

Update 22-09_2025

Points for Clarification

- **Please provide examples of MoUs or conventions as part of the localization strategy.**
The relevant appendices have been added to the platform.
- **Clarify the low budget and number of beneficiaries for Burkina Faso and Burundi.**
 - For Burundi, there are **59,389** direct beneficiaries, as follows : **28,800** beneficiaries in IDP camps via mobile and holistic clinics (primary care consultations) and **30,559** beneficiaries of improved care in health facilities and targeted training (providers, community leaders). **And 23,401** indirect beneficiaries, representing approximately half of the estimated population in the intervention area. This lower total is due to the fact that only two fixed health facilities will be supported under the project (in line with the more limited budget). In Burkina Faso, 6,210 people will benefit from awareness-raising and access to healthcare activities implemented by Keeogo (4,152 women and girls and 2,058 men and boys). The proposed approach consists of extending the activities implemented as part of a project funded by another donor for a period of eight months. The project maximizes its impact and budget through three levers: mass community activities, which reach a large number of people at low cost; the pooling of resources via mobile teams and inter-project synergies, particularly with the ongoing five-year DGD program; and finally, a focus on essential inputs such as medicines and nutritional inputs.
- **Can you explain what motivated you to allocate 5% of the total budget to the Crisis Modifier?**
 - In this proposal, Médecins du Monde has chosen to allocate 5% for the crisis modifier, which corresponds to the minimum threshold allowed by the DGD framework. This decision is based on the organization's experience: in our previous programs funded by DGD and other institutional donors, this ratio has consistently proven effective and has not hindered our operational responsiveness. So far, we have not faced unforeseen crises of such magnitude that would have required a significant increase beyond this level. For this reason, we have decided to continue applying the same ratio, which has demonstrated its relevance while maximizing the resources directly dedicated to planned activities. Nevertheless, Médecins du Monde remains fully aware of the volatility of the contexts in which we operate and reserves the possibility to increase this percentage, within the flexibility allowed between budget lines, should the evolution of the context or the scale of needs justify it. This strategy ensures both budgetary rigor and adaptive capacity, in line with DGD expectations and good humanitarian management standards.

From the original proposal:

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. Dans nos programmes précédents financés par la DGD et d'autres bailleurs de fonds institutionnels, ce ratio s'est toujours révélé efficace et n'a pas entravé notre réactivité opérationnelle. Jusqu'à présent, nous n'avons pas été confrontés à des crises imprévues d'une ampleur telle qu'elles auraient nécessité une augmentation significative au-delà de ce niveau. C'est pourquoi nous avons décidé de continuer à appliquer le même ratio, qui a démontré sa pertinence tout en maximisant les ressources directement consacrées aux activités prévues. Néanmoins, Médecins du Monde reste pleinement conscient de la volatilité des contextes dans lesquels nous opérons et se réserve la possibilité d'augmenter ce pourcentage, dans la limite de la flexibilité autorisée entre les lignes budgétaires, si l'évolution du contexte ou l'ampleur des besoins le justifient. Cette stratégie garantit à la fois la rigueur budgétaire et la capacité d'adaptation, conformément aux attentes de la DGD et aux normes de bonne gestion humanitaire.

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.

- **Why are there no specific security protocols or SOPs, especially given the operational risks in the Sahel region?**

For this action, MdM Belgium will follow its established security procedures for the areas where MdM has been operating for several years. These procedures, although standardized at the mission level, are contextualized and adapted to each base according to the evolution of the local context. The proposed action is based on proactive management of risks and humanitarian access, integrated from the design phase onward. This approach relies on a strong local presence, a detailed understanding of the dynamics and actors (specifically, administrative authorities, armed forces, non-state armed groups), and established acceptance among communities and stakeholders.

MdM Belgium already has security protocols in place, including in Mali and Niger. Each mission has a humanitarian access officer at the national level, under the technical supervision of a regional security officer. In addition, each country has a set of regularly updated documents and tools for security management, in particular analyses, rules and procedures, and contingency plans. Security analyses, awareness-raising and recommendations are carried out regularly, and

field visits are organized periodically by security officers (national and regional) to update contexts and staff training, as well as to assess premises and conduct security audits.

In light of the volatility of security issues in different countries and the specific approaches taken by the authorities of each country in the Sahel, we maximize analyses at the national level and in each of our project intervention zones. However, given the creation of the AES space and the trend of synergy between member countries on one hand, and alliances between certain armed groups on the other hand, SOPs for the Sahel in general or AES could be developed.

- **What alternative mechanisms or partners are considered for security, given the limited INSO presence?**

MdM Belgium's national and regional security officer in the Sahel are active in several security networks. In Mali, MdM participates in exchanges with INSO, the Access Thematic Group (led by OCHA and NRC), the Mali Humanitarian Group (security information sharing), and the Group of Security and Access Officers of International NGOs in Mali (security sharing and analysis). In Niger, MdM is part of the Humanitarian Forum on Access (led by OCHA), the Working Group on Access (of International Organizations Represented in Niger - OIREN), and Civil-Military Coordination. The MdM network in the Sahel has an interactive group bringing together security advisors, heads of mission, and other officials to share and comment on security information in the region. This same group organizes monthly meetings on developments in the security situation, analyses, and recommendations.

In the DRC, INSO remains operational and continues to regularly share high-quality information and analysis with NGOs present in the country.

- **Are local partnerships identified in Burundi, particularly with health structures/services?**

The following local partners have been identified in Burundi, in accordance with MdM procedures:

- GIRIYUJA: will provide psychosocial and mental health care, with a particular focus on young people, as well as promoting peaceful coexistence between host communities and refugees;
- IMIF: will provide medical care, in particular through mobile clinics that facilitate access to healthcare for vulnerable populations living far from healthcare facilities.

These partnerships will strengthen local capacities and ensure effective integration with existing healthcare services.

- **The M&E framework could be strengthened—fraud prevention, contingency planning, and operational risk mitigation should be included in the main proposal, not just in annexes.**
- **Changes have been made in the M&E section of the proposal**

From the proposal:

General Monitoring

Suivi des activités : Au début du projet, un atelier de lancement dans chaque mission permettra de faire le point sur le suivi des activités via l'élaboration d'un plan de suivi. Le cadre logique sera repris et inclus dans un plan de suivi des activités plus global qui sera suivi par le responsable projet, soutenu par l'équipe de suivi et évaluation. Ce plan déterminera les rôles et responsabilités de chacun en matière de suivi, la manière de calculer les indicateurs, les sources des données, ainsi que la fréquence de récolte des données. Ces indicateurs seront discutés et mis à jour via l'outil de suivi de projet, les *sitreps* ainsi que les réunions d'équipe. Ce plan de suivi sera intégré au sein de l'outil de gestion du projet, qui permet de mettre régulièrement l'ensemble des paramètres liés au projet aussi au niveau logistique ou encore financier. Les équipes pays mettent à jour cet outil mensuellement. Un échange entre les bureaux pays, les bureaux régionaux et le bureau à Bruxelles est organisé toutes les deux semaines, ce qui facilite le suivi et la communication autour de défis éventuels.

Enquête de base et finale : Au début du projet, une enquête de base sera lancée afin de définir les indicateurs dont MdM et ses partenaires ont besoin pour définir les objectifs d'amélioration. Certains indicateurs ont déjà été mesurés lors de récentes enquêtes dans les mêmes zones, et ces questions ne seront donc pas répétées afin d'éviter le phénomène de fatigue des personnes enquêtées.

Etude genre, pouvoir et conflit : Au début du projet sera réalisée une étude genre, pouvoir et conflit. Elle permettra de mieux cerner les dynamiques autour de ces thèmes afin d'adapter les activités en partant des connaissances et pratiques des communautés. Au Mali, une étude socio-anthropologique et médicale sur les déterminants des VBG sera menée dans la région de Ménaka, dans la suite de celle réalisée à Kita. Au Niger, une analyse des facteurs de risque de protection et fragilité - incluant les dynamiques de pouvoir - sera réalisée.

Etats des lieux sur la préparation aux urgences : Un point important du projet est le développement de mécanismes communautaires de prévention et d'alerte précoce sur les risques liés à la protection. Une analyse des mécanismes formels ou informels existants permettra de bâtir sur ce qui a déjà été fait et accepté par les communautés comme efficace et pertinent.

Fraud prevention and updated prevention measures/ lessons in case of fraud in previous program

Redevabilité et mécanismes de feedback : MdM et ses partenaires disposent déjà dans les zones du projet (mis à part le Burundi où le développement de mécanismes est en cours) d'expérience sur la mise en place et la gestion de mécanismes de feedback afin de récolter les avis des populations concernées sur le projet en vue de l'améliorer. Ces mécanismes seront revus et modifiés si besoin afin que l'ensemble des personnes (y compris aux personnes celles pouvant être plus vulnérables : femmes, jeunes, personnes en situation de handicap, minorités linguistiques) puissent avoir une manière simple et sûre de partager leur avis sur le projet ou déposer une plainte liée aux activités, leur qualité ou leur pertinence. Ces mécanismes incluent notamment des lignes vertes, des groupes de redevabilité, ou encore boîtes à suggestions. Lorsqu'une plainte ou suggestion est transmise, l'équipe du projet est responsable d'y répondre dans des délais inscrits dans une procédure adoptée par chaque mission et dont l'équipe MEAL assure le bon fonctionnement. Les plaintes dites sensibles (fraude, harcèlement ou encore abus de pouvoir) reçues via des canaux sont transmises à l'équipe intégrité de MdM conformément aux standards internationaux.

Contrôle interne et Audits : L'organisation encadre ses opérations par des procédures strictes, appuyées sur une documentation complète et régulièrement contrôlée, en interne et en externe. Les pièces justificatives numérisées sont mensuellement transmises au siège, les pièces originales sont régulièrement envoyées et archivées au siège de l'organisation et sont contrôlées par les référents au fil du projet. Les partenaires doivent rapporter périodiquement leurs dépenses, fournir les pièces justificatives et justifier un taux de consommation suffisant avant tout nouveau décaissement. Ce mécanisme permet de prévenir les dépenses inéligibles et d'assurer un suivi de l'exécution du projet. Tous les documents sont vérifiés pour garantir leur cohérence, authenticité et conformité. Dans une logique de prévention des risques de fraude, nous avons mis en place un mécanisme de remontée des plaintes à la fois fonctionnel et étendu, incluant nos partenaires, afin de permettre la réception d'alertes externes. En cas de suspicion, les signalements sont analysés de manière indépendante par un cabinet d'audit externe, dont les conclusions sont prises en compte dans le traitement des cas. Par ailleurs, nos dispositifs de contrôle ont été renforcés et ne se limitent pas seulement à la vérification des pièces justificatives, mais intègrent également les retours des ayants droit, les visites d'activités, ainsi que la vérification des fournisseurs et prestataires impliqués. Les comptes de MdM sont audités annuellement par un réviseur aux comptes. De plus, un audit externe indépendant est prévu en fin de projet pour garantir la traçabilité des fonds et le respect des engagements contractuels.

Fraud Prevention

Médecins du Monde applique une politique stricte de tolérance zéro vis-à-vis de toute forme de fraude, de corruption ou de détournement de ressources. Cet engagement est formalisé dans plusieurs documents internes (Code de conduite, Politique d'intégrité, Politique contre la corruption) qui s'imposent à l'ensemble du personnel, des bénévoles, des consultants, des partenaires et des prestataires. Ces référentiels définissent clairement les comportements prohibés fraude financière, conflits d'intérêts, cadeaux ou avantages indus, abus de pouvoir et détaillent les sanctions disciplinaires associées. Concrètement, Médecins du Monde a mis en place des procédures robustes de contrôle interne incluant la séparation des tâches dans la gestion financière, la validation hiérarchique des dépenses, l'utilisation de logiciels de suivi budgétaire sécurisés et la vérification systématique des pièces justificatives. Ces mesures sont complétées par des audits réguliers, internes et externes, qui permettent de détecter rapidement

d'éventuelles anomalies et de mettre en œuvre les actions correctives nécessaires. En parallèle, un mécanisme de signalement confidentiel est accessible à toutes les personnes en lien avec l'organisation, y compris les partenaires et les communautés. Ce système, qui garantit la possibilité de signaler anonymement toute suspicion d'irrégularité, est géré par des Points Focaux Intégrité indépendants, chargés d'ouvrir les enquêtes, de coordonner les réponses et d'assurer la protection des lanceurs d'alerte. Les résultats sont ensuite examinés par la direction et, le cas échéant, portés aux instances de gouvernance. Afin de renforcer cette culture d'intégrité, Médecins du Monde organise régulièrement des formations et des sensibilisations à l'éthique et à la prévention de la fraude pour son personnel et ses partenaires, en adaptant le contenu aux réalités des pays d'intervention. Ce dispositif global permet de réduire la vulnérabilité organisationnelle, de garantir l'utilisation optimale et transparente des financements et de préserver la confiance des communautés bénéficiaires et des bailleurs de fonds.

Ensuring Quality programming

Assurer la qualité du programme est une priorité transversale. Elle se base sur une série de documents-cadres, dont les théories du changement ou encore la Gestion Axée sur les Résultats. MdM combine un suivi rigoureux des activités, des évaluations périodiques, une gestion proactive des risques et des mécanismes de redevabilité communautaire qui permettent d'assurer en continu la qualité des activités et de les réviser au besoin selon les retours en interne (via les référents techniques globaux et régionaux) ou externes (via dialogues réguliers avec les populations ou encore les autorités locales). Ces dispositifs permettent d'adapter les interventions aux besoins réels, de renforcer la transparence, et d'améliorer en continu la pertinence et l'impact du projet. Le contrôle interne, les audits et la prévention des fraudes garantissent la bonne gestion des ressources et la conformité avec les engagements contractuels.

Risk management and monitoring

Gestion des risques : MdM a développé une procédure de gestion des risques afin d'identifier, évaluer, atténuer et suivre les risques pouvant affecter la réalisation de ses objectifs, l'utilisation de ses ressources ou la continuité de ses activités, tant au siège qu'au sein des missions en Belgique et à l'international.

Cette procédure s'inscrit dans une approche globale de la gestion des risques organisationnels et vient compléter la procédure déjà existante dédiée aux risques de sécurité et de sûreté.

Le processus débute par une identification systématique des risques, à partir d'une analyse approfondie du contexte interne et externe, en s'appuyant sur une bibliothèque de risques types. Seuls les risques jugés significatifs sont consignés dans un registre dédié, avec une description claire des causes et conséquences. Chaque risque est ensuite évalué en fonction de sa probabilité et de son impact. Cette évaluation permet de déterminer un niveau de criticité, visualisé dans une matrice des risques.

Des mesures de mitigation sont proposées pour chaque risque, avec la désignation d'un responsable du suivi. Certains risques peuvent être acceptés s'ils sont considérés comme résiduels ou si les coûts de mitigation sont jugés disproportionnés.

La procédure prévoit une révision annuelle du registre et de la matrice afin d'ajuster les mesures aux évolutions du contexte et de garantir la pertinence de la stratégie de gestion des risques.

Actuellement en cours de validation par le Comité de Direction, cette procédure a vocation à être mise en œuvre dans l'ensemble des pays d'intervention ainsi qu'au siège.

Planification de contingence et atténuation des risques opérationnels

Médecins du Monde a développé, pour chacun des pays d'intervention, une analyse détaillée des risques opérationnels et un plan de contingence régulièrement actualisé. Cette planification repose sur les matrices présentées en annexes, qui identifient les scénarios les plus plausibles, leur probabilité et leur impact, ainsi que les mesures de réponse prévues. Les plans sont conçus avec la participation des équipes terrain, des partenaires nationaux et des communautés, et font l'objet d'une révision annuelle ou dès qu'un changement majeur de contexte est constaté.

Au Mali et au Niger, où l'insécurité et les restrictions d'accès sont les principaux risques, les mesures prévues incluent la suspension temporaire d'activités en zones rouges, la relocalisation des équipes vers

des zones plus sûres, le recours à des relais communautaires pour maintenir l'accès aux bénéficiaires, la supervision à distance et la diversification des canaux d'approvisionnement. En République Démocratique du Congo, les risques d'épidémies et de déplacements massifs sont anticipés par le pré positionnement de kits médicaux et nutritionnels, l'appui renforcé aux structures locales de santé et l'activation de cliniques mobiles, en coordination avec les clusters santé et nutrition. Au Burkina Faso, où la dégradation sécuritaire et les tensions politiques entraînent aussi des ruptures d'approvisionnement, la contingence repose sur la diversification et la cartographie des fournisseurs, le stockage stratégique dans des entrepôts sécurisés et l'appui accru aux partenaires nationaux pour assurer la continuité des services essentiels. Enfin, au Burundi, où les risques politiques et administratifs peuvent bloquer l'action humanitaire, le plan prévoit le dialogue renforcé avec les autorités, des procédures de relocalisation rapide du personnel et des mécanismes de transition vers des ONG partenaires pour maintenir les activités prioritaires. Ces mesures, issues des annexes techniques (méthodologie, matrices de risques, plans de contingence), combinent la prévoyance logistique, la flexibilité opérationnelle et le renforcement des partenariats locaux. Elles garantissent la continuité des interventions même en cas de crise aiguë, tout en protégeant le personnel et en assurant que les populations vulnérables continuent à recevoir des services de santé essentiels.

- **The protection strategy is too general and fragmented across annexes. Please consolidate and clarify in the main proposal: Who is the target group? How will they be protected? What is the approach to armed actors? Community-based protection is strong, but the overall strategy needs to be better defined.**

From the proposal:

NEEDS AND PROTECTION RISKS ANALYSIS

Needs, Protection risks and stakeholder analysis

Les risques de protection identifiés comme centraux par MdM et ses partenaires dans les zones ciblées concernent notamment les violences basées sur le genre (VBG) et les entraves à l'accès aux soins de santé primaires, aux soins de santé mentale et aux soins vitaux des populations en situation de vulnérabilité en particulier dans les contextes déplacement interne forcé des populations (PDI) et dans les sites d'installation des réfugiés. Ces risques sont directement liés à des situations de conflit armé, à une dégradation sécuritaire continue, ainsi qu'à un environnement politique fragile, volatile et peu garant des droits fondamentaux où les droits à la protection et à la santé et le respect du droit international humanitaire sont régulièrement mis en péril et particulièrement dans les zones ciblées par MdM. Pour répondre aux besoins de protection de cette **population cible : personnes affectées par les crises humanitaires et en particulier les IDP, les réfugiés, les populations hôtes, les survivant.e.s des GBV et les mineurs en situation de protection** dans le cadre de ce projet, MdM mettra en œuvre une **stratégie de protection qui repose sur ses 3 piliers** : une approche intégrée combinant prévention et alerte précoce, réponse et plaidoyer.

- Pour ce qui concerne la prévention, la stratégie vise à réduire les risques de violations de droits et de violences (notamment de VBG) à travers l'information, la sensibilisation communautaire, la mise en place de mécanismes de veille communautaire et de systèmes d'alerte précoce, qui à leur tour vont renforcer la résilience des communautés
- Pour ce qui concerne la réponse, la stratégie vise à
 - Renforcer les capacités des communautés pour identifier et répondre avec leurs propres moyens et sur base des cadres légaux nationaux et internationaux existants, aux problèmes et besoins de protection dans leurs contextes locaux ;
 - Garantir l'accès aux services de base de santé et de protection en les rendant fonctionnels et en capacité d'offrir des services adaptés aux besoins des personnes affectées par les crises, notamment en matière des soins de santé primaires et des soins vitaux, de prise en charge psychosociale et des services intégrées de GBV ;
 - Faciliter la création/le renforcement et le suivi des mécanismes de référencement et contre référence entre les structures de santé et de protection elles-mêmes et avec la communauté ;

- Assurer l'accompagnement et la prise en charge directe des personnes affectées par des incidents de protection, particulièrement les survivant.e.s de VBG/
- Pour ce qui concerne le plaidoyer, la stratégie inclut le dialogue avec les autorités locales et l'engagement des leaders communautaires afin de réduire le risque de violation de droits et promouvoir le respect des droits fondamentaux.

Il est important de rappeler que **tout au long de l'intervention** et dans toutes les activités - qu'elles soient faites au niveau communautaire, des structures publiques ou par les partenaires locaux - , **le programme doit assurer une approche sensible au conflit, tenant compte du Du No Harm et respectant les principes humanitaires avec un focus sur la neutralité.**

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

Analyse de contexte et cartographie des vulnérabilités : la sélection des bénéficiaires du projet s'appuie sur des analyses de vulnérabilité participatives intégrant une approche intersectionnelle et tenant compte des facteurs aggravants de la vulnérabilité (sexe, âge, situation d'handicap et/ou de santé mentale et de maladie chronique, ainsi que d'autres facteurs liés avec l'appartenance ethnique, minorités de genre, religieuse, etc qui accroîtront la sensibilité d'une personne aux risques de protection), en plus de leur statut de protection lui-même (IDP, réfugié.e.s, survivant.e de VBG, mineur en situation de protection, notamment). Le choix des bénéficiaires se base aussi sur une analyse multisectorielle (santé, protection, genre, accès aux droits) menées avec les acteurs humanitaires clé, les autorités locales (dépendant du contexte), les partenaires et les individus et communautés affectées par des problèmes de protection dans chaque contexte donné. Ces diagnostics permettent d'identifier les catégories de populations les plus affectées par les crises humanitaires et exposées à des risques spécifiques dans chacun des 5 différentes zones et contextes ciblés (2 régions, 5 pays) :

- Personnes déplacées internes (PDI), réfugié.e.s et vivant dans des contextes de grande précarité et sans accès aux services de base (s'applique aux 5 zones ciblées) ;
- Femmes et filles et autres personnes à haut risque de VBG (s'applique aux 5 zones ciblées) ;
- Enfants et adolescents non accompagnés exposés aux risques de recrutement forcé, à l'exploitation ou au travail précoce (s'applique aux 5 zones ciblées pour ce qui concerne l'identification des enfants à risque de protection et l'accès aux soins de santé, MHPSS et à la prise en charge intégrée GBV ; particulièrement au Burkina Faso et au Mali, le référencement à des services de protection de l'enfance spécialisés sont assurés en synergie avec ce programme soit par MdM ou par des partenaires) ;
- Personnes réfugiées (s'applique au Burundi) ;
- Personnes vivant avec un handicap et personnes âgées, dont les besoins spécifiques sont souvent négligés (s'applique aux 5 zones ciblées) ;
- Personnes avec des besoins en MHPSS, souffrant des maladies chroniques et/ou nécessitant des soins vitaux (s'applique aux 5 zones ciblées)
- Communautés hôtes fortement affectées par l'arrivée de populations déplacées, pour réduire les tensions sociales (s'applique aux 5 zones ciblées).

L'ensemble des modalités décrites ci-dessus permettront de définir, conjointement avec les organisations humanitaires, autorités nationales, et communautés, des critères de sélection les plus objectifs possibles et alignés sur les principes humanitaires. De par son expérience dans les zones du programme, MdM et ses partenaires anticipent que les personnes prioritaires sur des critères de vulnérabilité seront les femmes, personnes déplacées et réfugiées, enfants et jeunes, ou encore membres de minorités linguistiques. Ces critères seront affinés et les personnes non-sélectionnées pourront aussi questionner la décision via des mécanismes de recours.

Plusieurs mécanismes seront adoptés pour assurer leur protection :

- **Mécanismes communautaires de protection et d'identification** : dans chaque zone d'intervention, des structures communautaires sont mobilisées (relais communautaires, comités de protection, clubs jeunes, pairs éducateurs-trices) pour créer un réseau d'alerte précoce au niveau local. Formés

et accompagnés par les projets, ces acteurs assurent l'identification précoce des cas, la sensibilisation, et le référencement vers les structures appropriées. Une attention particulière est portée à comment assurer la confidentialité et la sécurité des personnes identifiées, selon les principes de *do no harm* et l'approche centrée sur la personne. Ceci est combiné avec des activités de sensibilisation et de prévention telles que des campagnes communautaires contre la stigmatisation, formations aux droits humains et à la protection.

- **Renforcement des capacités des prestataires de services** : formation du personnel médical et communautaire sur l'approche protection, les VBG, l'inclusion et les réponses centrées sur la personne.
 - **Intégration des services de santé et protection existants** : l'identification sûre se fait également via les structures de santé et de protection soutenues par le projet, ce qui permet de repérer les personnes à risque lors des consultations (santé maternelle, pédiatrie, urgences, etc.), de manière non stigmatisante. Les dispositifs d'écoute, d'accompagnement et de référencement sont adaptés selon le contexte.
 - **Suivi et documentation des incidents de protection** (notamment de cas de VBG) : collecte d'informations en respectant les principes éthiques de confidentialité, consentement, *do no harm*.
 - **Coordination inter-agences et systèmes de données partagés** : dans les contextes où ils existent (ex : RDC, Burundi), les projets s'appuient sur les systèmes de suivi mis en place par les clusters, l'IOM (DTM), le HCR, ou les services de l'État (listes des PDI, enregistrement des réfugié-e-s), afin de prioriser les zones et d'assurer la complémentarité des interventions.
 - **Approche vis-à-vis des acteurs armés** : la politique de MdM repose sur la neutralité, impartialité et indépendance marqué par les principes humanitaires. En zone de présence d'acteurs armés, les consignes suivantes sont systématiquement appliquées par nos équipes :
 - Dialogue strictement humanitaire et non-politique, centré sur l'accès aux populations civiles et la sécurité des personnels et bénéficiaires.
 - Refus de toute instrumentalisation : aucun partage de données nominatives, non-remontée d'informations individuelles sensibles.
 - Approche sensible au conflit fondée sur une analyse de tous les acteurs : interventions miroir, *do no harm*,
 - Travail approfondi, inclusif et continue sur l'acceptance avec un focus sur les leaders communautaires
 - Plaidoyer pour le respect de la protection des civils, l'accès au soin sans discrimination, et le respect des cadres légaux internationaux (Droit IHL/DIDH).
 - Évacuation, suspension temporaire ou adaptation des activités en cas de menace directe sur l'équipe, les partenaires, la communauté ou les ayants droits en lien avec l'intervention humanitaire, selon les scénarios prévus dans les plans de contingence et la pyramide de communication sécuritaire.

Afin de vérifier que ces mesures de protection répondent effectivement aux besoins des personnes ciblées et garantissent leur sécurité, leur dignité et le respect de leur droits, le projet mettra en place des dispositifs de redevabilité inclusifs :

- Canaux de communication adaptés et accessibles tels que des boîtes à plaintes, lignes d'écoute, comités communautaires, qui permettent aux communautés d'exprimer leurs besoins, mais aussi l'auto-identification par les bénéficiaires, en favorisant la transparence dans la sélection et en permettant d'ajuster les critères au fil du temps.
- Mécanisme de prévention de l'exploitation sexuelles et des abus (SEAH) en place et fonctionnel à tous les niveaux de mise en oeuvre du projet.
- Systèmes de gestion des plaintes et retours respectant la confidentialité et la sécurité des personnes, avec un suivi systématique et transparent des réponses apportées.
- Participation active des communautés dans le suivi et l'évaluation des activités
- Inclusion des groupes marginalisés grâce à des approches adaptées qui visent à enlever les barrières qui peuvent compromettre leur inclusion et leur accès au projet (par exemple traduction, facilitateurs communautaires, accessibilité physique)

On the Duty of care:

En matière de *duty of care*, Dans tous ses contextes d'intervention, MdM considère la sécurité de l'ensemble de ses collaborateurs, permanents comme occasionnels, comme une priorité absolue et une condition indispensable à tout déploiement ou maintien de ses missions. À ce titre, MdM-BE a mis en place une politique de gestion des risques qui a pour but de :

- Identifier les risques liés aux contextes d'intervention pour informer les collaborateurs et recueillir leur consentement éclairé ;
- Mettre en œuvre et ajuster les mesures d'atténuation adaptées ;
- Déterminer les risques résiduels et guider les décisions opérationnelles ;
- Garantir le respect des obligations juridiques pesant sur l'organisation.

Lorsque le niveau de risque est jugé trop élevé, MdM-BE peut décider de renoncer à un projet ou d'en adapter les modalités, cette décision relevant des cadres supérieurs et nécessitant le consentement éclairé des collaborateurs concernés. L'évolution du contexte et les décisions prises pour s'y adapter sont partagées de manière transparente avec les partenaires d'implémentation et financiers.

Malgré une gestion sécuritaire rigoureuse, l'organisation reconnaît l'existence de risques incompressibles et imprévisibles que la prévention ne peut totalement éliminer. Ce constat impose un devoir renforcé d'information, de formation et de protection envers le personnel déployé.

À ce titre, les Standards Minimum de Sécurité de MdM-Be reposent sur trois piliers :

- La connaissance de l'environnement : analyse de contexte préalable, régulièrement actualisée et enrichie par les retours d'expérience ;
- L'information et la formation : sensibilisation des équipes pour garantir leur consentement éclairé et leur capacité d'action ;
- La prévention : politiques et procédures visant à réduire les risques et limiter les dommages humains et opérationnels.

Dans ce cadre, chaque collaborateur est informé du niveau de risque, des mesures de protection et des procédures d'urgence (premiers secours, incendie, évacuation, danger grave et immédiat). L'ensemble du personnel est sensibilisé à la gestion de la sécurité et la responsabilité partagée qu'elle incombe : la chaîne hiérarchique veille à l'application des mesures de protection, tandis que chaque collaborateur est acteur de la prévention des risques et tenu de veiller à sa propre sécurité ainsi qu'à celle d'autrui, dans le respect des consignes et formations reçues. En cas de danger grave, immédiat et inévitable, tout collaborateur dispose d'un droit de retrait et peut en bénéficier en informant son supérieur hiérarchique et le référent local de sécurité.

Indépendamment du contexte d'intervention, l'ensemble du personnel de MdM-BE bénéficie de dispositifs de prise en charge en santé et en santé mentale, pour les collaborateurs et les membres de leur famille, à la fois préventifs et curatifs, à travers des assurances santé, complémentaires et hospitalisation. Chaque membre du personnel a accès à des psychologues, ainsi qu'à des conseillers en prévention psychosociaux habilités à protéger et à proposer des solutions en cas de menace interne identifiée. En complément, dans certains pays, il existe des outils et politiques relatives au bien être des travailleurs tels que rencontres, des journées mensuelles de team building, du mentorat/coaching. Des personnes ressources sont désignées en interne pour assurer un premier soutien en cas de difficultés psychosociales ou de besoin de médiation.

De plus, MdM-BE s'engage à garantir un environnement sûr et éthique pour ses salarié-e-s, volontaires partenaires et bénéficiaires, en conformité avec ses propres politiques (Code de conduite, politiques anti-corruption, conflits d'intérêts, PSEA et protection des enfants). Tout comportement non conforme peut être signalé en toute confiance, y compris de manière anonyme, via les canaux prévus. MdM assure un traitement confidentiel et indépendant de chaque alerte, protège les lanceurs d'alerte contre toute forme de représailles, et accompagne les personnes concernées dans la résolution des situations, affirmant ainsi son devoir de prévention, de protection et de soutien envers toutes celles et ceux qui agissent ou bénéficient de ses actions. Enfin, l'organisation prend en charge les frais d'une assurance hospitalisation complémentaire liée à l'activité professionnelle.

- **Targeting: Please explicitly mention vulnerable groups in the overview table and distinguish between direct and indirect beneficiaries. Specify targeting criteria per result**

As explanation that cannot fit the proposal for pages numbers:

Dans l'ensemble des pays d'intervention, les mécanismes d'identification des bénéficiaires directs reposent sur une approche commune, sensible au conflit et adapté aux contextes spécifiques :

Analyse de contexte et cartographie des vulnérabilités : la sélection des bénéficiaires du projet s'appuie sur des analyses de vulnérabilité participatives intégrant une approche intersectionnelle et tenant compte des facteurs aggravants de la vulnérabilité (sexe, âge, situation d'handicap et/ou de santé mentale et de maladie chronique, ainsi que d'autres facteurs liés avec l'appartenance ethnique, minorités de genre, religieuse, etc qui accroîtront la sensibilité d'une personne aux risques de protection), en plus de leur statut de protection lui-même (IDP, réfugié.e.s, survivant.e de VBG, mineur en situation de protection, notamment). Le choix des bénéficiaires se base aussi sur une analyse multisectorielle (santé, protection, genre, accès aux droits) menées avec les acteurs humanitaires clé, les autorités locales (dépendant du contexte), les partenaires et les individus et communautés affectées par des problèmes de protection dans chaque contexte donné. Ces diagnostics permettent d'identifier les catégories de populations les plus affectées par les crises humanitaires et exposées à des risques spécifiques dans chacun des 5 différentes zones et contextes ciblés (2 régions, 5 pays) :

- Personnes déplacées internes (PDI), réfugié.e.s et vivant dans des contextes de grande précarité et sans accès aux services de base (s'applique aux 5 zones ciblées) ;
- Femmes et filles et autres personnes à haut risque de VBG ('applique aux 5 zones ciblées) ;
- Enfants et adolescents non accompagnés exposés aux risques de recrutement forcé, à l'exploitation ou au travail précoce (s'applique aux 5 zones ciblées pour ce qui concerne l'identification des enfants à risque de protection et l'accès aux soins de santé, MHPSS et à la prise en charge intégrée GBV ; particulièrement au Burkina Faso et au Mali, le référencement à des services de protection de l'enfance spécialisés sont assurés en synergie avec ce programme soit par MdM ou par des partenaires) ;
- Personnes réfugiées (s'applique au Burundi) ;
- Personnes vivant avec un handicap et personnes âgées, dont les besoins spécifiques sont souvent négligés (s'applique aux 5 zones ciblées) ;
- Personnes avec des besoins en MHPSS, souffrant des maladies chroniques et/ou nécessitant des soins vitaux (s'applique aux 5 zones ciblées)
- Communautés hôtes fortement affectées par l'arrivée de populations déplacées, pour réduire les tensions sociales (s'applique aux 5 zones ciblées).

L'ensemble des modalités décrites ci-dessus permettront de définir, conjointement avec les organisations humanitaires, autorités nationales, et communautés, des critères de sélection les plus objectifs possibles et alignés sur les principes humanitaires. De par son expérience dans les zones du programme, MdM et ses partenaires anticipent que les personnes prioritaires sur des critères de vulnérabilité seront les femmes, personnes déplacées et réfugiées, enfants et jeunes, ou encore membres de minorités linguistiques. Ces critères seront affinés et les personnes non-sélectionnées pourront aussi questionner la décision via des mécanismes de recours. Dans les tableaux ci-dessous les principaux critères de ciblage par secteur thématique durant la mise en œuvre du projet. Ces critères seront complétés par des critères d'éligibilité prenant ainsi en compte l'approche intersectionnelle afin de ne laisser personne pour compte.

Quant au ciblage des bénéficiaires du Crisis Modifier, il sera fait en étroite coordination avec les autorités locales (qui dressent la liste des sinistrées/victimes en collaboration avec toutes les parties prenantes) en fonction de la nature de la crise (inondations, épidémies, feu de brousse, insécurité alimentaire etc)

SANTE : Critères de vulnérabilité et de ciblage
Femmes, Femmes enceintes et allaitantes, filles et adolescent.e.s :
Accès insuffisant ou inexistant aux soins prénataux et postnataux.

Conditions à risque (grossesse précoce, complications médico-chirurgicales.)
Accès insuffisant ou inexistant aux soins prénataux et postnataux ou d'avortement
Absence de suivi médical ou d'accès aux médicaments essentiels
Adolescents nécessitant des services de santé génésique (éducation sexuelle, contraception, prévention des IST/VIH/SIDA)
<u>Santé menstruelle : absence d'accès aux produits d'hygiène, risques d'infections liés au manque d'eau et de dignité menstruelle.</u>
<u>Risque accru de violences sexuelles et basées sur le genre</u>
Les victimes de violences femmes et hommes (y compris les violences sexuelles)
Enfants de moins de 5 ans :
Présence de maladies infantiles courantes (paludisme, diarrhée, infections respiratoires etc.).
Non-vacciné.e.s ou couverture vaccinale incomplète.
Absence de suivi médical ou d'accès aux médicaments essentiels
<u>Malnutrition aiguë ou modérée, aggravée par l'insécurité alimentaire</u>
• Personnes déplacées internes, migrantes, ou réfugiées :
Conditions de vie insalubres dans des camps ou des établissements informels.
Exposition à des risques accrus d'épidémies ou de traumatismes.
Groupes éloignés et isolés des services de base essentiels
<u>Groupes affectés par les conséquences du dérèglement climatique</u>
<u>Santé mentale et psychosociale non couverte : traumatismes liés au déplacement, violences, perte de repères.</u>
Personnes marginalisées ou subissant une stigmatisation sociale par exemple en raison de leur handicap, ou de l'orientation sexuelle
Personnes en situation de handicap
Travailleur.euse.s de sexe
Communautés LGBTQIA+
<u>Forte dépendance aux soins continus et aux dispositifs médicaux, souvent indisponibles</u>
<u>Personnes âgées</u>
<u>Maladies chroniques non transmissibles (hypertension, diabète, maladies cardiovasculaires, drépanocytose, épilepsie).</u>
<u>Mobilité réduite, isolement social.</u>

Dépendance aux médicaments essentiels, souvent absents dans les programmes d'urgence

PROTECTION : Critères de vulnérabilité et de ciblage

Femmes, Femmes enceintes et allaitantes, filles et adolescent.e.s :

Victimes de violences basées sur le genre ou en situation de discrimination.

Adolescents marginalisés ou exposés à des pratiques nuisibles (mariages précoces, exploitation).

Les victimes de violences femmes et hommes (y compris les violences sexuelles)

Risque accru de mariages forcés en contexte de crise.

Exposition à la traite humaine et à l'exploitation sexuelle

Enfants de moins de 5 ans :

Orphelins, mineur.e.s non accompagné.e.s ou enfants séparés de leurs familles.

Risques de maltraitance, négligence ou exploitation.

Enfants sans enregistrement de naissance

Personnes déplacées internes, migrantes ou réfugiées :

Groupes sans accès aux services juridiques ou psychosociaux et victimes de violences.

Mineurs non accompagnés ou familles exposées à des risques d'exploitation ou de de traite humaine.

Exposition à la séparation familiale, aux disparitions ou aux enlèvements.

Risques de recrutement forcé par des groupes armés

Personnes marginalisées ou subissant une stigmatisation sociale par exemple en raison de leur handicap ou de l'orientation sexuelle

Personnes en situation de handicap

Travailleur.euse.s de sexe

Communautés LGBTQIA+

Forte exposition à la violence et à la négligence, particulièrement en contexte de déplacement

Santé mentale et psychosociale (transversal)

Manque d'accès à un accompagnement psychologique adapté

NUTRITION : Critères de vulnérabilité et de ciblage
Femmes, Femmes enceintes et allaitantes, filles et adolescent.e.s :
Malnutrition maternelle (insuffisance pondérale, carences en microéléments, anémie etc.).
Accès limité à des compléments nutritionnels ou des substituts alimentaires adaptés.
Manque d'approches communautaires pour prévenir ou lutter contre la malnutrition.
Manque d'informations sur les pratiques alimentaires et d'hygiène adéquates, accessibles et adaptées
Enfants de moins de 5 ans :
Retard de croissance ou malnutrition aiguë, modérée ou sévère.
Absence de suivi de croissance ou d'alimentation équilibrée.
Personnes déplacées internes, migrantes ou réfugiées :
Manque d'accès à l'information et à des aliments nutritifs ou à des programmes de distribution alimentaire.
Présence de malnutrition aiguë dans les populations cibles.