

NOTE PROJET

« Amélioration des conditions de vie des femmes et filles dans les régions du Guéra et Wadi-Fira » Phase 2
Nom du demandeur : IRC TCHAD

1. DONNEES CONCERNANT L'OSC PORTEUSE DU PROJET (1 page maximum)

Demandeur	International Rescue Committee – UK
Acronyme	IRC
Nationalité	Britannique
Statut juridique	Organisation à but non lucratif
Adresse	100 Wood Street, Barbican London EC2V 7AN. ROYAUME-UNI
N° de téléphone	+44 20 7692 2741
Numéro de fax	+44 20 7323 3800
Adresse électronique de l'organisation	ircuk@rescue-uk.org
Site internet de l'organisation	www.rescue.org
Contact –projet	Eugène Salumu
Adresse électronique contact-projet	eugene.salumu@rescue.org
Titre du projet	Amélioration des conditions de vie des femmes et filles dans les régions du Guéra et Wadi-Fira
Année d'implantation dans le pays de mise en œuvre de l'Appel à projets	20 ans
Partenaires	Association Tchadienne pour le bien-être familial (ASTBEF) et Columbia University (CU)
Lieux (pays, région(s), ville(s))	Tchad, régions du Guéra et Wadi-Fira
Coût total de l'action	5,250,000 EUR
Contribution demandée à l'AFD	5,250,000 EUR
Contribution autres partenaires éventuels	0 EUR
Durée de l'action	36 mois

Liste des acronymes :

- AAP : Accountability to Affected Population
- AFD : Agence Française de Développement
- ANJE : Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant
- ASTBEF : Association Tchadienne pour le Bien-Être Familial
- AVEC : Associations Villageoises d'Épargne et de Crédit
- BPRM: Bureau of Population, Refugees, and Migration
- CEFE: Competency-based Economies through Formation of Enterprises
- CIOJ : Centres d'Informations et d'Orientations des Jeunes
- CNARR : Commission Nationale d'accueil de Réinsertion des Réfugiés
- COGES : Comité de Gestion
- COSAN : Comité de Santé
- CPN : Consultation Prénatale
- CS : Centre de Santé
- DIU : Dispositif Intra-Utérin
- DMPA-SC : Médroxyprogesterone Acetate Sous Cutané
- DS : Districts Sanitaires
- DSP : Délégations Sanitaires Provinciales
- EAŞE: Economic and Social Empowerment EMAP: Engaging Men Through Accountable
- EMAP: Engaging Men Through Accountable Practices
- ERD : Economic Recovery and Development
- FBP : Financement basé sur les performances
- FEFA : Femmes Enceintes et Allaitantes
- FIRE : Fort, Inclusif et Redevable
- GBVIMS : Gender Based Violence Information Management System
- GDG : Groupes de Discussion Genre
- HCR : Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés
- IEC : Information, Education, and Communication
- IRC : International Rescue Committee
- IST : Infection Sexuellement Transmissible
- JMMGF : Journée Internationale contre les Mutilations Génitales Féminines
- MAG : Malnutrition Aiguë Globale
- MEAL : Monitoring, Evaluation, and Learning
- MSP : Ministère de la Santé Publique
- OCB : Organisation Communautaire de Base
- OMS : Organisation Mondiale de Santé
- OSDV : Vérification des données sur place
- PCIME : Prise en Charge Intégrée de la Mère et de l'Enfant
- PDI : Personnes déplacées à l'intérieur du pays
- PEV : Programme Elargi de Vaccination
- PSEA : Protection contre l'Exploitation et les Abus Sexuels
- FSOF : Fonds de Soutien aux Organisations Féministes
- RCS : Responsables de centres de santé
- RDQA : Audit de routine de la qualité des données
- SPONGAH : Secrétariat Permanent des ONG et des Affaires Humanitaires
- SRRAJ : Services de Santé Sexuelle et Reproductive pour les Adolescents et les Jeunes
- SSR : Santé Sexuelle et Reproductive
- SSRMNA/PF : Santé Sexuelle et Reproductive Maternelle, Néonatale, Infantile et de la Planification Familiale
- VBG : Violences Basées sur le Genre
- WPE : Women's Protection and Empowerment
- SAA : Soins après avortement

2. NOTE DE PRESENTATION DU PROJET

2.1 Contexte et justification de l'intervention

a) Géographie et contexte de mise en œuvre du projet

Depuis 2004, la situation à l'est du Tchad reste très préoccupante, exacerbée par les afflux massifs de nouveaux réfugiés soudanais. Cette situation s'est aggravée depuis l'éclatement du conflit armé au Soudan, le 15 avril 2023, entraînant l'arrivée de milliers de personnes dans les régions du Ouaddaï, du Wadi-Fira Ennedi Est et du Sila. Au 24 Mai 2024, 599,840 réfugiés (89% de femmes et enfants) et 171,124 (93% de femmes et enfants) retournés tchadiens ont été dénombrés dans ces trois régions ([Rapport Afflux de réfugiés soudanais de UNHCR, mai 2024](#)). Fuyant les affrontements au Darfour, ces personnes arrivent dans un état de grande vulnérabilité (agression physique, séparation de famille, violence sexuelle, extorsion de biens), s'ajoutant aux plus de 598 000 personnes déplacées de force déjà installées au Tchad depuis plusieurs années, dépendant entièrement de l'aide humanitaire.

Ainsi, le Tchad, malgré la récurrence des crises humanitaires et son statut parmi les pays les plus pauvres au monde, fait partie des sept pays accueillant le plus grand nombre de réfugiés au monde avec 1 246 931 personnes en avril 2024, dont 19% vivent dans la région du Wadi-Fira. Après la région du Ouaddaï, le Wadi-Fira est la deuxième région en termes de facilité d'accès pour les réfugiés. En plus de cette population réfugiée, le Wadi-Fira compte 869 737 habitants répartis entre 7 districts sanitaires, dont plus de 55% vivent dans les deux districts sanitaires soutenus par le projet pendant sa phase I (DSIS 2024).

Dans cette région, l'analyse de la situation alimentaire et nutritionnelle montre une augmentation du nombre de personnes en situation d'insécurité alimentaire attendue en 2024. En effet, 70% des ménages du Wadi-Fira consacrent l'essentiel de leurs dépenses à l'alimentation, augmentant ainsi leur vulnérabilité ([Humanitarian Needs Overview 2024](#)). Le Wadi-Fira se classe parmi les trois régions du pays dépassant le seuil très élevé de 15% d'insécurité alimentaire, avec 17,7%, aux côtés du Borkou (16,2%) et de l'Ennedi Est (15,7%) selon le rapport SMART de décembre 2022. De même, selon les résultats de la SMART SENS de mars 2024 réalisée dans les camps de réfugiés, la prévalence de la malnutrition aiguë globale reste élevée, variant entre 8,2% (Kounougou) et 16,1% (Ouré-Cassoni). La prévalence de l'anémie chez les enfants de 6-59 mois varie de 34% (Kounougou) à 47,8% (Ouré-Cassoni).

Dans les deux régions, la situation sécuritaire peut s'avérer contraignante à cause de sa volatilité. En 2023, plusieurs incidents ont été enregistrés, notamment des conflits intercommunautaires, des braquages de véhicules et quelques actes de banditisme. Ces événements soulignent l'importance d'une vigilance continue. Les raisons sous-jacentes à l'insécurité sont notamment liées à : (i) la mauvaise répartition des pluies dans la région du Guéra engendrant une pression supplémentaire sur les ressources naturelles déjà limitées, (ii) les conséquences de la crise soudanaise déclenchée en avril 2023 dans le Wadi Fira dont un afflux plus important de populations dans les communautés hôtes, (iii) la persistance de la pauvreté et le chômage. Enfin, les routes impraticables rendent certaines zones difficiles d'accès, voire inaccessibles en saison des pluies, constituant une barrière supplémentaire à l'accès aux services essentiels tels que l'éducation et les soins de santé.

La région du Guéra, située au cœur de la bande sahélienne et du pays, joue un rôle crucial en tant que zone de transit et carrefour vital pour les échanges commerciaux et de migration, avec une population de 808 758 habitants, dont 262 200 dans les 3 districts sanitaires couverts par le projet, soit 32%. Cette région montagneuse, disposant de faibles ressources en eau potable et d'une situation nutritionnelle et sanitaire préoccupante, présente un taux de prévalence de la Malnutrition Aiguë Globale (MAG) dépassant le seuil élevé avec 10,6%. Malgré la signature du décret d'application de la loi 006 de 2002 sur la santé reproductive, condamnant toutes les formes de violences faites aux femmes y compris la Mutilation Génitale Féminine, la pratique n'a pas baissé. La prévalence reste de 90% au Guéra et de 51,8% au Wadi-Fira selon une étude réalisée en 2019 par « [28 Too Many](#) ». L'absence de données provinciales sur les incidents de violences basées sur le genre dans le Guéra demeure un défi majeur pour l'analyse de cette problématique ainsi qu'une réponse appropriée.

L'analyse de la situation de genre révèle un écart important entre les opportunités offertes aux hommes et aux femmes dans tous les secteurs. Malgré les avancées du cadre juridique national sur la protection des femmes et des filles, des

facteurs socio-culturels persistent et tendent à maintenir les inégalités, entraînant des mariages d'enfants et forcés, ainsi que des pratiques traditionnelles néfastes telles que l'excision. En effet, l'Enquête MICS6-TCHAD de 2019 indique que 20,8% des filles dans le Guéra et 31% des filles dans le Wadi-Fira ont subi une quelconque forme de mutilation génitale féminine.

Les indicateurs de la santé maternelle et infantile demeurent préoccupants au Tchad. En effet, la mortalité maternelle reste très élevée avec un taux de 860 pour 100 000 naissances vivantes (MICS 2019). Selon ce même rapport, le niveau des indicateurs de santé infantile reste préoccupant avec de taux de mortalité néonatale, post néonatale et infantile se situant respectivement 33 pour 1 000 naissance vivantes, 45 pour 1 000 naissances vivantes et 78 pour 1 000 naissances vivantes. Cette forte mortalité est due à l'insuffisance de l'offre de soins maternels et infantiles de qualité, à la faible utilisation des services et aux pesanteurs socio-culturelles. Les insuffisances sont liées à : (i) l'éloignement des formations sanitaires ou le manque de routes pour y accéder ; (ii) l'insuffisance et l'inadéquation des infrastructures et équipements ; (iii) le manque de personnel de santé qualifié ; (iv) la faible disponibilité en médicaments et consommables médicaux ; (v) l'insuffisance des services de soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) ; (vi) le manque d'interventions communautaires en lien avec la santé maternelle et infantile ; (vii) le mauvais accueil des patients et le non-respect de l'éthique ; (viii) la faible disponibilité des ressources humaines féminines dans les services de maternité ; et (ix) l'inaccessibilité financière et socioculturelle (PNDS 4 novembre 2022). Par ailleurs, les régions du Guéra et du Wadi-Fira enregistrent les mêmes insuffisances et obstacles, mais des améliorations notables ont été constatées grâce au financement en cours (Phase I) avec le renforcement des centres de santé en ressources humaines, médicaments et matériels médicaux, capacités renforcées, réhabilitation et construction des infrastructures, et le renforcement du volet communautaire. Malgré le soutien apporté par le projet, certains besoins persistent, tels que le faible accès de la population aux soins de santé. En effet, les 5 districts sanitaires soutenus par le projet comptent 79 centres de santé, dont 45 (67%) sont soutenus par des partenaires, dont 20 par ce projet. De plus, on constate un retard dans l'appropriation des acquis du projet par le gouvernement et les acteurs communautaires notamment en raison de facteurs externes (aide humanitaire de longue durée, instabilité politique, centralisation etc.).

Sans l'appui des partenaires (IRC, CARE, UNICEF, PAM, OMS, UNHCR, etc.), les services sociaux de base demeurent faibles dans les deux régions ciblées, en raison notamment de l'insuffisance de la qualité des soins offerts, de la couverture sanitaire, de l'inaccessibilité de 47% des centres de santé pendant la saison des pluies, du mauvais accueil réservé aux usagers, de l'insuffisance de suivi et de supervision du personnel de santé par les équipes cadres de district, ainsi que de l'absence d'un système efficace de référence et d'évacuation des cas graves, tels que les urgences obstétricales.

Comme pour la phase I, ce projet se poursuivra dans les deux régions du Tchad initialement soutenues, à savoir le Guéra et le Wadi-Fira. Bien que ces régions présentent des différences culturelles, elles partagent de nombreux défis similaires pour les populations en termes de vulnérabilité économique des ménages, d'accès limité aux services sociaux de base et de prévalence élevée des violences basées sur le genre.

D'après la base de données IRC de 2023, le projet ProGeSan a permis de réaliser 12 456 consultations prénatales (5 860 au Wadi-Fira et 6 596 au Guéra) sur une cible de 51 711, soit 24%. Selon cette même base de données, 55% des accouchements (69% au Wadi-Fira et 50% au Guéra) ont été assistés par du personnel qualifié dans les centres de santé appuyés par l'IRC, 7 697 nouvelles clientes de planification familiale (4 152 au Wadi-Fira et 3 545 au Guéra), soit un taux d'utilisation des méthodes de planification familiale de 15% dans la zone de couverture du projet. Pendant cette même période, 286 cas de violences basées sur le genre ont été pris en charge, dont 44 dans les premières 72 heures. De 2019 à 2023 La couverture en CPN1 est passée de 75% à 97%, et l'utilisation de la contraception moderne est passée de 18% à 67%.

Contrairement à la phase I, des modifications ont été apportées au choix des zones d'intervention du projet, avec le retrait des centres de santé des trois camps du district sanitaire d'Iriba, rétrocédés à un autre partenaire de santé (ADES) par le HCR, conformément à leur nouvelle structuration. Face à cette situation, et dans une logique de continuité avec les mêmes catégories de bénéficiaires, le projet se concentrera sur les camps de Mile et Kounoungou dans le district sanitaire, avec la possibilité d'étendre les interventions à de nouveaux sites, notamment le camp de Mile Extension, ainsi que les centres de santé de Guéréda Urbain et de Faré.

Le choix de ces nouveaux sites s'explique d'une part par la faiblesse avancée du système de santé dans ces localités, mise en évidence par le rapport d'évaluation rapide des besoins conduit par l'IRC en février 2025, et d'autre part par le niveau de vulnérabilité des populations. Les insuffisances identifiées en lien avec le système de santé sont :

- i) insuffisance en ressources humaines qualifiées (notamment la quasi-absence de sages-femmes) ;
- ii) manque de matériel et d'équipements médicaux ;
- iii) absence d'un système de référence ;
- iv) insuffisance des infrastructures pour une organisation optimale des services.

L'évaluation a également relevé la présence du consortium Care/Abamus/Croix-Rouge française (CRF), qui mène des activités communautaires (sensibilisation à l'augmentation de la demande de services et aux pratiques familiales essentielles) et apporte un soutien ponctuel en médicaments ainsi qu'en formations aux centres de santé de Guéréda Urbain et de Faré. Sur cette base, les interventions du projet IRC seront complémentaires à celles du consortium Care-Abamus-CRF dans ces deux nouveaux centres de santé.

Concernant la protection, il convient de noter que, lors des dernières années de la phase I, l'IRC avait orienté son paquet d'activités de prévention et de réponse vers la ville de Guéréda en raison du chevauchement d'activités avec les organisations mandatées par le HCR. Par conséquent, le volet prévention et autonomisation des femmes et des filles se poursuivra dans une logique de consolidation des acquis à Guéréda ville (espaces sûrs, comités de protection communautaire, etc.). Ainsi, la mise en œuvre de ce projet se poursuivra dans les 17 centres de santé déjà ciblés lors de la phase I et dans trois nouveaux centres de santé, répartis dans quatre districts sanitaires entre les régions du Guéra (trois districts) et du Wadi-Fira (un district).

Ces zones sont ciblées en raison de la vulnérabilité économique des ménages (autochtones et réfugiés), le faible accès aux services sociaux de base et la forte prévalence des violences basées sur le genre (VBG) et du fait qu'elle subissent les effets négatifs du changement climatique qui fragilisent les écosystèmes et affectent négativement les moyens de subsistance des populations. De plus malgré les conditions ci dessus mentionnées la province de Wadi Fira continue de recevoir de nouveaux refuges depuis l'avènement de la crise du soudan en avril 2023. Ajouté à cela, il faut noter le fait qu'IRC intervient autour des camps dans un rayon de 5 KM grâce aux financements BPRM et GAVI. Ainsi, le consortium composé d'IRC en chef de file et de l'Association Tchadienne pour le bien-être familial (ASTBEF) et de Columbia University (CU), soutiendra les interventions dans 15 structures dans la région du Guéra, dont 7 dans le district de Baro (Tchourourou, Baro Privé, Baro Public, Sissi, Chawir, Djoukoulkouli, et Game), 3 dans le district de Mongo (Banda, Bardangal, et Barbeza), et 5 dans le district de Niergui (Toungoul, Zerli, Kolka, Niergui, et Koffilo). Quant à la région du Wadi-Fira, le consortium est mis en œuvre dans 5 centres de santé du district sanitaire de Guéréda (Mile et Kounougou; Mile Extension, Guéréda Urbain et Fare).

b) Justification de la proposition au regard de la situation locale

Afin de répondre au bien-être des femmes et des enfants, des interventions holistiques doivent être mises en place en termes de santé, de protection et de gouvernance. Les femmes et les enfants constituent des groupes souvent marginalisés, disposant de moins de ressources, de moins de pouvoir et étant les plus exposés aux risques liés à la protection et à la santé. Il est crucial d'inclure une composante de réinsertion socio-économique visant à les rendre financièrement autonomes de manière durable. Les femmes enceintes et allaitantes (FEFA), ainsi que les enfants de moins de 5 ans, sont particulièrement vulnérables en raison de leur faible résistance aux maladies.

Pour assurer le renforcement de l'accès et de la qualité de l'offre de soins de santé, l'action s'inscrira dans une logique de continuité et de complémentarité des projets en cours menés par IRC dans les régions du Wadi-Fira et du Guéra. IRC coordonnera tous les efforts en matière de santé et maximisera l'impact sur la capacité du système existant à offrir des soins de santé de qualité à toutes les populations vivant dans les zones du projet, tout en renforçant la couverture sanitaire. Pour atteindre cet objectif, des actions seront mises en œuvre en fonction des lacunes mentionnées ci-dessus. À cet effet, IRC assurera la mise à disposition d'agents de santé qualifiés, le renforcement des capacités des agents de santé, la dotation en médicaments essentiels, les matériels et équipements médicaux, ainsi que le renforcement des stratégies communautaires en santé et la gouvernance des systèmes de santé.

Les centres de santé continueront de fournir des services de soins de santé primaires aux enfants et des services de santé de la reproduction à travers un paquet de services de soins obstétricaux essentiels et d'urgence, ainsi que des services de planification familiale avec une gamme complète de contraceptifs pour la prévention des grossesses non désirées et l'espacement des naissances. De plus, ces centres fourniront un paquet de services pour la prise en charge clinique des violences basées sur le genre (VBG). Ces interventions permettront d'assurer le bien-être des femmes et des enfants en leur offrant des soins de santé de qualité, gage du développement socio-économique.

Selon l'aperçu des besoins humanitaires et plan de réponse de 2024, les inégalités et les pratiques discriminatoires à l'égard des femmes et des filles, ainsi que les violences basées sur le genre, demeurent répandues. Les femmes, en particulier les adolescentes, sont les plus touchées en raison de leurs difficultés socio-économiques. Le rapport annuel 2022 du domaine de responsabilité VBG au Tchad mentionne que 99% des survivants ayant cherché de l'aide auprès des fournisseurs des services spécialisés VBG sont des femmes et des filles. La grande majorité des incidents sont perpétrés par une personne connue de la survivante : soit 57% par un partenaire intime et 30% par un membre de la famille ou de la communauté. En raison des barrières ou contraintes liées à l'accès aux services spécialisés VBG ainsi qu'une faible disponibilité des services, en moyenne seulement 5% des cas de viol ont été pris en charge dans les 72 heures après l'incident. De plus, 45% des survivants ayant sollicité des activités ou services d'autonomisation socio-économique n'y ont pas eu accès, étant donné que ces types de services sont quasi inexistant dans la majorité des régions.

En 2023, 6,9 millions de personnes auront besoin d'assistance humanitaire, dont 422 227 nécessiteront une assistance en VBG. En 2022, 1,3 million de personnes ont été sinistrées par les inondations, et 60,40% de ces personnes déplacées internes sont des enfants. Parmi les déplacés, 22,89% sont des femmes. Ces personnes incluent les individus vivant avec un handicap, les personnes déplacées à l'intérieur du pays (PDI), les ménages dirigés par des femmes qui sont en déplacement et exposés à un risque élevé de VBG, les survivants de la violence sexuelle n'ayant pas accès aux services de sauvetage, y compris les soins cliniques, les femmes subissant des violences domestiques, les femmes enceintes et les femmes allaitantes, ainsi que les sinistrés des inondations. Les facteurs de risque en VBG sont renforcés par : l'insécurité alimentaire et la malnutrition, les mouvements forcés de population, le changement climatique (inondations), la présence de groupes armés non étatiques, les pratiques traditionnelles jugées néfastes, et les mécanismes d'adaptation négatifs.

Dans cette perspective, l'objectif est de promouvoir l'égalité entre les femmes et les hommes en garantissant un accès équitable aux ressources et en favorisant leur participation aux processus décisionnels, dans le but ultime de réaliser un développement durable.

c) Bilan de la phase I et articulation phase I et II

Secteur de la santé

Pendant la phase I, les réalisations ont concerné le renforcement du système de santé dans les structures sanitaires soutenues afin de leur permettre d'offrir des soins de santé de qualité aux populations, ainsi que le renforcement des activités communautaires pour augmenter le taux de fréquentation des centres de santé par la population pour les encourager à se rendre au centre de santé (CS). Dans le cadre du renforcement du système de santé, le projet a soutenu :

- La construction de 5 blocs de maternité, la réhabilitation de 2 CS et 2 salles d'écoute, la construction de 2 hangars dans le CS de Banda et 1 au centre social de Mongo.
- Au sujet de l'approvisionnement, chaque CS a bénéficié d'un approvisionnement mensuel en médicaments essentiels, 2 donations en matériels médico-techniques et une dotation en matériel de protection et prévention contre la Covid-19 pendant la durée de la phase I.
- La mise à disposition de ressources humaines qualifiées dans les CS soit 14 sages-femmes au total.
- En termes de renforcement de capacités, les agents de santé de la province du Guéra et de Wadi Fira ont bénéficié des sessions de formation en Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence de Base (SONUB), Spectrométrie d'absorption atomique1 (SAA), PCIME, PEV, Prévention Contrôle des Infections (PCI),

supervision facilitante, SSRAJ/PF, gestion de médicaments, et la formation des COGES et COSAN sur la gestion des centres de santé.

- Le renforcement des capacités des prestataires de soins (formations théoriques, coaching par les équipes du projet et supervisions conjointes formatives avec les équipes cadres des districts sanitaires).
- L'appui aux DS pour la tenue des réunions mensuelles de revue des données, des comités directeurs et la revue des plans d'action annuels.

L'ensemble de ces appuis aux CS a permis d'offrir des services de santé sexuelle et reproductive de qualité dont les impacts positifs ont contribué à la réduction de la mortalité et de la morbidité chez les femmes et les enfants dans la zone d'intervention du projet. Ces impacts sont traduits par le niveau d'atteinte des indicateurs dans le secteur de la sante notamment :

- La proportion des femmes et des filles ayant besoin de traitement pour les complications liées à avortement dans les structures sanitaires : 88% des femmes et des filles ont bénéficié des soins après avortement dans les structures sanitaires contre 84% avant le projet.
- 86% de femmes enceintes ont reçu le traitement préventif intermittent à la Sulfadoxine pyriméthamine lors des CPN contre 58,84% avant le projet. Cette grande couverture de protection des femmes contre le paludisme contribue à réduire considérablement le taux des avortements spontanés, la naissance des enfants prématurés, des faibles poids de naissance et des mort-nés. Par ailleurs seulement 16 % de femmes enceintes vues en soins prénatals dans une structure soutenue ont bénéficié du dépistage du VIH (PTME).
- Concernant les indicateurs liés aux IST, 44% des femmes/filles et 54% des hommes/garçons habitant dans les DS appuyés ont bénéficié de la prise en charge adéquate dans les structures sanitaires. L'impact de cela est le renforcement des approches et canaux de communication pour accroître le niveau de connaissance de la communauté pour un changement positif de comportement.
- Pour le volet prévention chez les enfants, le projet a contribué à l'amélioration de la couverture de la vaccination chez les enfants de 0-11 mois avec 86% de couverture pour le vaccin contre la varicelle (VAR) (59,59%, cf. Rapport Baseline) et un taux de couverture en pentavalent 3 de 95%.

Concernant le renforcement des activités communautaires, le projet a réalisé :

- Des dialogues avec les autorités locales et religieuses.
- La mise en place/structuration et la formation des acteurs communautaires (COSAN/COGES, des facilitateurs communautaires, les accoucheuses traditionnelles) sur la santé reproductive, maternelle, néonatale, infantile, des adolescents et la planification familiale.
- Le plaidoyer auprès des leaders d'opinion en faveur de la promotion de la planification familiale et de la fréquentation des services de santé sexuelle et reproductive par les femmes et les jeunes filles.
- Les mobilisations sociales, telles que les journées portes ouvertes, les campagnes de sensibilisation de masse et les séances d'IEC sur la santé sexuelle et reproductive des adolescents en milieu scolaire.

Au niveau communautaire, les interventions susmentionnées ont permis de renforcer la connaissance de la population sur leurs problèmes de santé et d'analyser leurs enjeux. Elles ont également permis à la communauté d'adopter des changements de comportement favorables aux bonnes pratiques en santé, et spécifiquement aux services de santé sexuelle et reproductive. De plus, avec l'appui de l'équipe du projet, des plans d'action en santé sexuelle et reproductive prenant des mesures correctrices et des résolutions de problèmes ont été élaborés par les acteurs communautaires. Les COSAN et les COGES ont bénéficié d'un renforcement des capacités en matière de santé de la reproduction et planification familiale afin de leur permettre de mener quotidiennement au sein des communautés des séances de sensibilisation à l'endroit des femmes et des filles, mais aussi des hommes et des garçons sur l'importance de SRMNIA/PF. Chaque CS appuyé par le projet compte un COSAN et un COGES qui mènent les activités de sensibilisation/promotion. 100% de ces COSAN/COGES soutenus mènent des activités et disposent des plans d'action pour l'approche participative communautaire pour les adolescents qui seront complétés dans le cadre de cette phase du projet.

L'amélioration des structures sanitaires grâce à l'appui en ressources humaines, médicaments, matériels médicaux, et formations par le projet a permis de faciliter l'accessibilité et la disponibilité des services de soins de santé. La combinaison des réalisations au niveau communautaire et l'amélioration de l'accessibilité et de la disponibilité des soins de qualité a contribué efficacement à la prévention des maladies et à l'augmentation du taux de fréquentation des centres de santé.

Étant donné que les activités de santé sont déjà réalisées par les structures existantes (centres de santé, districts sanitaires, comités de gestion, comités de santé, relais communautaires), celles-ci ont été impliquées dans toutes les phases de la mise en œuvre. En tant qu'acteurs clés de la mise en œuvre, elles ont bénéficié de sessions de formation spécifiques à leurs rôles et responsabilités dans la chaîne. Cela facilite l'appropriation et la pérennisation des activités. Cependant, pour assurer une bonne pérennisation, il sera nécessaire de soutenir davantage ces acteurs afin de mieux préparer la transition. Aussi des propositions d'amélioration ont été faites dans le rapport de l'évaluation du projet de 2024 notamment : i) Renforcer davantage les capacités des structures communautaires dans le domaine IEC, en les dotant de boîtes à images aussi bien pour les cas de VBG que pour SRMNIA/PF ; ii) Établir des liens de partenariat avec les radios communautaires afin d'élargir davantage les canaux de communication et de sensibilisation, dans le but d'atteindre un plus grand nombre ; iii) Faire des plaidoyers auprès des autorités en charge de la santé pour l'intégration à la fonction publique des prestataires de santé recrutés par le projet, ceci pour garantir la durabilité technique après le projet ; iv) Augmenter les primes de motivation des prestataires de soins recrutés ; v) Accroître davantage les séances de sensibilisation sur les bienfaits pour les femmes d'accoucher dans les structures sanitaires ; vi) Doter davantage les structures sanitaires en médicaments essentiels et matériels médico-techniques. Certaines recommandations n'ont pas pu être prises en compte en raison notamment des questions de limitation budgétaire, de stratégie de sortie et de la complémentarité entre les projets d'IRC notamment dans le Wadi Fira.

Les interventions proposées pour la phase II suivront la logique d'intervention de la première phase pour mieux préparer l'appropriation des interventions et les acquis du projet, avec un focus sur la stratégie de sortie et le plaidoyer pour soutenir la pérennisation des actions du projet par les services déconcentrés du ministère de la santé (Délégation Sanitaire Provinciale, District sanitaire). Cependant, avec l'ajout de trois nouveaux sites à la suite de la rétrocession des trois camps du district sanitaire d'Iriba à ADES, le projet intensifiera les activités de renforcement de capacité (formation, coaching, supervision formative, réunion de coordination) dans ces sites afin de faciliter la leur compréhension et l'appropriation du projet. Tout comme la phase I, les interventions en lien avec le renforcement du système de santé seront poursuivies pendant la phase II pour renforcer l'appropriation du projet par les autorités sanitaires et faire une sortie du projet avec un minimum d'impact négatif. Les centres de santé, déjà réhabilités, continueront de travailler avec les agents de santé mis en place lors de la phase I afin de s'assurer que ceux-ci sont mieux outillés (à travers les formations, le coaching et les supervisions formatives) pour continuer à assurer des services de santé sexuelle et reproductive de qualité, même après le départ du projet. De plus, les centres de santé des nouveaux sites bénéficieront de travaux de réhabilitation pour améliorer le cadre de travail, ainsi que d'un renforcement en ressources humaines qualifiées, notamment des sages-femmes. Pour soutenir le processus d'appropriation de la prise de relève, IRC mènera des plaidoyers auprès du Ministère de la Santé pour l'intégration de ces agents à la fonction publique. Le plaidoyer sera suivi par la signature d'accords avec le ministère pour faire respecter ses objectifs. Pour la conduite de ce plaidoyer un plan de travail sera établi avec des périodes d'échéance avec les responsables et les structures ou institutions concernées. Reconnaisant l'impact positif de la présence des sages-femmes dans les CS, des réflexions seront menées en collaboration avec les membres de COGES et l'équipe cadre des districts sanitaires pour soutenir le maintien de ces sages-femmes dans les CS grâce aux recouvrements de coûts. A cet effet le projet veillera à l'intégration du recrutement de sages-femmes dans les micro plans et plans d'action opérationnels des DS lors de leur élaboration. De plus avec le financement de la Banque mondiale, le projet sollicitera l'intégration du recrutement de sages-femmes dans le plan d'affaires des CS.

Par ailleurs, l'approvisionnement des centres de santé en médicaments se poursuivra pendant la phase II. L'absence de connaissances des axes d'intervention du financement basé sur les résultats de la Banque mondiale par les partenaires pendant la phase I n'a pas permis une bonne articulation entre les deux interventions. Pendant la phase 2, des axes de complémentarité et de synergie seront établis entre les deux projets. Cette complémentarité sera

principalement axée sur le renforcement des ressources humaines, l'approvisionnement en médicaments et le renforcement des capacités des prestataires de soins afin d'assurer l'offre de services de santé aux femmes enceintes, aux mères allaitantes et aux enfants de moins de cinq ans. Ainsi, l'approvisionnement des centres de santé en médicaments se poursuivra pendant la phase II pour combler le gap laissé par la donation du projet FBP (Financement Basé sur la Performance) dans la province du Guéra, ainsi que par le projet BPRM (Bureau of Population, Refugees and Migration) dans la zone de Wadi Fira. Bien que le *stop work order* instauré sous l'administration Trump ait temporairement affecté la mise en œuvre du projet BPRM, cela n'entravera pas l'exécution des activités prévues. Les interventions *lifesaving* restent pleinement opérationnelles, garantissant une continuité des services essentiels, tandis que la situation continue d'être suivie de près afin d'adapter la réponse si nécessaire.

De plus, des plaidoyers seront faits auprès des délégations sanitaires et des programmes transversaux du ministère de la Santé Publique (MSP) pour ajuster la quantité de médicaments et d'intrants en fonction des besoins spécifiques des structures de santé afin de préserver les acquis du projet.

Le projet continuera la dotation des CS en matériels et équipements médicaux, mais de manière dégressive pour les anciens CS et selon les besoins pour assurer le recyclage des matériels et équipements usés. Dans le cadre du renforcement des capacités des agents de santé (les prestataires de soins des CS, les responsables des centres de santé) pendant la première année de cette phase II, des formations théoriques cibleront les thèmes non dispensés en phase I et des sessions de recyclage pour les thèmes les plus pertinents. Ces sessions de formation et de recyclage seront renforcées par du coaching et des supervisions conjointes formatives. De manière dégressive, pour les années 2 et 3, le volet renforcement de capacités concernera uniquement les séances de coaching des agents de santé (les prestataires de soins des CS, les responsables des centres de santé) et des supervisions formatives.

Les facilitateurs communautaires mis en place depuis la phase I continueront les interventions en lien avec leurs catégories, leurs rôles et responsabilités dans leurs zones respectives. Cependant pour les nouveaux sites, 45 nouveaux facilitateurs seront mis en place par site. À cet effet, ils bénéficieront de formations de recyclage sur les différentes thématiques pendant la première année de la phase II, soutenues par du coaching qui se poursuivra pendant les années 2 et 3 du projet. Quant aux membres de COGES, l'appui se poursuivra sur :

- L'orientation sur leurs rôles et responsabilités.
- L'organisation des réunions statutaires (réunion de Comité de Gestion et Assemblée communautaire).
- L'élaboration et le suivi de la mise en œuvre des micro-plans des centres de santé.

Ces paquets orientés sur les COGES/COSAN contribueront au renforcement du leadership et de la gouvernance pour l'amélioration de la qualité des soins et renforceront le processus d'appropriation du projet. De plus, pour renforcer les activités de SSRAJ, des interventions seront réalisées dans les milieux scolaires auprès des élèves et des enseignants des collèges et des lycées des zones d'interventions du projet. La mise en place de cette activité se justifie par le désir d'augmenter le nombre de bénéficiaires des SSRAJ, et le choix des établissements scolaires s'explique par le fait que les élèves sont des agents de changement auprès de leurs parents. Concrètement, seront établis des clubs de santé scolaire dans les établissements scolaires de sorte que les élèves bien formés puissent à leur tour donner des orientations complémentaires aux parents sur la santé de la reproduction. Ils pourront également à leur tour organiser certaines actions d'éducatrices sur la santé sexuelle et reproductive auprès de leur fratrie ou au sein leur famille élargie. La formation des élèves des clubs santé scolaire sera assurée par les enseignants avec l'appui de l'équipe projet. La méthodologie utilisée sera l'introduction et la présentation des modules aux groupes suivi des discussions en dehors des heures habituelles des cours. Le suivi des pratiques et le changement se fera au sein de la communauté par l'équipe du projet.

Secteur de la protection

La phase 1 du projet a permis d'importantes réalisations concernant le renforcement des capacités des parties prenantes sur les thématiques de VBG et la sensibilisation, les AVEC (Associations Villageoises d'Épargne et de Crédit), la prise en charge des survivants de VBG, l'approche Girl Shine avec les adolescentes, et les discussions EAŞE avec les membres des AVEC et leurs conjoints. Au cours de la dernière année de cette première phase, d'autres activités dont les activités récréatives, les approches OCB et EMAP, ont été intégrées au paquet d'activités pour combler les besoins

des femmes et des filles en termes d'accès sûr aux services et pour susciter le soutien des hommes des communautés ciblées aux initiatives des femmes/filles, y compris pour les personnes à risque de VBG.

Le projet a permis à l'IRC de développer une fructueuse collaboration avec la Délégation provinciale de l'action sociale du Guéra, aboutissant à la création d'un groupe de travail (GTVBG). Ce cadre fédérateur pour les Initiatives de prévention et de réponse à la violence basée sur le genre regroupe des organisations de la société civile (ONG, associations locales, leaders communautaires et religieux) et des représentants des services déconcentrés de l'État tels que la justice, la santé, l'éducation, la sécurité et le ministère de la Femme. Cette initiative assure une meilleure coordination des interventions de protection. Il faut noter qu'en ce qui concerne les groupes de discussions EAŞE, les femmes ont régulièrement pris la parole lors des sessions en présence des hommes. Elles ont apprécié leur participation parce que l'activité a permis aux hommes de comprendre que les femmes contribuent aux charges ménagères grâce à la mise en œuvre des AVEC et à toutes les tâches qu'elles accomplissent.

Pour la deuxième phase, ce mécanisme sera renforcé par la mise en place d'un système de référencement efficace dans le cadre d'une prise en charge holistique, similaire au mécanisme mis en place dans la région du Wadi Fira sous le co-lead du HCR et de la délégation provinciale de la femme et de la protection de l'enfant. Ce système de référencement consiste à relier en toute sécurité les survivants à des services de santé, de soutien psychosocial, de gestion de cas, de sécurité et de sûreté, de justice et d'aide judiciaire. Les acteurs de protection réunis en cluster s'assurent que ces différents services pertinents sont disponibles, que les prestataires de services ont reçu les formations dédiées et qu'il existe une cartographie de services à jour vulgarisée afin de permettre aux survivants de VBG d'avoir un accès rapide, sûr et confidentiel aux services de prise en charge.

Dans cette perspective de pérennité, l'IRC continuera à renforcer les capacités de toutes les parties prenantes sur les notions fondamentales de VBG, y compris la prévention et la prise en charge, en respectant les normes minimales inter-organisations. L'IRC effectuera une mise à jour de la cartographie des services afin de mettre en avant sur une carte, les lieux des services VBG. Aussi, le projet effectuera une mise à jour des audits de sécurité/genre¹ en mettant l'accent sur les sites de Mile extension et Guéréda ville, afin de mieux orienter les actions de plaidoyer et la coordination de la réponse aux VBG. Ces initiatives permettront d'identifier les lacunes et les besoins en matière de services, tout en garantissant que les interventions sont bien ciblées et efficaces.

En plus de la formation des acteurs de justice sur le cadre juridique de la protection de la femme et l'assistance juridique et judiciaire des survivantes de VBG, et de la formation des prestataires de soins sur la prise en charge clinique des survivantes de violences sexuelles, l'IRC prévoit de former les membres du groupe de travail sur la documentation et l'analyse des données, notamment à travers l'outil GBV/IMS. Cette stratégie permettra aux délégations provinciales de mieux coordonner les actions de protection et de disposer de preuves pour influencer les politiques de genre.

Pour renforcer la prévention et la réponse, IRC a établi, lors de la dernière année de la phase I, des centres de femmes permettant aux femmes et aux filles de différentes communautés de partager leurs expériences et de recevoir le soutien dont elles ont besoin, y compris des soins pour les survivantes. L'IRC continuera d'apporter son soutien aux femmes et aux filles à travers l'appui à huit espaces sûrs, dont cinq existants et trois supplémentaires (4 anciens et 01 nouveau au Guéréda; 01 ancien et 02 nouveaux à Wadi Fira), où se dérouleront des activités récréatives, des apprentissages socio-émotionnels et la gestion de cas. Il est à noter que le sixième espace sûr sera rétrocédé à l'hôpital de district d'Iriba, conformément à la nouvelle structure du HRC.

Un soutien sera également apporté aux centres d'écoute afin de toucher environ 13 073 femmes et filles, dont 2 758 survivantes de VBG. Dans une perspective de durabilité, IRC restructurera les espaces sûrs afin de les doter des capacités pour les rendre autonomes dans la conduite des activités. Il s'agira de mettre en place des comités de gestion, des points focaux et des animatrices communautaires qui auront des rôles et responsabilités spécifiques pour la bonne marche des activités après le projet.

¹ Il ne s'agit pas d'une activité du cadre logique mais plutôt d'un livrable de l'audit de sécurité/analyse genre. Cette cartographie est validée, revue et discutée lors des réunions de coordination cluster).

2.2 Description du projet

a) **Objectif général du projet**²: Réduire les inégalités entre les femmes et les hommes, en améliorant les droits et santé sexuels et reproductifs.

b) Objectifs spécifiques

Objectif spécifique 1 : *Promouvoir la demande de services DSSR/SRMNIA/VBG pour répondre aux besoins spécifiques des femmes et des adolescent.es*

- Capitalisation des Acquis et Renforcement des Capacités Communautaires : Ce projet capitalisera les acquis de la première phase en consolidant et en étendant les structures communautaires existantes. Durant la deuxième phase, IRC continuera de renforcer les capacités des 45 facilitateurs communautaires (23 femmes et 22 hommes) dans le Guéra, ainsi que des groupes d'adolescents et des enseignants (collèges et lycées). Les enseignants seront formés sur le paquet promotionnel afin de promouvoir la demande de services de santé reproductive, maternelle, néonatale, infantile et adolescente (SRMNIA/PF) et améliorer les pratiques familiales. IRC va intensifier ses efforts de plaidoyer et de sensibilisation pour accroître la demande de services SRMNIA/PF et améliorer les pratiques familiales. Cela inclut la mise en œuvre d'activités de mobilisation communautaire et l'approche EAŞE (Economic and Social Empowerment) , qui seront élargies pour inclure davantage de participants. L'EAŞE est un cadre conçu pour promouvoir l'autonomisation économique et sociale des femmes, en particulier dans des contextes vulnérables comme celui des populations déplacées de force. Elle repose sur 3 approches que sont les Associations Villageoises d'Épargne et de Crédit (AVEC), les discussions sur les normes de genre ainsi que la formation en compétences commerciales. 3^(00J)) pour inclure plus de femmes.

IRC en collaboration avec les leaders communautaires, et les personnels de santé des centres de santé l'équipe du projet poursuivra le dialogue et les plaidoyers pour identifier et résoudre les obstacles à la santé sexuelle et reproductive. Enfin, IRC renforcera les capacités des structures communautaires (CS, les facilitateurs communautaires, les comités de santé et les comités de gestion). Parmi les structures communautaires existantes, on peut citer les facilitateurs communautaires, les COGES et les COSAN pour un total de 620 membres. Les nouvelles structures communautaires sont des Associations des parents d'élèves et des clubs de santé scolaire pour un total de 1560 membres pour assurer la durabilité des interventions après la fin du projet. Cela inclut la formation continue, le soutien aux initiatives de sensibilisation, et le développement de matériel éducatif adapté pour les campagnes de sensibilisation sur la santé sexuelle et reproductive.

- Renforcement et Expansion des AVEC : Cette approche renforcera davantage les femmes à accéder aux services financiers, ainsi qu'à des sources de revenus. Après le partage du dernier cycle d'épargne des AVEC, un diagnostic de chaque groupe d'AVEC sera effectué pour déterminer leur niveau de maturité et d'indépendance (cet outil de diagnostic est une fiche d'évaluation du changement de phase consolidée, réalisée à la fin de la phase d'une AVEC, après le partage des fonds). Ce diagnostic évaluera notamment la capacité du groupe à résoudre les problèmes sans l'aide de l'IRC, la solidarité et la cohésion au sein du groupe, la participation active des membres aux réunions, la capacité du groupe à consigner correctement les transactions, à revoir le règlement en fonction des besoins, le taux de recouvrement des prêts avant le partage et le souhait des membres de débiter un second cycle. Pendant la phase II, les AVEC ayant atteint la

²L'empowerment économique des femmes dans le projet est particulièrement visible à travers le développement des AVEC et les approches autour de celles-ci. Par exemple, l'approche EASE comprend les formations à l'entrepreneuriat mais également les discussions de groupe de genre qui promeuvent l'autonomisation et la prise de décision des femmes /implication des femmes dans les prises de décision au sein du foyer.

³ Community Entrepreneurship Facilitation Approach : L'objectif du programme CEF est de former les membres d'EAŞE à développer des entreprises prospères et durables. Globalement, les participants acquerront des compétences entrepreneuriales et élaboreront un plan d'affaires. À la fin de la formation, les membres d'EAŞE auront : analysé les contraintes et les exigences de la création et de la gestion d'une entreprise, identifié leurs meilleures compétences et caractéristiques entrepreneuriales, développé leurs capacités de tenue de registres, réalisé une étude de marché pour leurs entreprises, et affiné et élaboré leurs plans d'affaires.

maturité/indépendance bénéficieront d'un plan de suivi-accompagnement pour être mises en réseau avec des institutions financières (telles que les institutions de microfinance comme "Express Union" ou Association pour le crédit et l'épargne locale) dans le but d'accroître leurs capacités de financement. Les AVEC n'ayant pas encore atteint la maturité, y compris les nouvelles et celles dites spontanées, seront suivies, accompagnées et mises en réseau une fois leur maturité atteinte. IRC organisera des diagnostics réguliers pour évaluer le niveau de maturité des AVEC à travers le suivi de présence des membres, le compte d'argent, la procédure de prêts, la procédure de réunions, l'efficacité des membres de comité de gestion, les règlements d'ordre intérieur, les engagements des membres, et offrira un suivi personnalisé pour aider les groupes à devenir autosuffisants. Dix nouvelles AVEC seront identifiées et soutenues, touchant ainsi 850 femmes membres, avec une moyenne de 30 femmes par AVEC, y compris les matrones et accoucheuses traditionnelles, qui seront encouragées à les rejoindre. Elles seront suivies par 15 agents communautaires formés sur l'approche. Les critères d'identification des agents communautaires sont les suivants : être disponible dans la communauté ; avoir un niveau acceptable de lecture et d'écriture en français ; parler couramment la langue de la localité et l'arabe local ; être engagé(e) dans la communauté ; ne pas être membre de l'AVEC ; être confidentiel(le) et motivé(e). Au total, le projet totalisera 28 AVEC (18 issus de la phase 1 et 10 issus de la phase 2). Les anciennes AVEC des 03 camps de Iriba, seront référées au HCR et celles (03) de Iriba ville au projet RESPECCT (projet financé par l'AFD et la DUE, mis en œuvre par un consortium composé de Concern Worldwide en chef de file, IRC et Search For Common Ground.) pour le suivi.

Pour que les femmes membres AVEC entretiennent des relations plus égalitaires avec une réduction de la violence et pour atténuer les risques de violence autour des ressources générées par les activités, l'IRC engagera les membres des nouvelles AVEC et leurs conjoints dans des groupes de discussions genre et fera le suivi des engagements des anciens groupes. Ainsi, 60 groupes de discussions genre seront réalisés entre les femmes membres des AVEC et leurs partenaires intimes. L'IRC facilitera également le processus de mise en réseau des membres des AVEC, des relais et leaders communautaires, des activistes EMAP et des mentors de Girl Shine à travers des réunions de partage d'informations relatives à la situation des VBG des femmes et des filles pour continuer à renforcer le pouvoir économique et social des femmes et filles. L'IRC renforcera leurs capacités sur des thématiques clés liées aux VBG, y compris les techniques de plaidoyer, afin de leur permettre de conduire des initiatives d'amélioration des conditions de vie des personnes à risque de VBG, des femmes et des filles. Dès le démarrage du projet, la contribution financière des femmes membres d'une AVEC aux charges du ménage sera mesurée afin de renforcer leur statut au sein du foyer et d'encourager leur partenaire intime à considérer leurs rôles différemment comme des membres à part entière du foyer. Cette démarche vise à promouvoir l'égalité de genre en valorisant le rôle économique des femmes, ce qui peut contribuer à réduire les violences infligées par les partenaires intimes. En intégrant cette dimension économique, le projet soutiendra des changements de comportement chez les hommes, favorisant ainsi des relations plus harmonieuses au sein des ménages. En montrant concrètement l'impact positif de la contribution des femmes sur la dynamique familiale, le projet aspire à instaurer un climat de respect mutuel et d'équité.

- Clubs de Santé Sexuelle et Reproductive pour Adolescents : IRC soutiendra les associations de parents d'élèves (comprenant à la fois les mères et les pères) et les responsables administratifs des lycées et des collèges dans la création de clubs de santé sexuelle et reproductive pour les adolescents (filles et garçons). Ces parents d'élèves bénéficieront de formation et orientation sur la composante santé sexuelle et reproductive afin de leur permettre de faciliter les interactions avec les clubs et de les supporter en cas de besoin. Il faut noter que la proportion des femmes dans ces APE est autour de 10%. IRC appuiera l'animation de ces clubs avec les points focaux de santé sexuelle et reproductive sélectionnés parmi les lycéens et collégiens et qui seront formés. Ces lycéens et collégiens seront sélectionnés sur la base des compétences en communication, acceptation par les camarades, flexibilité, dynamisme, humilité, leadership. Les sites d'intervention, tels que les CS ou les clubs, pourront inclure les COGES/COSAN, les facilitatrices Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant (ANJE) et les relais communautaires. De plus pendant la durée du projet, ces adolescents seront engagés dans six sessions de discussions thématiques sur la violence basée sur le genre afin d'améliorer leurs connaissances, d'acquérir de bonnes pratiques, d'éviter d'en être auteurs et d'améliorer leurs attitudes envers

les femmes et les filles. Des sessions⁴, animées par les mobilisateurs communautaires, toucheront 150 garçons adolescents répartis en 10 groupes de 15. Les sessions aborderont la prise en compte des violences faites aux femmes et aux filles, la déconstruction des normes néfastes pour elles, et la promotion du leadership féminin. Elles incluront également un module sur la santé sexuelle et reproductive pour préparer les adolescents à une sexualité responsable. D'ici la fin du projet, ces clubs seront capables de mener des animations au sein des établissements scolaires avec la participation et l'accompagnement des parents d'élèves et des responsables d'établissements. La qualité des messages transmis sera assurée par un travail conjoint entre les élèves comme mobilisateurs et les adultes comme encadreurs. En effet, chaque animation sera encadrée par un adulte formé, garantissant ainsi que les messages soient clairs, pertinents et adaptés au public. Ce double accompagnement renforcera non seulement l'impact des interventions, mais aussi la collaboration entre les jeunes, les parents et les responsables d'établissements scolaires.

- Renforcement des Structures Communautaires et Poursuite du Dialogue : Le dialogue et le plaidoyer avec les leaders communautaires tout comme les sensibilisations à travers des réunions d'identification et de résolution des obstacles à la santé sexuelle et reproductive seront mis en place dans les nouveaux sites, et se poursuivront pour les anciens sites. Les membres des structures communautaires telles que les clubs scolaires, les COGES/COSAN, les facilitatrices ANJE et les relais communautaires seront formés pour prendre le relais après la fin du projet, avec une attention particulière à la parité hommes/femmes et à l'inclusion des différents groupes d'âge. L'avantage est que ces structures communautaires sus mentionnées sont incluses dans le fonctionnement du système de santé au niveau périphérique notamment les CS. Pendant la première année de la phase 2 du projet, les axes clés de désengagement seront définis et validés par les autorités sanitaires locales et les leaders communautaires afin de les mettre en application le long de la mise en œuvre du projet pour s'assurer que les objectifs du processus de pérennisation soient un acquis. Ensuite le projet prendra des dispositions pour que ces axes clés soient intégrés dans les micros plans des CS et PAO des DS pour le suivi. Ainsi, le projet de financement basé sur les résultats de la Banque mondiale pourrait représenter une opportunité pour répondre aux questions de pérennité dans la province du Guéra, en complément du financement BPRM pour la province de Wadi Fira.

De ce fait pendant la période du projet, IRC mènera des supervisions et des coachings des structures communautaires afin de les rendre autonomes en matière d'animation, de sensibilisation et de plaidoyer tout en leur fournissant les outils nécessaires de communication. Les interventions incluront des dialogues communautaires, des formations et des campagnes de sensibilisation sur la santé sexuelle et reproductive, ainsi que des réunions de plaidoyer avec les leaders d'opinion. Les acteurs communautaires et les leaders sont engagés sur la base du volontariat et se mobilisent généralement pour le développement de leur communauté. Le projet prévoit des per diem et des collations pendant les sessions, car ce sont leurs communautés qui sont les bénéficiaires directs du projet.

Pour renforcer les structures communautaires (COGES et COSAN, les centres de santé, les facilitateurs communautaires) dans leur mission, l'approche FIRE (Fort, Inclusif et Redevable) sera mise en place. Elle contribuera dans ce sens en suivant les différentes actions des parties prenantes dans la santé sexuelle tout en assurant que ces structures soient inclusives. L'approche FIRE consiste en 15 sessions qui décrivent les étapes nécessaires pour (a) établir/créer, (b) activer, et (c) évaluer différents comités. Cet outil s'applique à différents types de comités, notamment les comités d'usagers de la santé et de l'éducation, les comités d'usagers de l'eau et de l'assainissement (WaSH), les comités de paix et les comités de jeunes. Il permet de s'assurer que les comités deviennent progressivement plus forts, plus inclusifs/représentatifs et plus responsables lorsqu'ils représentent leurs communautés et/ou supervisent la prestation de services locaux. Elle aide les comités à acquérir des connaissances en matière de leadership, de bonne gouvernance, de travail en équipe, de genre, d'égalité, d'inclusion, de diversité, de consultation et de retour d'information. De plus des séances d'information pour les jeunes seront organisées dans les écoles et les centres de jeunes, avec la production de matériel éducatif adapté.

⁴ Les sessions ne toucheront que les garçons pour cette activité mais d'autres activités ciblant la même cible d'âge sont prévues pour les filles (*Girl Shine*).

- **Renforcement de la prévention contre les VBG et du Leadership Féminin :** Des approches innovantes telles que *Girl Shine* et EMAP seront étendues pour une meilleure implication des communautés et un engagement des garçons/adolescents et des hommes à travers les pratiques redevables dans la lutte contre les VBG et le renforcement du leadership féminin. *Girl Shine* est un ensemble de ressources visant à soutenir, protéger, autonomiser les adolescentes engager les parents, les membres de la communauté et les prestataires de services à soutenir les adolescentes survivantes de VBG. Le programme *Girl Shine* étendra les compétences et les connaissances nécessaires pour identifier les types de VBG et rechercher des services de soutien si elles subissent ou risquent de subir de la VBG. En outre, pour renforcer les atouts sociaux des filles afin de garantir qu'elles ont une personne vers qui se tourner si elles sont subies une VBG, le curriculum contiendra les modules sur la confiance, les compétences socio émotionnelles, la santé et l'hygiène, la sécurité, la solidarité et la vision pour l'avenir. 7 groupes de 105 filles et 7 groupes de 210 parents participants aux groupes de discussions *Girl Shine* seront accompagnés par 14 mentors et facilitatrices communautaires formées sur le curriculum *Girl Shine*. 105 filles, 210 tuteur/tutrices et 88 leaders communautaires seront touchés tout au long de ce projet. IRC mettra également en œuvre les modules des tuteurs/tutrices des adolescentes *Girl Shine*. Ces modules aborderont les problèmes d'inégalité des genres au sein de la structure familiale, les normes et attitudes préjudiciables, et viseront à améliorer la compréhension des tuteurs et tutrices aux besoins spécifiques des filles et de la manière de leur fournir un environnement favorable. Il faut noter que les anciennes cohortes de *Girl Shine* se sont engagées à sensibiliser les jeunes filles de leurs communautés sur les messages clés lors des différentes sessions auxquelles elles ont participé et à partager leurs expériences et connaissances avec celles-ci. Sur cette base, elles organisent des causeries avec les autres filles et leur partagent les expériences et connaissances acquises à travers l'approche *Girl Shine*. Connaissant le circuit de référencement, elles orientent les survivantes de VBG vers les services de prise en charge pour une assistance rapide, sûre et confidentielle. Elles sont pour les autres filles des modèles et les influencent positivement. Certaines, les plus âgées, ont rejoint les femmes dans les espaces sûrs pour prendre part aux activités psychosociales.

IRC restructurera les espaces sûrs afin de mettre en place des organes qui pourront poursuivre la réalisation et le suivi des activités prévues par le projet. Il s'agira d'un comité de gestion pour la coordination de toutes les activités de l'espace sûr, l'identification des points focaux psychosociaux communautaires qui seront dédiés à la prise en charge des cas VBG et des animatrices communautaires pour les activités de sensibilisation au sein de l'espace sûr et/ou au sein de la communauté. Les femmes de ces différents organes seront identifiées sur la base de critères préétablis et bénéficieront des formations sur des thématiques spécifiques afférentes à leurs rôles et responsabilités incluant le leadership féminin pour une participation communautaire plus égalitaire. Elles seront également formées sur les notions de VBG, les techniques de sensibilisation, le plaidoyer et la formation sur la comptabilité basique. Le comité de gestion recevra un appui des leaders communautaires et des structures communautaires mises en place à travers le projet. Des focus groups seront organisés sur les sites pour identifier les activités que les femmes souhaitent réaliser. Le projet mettra à leur disposition tout le matériel nécessaire pour ces activités, favorisant ainsi leur autonomie et leur engagement. Les produits issus des activités récréatives seront vendus, et les femmes bénéficieront de 50 % des revenus générés. L'autre moitié des bénéfices sera réinvestie dans une caisse de soutien, gérée par un comité constitué à cet effet. Cette approche vise non seulement à renforcer l'autonomisation économique des femmes, mais aussi à instaurer une gouvernance inclusive au sein du comité tout en permettant à ces femmes d'avoir un rôle central dans le développement économique de leurs communautés.

Quant à l'approche « [Engaging Men through Accountable Practices](https://gbvresponders.org/prevention/emap/) » (EMAP)⁵, il s'agit d'une intervention transformationnelle de changement de comportement individuel pour les communautés touchées par un conflit. Le programme est fondé sur des preuves et une approche testée sur le terrain pour inciter les hommes à changer de comportement individuel afin de prévenir la violence à l'égard des femmes et des filles, en s'inspirant de la voix des femmes. Il faut noter que les discussions EMAP ciblent les femmes et les hommes séparément. Les sessions des femmes sont au nombre de 8 facilitées par des femmes et pour les hommes au

⁵ <https://gbvresponders.org/prevention/emap/>

nombre de 16, facilitées par des hommes. EMAP vise à transformer les croyances, attitudes et comportements néfastes qui favorisent la violence à l'égard des femmes et des filles. Ces groupes participeront à des sessions de discussion sur une période de 16 semaines, où les hommes seront amenés à réfléchir sur les causes de la violence à l'égard des femmes et à identifier leurs propres attitudes et comportements par rapport aux rôles de genre. IRC fera le suivi des engagements des participants ayant achevé les sessions EMAP, y compris ceux des anciens groupes mis en place. En prélude aux sessions de discussion des groupes d'hommes, les femmes participeront à des sessions de discussion étalées sur 8 semaines, durant lesquelles leurs voix seront recueillies. L'équipe projet s'assurera par ailleurs que les préoccupations exprimées par les femmes soient intégrées dans les discussions des groupes d'hommes, favorisant ainsi une dynamique de dialogue inclusif et constructif. Cette approche renforcera également la sensibilisation des hommes aux enjeux de genre, facilitant ainsi des changements durables dans les comportements et les mentalités. La première cohorte de l'approche implémentée dans la phase I du projet a suscité un engouement des membres de la communauté pour intégrer les différents panels. Grâce aux thématiques développées, les femmes ont l'opportunité de s'exprimer sans crainte sur leurs situations personnelles ou de dénoncer les violences qu'elles subissent. Les hommes quant à eux, sont animés par le désir d'être des modèles pour un changement à travers des pratiques redevables vis-à-vis des femmes. Les premiers bénéficiaires ont été très actifs lors des réunions d'orientation sur les techniques de causerie et de sensibilisation avec les membres de la communauté pour la pérennisation des acquis de l'approche.

Les femmes ayant participé au programme⁶ bénéficieront d'orientations sur la santé sexuelle et reproductive afin de pouvoir animer des discussions avec d'autres femmes de leur communauté. En collaboration avec l'ASTBEF, l'IRC poursuivra les sensibilisations sur la problématique de la VBG en recrutant 44 relais communautaires dédiés à cette tâche dans les deux régions. Des campagnes de sensibilisation cibleront un total de 33 075 personnes, avec l'adhésion de leaders communautaires et religieux formés aux concepts de la VBG.

Objectif spécifique 2 : Améliorer l'accès, la qualité et l'utilisation de l'offre de soins en DSSR/SRMNIA/VBG notamment pour répondre aux besoins spécifiques des femmes et des adolescentes

- Continuité de fourniture de services de prise en charge de cas de VBG : Pour la phase II du projet, IRC prévoit de poursuivre la continuité d'accompagnement sur l'accès, la disponibilité et l'utilisation de services de prise en charge des cas de VBG : (i) accompagnement et renforcement des capacités des prestataires de services sur la gestion de cliniques de survivants de violences sexuelles, leurs attitudes et l'évaluation de la qualité de leur services pour les survivants GBV, (ii) appui et mise en place des espaces dédiés aux activités psychosociales en faveur des femmes et filles vulnérables incluant les survivantes, (iii) accompagnement et renforcement des capacités des points focaux psychosociaux sur la prise en charge psychosociale accompagnés par les acteurs de la justice. Les acteurs de la justice recevront les cas VBG référés pour leur fournir des consultations juridiques ou judiciaires jusqu'à la condamnation des auteurs le cas échéant. Le processus juridique impliquera le ministère de la Justice, la police et autres acteurs clés en termes de formations sur la répression légale et la constitution de dossiers. La cartographie des prestataires de services de prise en charge juridique et judiciaire sera réalisée en amont pour faciliter le référencement des survivants de VBG.
- La prise en charge des survivants de VBG : Environ 1 000 kits de dignité seront remis aux survivantes lors de la gestion de cas et à certaines femmes les plus à risque de VBG. Les cas à risque sont identifiés parmi les femmes et filles qui sollicitent les services de prise en charge d'IRC lors de l'écoute active pour l'évaluation des besoins et sur la base des critères de vulnérabilité. Les cas à risque sont les femmes et filles qui sont exposées à plusieurs risques et ont une capacité limitée à faire face à ces risques. Cela peut inclure les femmes âgées vivant seules ; les femmes/filles chefs de ménage ; les femmes allaitantes sans ressources financières ; les femmes et filles enceintes sans ressources financières, les femmes et filles vivant avec des maladies chroniques ; les femmes et filles en situation de handicap, filles mères. Les kits distribués à ces femmes, culturellement appropriés et adaptés, permettront aux bénéficiaires de répondre aux besoins particuliers et

⁶ A noter que les sessions avec les femmes sont animées par les femmes.

seront constitués de serviettes hygiéniques, seau, savon et pagnes, sandales, torche, sous-vêtements, crème corporelle ce qui permettra aux femmes et filles vulnérables et en âge de procréer de maintenir leur hygiène et dignité dans de bonnes conditions.

- Renforcement du Système de Santé : le consortium se focalisera sur les piliers du système de santé notamment la gouvernance, et assurera la formation des membres de Comités de Gestion (COGES), des CS seront formés dans leurs rôles et responsabilités et l'élaboration de micro-plans annuels au niveau des CS (outil important de gestion et de planification). Les 20 COGES seront ensuite accompagnés dans la mise en œuvre du micro-plan de leur CS pendant la durée du projet. Concernant les districts sanitaires, ils seront renforcés dans leurs rôles en les impliquant dans les supervisions et les réunions techniques de planification et de suivi. Le consortium soutiendra l'approvisionnement mensuel des CS en médicaments essentiels et contraceptifs pendant la période du projet. Cependant, des plaidoyers seront faits auprès des programmes transversaux du ministère de la Santé (programme national de lutte contre le paludisme) et de UNFPA pour augmenter la quantité des médicaments et contraceptifs afin de réduire la contribution du projet pendant la dernière année de sa mise en œuvre au profit d'une contribution plus importante de l'Etat. De plus le projet assurera le renforcement du nombre de matériels médico-techniques en fonction du besoin pour améliorer le plateau technique des CS soutenus. Ces matériels resteront à la disposition des CS à la fin de projet pour permettre aux CS de continuer à offrir des soins de santé de qualité. En termes d'appui en ressource, le projet assurera le recrutement et la mise à disposition des mêmes 10 sages-femmes⁷ aux CS dont 8 dans la province de Guéra et 2 dans la province de Wadi Fira . Ces agents de santé mis à disposition par le projet et travailleront en complémentarité avec le personnel étatique existant dans les services. En collaboration avec la DSP/DS, le projet priorisera le recrutement des sages-femmes ayant réussi au test de certification national et en instance d'intégration dans la fonction publique. Le projet soutiendra cet appui en RH pendant la durée du projet et des plaidoyers seront menés en parallèle au niveau central par la DSP pour faciliter l'intégration à la fonction publique des 10 sages-femmes. En parallèle, le projet mènera des assises communautaires au niveau des villages afin de solliciter la contribution de la communauté sur la base de cotisation pour le maintien des sages-femmes dans le CS. Parallèlement des réflexions seront menées avec les membres de COGES sur la possibilité de maintenir les sages-femmes grâce au fond de recouvrement de coût des CS ou la possibilité de soutenir le recrutement par les mairies.

Concernant l'intégration du genre, le consortium se focalisera sur les piliers du système de santé, notamment la gouvernance, en facilitant la restructuration des Comités de Gestion (COGES) pour en améliorer l'efficacité et l'inclusivité. Cette restructuration visera à promouvoir l'égalité de genre à travers un mode de désignation inclusif, clairement défini dans les textes statutaires des comités. Ainsi, des mécanismes seront établis pour garantir que les femmes aient une représentation significative au sein des COGES, permettant leur participation active dans la prise de décision. Cela inclura des formations sur les droits et responsabilités des membres, ainsi que des sensibilisations sur l'importance de l'égalité de genre dans la gouvernance. En encourageant des quotas de genre et des critères de sélection équitables, le projet veillera à créer un environnement favorable à l'intégration des questions de genre dans les COGES.

- Le nombre de sages-femmes d'appui sera réduit annuellement jusqu'à la dernière année du projet. En termes de renforcement de capacités, IRC envisage de renforcer les capacités des agents de santé sur la santé maternelle, néonatale et infantile, en utilisant la méthode de "petite dose haute fréquence" pour garantir une formation continue. Partant du principe que les résultats du rapport de capitalisation croisée et genrée des expériences et des pratiques de septembre 2023 a démontré le rôle crucial des accoucheuses traditionnelles /matrones dans la réalisation des accouchements à domicile, le consortium travaillera sur les stratégies d'implication de ces dernières afin d'améliorer les indicateurs de la santé reproductive. Cette stratégie consistera à i) responsabiliser les matrones dans la sensibilisation sur l'importance du suivi des grossesses et de l'importance d'accoucher dans des formations sanitaires ; ii) Orienter les femmes enceintes vers les CS pour des consultations prénatales ; iii) Assurer l'orientation des parturientes vers les CS pour les accouchements.

⁷ Dans une stratégie de retrait progressif, le nombre de sages femmes sera réduit progressivement à 8. Les autres activités priorisées sont la mise en place des approches sur la maternité respectueuse, les activités de coordination.

Ces accoucheuses traditionnelles/matrones bénéficieront de l'encadrement des sages-femmes pour leurs performances et travailleront en étroite collaboration avec ces dernières pour le suivi des femmes enceintes et la gestion des cas. Ainsi les modalités pratiques pour l'implication de ces accoucheuses traditionnelles/matrones seraient définies en collaboration avec les COGES afin de prévoir une motivation en nature. A cet effet, elles bénéficieront des séances théoriques couplées aux séances de pratiques in situ sur une thématique donnée par l'équipe des CS et l'équipe IRC. Pour assurer un encadrement continu des prestataires de soins et des sages-femmes des CS, des sessions de coaching et de supervision formatives seront réalisées. Le consortium continuera de supporter la référence des cas compliqués vers les hôpitaux à travers les ambulances des DS en soutenant les frais de carburants et le coût de l'entretien de ces ambulances. Par ailleurs, dans une vision de pérennisation des activités, les matrones et accoucheuses traditionnelles seront encouragées à intégrer les AVEC et ainsi développer des AGR et être plus autonomes. Cela leur permettra de développer des compétences variées favorisant ainsi leur autonomie économique et leur polyvalence. En renforçant leur rôle au sein de la communauté, ces femmes pourront non seulement améliorer leur situation économique, mais aussi devenir des actrices clés dans la promotion de la santé et du bien-être de leurs communautés. Ainsi, ces matrones pourraient mieux orienter les parturientes et encourager une implication plus active des hommes dans les soins parentaux et aussi renforcer les liens communautaires autour des enjeux de maternité et de santé infantile.

- Amélioration des Services de Santé Reproductive : pour répondre au manque de ressources humaines dans les CS (Annuaire Statistique Sanitaire 2024 du Tchad) et sur la base des constats de la phase I, le projet souhaite poursuivre avec le recrutement et la mise à disposition de 10 sages-femmes, en donnant la priorité aux sages-femmes existantes sur le projet en cours. Face à la rétention de certaines parturientes par les matrones/accoucheuses traditionnelles⁸ pour des accouchements à domicile, des mesures seront prises pour répondre à ce défi, qui constitue une des raisons du faible taux d'accouchements assistés dans les CS. À cet effet, le consortium, en collaboration avec les responsables des CS et les DS, organisera des séances de travail avec ces matrones/accoucheuses traditionnelles afin de les responsabiliser davantage dans la sensibilisation et l'orientation des parturientes vers les CS, moyennant de petites motivations (boules de savon). Pour continuer d'améliorer la couverture de la consultation prénatale, le projet va poursuivre la mise en place de stratégies avancées⁹ de vaccination couplée à la consultation prénatale. Cette stratégie consistera à intégrer dans l'équipe de vaccination PEV une sage-femme qui réalisera les consultations dans les villages situés au-delà d'un rayon de 5 km pour remédier aux problèmes de barrières formulées par les femmes. Les services complets de la CPN seront fournis pendant cette stratégie avancée. Pour ce faire, le projet supportera la location de motos¹⁰ pour les CS qui n'en disposent pas, le carburant pour le déplacement et les primes de vaccination aux agents vaccinateurs et la sage-femme afin d'avoir une fréquence régulière de suivi des activités de la consultation prénatale. Le plaidoyer sera fait auprès des COGES pour la priorisation de l'achat de motos sur le FBP afin de soutenir les interventions en stratégie avancée.

Objectif spécifique 3 : Mener des recherches opérationnelles pour renforcer les services SRMNIA/PF

- Etude sur les soins après avortement (SAA) : Quel que soit le statut légal de l'avortement, la disponibilité de soins de haute qualité permettant la prise en charge des complications des suites d'un avortement permet de sauver des vies. L'avortement pratiqué dans des conditions dangereuses est l'une des cinq principales causes de mortalité maternelle au Tchad. Dans le cadre de la première phase, l'avortement a été un sujet de discussion dans la recherche participative avec des adolescents dans les deux provinces. Presque 40% des adolescents ont affirmé connaître une personne qui a interrompu une grossesse alors que le nombre de

⁸Le lien est fait avec l'amélioration de la demande et de la qualité des services de santé de la reproduction. L'amélioration de la compétence des matrones ou accoucheuses traditionnelles passe toujours par le coaching des sage-femmes.

⁹ Cette stratégie consistera en la contribution aux frais de déplacement des agents vaccinateurs et les sage-femmes.

¹⁰ L'option de location est toujours envisagée. L'appui du projet consistera à soutenir les frais de locations de la moto afin d'avoir une fréquence régulière de suivi des activités de la consultation prénatale. Le plaidoyer sera fait auprès des COGES pour la priorisation de l'achat de motos sur le FBP afin de soutenir les interventions en stratégie avancée.

clientes SAA prises en charge dans les CS est assez faible. Cette étude de méthodes mixtes est proposée afin d'identifier les obstacles et les facilitateurs de la prestation et de l'utilisation des services SAA, et ainsi la participation à l'amélioration de ces services. Il s'agira de répondre aux questions suivantes : 1) Qui accède et n'accède pas aux services SAA ? 2) Quelles sont les barrières et les facilitateurs de l'accès et de l'utilisation des services SAA telles que perçues par les femmes et leurs maris ; les membres du Ministère de la Santé Publique, l'équipe projet ProGeSan; et des membres influents de la communauté ? Cette étude comprendra les méthodes suivantes : 1) entretiens approfondis avec des femmes utilisatrices des services SAA afin de comprendre le processus décisionnel menant à la recherche des soins et leurs perceptions des soins reçus; 2) des groupes de discussion avec les femmes en âge de procréer et les maris des femmes en âge de procréer dans la communauté afin de comprendre comment ils perçoivent les grossesses non-planifiées, les grossesses non-désirées, les pratiques utilisées (ou non) pour répondre à ces circonstances et, en particulier, leurs perceptions des services SAA et des femmes qui les utilisent; 3) entretiens approfondis avec des membres influents de la communauté et des membres du MSP tels que les points focaux SR ; 4) revue des registres SAA et documents de collecte des indicateurs d'un échantillon des clientes SAA, par exemple : âge, âge de la grossesse, parité, si l'avortement a été complet ou incomplet ; complications indiquées ; Traitement/prise en charge des complications ; Méthode PF acceptée. Les données de cette étude aideront le projet ProGeSan à améliorer les services SAA, à réduire les obstacles qui empêchent les femmes et les jeunes filles de rechercher les services et contribuer à la réduction de la stigmatisation liée à l'avortement. La recherche ne sera pas impactée par le réaménagement au Wadi Fira, car les études étaient initialement prévues à Mile et Kounoungou. Lors de l'élaboration du protocole de l'étude, l'échantillonnage pourra être revu afin de décider si les clients SAA des nouveaux CS seront inclus.

- Étude sur les soins de maternité centrés sur la personne au Guéra: globalement, les femmes sont souvent victimes de violations des droits de l'homme par le biais d'actes de violence obstétrique ou de la maltraitance pendant le travail et l'accouchement, ce qui a un effet dissuasif sur la recherche de soins. Dans l'étude longitudinale au Guéra, 20-25% des femmes qui ont accouché dans une structure sanitaire ont signalé un manque de confidentialité ou d'intimité, des commentaires désobligeants, des réprimandes ou des violences physiques. Nous proposons de mener une étude au Guéra, similaire à celle que nous avons menée au Wadi-Fira, pour comprendre mieux les expériences des femmes pendant le travail et l'accouchement, leur perception de la qualité des soins dans les maternités, ainsi que la perception qu'ont les prestataires de la maternité des soins maternels centrés sur la personne et la manière dont ils pourraient être mieux appuyés pour fournir ce type de soins. Cette étude comprendra des entretiens approfondis avec 1) les femmes ayant accouché dans un centre de santé du projet au cours des 8 à 12 semaines précédentes et 2) le personnel qui travaille dans les maternités des centres de santé appuyés (sages-femmes).
- Utilisation des résultats des études: Pour maximiser l'utilisation des résultats de ces études, des ateliers d'utilisation des données seront organisés avec l'équipe de l'Université de Columbia au Guéra et au Wadi-Fira. Ces ateliers interactifs réuniront divers acteurs, y compris le personnel du programme, les partenaires du ministère de la Santé Publique, les sages-femmes et les relais communautaires. L'objectif des ateliers est de discuter en profondeur des résultats de la recherche, de les intégrer dans le plan d'action et d'améliorer les activités et la qualité des services. Des objectifs détaillés seront élaborés sur la base des résultats spécifiques de la recherche. Par exemple, après l'étude sur les soins de maternité centrés sur la personne, sera organisé un atelier pour discuter des résultats avec les sages-femmes et responsables des CS, l'équipe ProGeSan. Lors de cet atelier, sera également élaboré un plan d'action pour l'amélioration des facteurs faisant que les femmes ne se sentent pas respectées pendant l'accouchement. Au total, trois ateliers seront proposés : un après chacune des deux études sur les SAA (1 par province) et un troisième après l'étude sur les soins de maternité centrés sur la personne au Guéra. Les produits des ateliers sont les plans d'action pour la mise en œuvre des recommandations. L'équipe de Columbia et l'Université de N'Djamena produiront également de brèves notes techniques présentant les principaux résultats à partager avec les parties prenantes. Enfin, la rédaction d'articles à soumettre à des comités de lecture pour revue et/ou des résumés à des conférences internationales ou régionales pertinentes (telles que la Conférence internationale sur la planification familiale CIPF) permettra de partager les résultats des études.

- **Renforcement de capacités de recherche locale** : Au cours de la première phase de ce programme, une collaboration étroite entre les chercheurs de CU et de l'Université de N'Djamena sur plusieurs composantes de l'étude a amélioré la qualité de la recherche. Afin de continuer à renforcer les capacités de recherche en SSR de l'équipe de l'Université de N'Djamena, sujet qui est nouveau pour eux, les chercheurs collaboreront étroitement sur tous les aspects de la composante recherche, y compris le développement du protocole et des outils de l'étude, la formation des enquêteurs, la collecte et l'analyse des données. Cette étroite collaboration permettra notamment aux assistants de recherche de l'UNDJ d'apprendre la transcription et l'encodage des données qualitatives. Les deux équipes impliqueront des étudiant(e)s des deux universités dans le travail afin de renforcer l'apprentissage interinstitutionnel. Le consortium s'engage à adhérer aux principes d'équité, de transparence, de responsabilité et de bénéfice mutuel dans la planification, la mise en œuvre, la communication et la gestion des tâches, tout au long du partenariat de recherche. L'équipe de l'Université de N'Djamena s'engage à identifier une chercheuse chevronnée pour rejoindre le projet lors de la prochaine phase. Dans le cas où cela ne serait pas possible, une doctorante ou une assistante de recherche sera recrutée, avec pour objectif de renforcer ses compétences en matière de recherche. Cette initiative représentera également une opportunité précieuse pour faire monter en compétences des femmes chercheuses, contribuant ainsi à l'égalité des genres dans le domaine scientifique. Si l'identification d'une candidate adéquate au sein du partenariat universitaire s'avérait difficile, d'autres options seront explorées afin d'assurer la réalisation de cet objectif.

c) Résultats attendus, impact et activités du projet

Impact

Le consortium prévoit de renforcer l'accès et la qualité des services de santé reproductive et de lutte contre les VBG par le biais de formations continues pour le personnel de santé, notamment dans la prise en charge clinique des survivants.es. La présence de sages-femmes dans les structures sanitaires soutenues, ainsi que la fourniture de médicaments, de matériels et d'équipements, contribueront également à garantir des soins de qualité. Une approche spécifique, des évaluations initiales et finales sur les connaissances, les croyances et les attitudes de filles, de tuteurs/tutrices, des leaders communautaires et des prestataires de services pendant la mise en œuvre de l'approche *Girl Shine* et EMAP permettront d'avoir les leçons apprises et les feedbacks des communautés pour soutenir les filles dans la prévention de VBG. Cette approche permettra de mieux répondre aux défis spécifiques auxquels sont confrontées les filles en matière de santé reproductive et de lutte contre les VBG. Pour mieux comprendre les perceptions culturelles et religieuses et adapter les approches en conséquence, le projet fera appel à des spécialistes en recherche sociale et anthropologique. Cette compréhension fine du contexte local permettra d'adapter les interventions de manière appropriée et efficace. Les résultats de ces recherches, ainsi que la redynamisation des structures de gouvernance locale, faciliteront le plaidoyer pour l'amélioration de la condition des femmes, des filles et des adolescents aux niveaux local et national. Un comité de pilotage sera mis en place pour assurer l'appropriation du projet par les parties prenantes, avec des représentants des autorités sanitaires et administratives provinciales et préfectorales, des comités de gestion et des bénéficiaires en santé et en protection. Ce comité se réunira régulièrement pour évaluer les activités, planifier et résoudre les éventuels problèmes rencontrés lors de la mise en œuvre.

Activités du projet

Objectif spécifique 1 : *Promouvoir la demande de services DSSR/SRMNIA/VBG pour répondre aux besoins spécifiques des femmes et des adolescent.es*

R1 Les femmes et les adolescentes ont accès aux informations nécessaires sur la santé sexuelle et reproductive et les VBG à travers les associations communautaires et les COSAN/COGES

(A1) Organisation de 2 sessions de dialogues communautaires sur la santé sexuelle et reproductive, y compris la planification familiale à raison d'une par région, en collaboration avec ASTBEF et IRC, avec la participation

des autorités locales/religieuses et des leaders politico-administratifs et religieux, les associations de parents d'élèves, les représentants des COGES/COSAN, les facilitatrices ANJE, les leaders des associations féminines et les responsables administratifs des lycées.

(A2) Formation/recyclage et sensibilisation des acteurs communautaires (comités de santé communautaire, comités de gestion des structures de santé, relais communautaires, accoucheuses traditionnelles, éducateurs, leaders d'association) à la diffusion de messages sur la santé sexuelle et reproductive. Une formation de 2 jours sera dispensée dans les 4 districts sanitaires, et du matériel d'information, éducation et communication (IEC) sera fourni sur les thématiques de santé sexuelle et reproductive.

(A3) Réunions trimestrielles de plaidoyer avec les leaders d'opinion en faveur de la santé sexuelle et reproductive dans les 4 districts sanitaires, soit un total de 16 réunions pilotées par ASTBEF et IRC.

(A4) Campagnes de sensibilisation trimestrielles au sein des communautés sur les avantages de la planification familiale, les soins prénataux et postnataux, ciblant les hommes, les femmes enceintes et allaitantes et les femmes en âge de procréer. Un total de 16 campagnes seront organisées par ASTBEF et les relais communautaires.

(A5) Journées portes ouvertes organisées par ASTBEF et IRC dans les centres d'information pour les communautés, y compris les adolescents et les jeunes. Ces journées auront lieu tous les six mois dans les districts sanitaires soutenus.

(A6) Séances mensuelles de sensibilisation et d'information des jeunes sur l'utilisation des services de santé sexuelle et reproductive dans les structures communautaires existantes, les lycées, les écoles et les centres de jeunes, sur différentes thématiques liées à la santé sexuelle et reproductive. Ces séances cibleront spécifiquement les élèves des classes de la sixième à la troisième, qui sont particulièrement exposés au risque de mariage précoce.

(A7) Production de matériels IEC de qualité et adaptés à la santé sexuelle et reproductive pour renforcer les matériels existants dans les zones d'intervention, notamment dans les espaces accueillant les adolescents et les jeunes¹¹, les écoles et/ou toute autre structure soutenue, soit 20 centres de santé (15 au Guéra et 5 à Wadi Fira), 40 écoles (33 Guéra, 7 Wadi Fira) et 5 centres de jeunes (0 Guéra, 5 Wadi Fira).

(A8) Réunions de revue des activités et identification des obstacles à l'accès aux services de santé sexuelle et reproductive avec les adolescents, les jeunes et les facilitateurs communautaires pour évaluer le niveau de réalisation du plan de travail, soit un total de 144 réunions.

(A9) Formation de 20 enseignants et 2 responsables d'école/lycée sur la santé sexuelle et reproductive dans les districts sanitaires soutenus.

(A10) Mettre en place, équiper, former et tenir des réunions trimestrielles des clubs de SSRAJ au niveau des établissements secondaires.

(A11) Mettre en place des espaces d'écoute et d'orientation des adolescent/jeunes sur les SSR/PF dans la communauté et les écoles.

R2 : Renforcer la prévention et la réponse aux violences basées sur le genre (VBG) à travers la mise en place de structures communautaires, la sensibilisation, la formation des acteurs clés, et la prise en charge des survivants de VBG et des personnes à risque.

(A1) Mise en place de 6 nouvelles AVEC dans la province du Guéra et 4 dans le Wadi-Fira avec l'appui en kits AVEC pendant la mise en œuvre (i), Recyclage de 20 agents communautaires sur la méthodologie des AVEC (ii) et l'appui aux ateliers participatifs de mise en réseau des AVEC et des institutions de microfinance.

¹¹ Les besoins spécifiques pour les filles sont l'accès aux informations sur la santé sexuelle/reproductive ainsi que l'accès aux contraceptifs et moyens de protection contre les IST/MST (préservatifs). Les besoins spécifiques des garçons sont le plus souvent le besoin de se protéger contre les IST /MST comme le VIH, protection de leurs copines contre les grossesses et leur avenir.

Au niveau de ces espaces, les garçons et les filles bénéficient des orientations et des accompagnements sur

i) comment prévenir les IST/MST notamment le VIH ?

ii) L'utilisation des méthodes de contraception (effets secondaire, conséquences et...).

iii) Comment bénéficier des préservatifs des méthodes de contraceptifs ?

iv) L'adolescence et la responsabilité.

(A2) Mise en œuvre des groupes de discussion EAŞE : formation des facilitateurs et facilitatrices communautaires sur le curriculum des discussions EAŞE ; appui en Kits pédagogique EAŞE ; organisation de 20 groupes de discussion EAŞE de 30 personnes en moyenne.

(A3) Formation sur les thématiques des VBG¹² de 182 personnes (88 leaders communautaires, 44 relais et 20 acteurs de justice et 30 membres de la société civile). Sensibilisation/campagnes : (i) formation des prestataires de prise en charge juridique et magistrats, avocats et société civile sur les instruments légaux et la répression légale dans les VBG, (ii) Formation des relais, leaders communautaires et animatrices des espaces sûrs sur les concepts VBG, techniques de sensibilisation et orientation vers services disponibles, (iii) sensibilisation/campagnes internationales (16 j, Journée Internationale de la Femme, Journée Mondiale contre la Mutilation Génitale Féminine), (iv) paiement de la prime de motivation des relais communautaires. Ces différentes formations permettront d'accroître les connaissances et compréhension des participants sur les VBG et contribueront au renforcement de l'environnement protecteur des femmes et des filles (y compris les AVEC) qui pourront accéder aux services de façon rapide, sûre et confidentielle.

(A4) Mise en œuvre de l'approche EMAP de 7 groupes (4 au Guéra et 3 au Wadi-Fira): (i) formation des facilitateurs et facilitatrices communautaires sur le curriculum EMAP, (ii) fourniture des kits pédagogiques y compris production des curriculum EMAP et, (iii) organisation des groupes de discussion de femmes pendant 8 semaines et des hommes pendant 16 semaines, pour suivre la méthodologie EMAP¹³.

(A5) Mise en place des sessions d'éducation structurées avec les adolescents dans les clubs de santé en milieu scolaire avec 10 groupes de 15 (6 au Guéra et 4 au Wadi Fira) pour un total de 150 participants: (i) formation des facilitateurs communautaires (choisis au sein de la communauté selon des critères prédéfinis) sur l'approche des sessions d'éducation structurées, (ii) appui en kits pour la mise en œuvre des sessions d'éducation structurées avec les adolescents pour 10 groupes, (iii) organisation des sessions d'éducation structurées pour les clubs de santé/adolescents.

Les sessions structurées pour les adolescents sont spécifiquement conçues pour les garçons de 14 à 17 ans, abordant des thématiques qui leur sont propres. Cela permet de cibler des sujets pertinents pour cette tranche d'âge masculine, favorisant un dialogue adapté à leurs préoccupations.

(A6) Mise en œuvre de l'approche Girl Shine de 7 groupes de 15 (4 au Guéra et 3 Wadi-Fira) pour un total de 105 participants : (i) formation de personnel du projet et partenaire sur l'approche l'approche Girl Shine, (ii) appui kits de facilitations de sessions Girl Shine, (iii) organisation de session Girl Shine des parents et filles, (iv) kits de dignité de sessions filles Girl Shine, (v) formation des mentors Girl Shine/facilitatrices communautaires, (vi) Baseline et Endline Girl Shine et cérémonie de clôture des groupes, (vii) paiement des primes de motivation des mentors. Les adolescentes bénéficient d'un apprentissage sur le module "Compétences de Vie" de l'approche Girl Shine. Ce programme vise à les équiper d'outils et de connaissances sur la santé sexuelle et reproductive, les relations et l'autonomisation, tout en tenant compte de leurs besoins et de leurs expériences uniques.

(A7) Mise en place de 8 espaces sûrs pour la réalisation des activités psychosociales (5 anciens et 3 nouveaux – 5 au Guéra et 3 à Wadi-Fira) car le sixième espace sûr sera rétrocédé à l'hôpital district de Iriba conformément à la nouvelle structure du HCR: (i) réhabilitation/équipement et matériels d'activités récréatives des centres des femmes, (ii) soutien psychosocial et la gestion de cas VBG et les cas à risques de VBG – 2 758 cas ciblés, (iii) achat de 1 000 kits (700 au Guéra et 300 au Wadi-Fira) pour répondre aux besoins urgents des survivantes de VBG pendant la prise en charge, (iv) formation de points focaux psychosociaux sur la gestion de cas et prise en charge psychosociale, concepts GBV.

¹² Certains membres des AVEC pourront bénéficier des formations en VBG. La désagrégation des personnes formées mentionne les leaders communautaires et membres de la société civile. Ainsi, les leaders communautaires (femmes) et membres de la SC qui seront formés comprendront certains membres des AVEC notamment les membres des bureaux de AVEC.

¹³ Le curriculum des femmes (8 semaines) se concentre sur la sensibilisation aux questions de genre et aux Violences faites aux femmes et aux filles (VFFF). Il aide les femmes à identifier les causes profondes des VFFF et à réfléchir sur leurs propres attitudes et croyances concernant le genre, en mettant l'accent sur la prise de conscience personnelle et l'autonomisation. En revanche, le curriculum des hommes (16 semaines) vise à transformer les attitudes, croyances et comportements des hommes qui soutiennent les Violences Faites aux Femmes et Filles. Il offre une exploration approfondie des causes profondes des VFFF, aide les hommes à comprendre les différentes formes de VFFF, et les guide pour devenir des alliés des femmes et des filles.

(A8) Appui aux activités de la coordination au niveau des deux régions : (i) Réunions mensuelles, (ii) réalisation des ateliers pour le renforcement de capacités (iii) et appui en matériels aux délégations provinciales de l'action sociale.

Objectif spécifique 2 : *Améliorer l'accès, la qualité et l'utilisation de l'offre de soins en DSSR/SRMNIA/VBG notamment pour répondre aux besoins spécifiques des femmes et des adolescents.*

R1 : Les femmes et les adolescentes ont accès à des services de santé sexuelle et reproductive/planification familiale de qualité tout au long du continuum des soins.

(A1) La formation/recyclage des prestataires de soins sur la prise en charge clinique des survivants de violences sexuelles permettra d'améliorer les services de soutien aux survivants. Cette formation touchera 25 prestataires de soins, dont 17 dans la région du Guéra et 8 dans la région de Wadi Fira, sur une période de 3 jours.

(A2) L'approvisionnement en médicaments, matériels et équipements nécessaires aux structures sanitaires permettra d'offrir des services de santé sexuelle et reproductive/planification familiale de qualité, y compris des matériels médico-techniques de coaching.

(A3) Le recrutement des anciennes sages-femmes de la phase 1 dans la province de Guéra et de 2 sages femmes dans la province du Wadi Fira renforcera la mise en œuvre des activités de santé sexuelle et reproductive/planification familiale en assurant la présence de personnel qualifié dans les centres de santé.

(A4) La dotation des centres de santé en matériels et consommables renforcera la prévention et le contrôle des infections, garantissant des environnements sûrs pour les patients et le personnel médical.

(A5) La mise en œuvre de la stratégie avancée de consultation prénatale couplée à la stratégie avancée de vaccination dans deux zones de responsabilité sanitaire du district sanitaire de Mongo améliorera l'accès aux soins maternels et infantiles.

(A6) L'appui aux districts sanitaires pour les réunions d'analyse des données, de coordination et du comité directeur renforcera la gestion et la coordination des activités de santé sexuelle et reproductive/planification familiale.

(A7) Les supervisions conjointes et les séances de coaching cliniques IRC-DS/DSR garantiront la qualité et la conformité des pratiques médicales aux standards recommandés.

(A8) La réalisation de coaching à "petite dose et haute fréquence" des agents de santé permettra d'améliorer continuellement leurs compétences et leur performance dans la prise en charge des services de santé sexuelle et reproductive.

(A9) La formation des 35 agents¹⁴ de santé sur la survie de la mère et de l'enfant, ainsi que sur la planification familiale, y compris l'insertion du dispositif intra-utérin (DIU) au cours du post-partum immédiat, renforcera les capacités de la communauté à fournir des soins de qualité.

(A10) Les visites à domicile des nouvelles parturientes par les relais communautaires et les accoucheuses traditionnelles/ matrones faciliteront le suivi postnatal et contribueront à réduire les risques pour la mère et l'enfant.

(A11) L'appui au fonctionnement des ambulances pour les évacuations des urgences pédiatriques et obstétricales garantira l'accès rapide aux soins spécialisés en cas de complications pendant la grossesse et l'accouchement.

Cet appui prendra la forme d'une prise en charge des frais de carburant, des frais du chauffeur, et de la maintenance de l'ambulance si besoin.

(A12) L'orientation des accoucheuses traditionnelles/matrones sur les dangers de l'accouchement à domicile et leur implication dans l'atteinte des résultats de santé sexuelle et reproductive renforcera l'engagement communautaire en faveur de l'accouchement assisté par du personnel qualifié. Les sages-femmes travailleront avec les accoucheuses traditionnelles / matrones afin de contribuer au renforcement des capacités de ces dernières dans la reconnaissance des signes de gravité chez une femme enceinte, l'orientation des femmes enceintes à suivre les consultations prénatales, les accouchements assistés dans les CS et le suivi des

¹⁴ Par agents de santé, on entend les prestataires de soins (sages-femmes par exemple) qui sont différents des relais communautaires ou agents de santé communautaire.

consultations post natales. Elles les renforceront aussi sur la conduite des visites à domicile pour le suivi du traitement et la recherche active des femmes enceintes avec des problèmes obstétricaux ainsi que la facilitation de leur orientation vers les CS.

(A13) Le soutien aux COGES/COSAN dans l'élaboration des micro-plans de leur centre de santé intégrera les activités de santé sexuelle et reproductive dans les priorités locales, améliorant ainsi l'accessibilité et la qualité des services.

(A14) La formation de 30 sages-femmes (20 dans le Guéra et 10 dans Wadi Fira) sur les soins de maternité respectueuse renforcera les compétences du personnel médical dans la prise en charge holistique des femmes enceintes et ayant accouché.

(A15) Le plaidoyer auprès des COGES, des DS, des délégations sanitaires provinciales et du MSP pour l'intégration et le maintien des sages-femmes dans les structures sanitaires soutenues assurera la pérennité des services de santé sexuelle et reproductive.

R2 : Les enfants sont protégés et traités contre les maladies transmissibles

(A1) L'assurance du coaching des prestataires de soins sur la prise en charge intégrée de la mère et de l'enfant (PCIME) clinique.

(A2) La tenue de réunions mensuelles PCIME communautaires avec les relais communautaires.

Ces réunions mensuelles favoriseront une implication accrue des leaders, majoritairement masculins, dans la prévention des maladies touchant les couples mère-enfant. Une approche de genre sera intégrée afin d'encourager la participation active des pères dans ces discussions. Cela inclura des messages spécifiques pour sensibiliser les hommes à leur rôle crucial dans la santé familiale, notamment en ce qui concerne le soutien aux mères et l'engagement dans les soins de santé des enfants.

R3 : Les soins cliniques et de la gestion de cas aux survivant.e.s des VBG sont offerts à temps et par du personnel qualifié

(A1) La formation des acteurs de la justice sur la prise en charge juridique et judiciaire.

La formation des acteurs de la justice (magistrats, officiers et assistants de police judiciaire, assesseurs) se déroulera après une cartographie des services et l'identification des points focaux. Le projet veillera à ce qu'il y ait des points focaux (femmes) au sein des différentes entités offrant des services juridiques et judiciaires afin d'influer sur les représentations de genre.

(A2) La formation des travailleurs sociaux sur la gestion de cas et le soutien psychosocial.

La priorité sera accordée au personnel féminin en charge de la prise en charge. À cet effet, les listes des membres des groupes de travail sur la violence basée sur le genre (VBG) seront également actualisées afin d'assurer une meilleure représentativité des femmes.

(A3) La mise en place des services de prise en charge des VBG avec une salle d'écoute créant un environnement favorable à l'écoute des survivants au sein de chaque CS (13 centres d'écoute : 11 au Guéra et 2 à Wadi-Fira, et 8 espaces sûrs : 5 au Guéra et 3 à Wadi-Fira) dans laquelle une assistante psychosociale formée sera disponible pour les accueillir et les aider selon leurs besoins et dans le respect des principes directeurs.

(A4) La mise en place des mécanismes de référencement pour permettre aux survivantes d'accéder facilement et en toute sécurité aux différents services de prise en charge.

(A5) L'identification, le recrutement et la formation des relais communautaires parmi les différentes femmes leaders d'opinion comme les leaders des groupements en cas de VBG

(A6) L'offre des services de prise en charge dans les espaces d'écoute.

(A7) La mise en place du système de gestion des informations VBG (GBV/IMS) pour assurer une gestion efficace et professionnelle de toutes les données liées aux VBG.

Objectif spécifique 3 : Améliorer la connaissance des déterminants sociaux et sanitaires qui influencent l'accès aux services de DSSR/SRMNIA/VBG

R1 Un dispositif de suivi-évaluation et de redevabilité impliquant les acteurs clés est utilisé pour orienter l'action.

- (A1) Appui au fonctionnement du comité de pilotage national ;
- (A2) Appui au fonctionnement du comité du suivi provincial et des comités directeurs ;
- (A3) Appui aux supervisions conjointe et missions des points focaux de ministère ;
- (A4) Appui au fonctionnement des districts sanitaires, délégations.

R2 Mener des recherches opérationnelles pour renforcer les services SRMNIA/PF

- (A1) Élaborer 2 protocoles¹⁵ de recherche détaillée à méthodes mixtes pour analyser les obstacles et les facilitateurs de la prestation et de l'utilisation des services SAA au Wadi-Fira et au Guéra.
- (A2) Élaborer un protocole de recherche pour l'étude sur les soins de maternité centrés sur la personne au Guéra .
- (A3) Obtenir l'approbation éthique de Columbia University et de l'Université de N'Djamena
- (A4) Former les enquêteurs et collecter les données de l'étude sur les SAA à Wadi-Fira et au Guéra.
- (A5) Former les enquêteurs et collecter les données sur les soins de maternité centrés sur la personne au Guéra.
- (A6) Analyser les données des études en partenariat et produire des résultats utiles pour l'opérationnel du projet.
- (A7) Faciliter trois ateliers avec l'équipe ProGeSan au Wadi-Fira et au Guéra après les études afin de discuter en profondeur et d'intégrer les résultats de la recherche dans la mise en œuvre du projet pour améliorer les activités.
- (A8) Rédiger des synthèses de résultats pour l'équipe de ProGeSan et les communautés cibles
- (A9) Rédiger des articles à soumettre à des revues à des comités de lecture et/ou des résumés à des conférences internationales ou régionales pertinentes.

d) Bénéficiaires

Ce projet ciblera directement 135 721 personnes (60.581 Guéra et 75.140 Wadi-Fira) divisées comme suit :

Groupe cible détaillée Santé	Guéra	Wadi-Fira	Total
Femmes et filles enceintes et allaitantes (Services de soins obstétricaux essentiels et d'urgence, accouchements ainsi que les soins du post-partum)	11.806	18.261	30.067
Enfants de moins de 5 ans (Services de PCIME)	25.396	35.335	60.731
<i>Enfants de 0 à 23 mois pour la vaccination (inclus dans les enfants de moins de 5 ans)</i>	<i>10.357</i>	<i>14.418</i>	<i>24.775</i>
Femmes et filles (Méthodes modernes de contraception)	4.157	5.787	9.944
Total du secteur santé			100.742
Groupe cible détaillée Protection			
Participant aux activités communautaires	33.075		
<i>Femmes et filles (survivantes de VBG recevant des services)</i>		<i>7.834 (inclus dans les 33.075)</i>	
Filles adolescentes participant aux activités Girl Shine	105		
Parents/tuteurs participant aux discussions Girl Shine	210 (105 hommes et 105 femmes)		

¹⁵ Le protocole sera un peu différent par province d'après les services prioritaires. La méthodologie est plus détaillée dans la partie "objectif spécifique 3". En termes d'éthiques, l'IRC/CU déposera une demande d'approbation éthique auprès des 2 universités (CU/NDJ), et les normes éthiques de la recherche seront respectées (confidentialité, consentement éclairé, etc.)

Activistes communautaires EMAP formés	280 (140 hommes et 140 femmes)
Participants à la formation sur les thématiques VBG	179
Membres des espaces sûrs formés sur le leadership et les VBG	180
Points focaux psychosociaux formés	50
Nouvelles AVEC de 25 membres chacune (Guéra 7 et 3 Wadi-Fira)	250
Participants aux groupes EAŞE (membres des AVEC et conjoints)	500
Adolescents des clubs de santé/écoles participant aux sessions	150
Total du secteur protection	34.979
Bénéficiaires Directs	135.721
Bénéficiaires Indirects	81.777 117.912 199.689

e) Récapitulatif des changements effectués à la suite de la réorganisation de la couverture géographique dans le Wadi Fira

TYPE D'ACTIVITÉ	PHASE 2 INITIAL	MODIFICATION PHASE 2 (REORIENTATION WADI FIRA)	IMPACT
SANTE			
Zones d'intervention	Wadi Fira: 5 (Iridimi, Amnaback, Touloum, Mile, Kounougou) Guéra: 15 centres de santé appuyés habituellement	Wadi Fira: 5 (Mile, Kounougou, Mile Extension, Guéréda, Fare) Guéra: 15 centres de santé appuyés habituellement	Le choix de ces nouveaux sites permet de combler le gap en termes de bénéficiaires tout en s'alignant sur le nombre d'infrastructures initialement soutenues. Il permet de maintenir la logique des catégories de population autochtone et réfugiée, même si deux centres de santé parmi les trois nouvellement intégrés desservent une population mixte de réfugiés et d'autochtones.
Bénéficiaires : Femmes et filles enceintes et allaitantes (Services de soins obstétricaux essentiels et d'urgence, accouchements ainsi que les soins du post-partum)	35.048	30.067	Une réduction de la cible de 4 981 bénéficiaires est observée mais cet écart pourrait se résorber avec la relocalisation continue des nouveaux réfugiés vers les camps de Milé Extension et Kounougou.
Bénéficiaires : Enfants de moins de 5 ans (Services de PCIME)	75.341	60.731	Une réduction de la cible de 14.610. Cet écart pourrait se résorber avec la relocalisation continue des nouveaux réfugiés vers les camps de Milé Extension et Kounougou.

Y compris <i>Enfants de 0 à 23 mois pour la vaccination (inclus dans les enfants de moins de 5 ans)</i>	Y compris 30.744	Y compris 24.775	Un gap de 5 969 bénéficiaires, qui pourrait se réduire avec la relocalisation continue des nouveaux réfugiés vers les camps de Milé Extension et Kounougou.
Bénéficiaires : Femmes et filles bénéficiaire de Méthodes modernes de contraception	12.340	9.944	Une réduction de 2 396 bénéficiaires est observée. Cependant, cet écart pourrait se réduire avec l'arrivée de nouveaux réfugiés, qui seront probablement relocalisés dans les camps de Milé et de Kounougou.
Recrutement de sages femmes	Wadi Fira : 0 Guera : 8	Wadi Fira : 2 Guera : 8	Le recrutement de deux sages-femmes pour deux nouveaux centres de santé contribuera à l'amélioration de la qualité de l'offre de services de santé, à l'amélioration des indicateurs en santé reproductive et à l'augmentation de la demande pour ces services au sein de la communauté.
Nombre de clubs santé mis en place dans les CS et dans les établissements scolaires	78	60	Le nombre de clubs santé est réduit de 23 %, ce qui impactera la portée des messages de sensibilisation et entraînera une diminution du nombre de personnes touchées par ces messages.
Nombre de centres de Jeunes pour la SR	8	5	Le nombre de centres de jeunes a diminué de 33 %, ce qui impactera la portée des messages de sensibilisation et entraînera une réduction du nombre de personnes bénéficiaires de ces messages.
Appui aux centres de santé -Dotation de médicaments - Appui au COGES/ COSAN	20 CS 20 COGES/COSAN	20 CS 20 COGES/COSAN	Soutenir la qualité des soins et l'appui aux COGES / COSAN permet d'améliorer la gouvernance des services de santé, de renforcer l'implication de la communauté dans leur mise en œuvre et de faciliter leur pérennisation, sans changement à ce niveau.
PROTECTION			
Approche AVEC/EAŞE	34 AVEC (24 issus de la phase 1 et 10 issus de la phase 2).	28 AVEC (18 issus de la phase 1 et 10 issus de la phase 2).	Les anciennes AVEC des 03 camps d'Iriba seront référées au HCR, tandis que celles des 03 de la ville d'Iriba seront orientées vers le projet RESPECCT (projet financé par l'AFD et la DUE, mis en œuvre par un consortium composé de Concern Worldwide en chef de file, IRC et

			Search For Common Ground) pour le suivi. En revanche, les 28 AVEC restantes auront une moyenne de 30 membres, en prenant en compte les accoucheuses traditionnelles, les exciseuses et les matrones.
Activités girlshine	7 groupes de 105 filles et 7 groupes de 210 parents participants aux groupes de discussions <i>Girl Shine</i> seront accompagnés par 14 mentors et facilitatrices communautaires formées sur le curriculum <i>Girl Shine</i> .	Pas de modification en termes de cible mais selon la modification zonale, le groupe de Girl Shine de Iriba sera mise en place à Mile extension . Nouvelle répartition des girlshine: <ul style="list-style-type: none"> • Guéra : 4 • Wadi Fira : 2 à Guéréda et 1 à Mile extension 	Aucun impact sur le nombre de bénéficiaires, mais l'adaptation à la modification géographique garantit une meilleure couverture des zones d'intervention.
Case management	2 758 survivantes de VBG	Pas de modification les cibles restent inchangées	Pas d'impact
Approche EMAP	7 groupes (4 au Guéra et 3 au Wadi-Fira):	Pas de modification en termes de cible, mais en raison de la modification zonale, le groupe EMAP d'Iriba sera déplacé vers Mile Extension. Nouvelle répartition des groupes EMAP : <ul style="list-style-type: none"> • Guéra : 4 • Wadi Fira : 2 à Guéréda et 1 à Mile Extension 	Cela n'a pas d'impact sur le nombre de bénéficiaires, mais permet de mieux adapter l'intervention à la nouvelle configuration géographique.
Activités liées aux Espaces sûrs	09 espaces sûrs dont 6 anciens et 3 supplémentaires	08 espaces sûrs dont 5 anciens et 03 nouveaux supplémentaires	Pas d'impact significatif, car l'équipe Protection autonomisation des femmes veillera à augmenter la fréquence des activités récréatives, des apprentissages socio-émotionnels et de la gestion de cas afin d'atteindre les cibles fixées. Un soutien sera également apporté aux centres d'écoute pour toucher environ 13 073 femmes et filles, dont 2 758 survivantes de VBG.

f) Budget/Coûts de mise en œuvre

Partenaire	Budget Alloué
IRC	€ 4.058.246
ASTBEF	€ 600.000
Université de Columbia	€ 591.754
Total	€ 5.250.000

g) Risques et imprévus et moyens pour y faire face

Au cours de la mise en œuvre du projet, le consortium pourrait être confronté à plusieurs risques et imprévus d'ordre programmatique :

- Difficultés d'approvisionnement en médicaments et consommables médicaux : pour éviter les ruptures au niveau des centres de santé, IRC prévoit de passer des commandes de médicaments aussitôt avec le démarrage du projet localement au niveau du pays.
- Faible appropriation des leaders communautaires au projet : malgré les plaidoyers et les campagnes de sensibilisation menée au cours des phases précédentes, IRC poursuivra ses actions pour obtenir l'adhésion des leaders communautaires. Des points focaux de SSR seront mis en place pour une meilleure appropriation des actions du projet.
- Faible implication des équipes cadre des districts sanitaires et de la délégation sanitaire provinciale : IRC renforcera ses liens avec les structures étatiques sanitaires et administratives en mettant en place un comité de pilotage chargé du suivi du projet avec toutes les parties prenantes. En outre, la non-implication des leaders locaux et des communautés locales en faveur de la planification familiale peut constituer un risque qui entraverait la bonne conduite du projet. L'IRC veillera à maintenir une bonne collaboration avec les RCS et tout autre leader politico-administratif, tels que les préfets et les leaders communautaires, à travers le partage d'informations pendant toutes les phases de mise en œuvre du projet. Il est important de privilégier le recrutement local pour faciliter l'acceptation du projet et impliquer les communautés dans sa mise en œuvre. De plus, il est crucial de continuer à développer de bonnes relations avec les autorités coutumières et administratives en partageant régulièrement des informations pendant toutes les phases du projet.
- Insécurité au niveau des zones de mise en œuvre du projet et tensions au sein des communautés soutenues. Afin de minimiser les risques liés à la sécurité, l'IRC a mis en place un plan de sécurité pour le pays ainsi qu'un plan de sécurité spécifique pour chaque zone d'intervention. Ces plans sont régulièrement mis à jour en fonction de l'évolution de la situation sécuritaire, et les mesures de sécurité en vigueur sont rappelées régulièrement au personnel chargé de la mise en œuvre du projet. La situation sécuritaire est constamment suivie par les équipes d'IRC Tchad et par le point focal sécurité IRC, avec le support du conseiller régional. Les plans de contingence incluent différents scénarios pour la réorganisation des activités en lien avec l'évolution de la situation. L'IRC dispose déjà d'un système de sécurité interne et a établi des relations permettant le partage d'informations concernant la situation sécuritaire. En cas de difficulté d'accès pour les équipes d'IRC, le plan de réajustement consistera à responsabiliser le personnel des CS et les acteurs communautaires dans la mise en œuvre des activités. Bien que l'IRC travaille déjà dans les zones ciblées par le présent projet, le changement fréquent de personnel clé de santé par le Ministère peut entraîner un faible engagement du MSP dans l'appropriation et l'intégration des services SRMNIA/PF. De plus, l'IRC veillera à instaurer des processus transparents et à favoriser le dialogue avec la communauté pour garantir un impact continu et prévenir les conflits potentiels.
- Impact des inondations et sécheresses liées au changement climatique : IRC a instauré la gratuité des soins pour les populations les plus démunies dans les centres de santé afin d'atténuer les effets des inondations et de la sécheresse.
- Stigmatisation des clients dans leur communauté en raison de l'aide reçue : IRC formera le personnel sur l'approche centrée sur les survivants et impliquera les membres de la communauté dans l'élaboration des critères de vulnérabilité pour éviter toute stigmatisation.

- Risque de non-conformité aux règles financières : L'IRC a mis en place des procédures internes financières et d'achat rigoureuses. Les départements des programmes et de la finance coordonnent le suivi et la vérification de toutes les pièces justificatives des dépenses programmatiques pour éviter les détournements de fonds ou la mauvaise gestion des ressources allouées.

IRC continuera à évaluer régulièrement les risques et à mettre en œuvre des mesures d'atténuation appropriées pour assurer le succès du projet malgré les défis rencontrés.

h) Thématiques transversales (Genre, approche « ne pas nuire » ...)

L'intervention prendra en compte les éléments clés de la protection transversale dès la phase de conception et favorisera une approche de protection à base communautaire dans la mise en œuvre. Pour soutenir l'opérationnalisation de la protection transversale dans le cadre de l'intervention, IRC, en collaboration avec les membres du cluster protection et sous-cluster VBG, renforcera les capacités des autres clusters sur la protection transversale. Ces formations couvriront toutes les thématiques liées au handicap à la PSEA, au genre, à la protection de l'enfant et aux VBG. La prise en compte de ces problématiques transversales est intégrée directement à l'ensemble du programme, et notamment à travers le résultat Protection. L'application de la protection transversale tout au long de l'action permet d'évaluer les risques rattachés à chaque groupe spécifique. Les évaluations et audits réalisés permettront de garantir que chaque dimension transversale soit correctement abordée et incluse dans les différentes activités. Les groupes et personnes à besoins spécifiques feront l'objet d'une attention particulière pour que le programme soit inclusif à tous les niveaux. En effet, les personnes handicapées, les enfants séparés et non accompagnés, les enfants sortis des forces et groupes armés, les survivants de VBG, les personnes âgées et celles souffrant de problèmes de santé mentale sont plus susceptibles d'être discriminées et/ou victimes de violences, d'exploitation et d'abus. Ces formations mettront l'accent sur le fait que la vulnérabilité n'est pas inhérente au statut des personnes, mais plutôt déterminée par plusieurs facteurs qui changent en fonction du contexte, comme les privations sévères, les discriminations graves, les relations abusives ou d'exploitation, ainsi qu'une profonde détresse en interaction avec les capacités d'adaptation. Le projet s'évertuera à éliminer toute forme de discrimination à l'égard de ces groupes de personnes marginalisées, à réduire les obstacles auxquels ils font face et à faciliter leur accès aux différents services offerts (santé et protection). Les hommes, les femmes, les filles et les garçons, ainsi que les personnes vivant avec un handicap, auront un accès équitable aux différents services fournis par le projet. Des audits de sécurité et une analyse de genre pourront également être réalisés afin d'identifier les risques de VBG, de relever les disparités de genre contextuelles et de proposer des mesures d'atténuation.

Pour l'IRC, une prestation sûre et digne des programmes et services doit aller au-delà de la qualité des services fournis. Elle doit prendre en compte la manière dont les bénéficiaires expérimentent ces services, en particulier la capacité de l'organisation à garantir qu'ils sont à l'abri d'exploitations et d'abus pendant les périodes de vulnérabilité qu'ils traversent. La prévention des incidents de sauvegarde nécessite une solide orientation et un renforcement des capacités continu des membres du personnel pour garantir le respect du code de conduite et des différentes politiques de protection des clients. Bien que l'objectif de l'IRC soit de toujours empêcher les violations de sauvegarde de se produire, le renforcement des capacités du personnel à répondre à de tels incidents est également nécessaire pour faire de la sauvegarde une culture organisationnelle qui dissuade les violations tout en garantissant que ceux qui en sont victimes soient capables d'en parler, à travers les différents canaux de signalement (canaux réactifs et canaux proactifs), et de recevoir l'assistance et les services nécessaires et opportuns et de qualité.

i) Dispositif de suivi-évaluation renforcé et apprentissage

Dans le cadre du suivi, de l'évaluation, de la redevabilité et de l'apprentissage (MEAL), l'IRC dispose déjà d'un système de suivi et d'évaluation bien établi et organisé. Le coordinateur MEAL, responsable de la gestion des données pour tous les projets mis en œuvre par l'IRC, contribuera efficacement à l'appui technique et à la consolidation des données. Conformément au plan de suivi et d'évaluation de l'IRC, toutes les activités de suivi seront alignées avec les exigences de l'AFD. Des rapports mensuels internes seront préparés et examinés par l'équipe de coordination afin d'identifier

les problèmes potentiels, de coordonner les efforts et d'améliorer l'efficacité, tout en veillant à ce que des mesures correctives soient prises.

Description des méthodes/outils de collecte des données

Le suivi du projet s'appuiera sur le cadre de suivi de l'action établi par l'IRC, qui sous-tend le suivi du programme de l'IRC, de la phase de conception à la phase de clôture. En fonction de l'échelle et du niveau des indicateurs du projet dans les différents secteurs, les méthodes et approches de collecte de données seront adaptées afin de garantir la disponibilité et l'exhaustivité des données tout au long de la durée de vie du projet. Elles vont des vérifications ponctuelles et des entretiens avec des informateurs clés aux évaluations, aux enquêtes et à d'autres méthodes. Le personnel de suivi et d'évaluation sera chargé de la collecte des données. La collecte de données de routine sera effectuée par le personnel du projet, qui effectuera également des visites de contrôle sur le terrain, des vérifications de données sur place et des contrôles de la qualité des données du programme sur une base quotidienne. Les responsables, coordinateurs et le coordinateur MEAL effectueront des visites régulières pour soutenir la supervision et l'orientation de la stratégie MEAL en vue d'une gestion adéquate des données pour en garantir la qualité et la fiabilité. Toutes les données collectées dans le cadre du projet seront ventilées par sexe, genre, âge, lieu et vulnérabilités (en veillant à inclure les personnes en situation de handicap, les personnes âgées, les ménages dirigés par des femmes et d'autres groupes marginalisés), conformément aux meilleures pratiques et aux lignes directrices. Toutes les méthodes de mesure et tous les indicateurs sont conformes aux lignes directrices définies dans les "Core Indicator Guidance Notes" de l'IRC.

En outre, l'outil GBV/IMS (Gender-Based Violence Information Management System)¹⁶, lancé conjointement par UNFPA, UNHCR et l'IRC, sera également utilisé dans le cadre de ce projet. L'IRC est la seule organisation au Tchad dont le personnel de suivi et évaluation est formé pour l'utilisation de cette base de données. L'outil est actuellement utilisé pour la gestion des cas de VBG dans tous nos autres projets. IRC veillera sur les bonnes pratiques de collecte, de stockage et de partage de données à travers les protocoles de partage d'informations VBG en respectant les considérations éthiques standards.

Gestion des données

Les données et informations de l'IRC sont gérées et sauvegardées conformément aux protocoles de gestion des données décrits dans la politique de gestion et de partage des données informatiques. L'accès aux données est limité au personnel de l'IRC et des lignes directrices en matière de partage des données sont en place. Pour l'accès interne et externe à l'information, l'approbation du coordinateur informatique ou de l'encadrement supérieur est requise. Ces lignes directrices seront appliquées dans la gestion des données et des informations relatives aux projets dans le cadre de la protection de l'information.

Procédures d'assurance qualité des données

Tout au long du projet, le consortium mettra en place une assurance qualité des données, une exigence clé pour la réalisation du projet. Les procédures de qualité des données suivantes seront introduites périodiquement par les responsables du Suivi & Evaluation et du projet pour garantir l'exhaustivité et la pertinence des données :

- Vérification des données sur place (OSDV) : chaque mois, le responsable du suivi et de l'évaluation de chaque activité, en collaboration avec le responsable du programme concerné, effectuera une vérification de la qualité des données sur place. Tous les quatre mois, le responsable du suivi et de l'évaluation effectuera des visites de suivi pour la vérification des données sur place, l'objectif étant de s'assurer que les données collectées sont aussi précises que possible et de minimiser les erreurs humaines et instrumentales - y compris celles qui surviennent lors du traitement des données.

¹⁶ Des données fiables sont cruciales pour informer la réponse humanitaire à la violence basée sur le genre. La communauté humanitaire ne disposait pas d'une approche éprouvée pour la collecte, la gestion et le partage des données relatives à la violence basée sur le genre générées par la prestation de services. Cette lacune entravait le potentiel de programmation, la coordination inter-agences et les efforts de plaidoyer. Un système de gestion de l'information sur la violence basée sur le genre (GBVIMS) robuste existe maintenant et a été mis en œuvre dans plus de 20 pays au cours de près de 10 ans. L'initiative GBVIMS a été lancée en 2006 par l'UNOCHA, le HCR et l'IRC. Le comité de pilotage du GBVIMS est maintenant composé de l'UNFPA, de l'UNICEF, du HCR, de l'IRC et de l'IMC.

- **Audit de routine de la qualité des données (RDQA) :** l'équipe de S&E procédera à une évaluation trimestrielle "rapide" de la qualité des données, au moyen de la liste de contrôle de la qualité des données du suivi de l'action (MfA) de l'IRC, qui évalue la qualité des données en examinant les "3 C": L'exhaustivité, l'exactitude et la cohérence. Cet outil vise à évaluer la qualité des données collectées et à identifier toute action de suivi nécessaire pour l'améliorer.

Tous les trimestres, l'équipe de contrôle effectuera des audits de données plus complets, c'est-à-dire des évaluations approfondies de la validité, de la fiabilité, de la précision, de l'intégrité et de l'actualité des données collectées et communiquées. Les audits de données permettront aux gestionnaires d'identifier les problèmes de qualité des données et d'y répondre, et de déterminer dans quelle mesure les données existantes peuvent être fiables et utilisées pour éclairer les décisions relatives à la mise en œuvre du projet. Les audits de données permettent aux gestionnaires d'identifier les problèmes systémiques affectant la qualité des données et les possibilités de prendre des mesures correctives. Un audit de données consiste à répéter - pour des éléments de données sélectionnés - l'agrégation de données qui a eu lieu précédemment à la fin d'une période de rapport.

Protection et sécurité des données

IRC dispose d'une politique de protection et de sécurité des données bien développée qui sera mise en œuvre pour assurer la sécurité et la protection des données dans le cadre des actions du projet. Cette politique prévoit que tous les utilisateurs de l'IRC doivent utiliser des contrôles appropriés, conformément aux instructions de la direction et de la politique de l'IRC, pour protéger l'accès physique et électronique aux ressources d'information de l'IRC, telles que les ordinateurs portables, les clés USB/disques durs, le stockage amovible, les appareils personnels ou des technologies similaires. Par exemple, l'utilisation de câbles de verrouillage, de mots de passe et de mesures de sécurité physique est encouragée. Toutes les données relatives à la performance du projet seront stockées dans les "comptes Box" de gestion des connaissances, avec un accès limité par mot de passe et surveillé par le superviseur informatique pour prévenir l'accès non autorisé et les modifications non autorisées. Dans le cadre de la même politique, les clients du programme sont protégés par la "clause de confidentialité de l'IRC", qui exige que le personnel de l'IRC ne révèle pas d'informations confidentielles ou de propriété à des tiers ou à quiconque en dehors de l'IRC. CommCare fournit un accès sécurisé aux données individuelles, l'IRC Tchad dispose d'une licence d'entreprise et la gestion de l'espace se fait conformément aux procédures du code des données.

Plans de révision régulière des données et d'utilisation

Une base de données sera mise à disposition et régulièrement mise à jour par le personnel des projets sur le terrain. Cette base de données sera ensuite vérifiée, compilée et analysée par le personnel de suivi et d'évaluation chaque mois. Les bases de données comprendront des statistiques sommaires et un suivi des indicateurs clés. Sur une base hebdomadaire, mensuelle et trimestrielle, les gestionnaires et coordinateurs de programme examineront les données programmées et les utiliseront pour les types de prise de décision suivants :

- **Hebdomadaire :** les indicateurs de processus seront inclus dans les rapports d'activités hebdomadaires afin de soutenir le suivi des progrès par rapport au plan de travail et l'identification des problèmes de mise en œuvre nécessitant une action corrective en temps réel. Les décisions prises sur une base hebdomadaire incluront la nécessité d'ajuster le plan de travail pour la semaine suivante et l'allocation de temps de travail aux différentes activités.
- **Mensuelle :** pour chaque domaine de programmation, les indicateurs de résultats seront examinés mensuellement lors des réunions d'examen des subventions. Cela permettra d'analyser les résultats et les effets de l'intervention, en comparant les résultats réels avec les étapes et les objectifs prévus. Les décisions prises chaque mois incluront la détermination de la trajectoire du projet, la nécessité de prendre des mesures correctives pour garantir la réalisation des résultats du programme, et les actions à entreprendre en fonction des retours d'information des bénéficiaires. Il sera également question d'évaluer le degré de représentation des groupes vulnérables, des femmes et des filles parmi les bénéficiaires du programme, ainsi que la nécessité d'entreprendre d'autres activités de sensibilisation.

- Trimestrielle : les résultats et les données d'impact seront analysés et présentés lors des réunions d'examen stratégique de l'IRC au Tchad. Ces analyses informeront la prise de décision à un niveau plus élevé sur la manière dont la programmation actuelle et les réalisations à ce jour correspondent au contexte interne et externe.

Supervisions et Evaluations

Des visites de supervision conjointes seront effectuées avec les partenaires techniques des DS, les DPS et du Secrétariat Permanent pour les ONG et les Affaires Humanitaires (SPONGAH) : le DS sur une base semestrielle, la DPS sur une base annuelle et le SPONGAH à la fin de chaque année afin d'évaluer la performance des structures de santé et de reformuler les recommandations nécessaires à l'amélioration.

Par ailleurs, plusieurs évaluations seront réalisées :

- Une évaluation à mi-parcours¹⁷ par une consultance externe afin de mesurer le niveau de progrès des indicateurs du projet par rapport aux cibles fixées et mesurer l'impact du projet tout en fournissant des informations sur les progrès accomplis à travers les indicateurs, les ajustements nécessaires et les leçons apprises qui serviront de guide pour de futures interventions dans le domaine.
 - Deux études recherche-action¹⁸ seront réalisées par l'université de Colombia sur les interventions SRMNIA et VBG. Des méthodes mixtes seront utilisées afin d'évaluer l'influence d'une intervention du projet sur les attitudes, comportements et/ou processus de prise de décisions des femmes en âge de procréer, leurs maris, et les adolescents (filles et garçons);
 - Trois Enquête CAP (Connaissances, Attitudes, Pratiques) seront réalisées auprès de femmes et filles sur les questions liées à la SSR et la Protection, à l'aide d'un guide d'entretien constitué de questions ouvertes et fermées dont les données seront recueillies sur tablettes via *CommCare* afin de mesurer certains indicateurs;
 - Deux évaluations de la satisfaction des clients seront effectuées au début et à la fin des services fournis par le consortium, en utilisant un ensemble harmonisé de questions pour informer la décision sur la façon d'adapter/améliorer les aspects clés des services fournis. Les méthodologies d'évaluation sur la satisfaction des clients seront la collecte de données quantitatives et quantitatives à l'aide d'une évaluation par questionnaire sur la satisfaction des clients intégrée à *CommCare*.
 - Le dispositif "suivi-évaluation", associé à la composante recherche, développera une démarche de capitalisation des bonnes pratiques du projet à travers des ateliers réunissant les parties prenantes du projet. Cette capitalisation propre au projet se fera au "fil de l'eau" et en complémentarité avec la capitalisation croisée.
- D'autres enquêtes, tel que, l'audit de sécurité/genre, l'évaluation de prévention et contrôle des infections (PCI) seront également réalisées avec des outils paramétrés dans *CommCare*.
- Audit de sécurité : les audits de sécurité sont des évaluations réalisées sur les sites du projet sur une fréquence annuelle par le secteur de la protection en collaboration avec l'équipe MEAL du projet afin d'identifier les risques de VBG et les obstacles à l'accès de diverses femmes et filles à l'aide humanitaire. Les membres des communautés ciblées y compris les femmes et filles sont invités à analyser les risques et obstacles identifiés et proposer un plan d'atténuation des risques. IRC implique les femmes et les filles dans la conduite des audits dans le but de renforcer leurs compétences de leadership et de plaidoyer. Les rapports des audits réalisés sont partagés au cluster protection pour soutenir les initiatives de plaidoyer et orienter la programmation à la VBG.
 - Evaluation PCI : par "prévention et contrôle de l'infection" on entend les pratiques et les procédures fondées sur les données probantes qui, lorsqu'elles sont appliquées de façon constante dans les milieux de soins de

¹⁷ Pour rappel, l'évaluation finale se fera au niveau du programme et sera financée sur budget AFD.

¹⁸ Il s'agit des 2 études pour analyser les obstacles et les facilitateurs de la prestation et de l'utilisation des services soins après avortement (SAA) (1 étude par province), 1 étude sur les soins de maternité centrés sur la personne au Guéra.

santé, peuvent prévenir la transmission ou réduire le risque de transmission de micro-organismes aux prestataires de soins de santé, aux patients et aux visiteurs. Ainsi le projet après la dotation des CS en matériels PCI, se propose de conduire deux évaluations PCI par an à raison d'une évaluation par semestre. Ces évaluations permettront de i) Connaître le niveau de mise en application de la PCI dans les CS soutenus ; ii) comprendre les problèmes liés à la PCI au niveau des CS appuyés ; iii) déterminer le niveau de soutien et implication ; iv) dégager les points à améliorer dans les CS appuyés ; v) Faire des recommandations pour une durabilité de la PCI dans les structures sanitaires soutenues.

Redevabilité

L'IRC Tchad s'engage fermement à placer ses clients/bénéficiaires au centre de sa réponse humanitaire, en accordant une attention particulière à leurs aspirations et perspectives afin de rendre les services et l'assistance plus efficaces, pertinents, appropriés et responsables pour les clients et les communautés affectées par la crise.

Une procédure opérationnelle standard du mécanisme de responsabilité, de retour d'information et de plainte est disponible. Elle définit des canaux sûrs, accessibles, transparents et confidentiels permettant aux bénéficiaires de faire part de leurs retours d'information, suggestions et plaintes, et de recevoir des réponses appropriées dans un délai raisonnable concernant les décisions de l'IRC. Il est important de noter que ce SOP est conforme à la norme humanitaire fondamentale de qualité et de responsabilité (CHS) de l'engagement 5, " les communautés et les personnes touchées par les crises ont accès à des mécanismes sûrs et réactifs pour traiter leurs plaintes" avec le critère de qualité : les plaintes sont bien reçues et traitées. Il met particulièrement l'accent sur les principes directeurs contenus dans les documents de référence tels que AAP (Accountability to affected Population) ou PSEA (Protection Against Sexual exploitation and abuse).

Le type de canal actuellement opérationnel est réactif, avec la mise en place de la ligne verte, des boîtes à idées et des comités de réclamation locaux. Ces canaux sont fonctionnels dans tous les sites d'intervention, à la suite de campagnes de sensibilisation, de la formation des clients et des comités de réclamation. Les plaintes/réactions sont reçues par le point focal (Accountability Officer), encodées dans une base de données, puis renvoyées en interne (IRC) ou en externe afin de fournir des réponses détaillées aux clients tout en respectant la procédure. Ces plaintes/retours permettront d'orienter la stratégie de mise en œuvre du projet et de corriger en interne les lacunes afin de répondre aux aspirations de nos clients en leur permettant d'accéder à l'intervention humanitaire.

j) Pérennité du projet

La pérennité du projet sera étroitement liée à la politique de renforcement institutionnel de l'IRC, qui vise à mettre en place et à suivre des systèmes de gestion efficaces au niveau des Districts Sanitaires (DS), afin qu'ils soient en mesure de fonctionner de manière autonome à l'avenir. À cet effet, les DS et les Délégations Sanitaires Provinciales (DSP) ont toujours été impliqués dans l'identification des besoins lors de l'élaboration du projet ainsi que dans sa mise en œuvre, ce qui démontre leur parfaite connaissance du projet et des attentes pour la fin de celui-ci.

Depuis la phase I, l'IRC s'est davantage investi dans l'appui aux structures étatiques des deux régions et collabore étroitement avec les DS et les DSP en transférant les responsabilités de recrutement, de gestion et de renforcement des capacités des agents de santé. Le maintien et la stabilité de ce personnel dans les structures sanitaires après le désengagement de l'IRC demeurent un défi majeur. Néanmoins, l'IRC intensifiera ses efforts pour aider les DS et les DSP à faire du plaidoyer auprès du ministère de la Santé Publique afin qu'une grande partie du personnel mis à disposition des DS par l'IRC soit intégrée dans la fonction publique. À cet effet, il est prévu d'organiser un atelier de plaidoyer sur cette intégration avec toutes les parties pendant cette phase. Pour garantir la disponibilité des médicaments et des matériels médicaux, avec la gratuité partielle, les Centres de Santé (CS) pourront être approvisionnés et dotés à partir des recouvrements de coûts réalisés par les CS. Toutefois, le consortium envisage de faire des plaidoyers auprès des partenaires (UNICEF, OMS, UNFPA) et des programmes transversaux du MSP (Programme National de Lutte contre le Paludisme, Programme National de Lutte Contre le SIDA, etc.) ainsi le projet de la Banque mondiale afin de les inciter à augmenter la quantité de leurs donations pour couvrir les besoins.

L'IRC s'assurera que, outre les agents de santé et l'Équipe Cadre de District (ECD), les organes de participation communautaire (COGES, COSAN, Groupes de Soutien en ANJE, Relais Communautaires, facilitateurs communautaires) acquièrent les compétences requises et disposent des outils et matériels indispensables pour travailler de façon

autonome. Le projet impliquera les familles et les communautés pour identifier les problèmes, les risques, les besoins et les priorités de personnes vulnérables affectés par les VBG. Les stratégies d'engagement communautaires à travers les AVEC, EMAP, Girl Shine assureront la continuité des mesures de protection au sein des familles et des communautés. Ces structures communautaires impliquées depuis la phase 1 jusqu'à la phase 2 assureront la continuité des actions de prévention et de réponse VBG en s'alignant sur les politiques, stratégies nationales et internationales, les standards de respect et de considérations éthiques VBG.

2.3 Capacité de mise en œuvre du projet

a) Partenaires :

Le consortium chargé de mettre en œuvre ce projet est dirigé par l'IRC et inclut l'ASTBEF ainsi que l'Université de Columbia. Cette composition a été créée initialement pour la première phase de ProGeSan. Cependant, la deuxième phase sera beaucoup plus axée sur les partenaires, en leur accordant un budget plus important. Parallèlement, un plan de développement des capacités de l'ONG locale ASTBEF sera mis en place afin de mieux renforcer leur rôle et leur impact au sein du secteur humanitaire au Tchad. Le Partnership Capacity Assessment¹⁹ d'ASTBEF est planifié pour août 2024. À l'issue de ce PCA, le plan de renforcement de capacité de l'organisation sera validé. Le plan d'action qui en ressortira pourra être financé entre autres grâce à la ligne "Capacity building".

L'IRC : L'IRC a 1 bureau central à N'djamena, 4 bureaux et 9 sous-bureaux : Iriba (sous-bureau de Guereda et Amdjarass), Hadjer-Hadid (sous-bureau à Farchana et Abéché), Mongo (sous-bureau de Melfi, Mangalmé, Bitkine) et Bagasola (sous-bureau de Liwa et Bol). Les interventions de l'IRC s'inscrivent dans un plan d'action stratégique dont l'objectif est de créer un environnement où les femmes, hommes, filles, et garçons, affectés par les crises, reçoivent une assistance digne et adaptée à leurs besoins. En réponse aux différentes crises, l'IRC a étendu son action dans plusieurs régions du pays et intervient actuellement à l'Est (depuis 2004), et dans le Guéra (depuis 2012). L'IRC intervient également au Lac depuis 2016 et offre une assistance multi-sectorielle en santé, nutrition, protection, assistance monétaire et relèvement précoce aux personnes réfugiées, aux personnes déplacées internes (PDI) et aux populations hôtes grâce à divers financements. IRC possède une expertise avérée dans la mise en œuvre des interventions et approches innovantes telles que le traitement communautaire des principales maladies de l'enfant, (iCCM) et la prise en charge des maladies non transmissibles (MNT). L'IRC est un acteur clé de protection au Lac, et met en œuvre des interventions innovantes avec les espaces sûrs pour les femmes/filles, les approches EMAP (*Engaging Men through Accountable Practice*), les groupes de discussions genre, le modèle « Girl Shine » et les sessions d'éducation structurées avec les garçons.

ASTBEF : L'ASTBEF est une organisation tchadienne créée en 1991 et reconnue comme une ONG d'utilité publique par décret n°546/PR/PM/MAT/2011 du 13 juin 2011. Son siège est basé à Ndjamen. Elle est membre à part entière et accréditée par la Fédération Internationale de la Planification Familiale (IPPF) et opère avec les autres associations membres dans la Région Afrique. Elle œuvre principalement dans le domaine de la santé de la reproduction, en mettant l'accent sur la planification familiale, la maternité à moindre risque/avortement et la lutte contre les infections sexuellement transmissibles (IST). Elle accorde une attention particulière aux besoins en santé de la reproduction des jeunes et des adolescents, à l'équité entre les genres par le plaidoyer et à la prestation de services. L'ASTBEF dispose de 6 cliniques pour les activités de sensibilisation et l'offre de services en SR/PF, 11 antennes dans les provinces pour les activités de plaidoyer et de sensibilisation en SR/PF, et enfin, 5 centres d'informations et d'orientations des jeunes (CIOJ) pour offrir des services adaptés en SR/PF aux jeunes. Ces cliniques, antennes et CIOJ sont répartis à travers tout le territoire national. L'ASTBEF lutte pour « une société où chaque individu exerce et jouit pleinement de ses droits en santé sexuelle et reproductive sans discrimination dans un environnement favorable ». Elle œuvre pour la défense et la promotion de la santé de la reproduction dans toutes ses composantes, notamment : la planification familiale, la maternité à moindre risque et la prévention des avortements, la lutte contre les IST/VIH/SIDA, la lutte contre les pratiques traditionnelles néfastes, y compris les violences liées au genre, l'équité entre les genres et le plaidoyer.

¹⁹ Il s'agit d'une mise à jour du précédent plan de renforcement de capacités d'ASTBEF. Après concertation/entretien avec ASTBEF et ses membres par département, une matrice de notation est complétée. De la note finale et des recommandations de chaque département, le plan de renforcement des capacités de l'association est actualisé.

Columbia University, USA (CU) : L'Initiative RAISE (Reproductive Health Access, Information and Services in Emergencies), au sein du Heilbrunn Department of Population and Family Health de la Mailman School of Public Health, catalyse le changement dans la manière dont les DSSRs sont abordés dans les situations humanitaires. RAISE travaille en appliquant le pouvoir des partenariats coopératifs et en adhérant aux principes de santé publique de l'équité et de la pratique fondée sur des données probantes. Dr. Sara Casey, Directrice de RAISE, est un pionnier de la collaboration avec des partenaires pour identifier et relever les défis afin d'améliorer les services de SSR dans les pays touchés par la guerre. RAISE est en première ligne pour renforcer les capacités en matière de santé de la reproduction (SR) et garantir que les personnes vivant dans des contextes humanitaires bénéficient de services de SSR de haute qualité. Columbia University aura la responsabilité globale de la composante recherche. Afin de renforcer les compétences des collègues nationaux dans le domaine de la recherche SSR, CU travaillera en étroite collaboration avec IRC et les chercheurs du Laboratoire de Sociologie, d'Anthropologie et des Études Africaines (LaSA) de l'Université de N'Djamena sur la conception, la mise en œuvre et l'analyse de la recherche. Le LaSA travaille dans le domaine social, économique, anthropologique, environnemental, culturel et politique. Il a également pour mission de développer les axes de recherche sur les thématiques liées aux dynamiques des sociétés dans le Bassin du Lac Tchad, à la géopolitique et géostratégie entre le Sahel et le Sahara. Dr. Vincent de Paul Allambademel, Responsable de LaSA, et Dr. Alexis Ngarmatedjimal, Chef du Département de Sociologie, sont les chercheurs principaux. Il a été demandé à l'équipe de l'Université de N'Djamena d'identifier une chercheuse compétente en SSR/genre au sein de leur équipe. Les chercheurs des deux universités effectueront ce travail ensemble afin d'assurer le renforcement de compétences dans ce domaine.

b) Schéma organisationnel, pilotage et gouvernance

Le projet a été conçu et sera réalisé grâce à un partenariat en consortium avec l'ASTBEF, et l'Université de Columbia. Le consortium reconnaît que la participation active du ministère de la Santé Publique (MSP), du Ministère de la Femme, de la Famille et de la Protection de l'Enfance, ainsi que de leurs représentants régionaux, des autorités traditionnelles et religieuses, et des bénéficiaires du projet, est cruciale dans les deux régions ciblées.

- **Collaboration et partenariats** : Ce projet sera mis en œuvre de manière efficace en collaboration avec le niveau central du MSP à travers l'identification de points focaux qui assureront le suivi et le contrôle qualité des interventions et veilleront à ce que les interventions cadrent avec l'objectifs inscrits. Le ministère de la femme sera également impliqué dans les cadres habituels IRC/Ministère de la femme : protocole d'accord, clusters, sous-groupes de travail etc. Les districts sanitaires (DS) étant le niveau opérationnel du projet appuieront les CS dans la mise en œuvre des interventions de qualité à travers la coordination des interventions, la réalisation du renforcement de capacités, des supervisions formatives, des réunions de planification, des réunions de monitoring et d'analyse des données etc. De même, le secteur de la protection continuera sa collaboration avec le Ministère de la femme et de la petite enfance au niveau central ainsi qu'à travers les délégations provinciales du Guéra et du Wadi-Fira. Pour formaliser cette collaboration, un MoU est en cours de signature avec le niveau central. Aux niveaux provinciaux, IRC dispose des protocoles de collaboration avec ce Ministère. IRC est également co-facilitateur des groupes de travail VBG de Mongo (Guéra) et de Guereda (Wadi-Fira).
- **L'IRC a déjà établi des protocoles de collaboration** avec les DS de Mongo, et Guéréda, et signera un protocole avec le DS de Baro au début du projet. De plus, des protocoles seront établis avec le ministère des Affaires Sociales pour la gestion des centres sociaux en partenariat avec l'IRC et l'ASTBEF.
- **Coordination et supervision** : Pour capitaliser sur le succès des efforts précédents, le consortium continuera à collaborer activement avec les acteurs locaux tout au long de la période d'extension du projet. L'IRC maintiendra une cellule de coordination globale du projet, regroupant tous les membres du consortium, les autorités politico-administratives locales et les responsables de la santé. Cette cellule supervisera la progression des résultats et offrira les orientations nécessaires pour assurer le bon déroulement du projet. Des réunions de coordination trimestrielles seront organisées pour évaluer la progression du projet, suivre les indicateurs et partager les résultats des études et enquêtes.
- **Mécanisme de redevabilité** : Dans son engagement à impliquer toutes les parties prenantes et à solliciter leur contribution, l'IRC mettra en place un mécanisme de redevabilité fonctionnel et durable. Ce mécanisme

comprendra des enquêtes de satisfaction, des discussions de groupe périodiques et une ligne d'assistance dédiée. Ce système de redevabilité, déjà existant, sera maintenu pour placer les clients et les bénéficiaires au cœur des actions du consortium, en tenant compte attentivement de leurs attentes et perspectives.

- ⇒ Cette approche vise à renforcer l'efficacité, la pertinence, l'adéquation et la redevabilité de nos services et de notre assistance envers les clients, les communautés concernées et les autres parties prenantes. En assurant une coordination étroite avec toutes les parties prenantes et en mettant en œuvre des mécanismes robustes de suivi et de redevabilité, le projet aspire à offrir des résultats durables et bénéfiques pour les populations ciblées.

c) Mode opératoire du projet

L'IRC a été désignée chef de file de ce projet en raison de son ancrage régional solide dans les zones ciblées et de sa renommée en tant qu'expert en santé reproductive, ainsi que dans la prévention et la réponse aux VBG au Tchad. L'IRC mobilisera ses propres équipes spécialisées en santé, protection/VBG, gestion des subventions, suivi et évaluation, finances, logistique, administration et sécurité, réparties entre le bureau national de N'Djamena et les bases de Mongo et de Guéréda. ASTBEF apportera son expertise dans la gestion des centres sociaux, la connaissance des régions, des acteurs locaux et gouvernementaux, ainsi que son expérience dans la promotion des bonnes pratiques en matière de santé reproductive et de planification familiale au sein des communautés. L'Université de Columbia, notamment par l'intermédiaire de son initiative RAISE de l'École de Santé Publique aura la charge du volet recherche du projet en étroite collaboration avec les chercheurs de l'Université de N'Djamena, avec sa Faculté de Sciences humaines et sociales, le consortium travaillera en étroite collaboration avec les autorités étatiques au niveau régional, en particulier les Districts Sanitaires (DS) soutenus, en signant une convention de collaboration pour définir les rôles et les responsabilités de chaque partie impliquée dans le projet.

Ressources humaines dédiées :

IRC :

- La direction pays d'IRC au Tchad est basée à Ndjamenas sous le leadership d'un.e Directeur.ice pays appuyé.e par trois (03) directeurs adjoints : Un Directeur des programmes, un Directeur des opérations et un Directeur des finances. Chacun des directeurs adjoints coordonne une équipe technique en charge de l'encadrement technique de la mise en œuvre des projets. Ainsi, les coordinateurs nationaux de finance, des RH, de l'informatique, de la chaîne d'approvisionnement, des subventions, de Protection, 6 coordinateurs de Santé (santé primaire, santé mentale, santé de la reproduction, Nutrition Eau, Hygiène et Assainissement, tous coordonnés par le coordonnateur principal santé), 1 coordinateur de bien-être économique, 1 coordinateur MEAL et 1 coordinateur des partenariats. L'équipe de coordination nationale assure de façon continue et rigoureuse le suivi et l'encadrement des équipes de projet à travers les réunions périodiques de coordination sur le terrain et au niveau national. Le partage des rapports mensuels d'avancement avec la coordination nationale et la supervision terrain.
- Au niveau terrain, des équipes techniques spécialisées assure la qualité de la mise en œuvre à travers des notes de cadrage, de revue des documents (TdR d'activités, rapports, etc.), de visites terrain de supervision et surtout de communication et gestion continue avec les autorités, les partenaires et les cadres de concertation.
- En outre, l'équipe du bureau pays d'IRC reçoit l'appui technique des équipes régionales et du siège. En effet, chacun de nos secteurs d'intervention dans ce projet notamment la santé, la nutrition et la protection, dispose d'un conseiller technique qui apporte l'appui – encadrement nécessaire aux équipes pays. Il/elle révisé les documents techniques clés et effectue des missions de supervision et d'appui sur le terrain.

Columbia University :

- Une Chercheuse principale qui est également directrice de l'initiative RAISE (Reproductive Health Access, Information and Services in Emergencies) à Columbia University. Elle supervisera tous les aspects de la

composante recherche, y compris le développement de la méthodologie de recherche, la formation des enquêteurs, l'analyse des données, la coordination avec les collègues tchadiens, la rédaction des manuscrits et l'utilisation des données. Dr Casey assurera la supervision technique des méthodes, du développement des outils, de l'analyse des données et de la rédaction des articles et synthèses, et dirigera la recherche sur le terrain.

- Une Grants manager supervisera la gestion financière et administrative de la subvention. Elle est responsable de la préparation des rapports financiers, de la réconciliation des comptes et de l'organisation de la mise en place des comptes après l'attribution de la subvention.
- Un Junior Accountant traitera les factures, les bons de commande et les rapports de voyage, et les soumettra au processus d'approbation de l'université.
- Un.e Assistant.e de recherche (étudiant MPH) aidera avec le développement d'outils, à la saisie, au nettoyage et à l'analyse des données, et la rédaction des documents.

ASTBEF :

- Un chef de projet qui coordonne les activités de terrain et est responsable de la gestion des biens et actifs de l'ASTBEF.
- Un superviseur qui appuie le chef du bureau et est responsable en suivi et évaluation des activités sur le terrain.
- Deux assistantes sociales qui assurent la sensibilisation sur les violences basées sur le genre et en fait le référencement.
- Deux mobilisateurs communautaires en charge de la mobilisation communautaire.
- Un comptable qui assure la gestion comptable des activités.
- Un Responsable administratif et financier qui s'assure que toutes les politiques et procédures sont conformes aux politiques et exigences de la source de financement, gère les activités et les calendriers du département financier afin de respecter les exigences en matière de rapports financiers et les délais.

e) Capacités à conduire un dialogue avec les autorités locales, l'AFD Paris et l'agence locale :

L'IRC a signé un protocole d'accord avec le gouvernement du Tchad, établissant une base de travail et d'opérations dans le pays. Cet accord lie étroitement l'IRC au ministère du Plan, qui agit en tant que ministère de tutelle, en particulier par l'intermédiaire de son service de la Direction des ONG (SPONGAH). L'IRC conclut également des accords de projet avec ce ministère, qui assure le suivi des activités sur le terrain. Parallèlement, l'IRC collabore étroitement avec le ministère de la Santé Publique et participe activement à divers forums et comités tant au niveau de N'Djamena qu'à l'échelle nationale. Par exemple, l'IRC est membre de la plateforme nationale consacrée à la Santé de la Reproduction, de la Mère, du Nouveau-né, de l'Enfant et de la Planification Familiale (SRMNIA/PF). Cette plateforme joue un rôle essentiel en coordonnant les interventions dans ce domaine. De plus, l'IRC s'est engagé dans un processus d'intégration des services au sein du système national de santé. Cette initiative consiste à renforcer les compétences techniques du personnel gouvernemental et à fournir un soutien en équipements aux structures sanitaires. Cette démarche a été mise en œuvre depuis 2016 dans la région du Guéra et depuis 2017 dans la région du Wadi-Fira.

L'IRC gère deux projets financés directement par l'Agence Française de Développement, notamment ProGeSan (Santé, Protection) et un autre projet mis en œuvre dans la région du Lac Tchad intitulé ADELAC (Santé, Protection et Education, et Gouvernance), pour un montant total de 10 millions d'euros. De plus, l'IRC fait partie du consortium du projet RESPECCT (Economic Recovery & Development) financé par l'AFD et la Commission Européenne, dirigé par Concern Worldwide. Au niveau mondial, l'IRC a deux autres projets financés par l'AFD avec le Niger axé sur la nutrition et un multi-pays du Fonds de Soutien aux Organisations Féministes (FSOF). L'équipe de l'IRC, composée du Directeur Adjoint des Programmes, du Responsable des subventions et du Directeur pays, travaille en étroite collaboration avec l'AFD depuis plus de cinq ans sur des activités liées à la santé, à la santé sexuelle et reproductive, ainsi qu'aux VBG.

2.4 Annexes

- Annexe 1 : Cadre logique

- Annexe 2 : **Calendrier indicatif de mise en œuvre**
- Annexe 3 : **Budget détaillé**
- Annexe 4 : **Tableau de suivi des recommandations de la phase I**
- Annexe 5 : **Proposition de stratégie de communication**
- Annexe 6 : **Intégration du genre dans l'équipe projet**
- Annexe 7 : **Cartographie des interventions**
- Annexe 8 : **Carte des zones d'interventions**
- Annexe 9 : **Note sur les flux financiers**
- Annexe 10 : **Plan de pérennisation**