux soins de santé primaires, une prise en charge des cas de VBG et un soutien psychosocial.

Relèvement : Dans les deux zones, l'approche s'appuie sur les dynamiques communautaires, les capacités de prévention et un accompagnement des acteurs locaux à travers deux ONG maliennes partenaires. L'ensemble des actions s'inscrit dans une logique de non-substitution, de cohésion sociale et de sensibilité au conflit.

Niger : La stratégie Nexus de MdM repose sur la flexibilité opérationnelle et la co-construction avec les acteurs locaux.

Développement : Renforcement des systèmes de santé communautaire, formation des prestataires et intégration des soins SDSR dans les services de base.

Urgence : Dispositifs de réponse rapide (cliniques mobiles, gratuité des soins pour les déplacés, gestion des cas de VBG), avec maintien de l'accès aux services essentiels.

Relèvement : Réhabilitation des structures, relance communautaire, cohésion sociale et intégration des apprentissages dans les systèmes nationaux.

RDC La stratégie Nexus repose sur la complémentarité entre :

Développement : Appui aux zones de santé, formation du personnel, participation communautaire à la gouvernance locale de la santé et à la protection.

Urgence : Réponse aux crises (déplacements, flambées de VBG), cliniques mobiles, gratuité des soins pour les PDI et victimes de violences.

Relèvement : Résilience communautaire, capitalisation des approches innovantes (One Health, Mpox), intégration dans les politiques locales.

Burundi : Dans un contexte de stabilité relative mais de fragilité chronique, l'approche Nexus est adaptée :

Développement : Renforcement des structures de santé, promotion de la SDSR, appui aux mécanismes communautaires et aux partenaires nationaux.

Urgence : Capacité à réagir rapidement en cas de VBG, déplacement ou épidémie, tout en garantissant l'accès aux services pour les groupes vulnérables.

Relèvement : Accompagnement des victimes, inclusion sociale, soutien psychosocial. Quatre ONG locales sont partenaires de mise en œuvre.

Burkina Faso

Dans un contexte sécuritaire particulièrement dégradé, MdM-BE articule :

Développement : Renforcement du système de santé local, formation des acteurs, prévention communautaire et renforcement des capacités des ayants droit.

Urgence : Réponse rapide aux besoins des PDI, victimes de VBG et enfants à risque (cliniques mobiles, gratuité ciblée, soutien psychosocial).

Relèvement : Réhabilitation des services, relance de la scolarisation et formation professionnelle, capitalisation et intégration des bonnes pratiques dans les plans locaux.

5.5.2 [INT] How has this strategy evolved?

5.5.3 [FIN] How has this strategy evolved?

6. SECURITY AND CONTINGENCY MEASURES

6.1 Contingency measures (Plan B/ mitigating actions to be taken if risks and assumptions spelled out in the log-frame materialised) Merci de vous référer à annexe 9

6.2 Security considerations

6.2.1 Security situation in the field, describe briefly

Mali

Contexte sécuritaire: La région de Kita présente actuellement un niveau de risque modéré. Aucune menace majeure n'entrave la mise en œuvre du projet ou les déplacements du personnel. Toutefois, la situation demeure évolutive en raison de la crise multidimensionnelle touchant le pays, notamment le Nord, le Centre et l'Ouest, avec une extension progressive vers le Sud. A Ménaka, le conflit armé entrave l'accès humanitaire ainsi que l'approvisionnement. L'accès par la route depuis le sud n'est pas sûr (mauvais état des routes, blocus par l'EIGS, attaques contre les véhicules humanitaires), et les vols humanitaires très irréguliers du fait de l'insécurité au niveau de l'aérodrome. Depuis le début de l'année 2025 plus de 108 incidents ont été recensés, dont la majorité a visé directement des civils. Cet environnement opérationnel compromet fortement les mouvements de personnes et de biens (y compris les vivres, intrants médicaux et nutritionnels), entraînant des pénuries et une hausse importante des prix sur le marché.

Mesures en place : MdM-BE dispose d'un plan de sécurité national adapté, incluant des phases de sécurité, des mesures d'hibernation en cas de détérioration, et une pyramide de communication sécuritaire. En cas de crise, le personnel peut être relocalisé, tout en assurant la continuité minimale des services à distance ou localement. Par ailleurs MdM participe activement à la plateforme de coordination humanitaire et sécuritaire INSO, qui permet la diffusion en temps réel des alertes incidents et la diffusion des rapports d'analyse sur

l'accès humanitaire, ainsi qu'au Groupe Thématique Accès (sous la direction de OCHA et NRC), au réseau d'information sécuritaire interne à MdM Mali, au Groupe des Humanitaires du Mali (partage d'informations sécuritaires) et au Groupe des Responsables sécurité et Accès des ONG internationales du Mali (partage & analyse sécuritaires).

Niger

Contexte sécuritaire: La région de Tahoua est affectée par une situation sécuritaire tendue, marquée par la présence de groupes armés, des risques d'enlèvements, des déplacements internes et des tensions intercommunautaires. Les incidents sécuritaires peuvent impacter les mouvements du personnel et la mise en œuvre des activités.

Mesures en place: MdM-BE maintient une stricte neutralité et indépendance, adopte un profil bas, et entretient des relations régulières avec les autorités locales, leaders communautaires et forces de sécurité. Un système de gestion de la communication et une veille contextuelle permettent d'ajuster rapidement les règles et mesures de sécurité selon l'évolution de la situation. De plus, MdM participe activement au Forum Humanitaire sur l'Accès (sous la direction d'OCHA), du Groupe de Travail sur l'Accès (des Organisations Internationales Représentées au Niger - OIREN) et de la Coordination Civilo- Militaire. Le réseau MdM au Sahel dispose d'un groupe interactif regroupant les référents sécurité, les chefs de mission, et d'autres responsables pour partager et commenter des informations sécuritaires de la région. Ce même groupe organise mensuellement des réunions sur l'évolution des contextes sécuritaires, des analyses et des recommandations.

RDC (Sud-Kivu, Lemera)

Contexte sécuritaire: La zone de santé de Lemera est caractérisée par une forte instabilité due à l'activisme des groupes armés, la criminalité, et la prolifération des armes à feu. Ces facteurs créent des risques pour la sécurité des déplacements et des opérations sur le terrain, avec des incidents récurrents pouvant perturber les activités.

Mesures en place: Pour garantir l'acceptation, MdM-BE privilégie la neutralité, la discrétion et la redevabilité inclusive. Des contacts réguliers sont établis avec les autorités, leaders locaux, et autres parties prenantes. Outre la participation aux différents forums de coordination sécuritaire et d'accès humanitaire (OCHA et INSO) Un système interne de gestion de la communication et de mise à jour des règles de sécurité est activé en fonction du contexte.

Burundi

Contexte sécuritaire: Le Burundi connaît une stabilité relative mais reste marqué par des tensions politiques ponctuelles, des mouvements de population et des risques de criminalité locale. Certaines zones rurales peuvent présenter des risques accrus lors de périodes électorales ou de tensions communautaires. L'année 2027 sera une année électorale au Burundi.

Mesures en place: Surveillance régulière du contexte, collaboration avec les autorités locales et la société civile, et adaptation des déplacements et des activités selon l'évolution du climat sécuritaire national et régional.

Burkina Faso

Contexte sécuritaire : Le Burkina Faso fait face à une crise sécuritaire aiguë, particulièrement dans les régions nord et est, en raison de l'activisme de groupes armés non étatiques, des attaques contre les populations civiles soupçonnées de collaborer avec l'une ou l'autre des parties au conflit et des déplacements massifs de populations. Si les risques sont moindres Ouagadougou (sauf en cas de changement politique), les risques d'enlèvements et d'incidents violents sont assez élevés à l'est et au nord, impactant fortement l'accès humanitaire et la résilience des populations affectées.

Mesures en place: MdM-BE adapte ses opérations et appuie ses partenaires locaux qui ont une connaissance fine des dynamiques sécuritaires et qui se coordonnent avec les autres acteurs humanitaires pour l'analyse du contexte sécuritaire (INSO et OCHA).

Dans chaque pays, la situation sécuritaire est régulièrement évaluée et fait l'objet de mesures spécifiques d'atténuation et d'adaptation, afin de garantir la sécurité du personnel et la continuité des activités essentielles auprès des populations vulnérables.



Has a specific security protocol for this Action been established?

Yes

☐

No

x

Standard procedures

☐

If yes please elaborate:

MDMlgique dispose de protocoles de sécurité, y compris au Mali et au Niger. Chaque mission dispose d'un référent sécurité national, supervisé par un référent régional, et bénéficie de documents et outils régulièrement mis à jour (analyses, procédures, plans de contingence). Des évaluations, sensibilisations et recommandations sont menées périodiquement, et des visites terrain assurent la mise à jour des contextes, la formation du personnel, et des évaluations et audits sécuritaires.



Are field staff and expatriates informed of and trained in these procedures?

Yes X

No



Tous les nouveaux collaborateurs reçoivent un briefing de sécurité à leur arrivée, ainsi que des supports écrits. Dans plusieurs pays d'intervention (RDC, Mali, Burkina Faso), des formations régulières sont organisées par le réseau MdM et, via l'adhésion à INSO, les équipes participent aux réunions d'information (hebdomadaires pour les référents sécurité, mensuelles pour les directeurs pays), bénéficient d'alertes contextuelles et accèdent à des formations spécialisées (négociation humanitaire, gestion de crise, sécurité opérationnelle).

MdM-BE applique une politique de duty of care et de gestion des risques visant à :

- informer les collaborateurs des risques identifiés et recueillir leur consentement éclairé ;
- adapter les mesures de protection et d'atténuation ;
- définir les risques résiduels et orienter les décisions opérationnelles ;
- respecter les obligations légales de l'organisation.

Lorsque le niveau de risque est jugé trop élevé, la direction peut décider d'adapter ou de suspendre une intervention, en transparence avec les équipes et partenaires. Les Standards Minimum de Sécurité reposent sur trois piliers : analyse de contexte actualisée, formation et sensibilisation du personnel, prévention via des procédures claires (secours, évacuation, gestion de crise). Chaque collaborateur est informé du niveau de risque, des mesures de protection et dispose d'un droit de retrait en cas de danger grave et immédiat. La hiérarchie veille à l'application des règles tandis que chacun reste acteur de sa propre sécurité.

Au-delà de la sécurité physique, MdM-BE offre des dispositifs complets de santé et soutien psychosocial pour son personnel et leurs familles : assurances médicales et hospitalisation, accès à des psychologues et conseillers en prévention psychosociaux, activités de bien-être (team building, mentorat, coaching) et personnes ressources pour un premier soutien.

Enfin, l'organisation garantit un environnement sûr et éthique, en conformité avec ses politiques internes (Code de conduite, anti-corruption, PSEA, protection de l'enfance). Tout comportement non conforme peut être signalé, y compris de façon anonyme, via des canaux sécurisés. Les signalements sont traités de manière confidentielle et indépendante, avec protection des lanceurs d'alerte et accompagnement des personnes concernées.

6.3 [INT] In case of changes or problems to be addressed, please explain

6.4 [FIN] In case of changes or problems to be addressed, please explain

COMMUNICATION, VISIBILITY AND INFORMATION ACTIVITIES

6.5 Planned communication activities (in field and/or in Europe)

Le projet sera publié sur le site Web de MdM-BE, et sur les réseaux sociaux ainsi que sur le bulletin mensuel des missions, soulignant le rôle d'appui financier de la DGD et les aspects du partenariat. L'utilisation du nom et du logo de la DGD par MdM-BE sera uniquement réalisée à des fins humanitaires et pour la mise en œuvre des activités du projet.

Des cérémonies de lancement et de clôture du projet sont prévues, selon les contraintes sécuritaires. Les autres activités prévues sont :

- Sensibilisation des communautés sur les thématiques du projet ;
- Atelier de comité de pilotage et capitalisation du projet ;

Lorsque le contexte d'intervention ne permet pas de faire de la visibilité de l'action, une demande d'exemption de visibilité sera adressée à cet effet

6.6 Visibility on durable equipment, major supplies, and at project locations

Dans le but d'assurer la visibilité du projet, de MdM-BE et de la Direction générale Coopération au Développement et Aide humanitaire, plusieurs matériels de visibilité seront conçus et exploités au cours de la mise en œuvre du projet tout en assurant une évaluation continue des enjeux sécuritaires lié à des actions de visibilité :

- Kakémonos : des kakémonos seront conçus en début du projet et installés à des endroits stratégiques comme au guichet unique, au bureau MdM-BE, dans les salles de réunion de la DRSP et/ ou des districts sanitaires cibles ;
- Enseignes/ panneaux : des panneaux de visibilité seront installés au niveau de tous les CSI qui seront réhabilités ;

- Banderoles : des banderoles seront conçues et exploitées dans le cadre des activités de formation, des ateliers, de clinique mobile et des activités de sensibilisation communautaires ;
- Autocollants : des autocollants seront collés sur tous les équipements médicaux qui seront offerts aux différents CSI.

MdM-BE utilisera la visibilité standard avec le logo de la Coopération belge et "Financé par la coopération belge" sur les structures, vêtements, publications et matériel opérationnel, pour des raisons sécuritaires ; une exemption de visibilité ou une politique de visibilité "low profil" pourrait être envisagée.

Planned publication activities

Le projet prévoit deux activités majeures de publication par pays. La première concerne la création d'un outil de synthèse du projet, sous forme d'un flyer. Ce document de capitalisation présentera de manière concise les réalisations, les bonnes pratiques et les enseignements tirés du projet. Il mettra également en avant les approches efficaces et les pratiques dignes d'être reproduites ou étendues. La seconde activité de publication de rapports d'étude sur les VBG. Au Niger, l'étude consistera en une analyse des facteurs de risque de protection et fragilité (y compris les dynamiques du pouvoir) dans la région de Tahoua ; au Mali, elle portera sur les déterminants des VBG dans la région de Ménaka, et au Burkina, sur la sensibilité aux conflits et les dynamiques de pouvoir selon le genre. Ces rapports seront diffusés après sa validation par MdM-BE et les parties prenantes impliquées et des capsules vidéo seront produites là où possible.

Dans les Grands Lacs des supports de communications seront conçus avec les communautés et produits pour servir de support dans le cadre des activités de protection du résultat 1 et serviront de matériel de plaidoyer dans le cadre des activités du résultat 3. Ces supports seront constitués d'affiches graphiques, boîtes à images et capsules vidéo. Les leaders locaux accompagnés produiront également leurs propres rapports d'activités. L'ensemble de ces documents pourront également être diffusés par MdM-BE après la validation des parties prenantes impliquées.

6.7 [INT] In case of changes, please explain

6.8 [FIN] Report on the relevant activities

7. BUDGET AND HUMAN RESOURCES (ANNEX)

8. ADMINISTRATIVE INFORMATION

8.1 FPA number (if applicable)

MdM-BE est une organisation agréée comme partenaire de la DG ECHO depuis 2021 – PIC n°924242967

8.2 Name and title of legal representative signing the Agreement

Pilar MARTINEZ, Directrice des Opérations Internationales

8.3 Name, telephone, e-mail and title of the person(s) to be mentioned in Article 7 of the Agreement

Alessia Galdieri Grant and Partnership Manager: Tel: +320494230353 Mail :

alessia.galdieri@medecinsdumonde.be

8.4 Name, telephone, fax and e-mail of the representative in the area of intervention

RDC : David Gonzalo MONTAÑO INTURIAS, Coordinateur Général Téléphone : +243 825 755 047

Mail : cg.rdc@medecinsdumonde.be

Burundi : Delphine NOEL, Coordinatrice de Projet Santé Droit Sexuels et Reproductifs, Téléphone :

+32 478 90 15 28 Mail : coprosdsr.rdc@medecinsdumonde.be

Mali, Niger & Burkina : Lancinet TOUPOU, Directeur Régional Sahel ,Téléphone : +227 92 18 60 78

Mail : dr.sahel@medecinsdumonde.be

8.5 Bank account

Name of bank: BNP PARIBAS FORTIS

Address of branch:

Rue Montagne du Parc 3, 1000 Bruxelles, Belgique

Precise denomination of the account holder: DOKTERS VAN DE WERELD – MEDECINS DU MONDE

Full account number (including bank codes): BE43 2100 3753 3901

IBAN account code, (or BIC country code if the IBAN code does not apply): BE43 2100 3753 3901

SWIFT Code: GEBABEBB

9. [FIN] CONCLUSIONS AND HUMANITARIAN ORGANISATION'S COMM

Le budget sera réparti à 75% pour Ménaka et 25% pour Kita, ratio également appliqué au volet support. Cette répartition reflète la durée plus longue du projet à Ménaka (deux ans contre un an à Kita), une équipe réduite à Kita dans le cadre de la pérennisation, et le plus grand nombre de structures de santé soutenues à Ménaka.

