



RESUME

Proposition de projet multi pays Médecins du Monde pour Régions des Grands Lacs et du Sahel

“ 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 “

1. Contexte

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 les régions du Sahel et des Grands Lacs. 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 du programme marque une extension géographique stratégique, avec l'élargissement des activités de MdM 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 risques de protection identifiés comme centraux par MdM et ses partenaires dans les zones ciblées concernent notamment les violences basées sur le genre (VBG), la protection des enfants en besoin de protection et les entraves à l'accès aux soins de santé primaires et vitaux, en particulier dans les contextes de déplacement interne forcé des populations (PDI). Ces risques sont directement liés dans tous les pays ciblés à des situations de conflit armé, à une dégradation sécuritaire continue, ainsi qu'à un environnement politique fragile, volatil et peu garant des droits fondamentaux.

Grands Lacs : Depuis le début de l'année 2025, la région des Grands Lacs, en particulier l'est de la République démocratique du Congo (RDC), fait face à une aggravation dramatique de la situation sécuritaire et humanitaire, marquée par une intensification des conflits armés dans les provinces du Nord-Kivu, du Sud-Kivu et de l'Ituri. L'intensification du conflit a provoqué des déplacements massifs, avec plus de 1,2 million de personnes déplacées internes (PDI) dans l'est de la RDC en 2025, selon l'Organisation internationale pour les migrations (OIM, DRC Displacement Tracking Matrix, December 2024, 2024). Ces déplacements surchargent les infrastructures des zones d'accueil, où les systèmes de santé, d'éducation et de protection sont déjà sous-pression. Les réfugiés et PDI sont exposés à des risques élevés de violences basées sur le genre (VBG), d'exploitation et d'insécurité alimentaire, avec 23% des ménages du Sud-Kivu signalant un accès insuffisant à la nourriture (PAM, DRC Emergency Food Security Assessment, 2024). A cela s'ajoute le non-fonctionnement du système bancaire et l'absence totale des systèmes de protection et de justice y compris de police dans les zones du Nord et Sud Kivu occupées par le M23. Le conflit a des conséquences très directes sur l'accès à la santé des populations causé par l'insécurité chronique, des structures de santé endommagées, personnel limité, ruptures d'approvisionnement en médicaments essentiels, l'intensification des épidémies de choléra, rougeole et Mpox qui augmentent la mortalité et la morbidité des populations. L'arrêt de financement américain a aussi contribué à la détérioration du système de santé dans ce moment de crise humanitaire. USAID supportait plus du 50% des structures sanitaires et l'arrêt du financement à fin mars 2025 a causé entre autres la rupture des kits PEP au niveau de l'ensemble de la province du Sud Kivu, dans une situation de conflit armé où les VBG, particulièrement les violences sexuelles, ont fortement augmenté (79 % d'augmentation des cas de VBG sur les 12 derniers mois selon le rapport interne des structures de soin appuyées par MdM au Sud Kivu). Dans ce contexte MdM est particulièrement préoccupé par la situation des populations des Hauts Plateaux d'Uvira et de Fizi (notamment banyamulenge) qui sont isolées et sans accès aux soins, ni à certains biens alimentaires basiques depuis le début des hostilités. Cela est provoqué par le pillage systématique des infrastructures de santé et le refus d'accès par des groupes armés et les extorsions des humanitaires et des corps médicaux. De plus, les restrictions d'accès humanitaire en RDC notamment la fermeture de l'aéroport de Goma en janvier 2025, et d'autres points d'accès aériens au Sud Kivu (Hauts Plateaux, Kavumu,...) entravent gravement la livraison d'aide essentielle et la circulation en sécurité des travailleurs humanitaires, très dépendants des vols UNHAS pour les déploiements et l'approvisionnement.

Au niveau régional, les affrontements entre groupes armés non étatiques, notamment le M23, et les forces gouvernementales congolaises (FARDC) et leurs alliés (Wazalendo notamment), exacerbent les dynamiques de violence transfrontalière, affectant des pays voisins tels que le Burundi, le Rwanda, l'Ouganda et la Tanzanie. Selon le Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (HCR), environ 71 000 nouveaux réfugiés congolais ont fui vers le Burundi entre janvier et juin 2025, portant le nombre total de réfugiés congolais dans ce pays à environ 160 000 (HCR, DRC Situation : Regional Refugee Response Plan 2024, 2024). Au Burundi l'afflux de réfugiés accentue les tensions communautaires, exacerbées par la concurrence pour les ressources telles que l'eau et les terres agricoles. Les systèmes de santé burundais, fragilisés par des années de sous-financement, peinent à répondre aux besoins, avec une recrudescence des cas de choléra et de malnutrition aiguë (OMS, Health Emergency Dashboard: DRC and Great Lakes Region, 2024). En Tanzanie, environ 200 000 réfugiés congolais sont enregistrés est les camps arrivent à la limite de sa capacité, augmentant les risques de crises sanitaires (HCR, Tanzania Country Refugee Response Plan 2024, 2024); tandis que l'Ouganda en accueille environ 130 000, mettant aussi sous pression leurs capacités d'accueil (HCR, Global Report 2023, 2024). Plus récemment, l'accord signé entre la RDC et le Rwanda le 27 juin à Washington sous l'égide des Etats-Unis, soulève encore de



nombreuses questions, tant sur le plan militaire que politique. Si les populations déplacées ou réfugiées sont mentionnées, avec un engagement des deux États à garantir leur retour volontaire, sûr et digne, le texte reste silencieux sur toute forme de justice ou de réparation. Aucun mécanisme de vérité, d'indemnisation ou d'accompagnement psychosocial n'est prévu.

Sahel : La région du Sahel est confrontée à une convergence de crises sécuritaires et humanitaires exacerbées par des dynamiques politico régionales interconnectées. Le projet de Medecins du Monde (Mdm) propose des interventions dans 3 pays de la région, le Mali (Menaka et Kita), le Niger (Tahoua) et le Burkina Faso (Ouagadougou). Ces trois pays, situés au cœur des trois frontières, dites zone du Liptako Gourma, subissent l'influence croissante des groupes armés transfrontaliers, tels que les affiliés d'Al Qaida (le JNIM) et de l'Etat Islamique (EIGS), dont les activités alimentent une insécurité régionale documentée par l'International Crisis Group (ICG, The Sahel : A regional Security Crisis, 2024). Cette instabilité politico sécuritaire, marquée par une conflictualité armée transfrontalière croissante, entraîne une augmentation régulière des déplacements de populations, personnes déplacées internes (PDI), réfugiés et retournés, estimée à plus de 2,8 millions de personnes affectées dans la région en 2024 (OCHA, Sahel Humanitarian Response Plan 2024). Ces mouvements exercent une pression significative sur les systèmes de santé et de protection déjà fragiles (moins d'un médecin pour 10 000 habitants en moyenne, selon l'OMS) et exposent les populations à des risques accrus d'atteintes à leur protection, de VBG ainsi que de malnutrition sévère, affectant plus de 5 millions de personnes selon le PAM (WFP, Sahel Food Security Update 2024). A cela s'ajoutent les attaques contre les infrastructures et travailleurs humanitaires (INSO, Security Trends in the Sahel 2024) et les obstacles socio culturels, tels que les normes patriarcales limitant l'accès des femmes aux soins (UNICEF, Gender and Humanitarian Needs in Sahel 2024) et un affaiblissement significatif des mécanismes communautaires de règlement des conflits fortement perturbés par la conflictualité armée où les groupes armés non étatiques qui exploitent les moindres tensions communautaires et le ressentiment entre les zones périphériques rurales marginalisées et le centre.

Cette convergence des facteurs dans les deux régions (Grands Lacs et Sahel) rend impérative des réponses humanitaires régionales coordonnées, visant à anticiper les crises futures et à atténuer les impacts transfrontaliers. Une telle approche nécessite une collaboration renforcée entre les agences humanitaires onusiennes (HCR et OCHA), les gouvernements nationaux, les ONG internationales et nationales ainsi que les organisations régionales (y compris l'AES dans le cas du Sahel) pour aligner les interventions sur les priorités communes : protection des civils, renforcement des systèmes de santé, et résilience communautaire face aux chocs sécuritaires et climatiques.

2. Objectifs

Objectif principal : 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.

Objectif spécifique : 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

Résultats attendus

R1. Les communautés sont renforcées pour assurer la prévention et les mécanismes de protection et d'alerte précoce

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

R3. 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

R4. Crises 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.

3. Bénéficiaires, lieux d'intervention et durée de l'action

Bénéficiaires :

Le projet s'adresse à toute personne affectée par les crises humanitaires en cours dans les différentes zones d'intervention ciblées faisant face à des barrières d'accès à des services de protection et de santé. Le choix des bénéficiaires directs s'applique sur des analyses multisectorielles (santé, protection, genre, accès aux droits) menées avec les autorités locales, les communautés et les partenaires. Ces diagnostics permettent d'identifier les catégories de populations les plus exposées à des risques spécifiques dans chaque une des zone d'intervention ciblée : **personnes déplacées internes (PDI) et population hôte, réfugié-e-s, demandeur-euse-s d'asile, survivant-e-s de violences basées sur le genre (VBG), enfants non accompagnés et/ou en mobilité, personnes n'ayant pas accès au système de protection et de santé pour des questions de genre, de sexe, de religion, appartenance à une minorité, etc, personnes vivant avec un handicap, etc.**



Autres bénéficiaires directs du projet seront :

-**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.

-**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.

-**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.

Lieux d'intervention et durée des actions par pays

Mali (durée 24 mois) : Région de Kita, District sanitaire de Kita et région de Ménaka Districts sanitaires de Andéramboukane, Inékar, Ménaka et Tidermène

Niger (durée 24 mois) : Région de Tahoua, Départements de Madaoua, Baragoua, Konni : carte en annexe

Burkina Faso (durée 8 mois) : Région du Centre, Commune de Ouagadougou, District sanitaire de Sig-Noghin : carte en annexe

RDC (durée 18 mois) : Lemera située dans le Territoire d'Uvira, Province du Sud-Kivu, aires de santé de Langala, Kidote, Katala, Mulenge et Ndegu.

Burundi (durée 18 mois) : 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. Stratégie d'intervention MdM alignée avec les objectifs du programme humanitaire DGD

Pour améliorer la protection des populations vulnérables dans les crises humanitaires, il est crucial de renforcer les capacités locales, d'assurer un accès équitable à l'aide, de prévenir et de répondre à la violence et aux abus, et de promouvoir la participation communautaire.

Le projet adresse ces questions via une stratégie d'intervention commune aux 2 régions se traduisant dans 5 actions principales :

1. Renforcer les capacités locales et la participation communautaire : 1) par la création (ou la réactivation) et la mobilisation de "communautés de santé et de protection" au tour des risques de protection spécifiques à chaque communauté ; 2) par le soutien aux acteurs locaux : administrations locales et prestataires de protection et de soin, associations de la société civile, leaders communautaires (naturels et officiels); 3) par l'élaboration participative des analyses des risques sensibles aux dynamiques de genre et sensibles au conflit, impliquant à tous les parties prenantes y compris les acteurs considérés les plus faibles ou exclus dans chaque communauté.

2. Impliquer les communautés dans la réponse aux problématiques et aux risques de protection : par l'élaboration par chaque communauté des plans d'action pour prévenir et adresser le problème de protection identifiées. Ces plans contiendront à minima :

- ◆ L'activation et le suivi des circuits de référencement et de prise en charge holistique des survivant.e.s des GBV et autres personnes en situation de protection (IDP, enfants...). Le projet favorise la mise en place des guichets uniques dans toutes les zones ciblées, normalement dans des "safe spaces" existant ou créés par le projet dans les structures sanitaires ciblées. Au Niger, Mali et Burkina au tour des One Stop Centers appuyés par MdM.
- ◆ L'accompagnement aux communautés et aux administrations pour l'élaboration des mécanismes d'alerte précoce et de préparation aux crises.

3. Investir dans le renforcement des capacités des acteurs locaux (offre des services de protection et de santé) : 1) par le renforcement des capacités techniques des prestataires des services de protection et de santé pour assurer une offre des services de qualité et adaptée aux besoins spécifiques des personnes en situation de protection et à chaque contexte de crise; 2) par la fourniture des médicaments, des matériaux médicaux et des primes de salaire nécessaires pour assurer les soins vitaux (santé physique et mentale) au niveau primaire et secondaire (SDSR, VBG, MHPSS et Nutrition); 3) par la réhabilitation des structures sanitaires quand nécessaire; 5) par l'activation des cliniques mobiles quand nécessaire pour arriver à des populations déplacées ou isolées. Au Burundi à par les cliniques mobiles, le projet appuie aussi un poste de santé dans le camp des réfugiés congolais de Musenyi; 4) par la formation aux prestataires de soin et de protection promouvant une posture professionnelle non jouant et des comportements respectueux.

4. Assurer un accès équitable à l'aide : 1) par l'identifier les groupes les plus vulnérables : particulièrement touchées par les crises et nécessitent une attention particulière. Adapter les interventions aux besoins spécifiques de chaque groupe et s'assurer qu'on n'exclue personne ; 2) par l'établissement des lignes d'écoute, des mécanismes de signalement et des procédures de protection



pour les victimes de violence et d'abus (SEAH) ; 1) par la formation du personnel humanitaire et les communautés aux questions de violence basée sur le genre et promouvoir des comportements respectueux.

5. Plaider pour le respect du DIH, pour la protection des victimes et pour la lutte contre l'impunité : 1) par le témoignage basé sur des évidences sur les situations vécues par les personnes affectées par les crises en cours ; 2) par la collectées données et la documentation sécurisée des cas d'abus (attaque à des structures de soin, VBG, accès humanitaire et protection des travailleurs humanitaires). Cette activité se fera spécifiquement en RDC en partenariat avec l'ONG Physiciens for Human Rights; 2) par la mobilisant les acteurs clés locaux et internationaux pour que les auteurs de violences et d'abus soient traduits en justice et que les victimes reçoivent un soutien approprié immédiat par les instances nationales ou dans le futur par des instances nationales, internationales ou mixtes dans le futur.

MdM contribue à la coordination humanitaire dans tous les pays d'intervention et continuera à plaider pour que cette coordination humanitaire soit renforcée entre ONG internationales et nationales, agences des UN et de coopération bilatérale et corps diplomatiques internationaux ce qui s'avère fondamentale à fin de: 1) Garantir la protection des civiles; 2) Renforcer l'accès humanitaire : garantir la libre circulation des acteurs médicaux et l'acheminement des intrants de santé, sans entrave ni instrumentalisation; 3) Protéger la santé comme priorité, le soutien politique et financier aux soins, en particulier en lien à la santé sexuelle et reproductive, la santé mentale et l'accès aux soins pour les populations déplacées; 4) Renforcer la diplomatie humanitaire : pour lever les obstacles administratifs et sécuritaires (checkpoints, taxation illégale); 5) Soutenir la documentation des violations du droit humanitaire

Les 5 actions exposés plus haut représentent une méthodologie opérationnelle commune qui sera adapté au contexte spécifique de chaque pays et de chaque zone d'intervention par les équipes de MdM et ses partenaires.