



Évaluation des besoins pour une réponse humanitaire multisectorielle d'urgence dans les zones difficiles d'accès des régions de Bandiagara (Koro et Dinangourou) et Douentza (Village Douna et Tandi) au Mali.

MÉMOIRE POUR L'OBTENTION DU DIPLÔME DE MASTER SPECIALISE 2IE SPECIALITE: WASH HUMANITAIRE

Présenté et soutenu publiquement le 29/01/2026 par

Sekou Oumar KONATE (20230498)

Encadrant 2iE : Dr. SOSSOU K. Seyram, Enseignant-Chercheur et Responsable du Master WASH Humanitaire.

Encadrant externe ou Maître de stage : Allaye DIALLO, Coordinateur WASH à l'ONG IMADEL.

Structure (s) d'accueil du stage : Initiative Malienne Appui au Développement Local (IMADEL-MALI).

Jury d'évaluation du mémoire :

Président : Dr. KAROUI Helas

Membres et correcteurs : M. ADEOSSI Gir aude
M. DAGAWA Guy

Promotion [2023/2024]

DÉDICACE

C'est avec une profonde gratitude que je dédie ce travail :

À ma très chère mère, Mme KONATE Safiatou TRAORE, pour son amour inconditionnel, ses prières et son soutien indéfectible.

Ce mémoire est le fruit de tes sacrifices et de ton accompagnement de chaque instant.

À toute ma famille, pour avoir été mon socle et ma source de motivation tout au long de ce parcours.

À tous mes amis, pour votre présence constante, vos encouragements et votre solidarité qui m'ont permis de surmonter les obstacles et d'aller jusqu'au bout de cette formation.

À tous ceux qui me sont chers

REMERCIEMENTS

- Au terme de ce travail, je tiens à exprimer ma profonde gratitude et mes sincères remerciements à toutes les personnes qui ont contribué, de près ou de loin, à la réalisation de ce mémoire de Master.

- **Mes remerciements s'adressent tout d'abord :**

- **À l'institution 2iE :** J'exprime ma reconnaissance à l'équipe de l'Institut 2iE, et plus particulièrement à l'ensemble du corps professoral, pour cette opportunité exceptionnelle de suivre ce programme de master et pour la qualité des compétences que j'ai pu acquérir tout au long de ma formation.
- **À mon directeur de mémoire, le Dr K. SOSSOU Seyram :** Enseignant-chercheur à l'institut 2iE et Responsable de la formation WASH Humanitaire, je le remercie pour sa disponibilité constante, son encadrement attentif, ainsi que pour ses conseils et critiques constructifs qui ont été essentiels pour guider la rédaction de ce mémoire.
- **À mon encadrant interne, M. DIALLO Allaye :** Coordinateur du programme, je lui suis très reconnaissant pour son accompagnement et son encadrement précieux. Je le remercie pour son partage d'expérience, ses conseils avisés, sa patience et sa bienveillance tout au long de cette période.
- **À l'ONG Nationale IMADEL :** Je remercie l'ensemble du personnel de l'ONG IMADEL pour m'avoir accueilli et m'avoir accordé un cadre de travail propice pour mener à bien mes recherches.

- **Je tiens également à remercier :**

- **Mes collègues de Master :** Pour nos échanges constructifs tout au long de ces 12 mois. Leurs encouragements et notre solidarité ont été des facteurs déterminants pour franchir cette étape.
- **M. KONARE Soma :** À qui j'adresse un remerciement tout particulier pour son soutien indéfectible. Je vous suis extrêmement reconnaissant pour tout l'accompagnement que vous m'avez accordé.
- **M. Yéya Alhousseyni Maïga, M. Eric TAPSOBA, M. Imamou Barry et Mme Maïga Fatoumata Traore :** Pour leurs aides précieuses et leurs conseils avisés qui m'ont permis de persévérer jusqu'à l'aboutissement de ce travail.

RÉSUMÉ

L'analyse de la contrainte humanitaire (Accès, Sécurité) et diagnostique multidimensionnelle du centre du Mali (communes de Mondoro et Koro), révèle une crise sévère où l'insécurité (blocus, EEI) paralyse l'aide classique. Les enquêtes confirment une urgence critique en nutrition et WASH. Un faible taux de fonctionnalité des infrastructures hydrauliques (34 %) et avec un ratio d'une borne fontaine pour 250 personnes ; bien loin des normes d'urgence humanitaire. 95% de la population interrogée fait ses besoins en plein air (ravine, trou, brousse). Seulement 05% des personnes interrogées utilisent la latrine construite au sein des ménages qui ne sont pas en règle ; prolifération des mouches. Une prévalence élevée du paludisme (70-97%), des cas de maladies diarrhéiques et des infections respiratoires aiguës (IRA) ont été constaté au sein des ménages. Une malnutrition MAS critique dépassant le seuil d'alerte 02% et une proportion de MAM atteignant 43%.

L'analyse SWOT souligne que la fragilité des services fixes est compensée par la résilience des structures communautaires.

Le plan de réponse multisectoriel repose sur trois piliers : l'Agilité, la Localisation et l'Intégration. Les activités opérationnelles incluent le diagnostic initial WASH, le transport d'eau potable et la distribution de kits d'hygiène, de nutrition ciblant les ménages dans les zones difficiles d'accès. La réhabilitation des infrastructures est sécurisée par la formation d'artisans locaux, la dotation de pièces de rechange et la redynamisation des comités de gestion (CGE) pour garantir une maintenance autonome. Des séances d'IEC renforcent les pratiques d'hygiène essentielles.

Les recommandations privilégient le pré positionnement des stocks et les transferts monétaires pour contourner les obstacles logistiques. Ce changement de paradigme vers une aide décentralisée transforme les communautés en acteurs protagonistes de leur propre survie. Ce modèle intégré constitue l'unique solution viable pour maintenir l'accès humanitaire, réduire la mortalité et renforcer la résilience durable dans les enclaves les plus isolées du pays.

Mots Clés

- 1 - Agilité**
- 2 - Ancrage local**
- 3 - Intégration**
- 4 - Localisation**
- 5 - Résilience**

ABSTRACT

The analysis of humanitarian constraints (access, security) and a multidimensional assessment of central Mali (Mondoro and Koro communes) reveals a severe crisis where insecurity (blockade, IEDs) paralyzes traditional aid. Surveys confirm a critical emergency in nutrition and WASH (water, sanitation, and hygiene). The functionality of water infrastructure is low (34%), with a ratio of one water point for every 250 people, far below humanitarian emergency standards. 95% of the population surveyed defecates in the open (ravines, holes, bush). Only 5% of those surveyed use the latrines built within households that are not up to code; flies are proliferating. A high prevalence of malaria (70-97%), diarrheal diseases, and acute respiratory infections (ARIs) was observed in households. Critical malnutrition (MAS) exceeded the alert threshold at 2%, and the proportion of moderate acute malnutrition (MAM) reached 43%.

The SWOT analysis highlights that the fragility of fixed services is offset by the resilience of community structures.

The multi-sectoral response plan is based on three pillars: Agility, Localization, and Integration. Operational activities include initial WASH assessments, the transport of safe drinking water, and the distribution of hygiene kits targeting households in hard-to-reach areas. Infrastructure rehabilitation is secured through the training of local artisans, the provision of spare parts, and the revitalization of management committees (MCs) to ensure self-sustaining maintenance. Information, education, and communication (IEC) sessions reinforce essential hygiene practices.

The recommendations prioritize pre-positioning supplies and cash transfers to circumvent logistical obstacles. This paradigm shift toward decentralized aid transforms communities into active participants in their own survival. This integrated model represents the only viable solution for maintaining humanitarian access, reducing mortality, and strengthening sustainable resilience in the country's most isolated enclaves.

Keywords

1 - Agility

2 - Local roots

3 - Integration

4 - Localization

5 - Resilience

LISTES DES ABRÉVIATIONS

ATRS : Accoucheuse Traditionnelle Recyclée Suivie
ASC : Agent de Santé Communautaire
AES: Adduction d'eau summaries
BF: Bornes Fontaines
CREN : Centre de récupération et d'éducation nutritionnelle
CRENAS : Centre de récupération et d'éducation nutritionnelle ambulatoire sévère
CRENI : Centre de récupération et d'éducation nutritionnelle intensive
CMA : Cliniques Mobiles Adaptées
CE : Château d'eau
DTM : Displacement Tracking Matrix
EEI : Engin Explosive Improvisé
FEFA : Femmes enceintes ou/et femmes allaitantes
FDAL : Fin de la défécation à l'air libre
GANE : Groupe Armé Non Étatique
GSAN : Groupe de Soutien aux Activités Nutritionnistes
IPC: Integrated Food Security Phase Classification
Insuffisance pondérale sévère
IRA (Infection Respiratoire Aigüe = toux aigüe + fièvre)
IEC : Information - éducation – communication
MAG : Malnutrition Aiguë Globale
MAM : Malnutrition Aiguë Modérée
MAS : Malnutrition Aiguë Sévère
MC : Malnutrition chronique
MAD : Minimum Acceptable Diet
NF : Non fonctionnel
ODK : Open Data Kit
PCIMA : Prise en charge intégrée de la malnutrition aigüe
Penta : Pentavalent
PDI : Population de Déplacement Interne
PMH : Pompe à motricité humaine
RC: Retard de Croissance
RUSF: Ready-to-Use Supplementary Food.

REG : Reste d'Engin de Guerre

SSP : Service Soins de Santé Primaire

SAP : Système d'Alerte Précoce

SOMMAIRE

<i>DÉDICACE</i>	<i>i</i>
<i>Remerciements</i>	<i>ii</i>
<i>RÉSUMÉ</i>	<i>iii</i>
<i>ABSTRACT</i>	<i>iv</i>
<i>Listes des abréviations</i>	<i>v</i>
<i>Sommaire</i>	<i>1</i>
<i>Liste des Tableaux</i>	<i>5</i>
<i>Listes des Figures :</i>	<i>6</i>
<i>I. INTRODUCTION</i>	<i>8</i>
1). Hypothèses :	12
2) Objectif général et Objectifs Spécifiques :	12
3) GENERALITE : Accès aux services Sociaux de Base	13
<i>II) PRESENTATION DE LA STRUCTURE D'ACCUEIL ET DE LA ZONE D'ETUDE :</i>	<i>19</i>
1) PRESENTATION DE LA STRUCTURE D'ACCUEIL	19
a) Historique	19
b) Mandat :	19
c) Domaines d'intervention et positionnement au Mali :	19
2) PRESENTATION DE LA ZONE D'ETUDE.....	20
a) Présentation physique :	20
b) Cercle de Douentza :	20
c) Cercle de Bandiagara :	21
d) Climat :	21
e) Relief :	22
f) Géologie et hydrogéologie	22
<i>III) METHODOLOGIQUE DE L'EVALUATION</i>	<i>23</i>
1) Méthodes De Collecte Des Données.....	23
a) La revue documentaire.....	23
b) Les entretiens individuels semi-directifs	23
d) L'observation directe.....	24

2) Stratégie D'échantillonnage :	25
3) Normes et standards humanitaires	26
VI) ANALYSE DE LA CONTRAINTE HUMANITAIRE ET DIAGNOSTIQUE	
MULTIDIMENSIONNELLE :	30
1) Analyse des besoins sectorielles de la population :	30
2) Analyse de la contrainte humanitaire :	33
a) L'insécurité physique (conflits, EEI) :	33
b) Les barrières sociopolitiques.....	34
c) Les contraintes logistiques (infrastructures dégradées, inondations).....	34
3) Déplacements de Population (PDI et Réfugiés) :	36
a) Origines et Typologie des Flux :	36
b) Zones d'Accueil et Défis Majeurs :	36
c) Caractéristiques sociales et vulnérabilités de la population enquêtés :	37
e) Infrastructures Sociales et Sanitaires Existantes dans les zones :	46
f) Identification des Points Critiques et Zones Prioritaires (Voir Tableau).....	49
V) RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE D'ÉVALUATION DES BESOINS	51
1) Eau Hygiène et Assainissement (WASH) :	51
a) Principale source d'eau :	51
b) Nombres d'infrastructures existantes :	52
c) Quantité d'eau potable :	53
d) Qualité de l'eau prélevée et traitement de l'eau puisée par les populations :	53
e) Distance Parcourue :	54
f) Récipient de stockage et transport de l'eau :	55
g) Existence de comité de gestion :	55
h) Existence de Mainteneur ou de Réparateur :	56
2) Accès à l'assainissement :	57
a) Gestions des excreta	57
d) Évacuation des eaux usées :	61
c) Gestion des Ordures ménagères :	61
3) Conditions d'hygiène :	62
a) Hygiène Corporelle :	62
b) Hygiène du cadre de vie :	64
c) Maladie Hydriques :	65
d) Connaissances des différents vecteurs de maladies hydriques :	65

4) Éducation :	68
a) Existence des établissements scolaire	68
b) Problème d'accès à l'éducation :	69
5) Protection :	71
a) Protection de la population :	71
b) Types d'incident/problemé rencontré dans la communauté ou dans le village :	72
c) Exploitations des Enfants :	73
6) Santé :	74
a) Principales maladies rapportées (diarrhée, paludisme, infections respiratoires) sur les sites :	75
b) Taux des femmes enceintes :	76
c) Taux de consultation prénatale (CPN) et de vaccination des enfants :	77
d) Taux de Malnutrition Aiguë Globale (MAG) et Sévère (MAS) chez les enfants de 0-59 mois (utiliser un dépistage simplifié) :	77
7) Discussion des résultats de l'évaluations :	78
a) Accès à l'eau	78
b) Accès à l'assainissement :	80
c) Condition d'hygiène :	81
d) RECOMMANDATIONS DE L'EVALUATION DES ÊNQUETES :	82
VI) ANALYSE SWOT (FORCES, FAIBLESSES, OPPORTUNITÉS, MENACES) DES ZONES CIBLÉES	84
VII) ANALYSE COMPARATIVE SWOT DES INTERVENTION PASSEES :	87
1) Facteurs Exacerbés :	87
2) Lacune de Coordination et d'Intégration	89
3) Opportunités (Facteurs Externes Positifs) : (Manquées)	91
4) Menaces (Facteurs Externes Qui Ont Neutralisé la Coordination) : (Qui ont causé l'échec)	91
VIII) Évaluation de l'efficacité et de la pertinence des réponses humanitaires des interventions passées (Sectorielles) :	93
1. Distribution en Nature (Vivres, Articles Non Alimentaires - NFI)	95
2. Réhabilitation WASH d'Urgence	95
3) Éducation en Milieu Formel	96
4) Soins de Santé Primaires Fixes	96

<i>IX) Plan de Réponse Humanitaire Multisectorielle Adapté.....</i>	<i>97</i>
1) Axe 1 : Agilité Logistique & Sécurité.....	97
a. Neutraliser la Menace T1 : EEI, Blocus, et Pillage :.....	97
b. Neutraliser la Faiblesse W2 : Logistique Coûteuse et Lourdeur Opérationnelle	98
c) Effet Opérationnelles de l'Axe 1.....	98
2) Axe 2 : Ancrage Local & Décentralisation	99
a) Capitaliser sur les Forces S1/S3 : Expertise et Résilience Locale :	99
b) Effet Opérationnelles de l'Axe 2	100
3) Axe 3 : Intégration Multisectorielle	100
a) Lutter Efficacement contre la Menace T3 : Crise Nutritionnelle Niveau 4	100
b) Lutter contre la Faiblesse W3 : Absence et Effondrement des Services :	101
c) Effet Opérationnelles de l'Axe 3.....	101
<i>X. Recommandations Opérationnelles par Secteur :.....</i>	<i>102</i>
1) Recommandations Opérationnelles : Nutrition & Santé (Priorité Vitale) :.....	102
a) Déploiement de Cliniques Mobiles Adaptées (CMA)	102
b) Pré positionnement d'Intrants Nutritionnels.....	102
2) Recommandations Opérationnelles : WASH (Eau, Assainissement, Hygiène) :	103
a) WASH Résilient et Auto-Maintenu.....	103
b) Intégration WASH-Nutrition	104
3) Recommandations Opérationnelles : Protection et Éducation.....	104
a) Mécanismes de Protection Communautaire	104
b) Éducation alternative et sécurisée	105
4)Recommandations Opérationnelles : Sécurité Alimentaire et Anticipation :.....	106
a) Priorité aux Transferts Monétaires Conditionnels (TMC)	106
b) Renforcement des Systèmes d'Alerte Précoce (SAP)	106
<i>XI) CONCLUSION :</i>	<i>108</i>
<i>BIBLIOGRAPHIE :</i>	<i>109</i>
<i>ANNEXE.....</i>	<i>I</i>

LISTE DES TABLEAUX

<i>Tableau 1: Situation des écoles dans les régions</i>	13
<i>Tableau 2: Pourcentage de population vivant dans des rayons spécifiques des centres de santé</i>	14
<i>Tableau 3: Répartition de la taille de l'échantillon par secteurs cibles</i>	25
<i>Tableau 4: Différentes Normes selon les secteurs</i>	27
<i>Tableau 5: Calcul des indicateurs en WASH</i>	30
<i>Tableau 6 : Calcul des indicateurs en Santé/Nutrition</i>	31
<i>Tableau 7 : Calcul des indicateurs en protection</i>	32
<i>Tableau 8 : Profil de sévérité d'accès de la zone d'intervention</i>	35
<i>Tableau 9 : Profil de sévérité des besoins humanitaires</i>	36
<i>Tableau 10 : Situation de la taille de la population</i>	37
<i>Tableau 11 : Caractéristiques des différentes localités</i>	43
<i>Tableau 12 : Contextes critiques des zones d'interventions</i>	49
<i>Tableau 13 : Taux des femmes en ceintes</i>	76
<i>Tableau 14 : Proportion des Femmes enceintes qui ont suivi la CPN durant les 03 mois avant l'enquête</i>	77
<i>Tableau 15 : Taux des enfants malnutris</i>	78
<i>Tableau 16 : Gaps des points d'eau</i>	79
<i>Tableau 17 : Gaps des latrines</i>	80
<i>Tableau 18 : Tableau des activités sectorielles recommandés</i>	82
<i>Tableau 19 : Analyse SWOT</i>	84
<i>Tableau 20 : Degrés d'Évaluation de la Pertinence (source HRP)</i>	93
<i>Tableau 21 : Degrés d'Évaluation de la l'Efficacité</i>	94

LISTES DES FIGURES :

<i>Figure 1: Création et Réhabilitation par type de PEM en 2024</i>	15
<i>Figure 2: Taux de couverture en eau potable</i>	16
<i>Figure 3 : Localisation de la zone d'étude</i>	21
<i>Figure 4: Caractéristique de la communauté hôtes (CH)</i>	44
<i>Figure 5 : Pourcentage des enfants 0-5 Ans</i>	45
<i>Figure 6 : Source d'approvisionnement de la population</i>	51
<i>Figure 7 : Types d'infrastructures existantes</i>	52
<i>Figure 8 : Volume d'eau utilisés par personnes</i>	53
<i>Figure 9 : Distance parcourue a un point d'eau</i>	55
<i>Figure 10 : Gestion des points d'eau</i>	56
<i>Figure 11 : Situation des réparateurs mécaniques</i>	56
<i>Figure 12 : Observation des PMH en panne village Douna, Tandj</i>	57
<i>Figure 13 : Observation des puits taris village Tandj</i>	57
<i>Figure 14 : Lieux de défécation</i>	58
<i>Figure 15 : Raisons de l'absence des latrines à domicile</i>	58
<i>Figure 16 : Lieux de défécation des enfants</i>	59
<i>Figure 17 : Observations des latrines</i>	60
<i>Figure 18 : Observation d'une latrine privée à Douna</i>	60
<i>Figure 19 : Toilettes endommagés sur le site</i>	61
<i>Figure 20 : Mode d'évacuation des eaux usées</i>	61
<i>Figure 21 : Évacuation des ordures ménagères</i>	62
<i>Figure 22 : Nettoyage annal</i>	63
<i>Figure 23 : Lavage des mains</i>	63
<i>Figure 24 : : Manière de se laver les mains</i>	64
<i>Figure 25 : Des personnes sinistrées dû à l'inondation Dinangourou</i>	65
<i>Figure 26 : Connaissances des vecteurs des maladies liées à l'eau</i>	66
<i>Figure 27: Différentes maladies liées à l'eau citées par les populations</i>	66
<i>Figure 28: Vecteurs de transmission de la diarrhée cités par les populations enquêtées</i>	67
<i>Figure 29: Utilisation de la moustiquaire</i>	67
<i>Figure 30 : Méthodes d'éviter les maladies hydriques</i>	68
<i>Figure 31 : Existence d'infrastructure scolaire</i>	68

<i>Figure 32 : Cause d'inaccessibilité</i>	69
<i>Figure 33 : Dommage des infrastructures</i>	70
<i>Figure 34 : Raison des dommages</i>	70
<i>Figure 35 : Des Salles de classe d'une école à Douna Délabré</i>	71
<i>Figure 36 : Présence des acteurs armés dans les zones</i>	72
<i>Figure 37 : Types d'incidents</i>	73
<i>Figure 38 : Types d'activités menées par les enfants</i>	74
Figure 39 : Accessibilité aux services de santé	75
<i>Figure 40 : Types de maladies dans les ménages</i>	76

I. INTRODUCTION

Les régions du Centre du Mali, et plus particulièrement les régions de Bandiagara et Douentza, demeurent au cœur d'une crise sécuritaire, humanitaire et socio-économique complexe et prolongée.

Depuis plusieurs années, ces territoires sont affectés par une intensification des violences armées caractérisée par des attaques ciblées contre les villages, les infrastructures communautaires essentielles notamment les centres de santé et les ouvrages hydrauliques ainsi que par des affrontements entre groupes armés non étatiques et forces armées nationales.

La multiplication des opérations militaires a entraîné une restriction significative de l'accès humanitaire, compliquant la présence et les interventions des acteurs humanitaires dans plusieurs localités enclavées. Certaines zones sont désormais qualifiées de zones à accès très limité, ce qui compromet la mise en œuvre des programmes de base en matière de santé, nutrition, sécurité alimentaire et services WASH.

Parallèlement, les mouvements massifs de populations déplacées internes et réfugiées accentuent la pression sur des infrastructures sociales déjà dégradées, aggravant ainsi la vulnérabilité des communautés hôtes. Les besoins humanitaires se sont notablement accrus au cours des derniers mois, en particulier en matière d'eau potable, d'hygiène, d'assainissement, de soins de santé primaires, de nutrition et de protection.

Les données humanitaires les plus récentes indiquent que 700 000 personnes sont actuellement en situation d'insécurité alimentaire aiguë, tandis que 2,8 millions se trouvent sous pression. Les projections pour l'année 2024 estiment que 1,3 million de personnes sont confrontées à une insécurité alimentaire sévère. En outre, selon le Plan de Réponse Humanitaire 2024, 7,1 millions de personnes au Mali auront besoin d'une assistance humanitaire, dont 23 % de femmes et 54 % d'enfants, ce qui reflète la dimension genrée et générationnelle de la crise.

Cette dynamique souligne la nécessité d'une approche multisectorielle, intégrant les dimensions WASH, santé, nutrition, sécurité alimentaire et protection, tout en tenant compte des contraintes d'accès liées à la situation sécuritaire et opérationnelle dans ces zones.

Selon la matrice de suivi des déplacements (DTM) de mai 2024, il y avait 111 577 personnes déplacées dans les régions de Mopti, Bandiagara, Douentza (une diminution de 25 723 par rapport à la situation de décembre 2023). Parallèlement, le nombre de réfugiés, principalement originaires du Burkina Faso, est passé de 210 000 en décembre 2023 à 288 500 en mai 2024.

Des infrastructures sociales et communautaires extrêmement fragiles, parfois inexistantes ou non fonctionnelles, notamment dans les secteurs de la santé, de l'eau et de l'éducation.

Des risques sanitaires élevés, particulièrement liés aux déficits en eau potable, aux faibles conditions d'hygiène et au manque d'infrastructures d'assainissement adéquates, qui exposent les communautés à des maladies hydriques telles que le choléra et les diarrhées aiguës.

Cette configuration territoriale et humanitaire fait de ces communes des zones prioritaires d'intervention multisectorielle, nécessitant des stratégies d'assistance adaptées aux contraintes d'accès et à la complexité du contexte sécuritaire.

Les infrastructures hydrauliques sont dans un état critique, avec un taux moyen de fonctionnalité estimé à seulement 38,74 %, tandis que les centres de santé sont sous-équipés et incapables de répondre efficacement aux besoins sanitaires croissants.

Dans ce contexte, une évaluation rigoureuse et actualisée des besoins humanitaires constitue une étape essentielle pour orienter une réponse coordonnée, multisectorielle et fondée sur des données probantes, en appui aux autorités locales et aux acteurs humanitaires opérant dans ces zones à accès limité.

Le Cluster EHA-Mali a été activé au Mali le 5 avril 2012 par le Coordinateur humanitaire du Système des Nations-Unies au Mali et par le Siège de l'UNICEF (en tant qu'organisation lead du cluster WASH au niveau mondial), pour mieux coordonner la réponse du secteur de l'EHA et faire face à la crise humanitaire qui sévit dans le pays.

La Direction Nationale de l'Hydraulique assure le Co-Lead du Cluster EHA Mali avec l'UNICEF. Au niveau régional, les Directions Régionale de l'Hydraulique (DRH) assurent le relais. Concernant la région de Mopti, la DRH-Mopti assure le Co-Lead ; UNICEF-Mopti le lead et une ONG nationale IMADEL assure la Co-facilitation. La coordination des activités WASH des nouvelles régions Bandiagara et Douentza est toujours assurée par la sous-coordination de Mopti.

Également, un cadre de coordination et de synergie d'action des acteurs humanitaire est opérationnel dont le lead est assuré par OCHA en collaboration avec la direction régionale du Développement social et les autres humanitaires présentent dans la région.

L'ONG IMADEL en partenariat avec UNICEF met en œuvre depuis novembre 2024, un programme multisectoriel humanitaire basée sur la localisation de l'accès humanitaire dans les zones difficiles.

Au regard des dernières alertes une évaluation conjointe multisectorielle des besoins humanitaires a été commandité par les acteurs humanitaires afin de connaître les besoins réels des personnes en situation difficiles vivant dans ces localités.

L'évaluation des besoins de la partie WASH dans ces localités a été menée par l'ONG IMADEL en collaboration avec les autres acteurs WASH.

Ce projet devra répondre aux besoins urgents et essentiels des populations en matière d'accès :

- ✓ Aux services de l'eau, l'hygiène et l'assainissement pour les ménages ;
- ✓ Aux services de soutien psycho social (protection de l'enfant) ;
- ✓ Aux services des fournitures des soins pour les enfants, les femmes (et au fonctionnement des structures de soins)
- ✓ Aux services de prise en charge de la MAS au profit des enfants malnutris
- ✓ Aux services d'enseignement pour les enfants en âge de scolarisation affectés (mise en place des EAT, recrutement et formation des enseignants).

La conception de ce projet passe par, l'analyse détaillée des zones ciblées en prenant en compte la sécurité, les déplacements de population, ainsi que les infrastructures sociales et sanitaires existantes, afin d'identifier les points critiques et les zones prioritaires pour l'intervention humanitaire à l'évaluation des besoins en Santé, Protection, Éducation et en établissant un état des lieux de la situation WASH dans les communes.

Cette situation nous amène à poser les questions suivantes :

Question principale (QP) :

Quels sont les besoins humanitaires prioritaires dans les zones difficiles d'accès des régions de Bandiagara et Douentza, et comment orienter une réponse multisectorielle rapide, ciblée et adaptée aux contraintes sécuritaires et logistiques ?

Questions spécifiques :

Q1 : Identifier les besoins urgents en matière d'eau potable, d'hygiène et d'assainissement (WASH) dans les communes ciblées, ainsi que les principaux goulots d'étranglement affectant l'accès aux services essentiels.

Q2 : Déterminer les besoins prioritaires en santé et en sécurité alimentaire des ménages déplacés internes et des communautés hôtes, en mettant l'accent sur les femmes, les enfants et les groupes vulnérables.

Q3 : Proposer des mécanismes de coordination et de réponse humanitaire adaptés au contexte sécuritaire et logistique, permettant d'optimiser les interventions dans les zones à accès limité.

Les réponses à ces questions permettront de mener efficacement cette étude dont le thème est :
« Évaluation des besoins pour une Réponse Humanitaire Multisectorielle d'Urgence dans les Zones Difficiles d'Accès des régions de Badiangara (KORO et Dinangourou) et Douentza (Mondoro et HAIRE) au Mali ».

1). Hypothèses :

a) Hypothèses principales (H) :

Les populations vivant dans les zones difficiles d'accès de Bandiagara et Douentza présentent des besoins humanitaires critiques et multidimensionnels, nécessitant une réponse coordonnée, multisectorielle et adaptée au contexte local.

b) Hypothèses spécifiques :

H1 : L'accès limité à l'eau potable et la faiblesse des infrastructures sanitaires accroissent significativement les risques sanitaires, notamment les maladies hydriques et la malnutrition.

H2 : L'insécurité persistante et les catastrophes naturelles (inondations, crues, pluies abondantes) aggravent l'insécurité alimentaire des ménages déplacés et des communautés hôtes.

H3 : La mise en place d'une coordination humanitaire efficace, adaptée aux contraintes sécuritaires et logistiques locales, permet d'optimiser la planification et la mise en œuvre des interventions, et de répondre plus efficacement aux besoins des populations vulnérables.

2) Objectif général et Objectifs Spécifiques :

a) Objectif général

Identifier et analyser les besoins humanitaires prioritaires dans les zones difficiles d'accès des régions de Bandiagara et Douentza, afin de soutenir l'élaboration et la mise en œuvre d'une réponse multisectorielle efficace, coordonnée et adaptée au contexte local.

b) Objectifs Spécifiques

OS1 : Identifier et caractériser les besoins en eau potable, hygiène, assainissement et santé dans les communes ciblées.

OS2 : Évaluer la situation alimentaire et les besoins de protection des populations déplacées internes et des communautés hôtes.

OS3 : Analyser les capacités existantes et les mécanismes de coordination des acteurs humanitaires afin de déterminer les meilleures pratiques pour une réponse adaptée.

OS4 : Proposer des axes stratégiques et recommandations opérationnelles pour une réponse humanitaire multisectorielle, tenant compte des contraintes sécuritaires et logistiques.

Ces objectifs devront permettre d'atteindre les résultats suivants :

R1 : Production d'un diagnostic détaillé et actualisé des besoins humanitaires dans les zones ciblées.

R2 : Identification claire des zones et secteurs prioritaires pour l'intervention humanitaire.

R3 : Élaboration de recommandations stratégiques et opérationnelles pour une réponse multisectorielle efficace.

R4 : Mise à disposition des acteurs humanitaires d'un outil d'aide à la décision facilitant la planification et la mise en œuvre des interventions dans les zones difficiles d'accès.

3) GENERALITE : Accès aux services Sociaux de Base

a) Éducation :

Selon les données d'Académies d'Enseignement de Bandiagara et de Douentza (Mars 2024), 578 écoles sur 1486 soit près de 39% sont fermées pour cause d'insécurité dans les deux régions. Cette situation affecte directement plus de 173400 élèves et 3468 enseignants. En ce qui concerne les communes, 109 sur 168 écoles restent fermer, affectant ainsi plus de 32 700 élèves. Aussi plusieurs autres enfants sont hors de l'école en raison de la réticence de certains par rapport à l'école classique.

Les contraintes et difficultés du secteur éducatif sont en outre aggravées par l'abandon de poste par le personnel éducatif, absence des élèves par peur, le manque de matériel didactique, l'insécurité alimentaire etc. Ces crises combinées compromettent l'accès équitable à une éducation de qualité pour les enfants dans les zones concernées.

En conséquence, ils sont exposés à toutes les formes de violence, ce qui les rend encore plus vulnérables.

Tableau 1: Situation des écoles dans les régions

AE	Total école	Total école non Fonctionnelle	Taux de fermeture	Enfant affecté	Enseignant Concerné
Bandiagara	769	274	36%	82200	1644
Douentza	717	304	42%	91200	1824
Total	1486	578	39%	173400	3468

(Source cluster éducation National, Mars 2024).

b) Santé :

Aperçu sur la santé dans la région de Mopti :

En 2023, la très grande majorité de la population de la région (156,8%) vit dans un rayon de 15 km d'un centre de santé et (43.2%) dans un rayon de plus de 15 km.

Cela, est préoccupant d'autant plus que les voies de communication et les conditions de transport sont particulièrement difficiles dans la région. Surtout dans la conjoncture actuelle de forte insécurité.

Le tableau ci-dessous permet d'avoir une appréciation générale des proportions de populations vivant dans des rayons spécifiques des centres de santé pour la région.

Tableau 2: Pourcentage de population vivant dans des rayons spécifiques des centres de santé.

Région	Population totale	Population dans un rayon de 5km	Proportion de population vivant dans un rayon de 5 km d'un centre de santé	Population dans un rayon de 15km	Proportion de population vivant dans un rayon de 15 km d'un centre de santé	Population dans un rayon de plus de 15km	Proportion de population vivant dans un rayon de plus de 15 km
Douentza	369 867	141 691	38.3	239 277	64.7	130 591	35.3
Bandiagara (Koro)	540 252	232 002	42.9	497 666	92.1	42 586	7.9
Totales			81.2		156.8		43.2

Source : Source : DHIS2.

De manière générale, l'analyse des données et des résultats d'entrevues indiquent que, dans la région de Mopti, il y a une très nette dégradation générale de l'accessibilité aux centres de santé de proximité pour les populations dans l'ensemble de la région du fait des facteurs reliés à l'insécurité. Preuve claire de l'important effort d'investissement qui reste encore à faire sur le plan de l'accès aux soins de santé pour l'ensemble de la population.

Situation de la santé des enfants dans les zones Bandiagara et Douentza :

Au cours de l'année 2024, le pourcentage d'enfants âgés de 0 à 11 mois ayant reçu trois doses du vaccin DTC contenant le penta s'élève à 47% pour le premier semestre à Douentza.

Pourcentage de districts ayant au moins 80% d'enfants de 0 à 11 mois vaccinés avec trois doses de vaccin contenant du DTC / Penta ; c'est Zéro au niveau de Bandiagara.

Ces résultats montrent qu'il faut renforcer la vaccination des enfants de moins de 5 ans au niveau de Douentza et dans les zones d'accès difficiles des régions de Bandiagara, Douentza et de Mopti et dans les sites PDI. (Source programme HBD).

c) Eau potable-hygiène-assainissement :

La situation des points d'eau modernes La Direction Régionale de l'Hydraulique (DRH de Mopti) dans la base de données SIGMA en 2024 est la suivante :

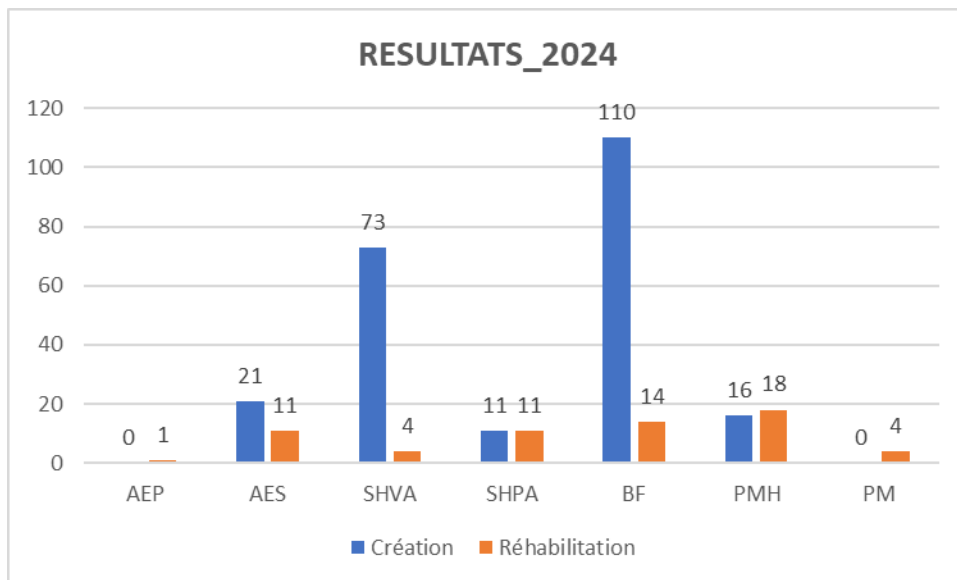


Figure 1: Création et Réhabilitation par type de PEM en 2024

- Malgré l'effort consenti par les partenaires avec la crise, les réalisations des ouvrages hydrauliques, 1760 villages sont toujours déficitaires en Point d'Eau Moderne dont : 697 dans la région de Mopti, nouvelle configuration, 851 dans la nouvelle région de Bandiagara et 212 dans la région de Douentza.

Taux de couverture_ Région de Mopti (2020 à 2024) :

Le taux de couverture en eau représente la proportion de la population ayant accès à une source d'eau potable améliorée. Le taux de couverture était de 65,78% en 2020 et 56,15% en 2024. Selon les prévisions de la DRH, la situation s'est dégradée.

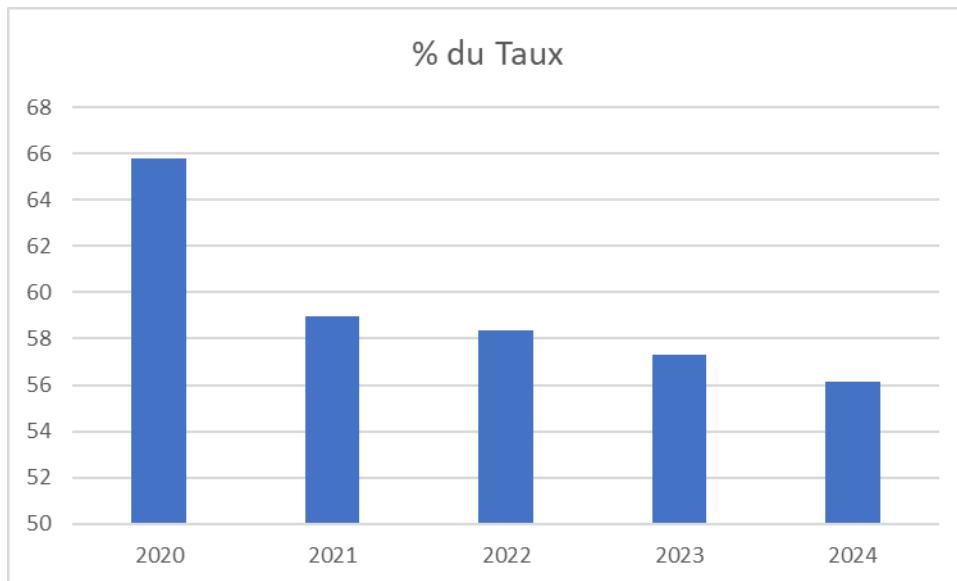


Figure 2: Taux de couverture en eau potable

d) Sécurité nutritionnelle :

La malnutrition est un problème majeur de santé publique au Mali. Plus d'un enfant sur cinq (21,5%) est atteint de retard de croissance SMART 2023, quatre (4) enfants sur cinq (5) soit 82 % d'anémie et plus d'une femme sur deux souffre d'anémie (EDS 2018). Le retard de croissance a des conséquences dévastatrices et durables pour les enfants qui en sont atteints, marquées entre autres par un risque plus élevé de souffrir de certaines maladies chroniques comme le diabète, l'hypertension artérielle, un développement physique et intellectuel sous optimal et finalement une capacité de production moindre.

La malnutrition est le résultat de facteurs diverses qui touchent plusieurs secteurs et qui interviennent directement ou indirectement sur l'apport et l'absorption des nutriments par l'organisme. Les causes immédiates de la malnutrition sont un apport inadéquat en nutriments ou la présence d'une maladie. Les causes sous-jacentes de la malnutrition sont multiples, multisectorielles et incluent une faible disponibilité des aliments sûrs et sains au niveau des ménages, ainsi que de mauvaises pratiques de soins de santé, un faible accès aux services de santé et un environnement inadéquat (faible accès à l'eau potable, mauvaises conditions d'hygiène et d'assainissement, etc.).

Situation nutritionnelle des enfants de moins de 5 ans :

La situation nutritionnelle ou statut nutritionnel d'un enfant est déterminé à partir de ses données anthropométriques (poids, taille, âge, périmètre brachial ou PB, présence d'œdèmes nutritionnels) comparées à celles d'une population de référence.

Ces données anthropométriques permettent selon le cas de déterminer les statuts nutritionnels ci-après :

- le statut nutritionnel normal ;
- la malnutrition aiguë globale ;
- la malnutrition chronique ou retard de croissance ;
- l'insuffisance pondérale ;
- le surpoids et l'obésité.

Chaque type de malnutrition sus cité, présente une forme modérée et une forme sévère. La terminologie malnutrition globale englobe aussi les deux formes (modérée et sévère). Depuis plus d'une décennie, les enquêtes de type SMART sont menées et permettent de surveiller le statut nutritionnel des enfants de moins de 5 ans dans le pays. En dépit des efforts (mise en œuvre de la Politique Nationale de Nutrition évaluée par les enquêtes) déployés par le gouvernement avec ses partenaires techniques et financiers dans la lutte contre la malnutrition, ce phénomène reste encore un des fardeaux pour lesquels les communautés en général et particulièrement les couches vulnérables (les enfants, les adolescent(e)s et les femmes en âge de procréer) paient un lourd tribut.

Situation nutritionnelle a Douentzan et Bandiagara :

L'analyse des résultats de l'enquête SMART rapide de juin 2024 révèle que la situation nutritionnelle a l'état actuel est préoccupante dans les cercles de Douentza (1.8% MAS), Bankass (1.9%MAS) et critique dans le cercle de Koro avec 4.3%. Il ressort un besoin immédiat d'assistance alimentaire, de prise charge des cas MAM, MAS chez les enfants de moins de 5 ans, des femmes enceintes et allaitant, le renforcement des compétences en nutrition des agents de santé, de rendre disponibles des intrants de nutrition à tous les niveaux et de renforcer la sensibilisation de la communauté sur ANJE-U y compris au niveau des sites PDIs.

e) Child Protection :

Selon la note de protection publiée par le cluster Protection en juillet 2024, les régions de Mopti, Bandiagara et Douentza ont constitué au premier trimestre 2024 "l'épicentre des violations de droits" car ayant enregistré le plus grand nombre d'incidents de protection rapportées (2,876 incidents de janvier à mars 2024). La majorité des violations sont concentrées dans les régions de Bandiagara et Douentza avec une relative tendance à la baisse dans les zones de Bandiagara-Mopti à la fin du trimestre (767 incidents documentés en mars 2024 contre 1,285 en février) et une croissance à Douentza (449 incidents en mars contre 344 en février 2024).

L'insécurité dans les régions de Douentza et Bandiagara entraîne des déplacements fréquents de populations des localités directement affectées par les attaques et combats vers des zones plus

calmes, les villes de Bankass, Koro et Douentza principalement. Depuis janvier 2024 plusieurs hotspots humanitaires ont été signalés dans les localités de Koro, Bankass, Boni, Hombori et Mondoro avec un niveau d'accès très limité des organisations humanitaires à certaines zones. Dans les situations de choc humanitaire les enfants qui constituent plus de la moitié des populations affectées sont exposés à plusieurs risques de protection qui doivent être prises en compte dans la réponse humanitaires :

- Ils ont en général été témoin ou victimes directes des violences y compris les violences sexuelles et autres VBG
- Certains sont recrutés ou utilisés par les groupes armés
- Plusieurs enfants subissent des chocs émotionnels liés à la désorganisation de l'espace de vie habituel et des repères/remparts familiaux usuels de vie.
- Certains enfants sont séparés de leurs familles
- Certains enfants subissent les effets des stratégies négatives d'adaptation/survie de leurs familles Etc.
- Bandiagara et Douentza restent également les régions qui ont enregistré le plus grand nombre d'incidents d'EEI depuis 2022. De même, plusieurs localités de la région de Douentza subissent des blocus prolongés imposés par les groupes armés qui rendent les enfants desdites localités plus vulnérables aux risques de protection/violations de droits/violences susmentionnés en raison de l'impossibilité pour les organisations humanitaires de déployer une quelconque assistance dans les localités sous blocus. La réponse en protection de l'enfant reste pour l'instant limités aux localités accessible de la région de Bandiagara et la ville de Douentza.

Le gap de réponse reste entier dans les zones sous blocus ou inaccessible en raison de l'insécurité.

II) PRESENTATION DE LA STRUCTURE D'ACCUEIL ET DE LA ZONE D'ETUDE :

1) PRESENTATION DE LA STRUCTURE D'ACCUEIL

a) Historique

L'ONG **IMADEL** a été créée par un groupe de professionnels maliens du développement local. L'organisation est née de la volonté de ses membres de contribuer au développement économique et social des populations au Mali, en s'appuyant sur leurs compétences et expériences acquises dans le domaine.

Depuis sa création, l'ONG a mené des actions concrètes pour aider les populations, notamment à travers des projets axés sur l'accès à l'eau potable, l'hygiène, la sécurité alimentaire, l'éducation et la santé maternelle et infantile. Elle a également développé des partenariats avec des organisations internationales telles que **l'UNICEF et Action Aid**.

b) Mandat :

Le mandat de **l'ONG IMADEL** (Initiative Malienne d'Appui au Développement Local) se concentre sur l'accompagnement des communautés et des collectivités locales pour un développement durable, participatif et équitable au Mali.

c) Domaines d'intervention et positionnement au Mali :

Pour accomplir son mandat, **IMADEL** mène des actions concrètes dans plusieurs domaines :

- **Développement local** : Cela inclut l'élaboration de plans de développement économique et social (PDESC), le soutien aux initiatives locales et la mise en place d'infrastructures socio-économiques.
- **Assistance humanitaire** : L'ONG apporte une aide d'urgence aux populations déplacées internes et aux communautés touchées par les crises, notamment par des distributions de kits de nécessité de base, d'éclairage solaire et des programmes d'assistance alimentaire.
- **Lutte contre la malnutrition** : **IMADEL** mène des activités de sensibilisation et organise des démonstrations culinaires et nutritionnelles pour les femmes. Elle participe également au traitement des enfants malnutris.
- **Cohésion sociale et protection** : L'ONG œuvre pour la consolidation de la paix, le dialogue communautaire et la protection des personnes vulnérables, y compris les femmes et les enfants, à travers des sensibilisations sur les violences basées sur le genre (VBG) et la

protection de l'enfance.

- **Gouvernance inclusive** : Elle appuie les collectivités pour une gestion transparente et participative, impliquant tous les acteurs dans le processus de développement.

IMADEL intervient dans plusieurs régions du Mali, notamment à Tombouctou, Mopti et Ségou. Elle travaille en partenariat avec d'autres organisations internationales comme **l'UNICEF, Action Aid et Plan International**.

2) PRESENTATION DE LA ZONE D'ETUDE

a) Présentation physique :

Les communes de Mondoro (y compris Douna) et Haïre (y compris Tandi) font partie du cercle de Douentza.

La commune de Koro (y compris Dinangourou) et son chef-lieu, font partie du cercle de Bandiagara.

Les deux cercles sont situés dans la région de Mopti, au Mali. La région de Mopti est située au centre du pays avec une superficie totale de 79 017 km², soit 6,34 % du territoire national.

Elle s'étend sur une 15°45' latitude Nord au 13°45' latitude Nord et du 5°30' longitude Ouest au 6°45' longitude Ouest. Elle est limitée :

Au nord par la Région de Tombouctou (les cercles de Rharous et de Niafunké);

Au sud par le Burkina Faso (sous-préfectures de Djibo, Ouahigouya et Tougan) et la Région de Ségou (cercles de Tominian, San et Macina) ;

À l'Ouest par les cercles de Niono et Macina de la Région de Ségou ;

À l'est par le Burkina Faso (sous-préfecture de Djibo) et la Région de Tombouctou (cercle de Gourma Rharous).

b) Cercle de Douentza :

Le cercle de Douentza est situé au Nords-Est de la région de Badiagara et s'étend sur 23 481 km² soit 29,7 % de la superficie de la région, ce qui fait de lui le plus grand Cercle de la Région, pour population estimée en 2006 à 191 529 habitants (10,5% de la population) répartis entre 15 communes et 251 villages.

Le Cercle présente une diversité pédologique très importante.

Il est distingué de roche de consistance très dure sans sol (sur le Plateau), des formations dunaires avec des sols sableux, des sols gravillonneurs et limono-sableux, des sols limoneux qui se trouvent sur les plaines exondées et les sols argileux sur les plaines inondables.

La nature du sol détermine le type de végétation qui s'y développe. La végétation est de type savane

arborescente dans laquelle on rencontre de combretacées, d'acacia albida de boscia, d'Acacia seyal et beaucoup d'Andropogon pseudapricus.

Le Cercle ne dispose pas de cours d'eau permanents

c) Cercle de Bandiagara :

Le cercle de Bandiagara est situé au sud-est de la région de Mopti et couvre une superficie de 10.937 km² pour une population estimée en 2006 de 328 877 habitants.

La végétation est dominée par de savanes arbustives et arborées sur des plaines alluviales à savoir : la plaine de Gondo, la plaine de Sourou, le Séno, le Mondoro et le haut plateau Dogon.

Les eaux de surface sont quasi inexistantes ; seules quelques mares temporaires sont à noter. On ne signale également aucun fleuve mais des rivières permanentes.

Les principales ethnies sont : Dogon, Peuhl, Mossi, Tellem.

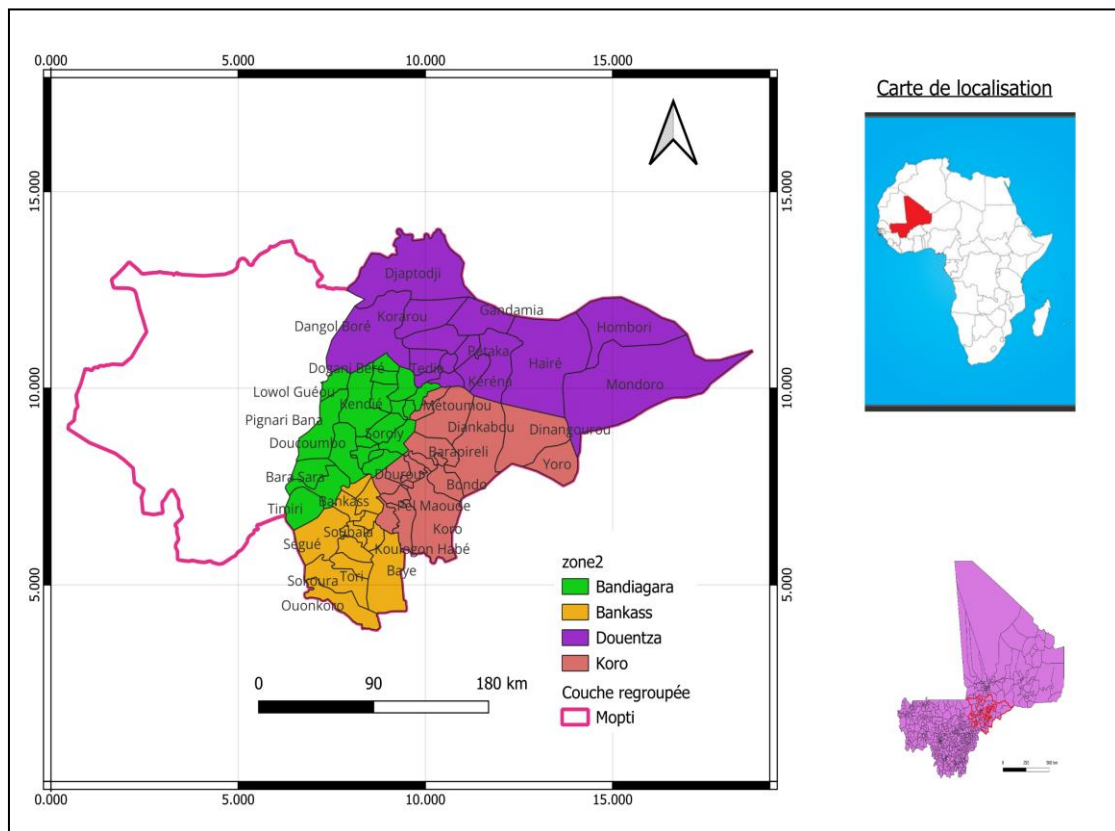


Figure 3 : Localisation de la zone d'étude

d) Climat :

La région de Mopti est à cheval entre la zone sahélienne (isohyète 150 à 550mm) et la zone soudanienne Nord (isohyète 550 à 750 mm). La première zone est caractérisée par un régime aride et semi-aride ; quant à la seconde, plus faible, elle ne couvre qu'une faible partie de la région.

Depuis la sécheresse des années 1970, les pluies s'étendent de juin à Septembre avec un maxi en

Août. La température moyenne annuelle est de 28° C ; le mois de Mai est le plus chaud avec une moyenne de 33°C tandis que le mois de Janvier est le plus frais avec une moyenne de 22°C. Les vents forts soufflent de février à Août avec un maximum en juin.

e) Relief :

Du point de vue relief, on relève deux types de formations : les formations rocheuses et le manteau sableux.

Le mont de Hombori avec 1,150 m d'altitude est le plus haut sommet du pays.

Dans la zone de Korientzé, N'gouma et Youwarou, il est observé des hautes dunes de sable mouvant en bordure des lacs (Korientzé, Béma, Kogoundo, Niangaye) et du fleuve Niger en allant vers la région de Tombouctou.

Les sols sont soit sableux d'origine éolienne formant des dunes séparées par de nombreuses pénéplaines (zone inondées), soit squelettiques sur les affleurements rocheux et les cuirasses (zones exondées).

Du point de vue hydrographique, la quasi- totalité de la région appartient au bassin versant du fleuve Niger et dans une moindre proportion au bassin de la Volta Noire.

Le principal cours d'eau est le fleuve Niger avec 262 km de parcours dans la région et un débit annuel moyen de 974 m³ /seconde.

Il a comme défluent le Diaka, le Bara-Issa et le Koli-Koli et comme affluents le Baní, le Sourou, et le Yamé. En outre, il existe dans la région une multitude de mares et de lacs.

f) Géologie et hydrogéologie

La géologie des zones d'études (Douentza, Bandiagara) appartenant à la bordure Sud du synéclise de Taoudenni est caractérisée par les roches tel que : les grès, les schistes, les grès schisteux, le sable etc.

Ces formations font partie du Continental terminal quaternaire (CTQ), du cambrien et infra cambrien tabulaire etc.

Les sédiments sont argileux, sableux, argilo-latéritiques dans les zones de Douentza et Bandiagara.

Ces formations compactes, sont en général peu poreuses donc imperméables.

Toute fois les contraintes tectoniques ont développé au sein de ces formations des réseaux de fractures suffisamment denses et ouvertes pour conduire et stocker les eaux d'infiltration, constituant ainsi un réservoir (aquifère) discontinu.

Les eaux circulant dans le socle fissuré sont généralement pérennes, alimentées de façon complexe par les terrains poreux sus-jacents qui ont des ressources le plus souvent temporaires.

III) METHODOLOGIQUE DE L'EVALUATION

1) Méthodes De Collecte Des Données

Tenant compte de la spécificité de l'intervention, de la catégorie des acteurs parties prenantes et de l'accès aux zones (sécurité, disponibilité de vol), il a été déployé les outils quantitatifs et qualitatifs suivants : **Questionnaire, Guide des interviews semi-structurés.**

Pour la collecte des données qualitatives, les méthodes utilisées ont inclus : i) la revue documentaire, ii) les interviews semi-directifs, iv) ainsi que l'observation directe.

Les détails pour chacune de méthodes de collecte des données sont décrits ci-dessous.

a) La revue documentaire : La revue a permis de collecter des informations utiles pour mieux cerner la problématique globale de l'accès aux services WASH Santé, Nutrition dans les zones d'intervention et d'élaborer les outils de collecte des données. Pour ce faire, les documents suivants ont été consultés : Le document du projet HBD ; 2019 Proposal IMADEL 270129-2 ; Rapport d'enquête CAP (MIRA), les rapports de la matrice de suivi des déplacements (DTM), les différents rapports d'étape des ONGs (Organisation Non Gouvernementale) partenaires (IMADEL) ainsi que d'autres rapports contextuels du Bureau de Nations Unies pour la Coordination Humanitaire (OCHA).

b) Les entretiens individuels semi-directifs : ont été réalisés auprès des responsables de la mise en œuvre du programme (UNICEF, IMADEL), des services techniques (DNH, DRCPN, des Médecins Chef) ainsi que des communautés bénéficiaires. Des outils de collecte ont été élaborés à cet effet.

Les questions élaborées selon les critères d'évaluation ont également été adaptées aux parties prenantes visitées en fonction de leur implication/rôle dans la mise en œuvre des activités. Les questions des outils de collecte ne sont donc que des guides (voir Annexes pour l'ensemble des questionnaires collectés).

Les questionnaires sont mis en place sur des plateformes de collecte de données mobiles telles que :

- **ODK ou KoBoCollect**, Ces logiciels permettent de télécharger les formulaires sur des téléphones ou tablettes, de collecter les données hors ligne, y compris les coordonnées GPS, et de les synchroniser ensuite avec un serveur central dès qu'une connexion internet est disponible.
- **Un autre logiciel, RapiPro**, est utilisé, notamment pour des évaluations rapides (les alertes), car il fonctionne sans internet et ne dispose pas de GPS.
- **Les logiciels Qgis et ArcGis** pour la représentation cartographique des données

- **Un appareil photo** pour la prise des photos lors des sorties terrain.

d) L'observation directe s'est faite sous forme de visites de terrain des infrastructures. Elle a été réalisée parallèlement à l'enquête et l'administration des guides d'entretiens auprès des personnes ressources.

La collecte des données a commencé auprès des partenaires pour la mise en œuvre, des communautés bénéficiaires et des services techniques concernés : cela a permis de bien cerner les contours et réalité du terrain. Les données collectées des différents entretiens ont fait l'objet d'une analyse de contenu pour dégager les principales tendances et idées fortes. L'analyse globale s'est faite sur la base des constats obtenus après triangulation des informations recueillies, c'est-à-dire par une comparaison croisée des méthodes de collecte de données décrites plus haut ou par un recoupement auprès de diverses sources. De même, des récits ou témoignages ont été élaborés pour illustrer les effets des bénéficiaires.

Considérations éthiques :

Dans le cadre de cette étude, il a été scrupuleusement respecté les considérations éthiques et culturelles des parties prenantes. À cet effet :

Une attention particulière a été portée à la préservation et au respect des principes éthiques et culturels à chaque étape de l'évaluation. Grâce à ces précautions, aucun incident n'a été enregistré sur le terrain durant la phase de collecte des données.

Les outils de collecte des données ont été adaptés à la culture locale. Bien que les questionnaires et guides d'entretien aient été conçus en français, les agents de collecte, recrutés localement pour leur expérience dans des exercices similaires, ont été formés à administrer ces outils en langue locale (Dogon, Peulh, Bambara) parlée par la majorité des communautés

La participation des parties prenantes a été conditionnée par un consentement éclairé, libre et volontaire. Il convient de souligner qu'aucun enfant, c'est-à-dire aucune personne âgée de moins de 18 ans, n'a été interviewé dans le cadre de cette évaluation.

En complément des dispositions relatives aux parties prenantes, l'équipe responsable de l'évaluation a veillé à respecter scrupuleusement les valeurs éthiques. Cela inclut l'application rigoureuse des clauses de confidentialité et de protection des données, visant à assurer la transparence et l'intégrité du processus. Ces mesures ont contribué à garantir le bon déroulement et la finalisation de cette évaluation multisectorielle des besoins.

Par rapport à la collecte des données quantitatives, un échantillon représentatif a été calculé et les bénéficiaires enquêtés de façon aléatoire, sur les différentes zones visitées, en fonction de leur disponibilité.

2) Stratégie D'échantillonnage :

L'évaluation multisectorielle initiale rapide (en abrégé le MIRA) a été utilisée.

Cette évaluation a été conduite à l'aide d'une méthodologie probabiliste aléatoire.

La technique d'échantillonnage a été le sondage aléatoire stratifié. Les villages ciblés dans le cadre de notre étude, dans les communes de Mondoro et de Bandiagara, ont été retenus comme strate d'analyse des résultats, adaptée aux secteurs couverts par l'étude.

L'unité statistique choisie pour cette étude est constituée des ménages résidant dans les zones ciblées par l'évaluation (Tandi, Douna, Koro et Dinangourou), en se concentrant principalement sur les chefs de ménage.

- **Échantillonnage :**

Dans le but d'assurer la représentativité de l'évaluation, tout en tenant compte de la taille de la population ciblée, la taille des échantillons a été déterminée à l'aide de la formule suivante :

$$n = \frac{Z^2 p * (1 - p)}{d^2}$$

Où :

n : Taille de l'échantillon

Z : Score Z correspondant au niveau de confiance souhaité (issu de la loi normale centrée réduite).

Par exemple :

Pour un niveau de confiance de 95%, $Z \approx 1,96$.

p : Proportion estimée de la population présentant la caractéristique étudiée.

Si p est inconnue, on utilise généralement $p=0,5$ (50%), car cette valeur maximise la taille de l'échantillon, assurant ainsi la précision dans le pire des cas (dispersion maximale).

d : Marge d'erreur tolérée (ou précision souhaitée), exprimée sous forme décimale. ($e=10\%$)

Pour un niveau de confiance de 95% ($Z \approx 1,96$), une marge d'erreur de $\pm 5\%$ ($d=0,05$) et en supposant $p=0,5$.

Tableau 3: Répartition de la taille de l'échantillon par secteurs cibles

Régions	Villages	N (Taille de la population)	Taille n	Taille Raisonnées
Douentza	Douna	15846	96	100
	Tandi	1010	88	100
Bandiagara	Dinangourou	19117	92	100
	Site PDI (Koro)	1200	89	100

- **Équipe de Terrain :**

Pour la mise en œuvre du projet, nous avons mobilisés Trois (03) ADC (agents de développement communautaire) réparti entre les communes à savoir : Mondoro (village Douna), Haire (Tandi,), Dinangourou et sur le site de Réfugié

- **Mise à niveau des agents d'enquêteurs pour la phase cartographies :**

Une formation théorique et pratique d'un (01) jours a été initié à l'endroit des agents recrutés afin de mieux les outiller et les familiariser avec le logiciel ODK Collect d'UNICEF. Cette séance de mise à niveau a été suivie par un pré test dans le chef-lieu de région. Cela a sans doute permis de corriger certaines imperfections et de restructurer certains outils. L'objectif de ces sessions de formation était de :

- préciser les qualités et techniques particulières nécessaires à la réussite de la collecte des données sur le terrain ;
- préciser la stratégie de la collecte des données sur le terrain et ses différentes approches ;
- d'expliquer les mesures sécuritaires à respecter sur le terrain pour garantir la sécurité de tout le personnel impliqué dans cette étude.

- **Les critères de sélection des enquêteurs sont entre autres :**

- résider dans la commune de l'enquête/Avoir une maîtrise de la localité d'exécution de l'enquête ;
- avoir des expériences dans les collectes de données mobiles ;
- être entièrement disponible durant toute la période de l'enquête ;
- avoir une motocyclette en bon état ;
- maîtriser la langue des localités Peulh, Dogon, Sohraïgh, au moins ;
- etc.

- **Répartition des enquêteurs :**

Enfin, pour les besoins de l'enquête, (03) enquêteurs ont été déployés d'une durée de Trois (03) jours.

3) Normes et standards humanitaires

Fournir un accès équitable et sans risque à l'eau potable aux personnes vulnérables affectées par les crises, ainsi que les différents kits ; santé et école.

Les standards minimums à respecter pour les interventions d'urgence retenus par les clusters au Mali sont consignés dans les tableaux ci-dessous. Ces standards sont issus de la boîte à outils en usage au Mali révisée en 2019 et de l'analyse des besoins adaptée au contexte malien effectuée par le Consultant.

Tableau 4: Différentes Normes selon les secteurs

Norme de points d'eau à réaliser	
Rural	1 forage équipé de PMH pour 400 personnes maximum
	1 Équivalent Point d'Eau Moderne pour 400 personnes et 1 robinet privé pour 10 personnes
Implantation du point d'eau : distance	<p>≤ 500 m des habitations (sauf en milieu nomade) ou 30 min aller/retour</p> <p>≥ 30 m des latrines</p>
Quantité minimum d'eau à fournir ou à assurer	
Ménages & site de déplacés	≥ 20 litres / jour / personne (boisson, cuisson, hygiène personnelle, ablution)
Distance à parcourir	< 500 m en milieu Urbain
Temps d'attente	< 30 min
Contamination fécale (CFU) /bactériologique	0 unité / 100 ml
Chlore résiduel (après 30 minutes)	0,3 – 0,5 mg / litre (0,6 mg/l maximum)
Turbidité	≤ 5 UTN
<p>Pastilles Aquatab lorsque l'eau est relativement claire mais de qualité douteuse et une turbidité ≤ 5 UTN (comprimé de 33mg et 1 comprimé pour 10 L d'eau) :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nombre de personnes/ménage : 06 ▪ Quantité d'eau : 20 litres/pers/jour ▪ Période : 1Mois ▪ Quantité d'Aquatab : 1comprimé pour 10 litres d'eau 	360 Comprimés/ménage : (6*20*30/10 = 360)
Bidon de 10-20 litres pour le transport et le	2 / ménage

stockage de l'eau (avec bouchon)	
Seau avec couvercle de capacité 20l pour le stockage de l'eau	1/ménage
Assainissement	
Site ou camp de déplacés internes	1 latrine pour 50 personnes pour la première réponse et évoluer vers une norme de 20 personnes/latrine (séparées par sexe)
Nombre de personnes maximum par douche	50 personnes ou 1 ménage par douche
Distance par rapport à une source d'eau	≥ 30 m, situées en bas de pente par rapport au point d'eau
Distance par rapport aux habitations	Entre 20 et 50 m
Taille d'une cabine (1ère urgence)	0,8mx1,2m
Volume de la fosse par bloc	1,92m ³ par bloc de cabine (1,2mx0,8mx2m)
Hygiène	
Seau de toilette de 10 litres	1/ménage
Morceaux de savon de 150-180 g pour toilette et lavage de mains	2/pers/mois
Morceaux de savon de 150-180 g pour la lessive	1/pers/mois
Kit lavage de mains : bouilloire et réservoir	1/ménage
Bouilloires pour aller aux toilettes et autres besoins	2/ménages
Pot de défécation pour enfant de moins de 5 ans	1/ménage
Kit d'Articles d'hygiène menstruelle comprenant 10 serviettes hygiéniques réutilisables, 10 slips (dessous), 1 sac et 2	1 kit / femme de de 14 à 60 ans /mois

morceaux de savon de toilette de 140-180 g	
Éducation	
300 élèves/écoles	50 élèves/Enseignants
Distance Maximale par rapport à l'habitat	
Précolaire	300 mètres
1er et 2 -ème Cycle Fondamental (Primaire)	2 kilomètres
Plus (2e Cycle avancé/ secondaire/Lycée)	4,5 kilomètres

VI) ANALYSE DE LA CONTRAINTE HUMANITAIRE ET DIAGNOSTIQUE MULTIDIMENSIONNELLE :

1) Analyse des besoins sectorielles de la population :

L'analyse des besoins pour une Réponse Humanitaire Multisectorielle d'Urgence dans les zones de Bandiagara (Koro, Dinangourou) et Douentza (Mondoro, Haire) est concentrer sur des informations précises dans les secteurs clés, en identifiant les données des Communautés Hôtes accueillant les Personnes Déplacées Internes (PDI) / Réfugiés.

- **Eau Hygiène et assainissement (WASH) :**

L'objectif est d'analyser l'accès à l'eau potable en quantité suffisante et l'état des pratiques sanitaires, exacerbé par la destruction des infrastructures (vandalisme, attaque) et les inondations.

Tableau 5: Calcul des indicateurs en WASH

Cible de l'Information	Réfugiés (Sites Koro)	Communautés Hôtes (CH)/ PDI (Douna, Tandi, Dinangourou)
Accès à l'eau	Quantité : Quantité moyenne d'eau potable disponible par personne et par jour (litres/personne/jour). Distance : Temps moyen nécessaire pour l'aller-retour au point d'eau le plus proche.	Capacité : Capacité initiale des points d'eau locaux et augmentation de la demande due à l'afflux. Fonctionnalité : Nombre de points d'eau fonctionnels vs non fonctionnels.
Défis Spécifiques (Tandi)	N/A	Causes des pannes : Vandalisme, usure, ou manque d'entretien. Ressources : Présence de réparateurs formés ou de stocks de pièces de rechange.
Hygiène / Assainissement	Type de latrines utilisées (ouvertes, traditionnelles, améliorées). Taux d'accès aux kits d'hygiène (savon, seaux).	Taux d'utilisation de latrines. Connaissances des pratiques d'entretien des points d'eau et de l'hygiène.

Chocs Environnementaux (Dinangourou)	Impact des inondations sur la contamination de l'eau et des latrines sur le site.	Évaluation des risques de maladies hydriques suite aux inondations.
---	---	---

- **Santé et Nutrition**

L'analyse doit se concentrer sur la disponibilité et l'accessibilité des services de santé primaires et l'état nutritionnel des populations les plus vulnérables (enfants, femmes enceintes/allaitantes).

Tableau 6 : Calcul des indicateurs en Santé/Nutrition

Cible de l'Information	Réfugiés	Communautés Hôtes (CH)/ PDI
Accès aux soins	Distance et temps de marche jusqu'au Centre de Santé Communautaire (CSCOM) le plus proche.	État de fonctionnement et capacité d'accueil du CSCOM (personnel, médicaments).
Morbidité	Principales maladies rapportées (diarrhée, paludisme, infections respiratoires) sur les sites.	Taux de consultation prénatale (CPN) et de vaccination des enfants.
Nutrition	Taux de Malnutrition Aiguë Globale (MAG) et Sévère (MAS) chez les enfants de 6-59 mois (utiliser un dépistage simplifié).	Taux d'allaitement maternel exclusif (AME) pour les nourrissons de moins de 6 mois. Disponibilité de Plumpy'Nut/d'intrants nutritionnels.
Santé Maternelle	Accès aux accouchements assistés par du personnel qualifié.	Accès et disponibilité des kits d'accouchement.

- **Protection**

Le secteur Protection doit recueillir des données sur les risques et les abus, particulièrement importants dans un contexte de conflit, de déplacement et d'attaques violentes.

Tableau 7 : Calcul des indicateurs en protection

Cible de l'Information	Réfugiés	Communautés Hôtes (CH)/ PDI
Risques Physiques	Incidents liés aux Mines/EEI (Engins Explosifs Improvisés) sur les routes ou zones d'installation.	Incidents : Meurtres, enlèvements, ou menaces (liés aux GANE).
Violences Basées sur le Genre (VBG)	Types d'incidents VBG (violences sexuelles, physiques) et lieux de survenue (point d'eau, latrines, abris).	Existence de mécanismes de signalement et de prise en charge (socio-juridique, médical).
Protection de l'Enfance	Enfants séparés/non accompagnés sur les sites. Recours à des mécanismes d'adaptation négatifs (mariages précoces, travail des enfants).	Accès à l'éducation (écoles fermées ou surchargées) suite au déplacement.
Documentation	Proportion des PDI/Réfugiés ayant une documentation légale (carte d'identité, actes de naissance) pour l'accès aux services.	N/A

2) Analyse de la contrainte humanitaire (Accès et Sécurité) :

La contrainte humanitaire fait principalement référence aux obstacles et défis qui entravent la capacité des acteurs humanitaires (ONG) à atteindre les populations touchées par une crise et à leur fournir l'aide et la protection nécessaires.

Dans la région, les contraintes sont multiples et peuvent être classées en plusieurs catégories :

La zone d'étude, localisée dans le Centre du Mali (incluant des localités comme Mondoro, Haire, Dinangourou, Koro, Tandi (Douentza), et Douna), est caractérisée par une extrême complexité opérationnelle et une crise humanitaire multidimensionnelle qui entrave sévèrement l'acheminement de l'aide vitale.

Les contraintes dominantes sont intrinsèquement liées à la situation sécuritaire volatile, aux défis physiques et aux interférences politiques/sociales.

a) L'insécurité physique (conflits, EEI) :

Les facteurs sécuritaires représentent près de la moitié des contraintes de la zone, créant un environnement de travail très risqué et imprévisible.

- ❖ **Opérations Militaires et Hostilités** : Les affrontements réguliers entre les Groupes Armés Non Étatiques (GANÉ) et les Forces Armées Maliennes (FAMA) fragmentent la zone en "zones d'exclusion totale" (ex : les axes vers Mondoro ou les alentours d'Haire). Cette situation entraîne la suspension sans préavis des opérations et la fermeture des couloirs humanitaires. L'accès nécessite des autorisations complexes et changeantes (délai de dédouanement), ce qui ralentit drastiquement la livraison d'articles cruciaux comme les kits WASH, la nourriture et les NFI.
- ❖ **Présence de Mines et/ou d'EEI** : Les engins non-explosés (EEI) sont l'une des plus grandes menaces, rendant les axes routiers ruraux impraticables et dangereux. Cette "menace invisible", particulièrement prégnante autour d'Haire, Koro et Mondoro, limite non seulement les mouvements humanitaires mais aussi ceux des populations, empêchant le retour des PDI dans leurs champs (impactant la Sécurité Alimentaire) ou l'accès aux marchés et pâturages.
- ❖ **Restriction de Mouvement des Acteurs** : Le personnel humanitaire est entravé par des couvre-feux, des exigences de notification préalable et des délais de dédouanement excessifs. L'impossibilité d'atteindre les zones les plus isolées, comme Tandi (Douentza), rend la vérification des besoins et le suivi des programmes extrêmement difficiles.
- ❖ **Violence Contre le Personnel** : Le risque d'enlèvements, détentions arbitraires, intimidations ou attaques ciblées contre les humanitaires (perçus comme étrangers ou

alignés sur un camp) conduit à une autocensure des acteurs internationaux et limite la capacité à négocier l'accès dans les zones de forte tension.

b) Les barrières sociopolitiques : qui menacent les principes d'impartialité et de neutralité (refus d'accès pour les femmes, pressions pour cibler certains groupes) :

Les dynamiques locales de pouvoir et les questions de genre créent des obstacles significatifs à l'impartialité et à l'équité de la distribution de l'aide :

- ❖ **Restriction d'Accès pour les Populations Affectées :** Cette contrainte se manifeste par le blocage de villages entiers par des GANE, la ségrégation des sexes imposée et les interdictions de mouvement pour les femmes PDI/Réfugiées ou communautés hôtes. Ce refus d'accès augmente la vulnérabilité des femmes (chefs de ménage, allaitantes) aux Violences Basées sur le Genre (VBG) et empêche l'acheminement de l'aide sectorielle vitale (Santé Maternelle, kits Dignité), réduisant l'efficacité de la réponse à Dinangourou et Koro.
- ❖ **Déni de Reconnaissance des Besoins :** Une pression sensible est exercée par les acteurs armés ou les autorités locales pour que l'aide soit exclusivement distribuée à certains groupes ethniques ou politiquement alignés, excluant de fait les populations jugées "adversaires" ou les PDI d'une certaine origine. Cela compromet le principe d'impartialité et exige des analyses de protection très fines.
- ❖ **Interférence Directe dans la Mise en Œuvre :** Des acteurs influents (maire, chef de village à Douna, etc.) tentent de modifier les listes de bénéficiaires, exigent leur présence aux distributions, ou participent au détournement partiel de l'aide sous la menace. Ces actions minent l'efficacité de l'aide et peuvent exacerber les tensions locales.

c) Les contraintes logistiques (infrastructures dégradées, inondations) : qui augmentent les coûts financiers aux opérations et les délais de livraison logistique :

- ❖ **Environnement Physique et Manque d'Infrastructures :** La zone souffre d'un déficit structurel en infrastructures (routes, ponts, communication). Cette situation est aggravée par les chocs saisonniers, notamment les inondations (affectant la zone de Dinangourou) qui rendent les routes impraticables sur de longues périodes. Cette contrainte logistique renchérit le coût de l'aide et impose des recours coûteux et risqués (transport aérien ou motorisé) ou l'utilisation de volontaires locaux sous-équipés.

De ce fait, Selon le rapport de l'OCHA (de Janvier à Février 2023) en coordination avec les ONG nationales, les ONG internationales et des Agences des Nations Unies ont classer la sévérité d'accès selon les niveaux :

■ Niveau 1 faible/accessible,

■ Niveau 2/ Modéré

■ Niveau 3/ Élevé

Tableau 8 : Profil de sévérité d'accès de la zone d'intervention

Zone	Sévérité	Caractéristique Dominante	Conséquence pour l'Aide
Koro (Axes)	Niveau 2 (Modéré)	Risque routier (EEI, Braquages)	Ralentissement et cherté de l'aide, accès maintenu mais difficile.
Douna, Tandï, Dinangourou	Niveau 3 (Extrême)	Conflits armés et menaces directes	Accès souvent impossible ; majorité des besoins non couverts.

Et pour la **sévérité des besoins humanitaires** dans les régions du Centre selon OCHA ; ils sont classés en utilisant une échelle de 1 (minimal) à 5 (catastrophe).

- 1 **Minimal** : Les zones disposent de services de base essentiels et sont en mesure de répondre aux besoins fondamentaux en matière de survie, de protection et de dignité.
- 2 **Tendue** : Détérioration du bien-être physique ou mental, menace sporadique contre les droits de l'homme et/ou recours à une stratégie d'adaptation au stress, services de base en difficulté, et incapacité quasi-totale à répondre aux besoins sectoriels de base.
- 3 **Sévère** : Détérioration importante et croissante du bien-être physique ou mental et des droits de l'homme, et menaces régulières sur les droits de l'homme et/ou érosion accélérée des stratégies et ou des actifs, et pression modérée sur les services de base et incapacité modérée à satisfaire les besoins fondamentaux de survie, de protection et de dignité.
- 4 **Extrême** : Mortalité élevée ou risque de décès, et violation généralisée des droits de l'homme et/ou recours non durable à une stratégie d'adaptation négative, et forte pression sur les services de base

et/ou incapacité extrême à répondre aux besoins fondamentaux de survie, de protection.

5 Catastrophique : Mortalité généralisée ou risque de décès, et violation généralisées et systémiques des droits de l'homme et/ou épuisement des options et mécanismes d'adaptation, et l'effondrement des services de base et/ou l'incapacité totale de répondre aux besoins fondamentaux de survie, de protection et de dignité.

Tableau 9 : Profil de sévérité des besoins humanitaires

Sévérité	Localités Représentatives	Indicateurs Clés
Crise (Niveau 3)	Koro, Dinangourou (Général)	Sécurité Alimentaire (Phase 3), seuils WASH/Santé.
Urgence (Niveau 4)	Tandi, Douna (PDI/Enclaves)	Taux de MAG élevé, absence de soins de santé primaires.

3) Déplacements de Population (PDI et Réfugiés) :

La zone de Douna et Dinangourou est devenue un épiceutre de convergence pour les populations vulnérables, subissant une double pression migratoire qui sature les ressources locales déjà fragiles.

a) Origines et Typologie des Flux :

- ✓ Réfugiés Transfrontaliers : En provenance du Burkina Faso, ces populations fuient l'instabilité sécuritaire de l'autre côté de la frontière pour chercher protection sur les sites de transit et d'accueil en territoire malien.
- ✓ Personnes Déplacées Internes (PDI) : Originaires des villages environnants, ces familles fuient les harcèlements, les menaces des groupes armés et les blocus qui étouffent leurs localités d'origine pour se regrouper dans les centres de Douna et Dinangourou, perçus comme des zones de repli relatif.

b) Zones d'Accueil et Défis Majeurs :

L'arrivée massive de ces populations dans les zones d'accueil (Douna, Dinangourou et sites de réfugiés) génère des défis humanitaires critiques :

Les points d'eau existants sont insuffisants pour couvrir les besoins des résidents et des nouveaux arrivants, augmentant le risque de maladies hydriques.

Les déplacés arrivent souvent dans un état de dénutrition avancée après des parcours périlleux, exacerbant la Menace dans les zones d'enclave.

La promiscuité sur les sites de réfugiés et l'occupation des bâtiments publics (écoles) créent des besoins urgents en termes d'abris et de protection des groupes vulnérables (femmes et enfants).

Tableau 10 : Situation de la taille de la population

Villages	Populations(hôtes)	PDI	Réfugiés
Douna	11649	4197	
Tandi	1010		
Dinangourou	17817	1300	
Site PDI (Kenewe)			1200

c) Caractéristiques sociales et vulnérabilités de la population enquêtés :

Ces zones sont des carrefours ethniques (Dogons, Peulhs, Mossis, Tamasheq, etc.).

La vulnérabilité y est double : celle des Personnes Déplacées Internes (PDI)/Réfugiés ayant tout perdu, et celle des Communautés Hôtes (CH) dont la résilience est dépassée.

Tableau 11 : Caractéristiques des différentes localités

Villages	Populations hôtes)	Enfants hôtes	Enfants hôtes de 0_5 Ans	Enfants hôtes de 05_18 Ans	Femmes hôtes	Hommes hôtes	PDI	Enfant PDI	Enfants PDI de 0_05 Ans	Enfants PDI de 05_18 Ans	Femmes PDI	Hommes PDI
Douna	11649	2836	1876	960	3866	4947	4197	2306	1536	770	1053	838
Tandi	1010	198	108	90	510	302						
Dinangourou	17817	6683	2433	4250	8674	2460	1300	300	180	120	600	400
Site PDI							1200	200	130	70	667	333

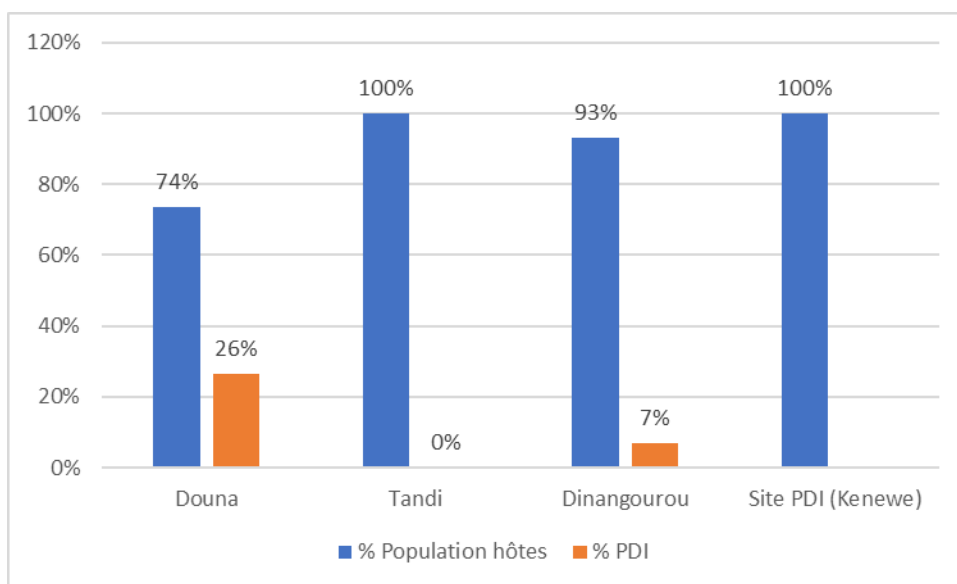


Figure 4: Caractéristique de la communauté hôtes (CH)

- **Village de Douna :**

Les ménages hôtes sont la majorité stable (74%). Leur statut de résidents permanents ne les exempte pas de besoins. Ils subissent une pression énorme sur les services (eau, santé, éducation) en accueillant 4 197 PDI soit 26%.

Leur structure de genre est relativement équilibrée (4 947 Hommes pour 3 866 Femmes), indiquant une communauté avec une main-d'œuvre adulte présente, mais dont les ressources et les moyens de subsistance sont dilués par l'afflux.

Les ménages PDI de Douna sont en situation de dépendance critique. La caractéristique la plus frappante est leur extrême vulnérabilité.

Une dominance Féminine et Infantile est constaté. Les femmes (1 053) et les enfants (2 306) représentent près de 80% de la population PDI. Ceci signale que de nombreux ménages sont dirigés par des femmes ayant fui et qui ont perdu leurs moyens de subsistance.

L'urgence infantile absolue réside dans les 1 536 enfants de 0-5 ans PDI. Cette forte concentration (36.6% des PDI) place ces ménages en alerte maximale pour la malnutrition, les épidémies liées à l'eau (EHA) et les besoins en santé infantile d'urgence.

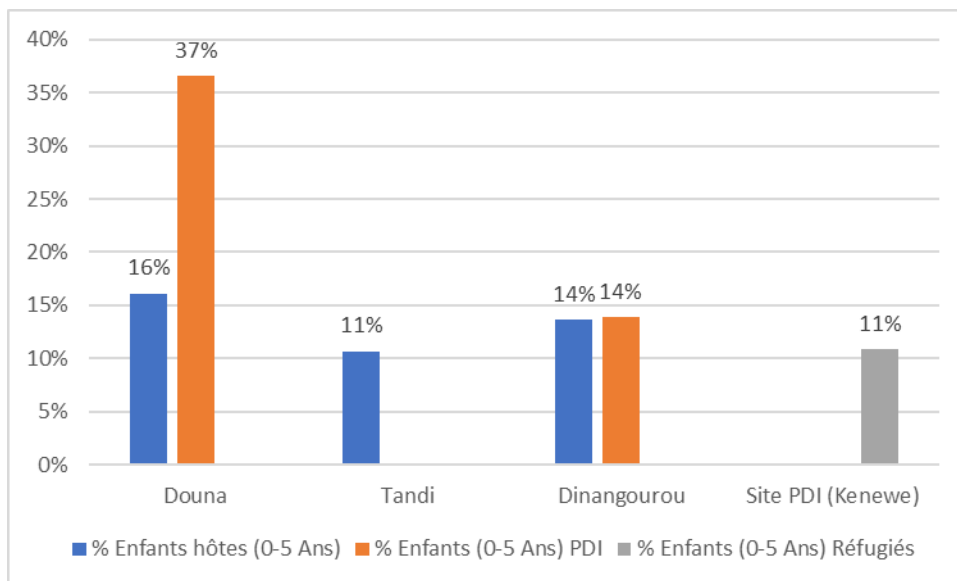


Figure 5 : Pourcentage des enfants 0-5 Ans

- **Village Tandî :**

Tandî est une petite communauté hôte (1 010 personnes) dont le statut de vulnérabilité est structurel, non lié au déplacement sur son site.

Les ménages de Tandî présentent un déséquilibre de genre très marqué.

Le nombre de femmes (510) est nettement supérieur à celui des hommes (302), soit un ratio d'environ 1,7 femme pour 1 homme (voir tableau 11). Ce statut de ménages dirigés par des femmes rend la communauté hautement vulnérable aux chocs économiques, à l'insécurité alimentaire et aux difficultés d'accès aux terres.

La majorité des enfants est dans la tranche (0-5) ans soit un taux de 10.69%. Les ménages concernés sont donc des cibles prioritaires pour les interventions de soutien aux moyens de subsistance et les services de santé maternelle et infantile.

- **Village de Dianangourou :**

Dinangourou est le plus grand site, avec une population totale de 19 117 habitants, et présente un double statut de vulnérabilité.

Ces ménages dominent le site (93.2%) et présentent l'indicateur de vulnérabilité le plus frappant de tous les sites.

Le rapport entre les Femmes (8 674) et les Hommes (2 460) est d'environ 3,5 femmes pour 1 homme. Cette situation implique que l'écrasante majorité des ménages hôtes sont dirigés par des femmes. Leur statut requiert des programmes de résilience et de moyens de subsistance conçus pour surmonter les obstacles sociaux et économiques.

La communauté hôte compte 6 683 enfants, ce qui met une tension considérable sur les

infrastructures éducatives et sanitaires locales

Cependant, la population PDI sont une minorité significative (1 300 personnes) au sein d'une très grande communauté hôte.

Et ces PDI sont également dominée par les femmes (600) et les enfants (300). Ces ménages dépendent de l'aide et nécessitent une assistance ciblée pour l'abri, la nourriture et la protection.

- **Nouveau site : dépendance totale des réfugiés :**

Ce site de 1 200 personnes est entièrement composé de Réfugiés (statut légal distinct des PDI).

Les ménages réfugiés sont en statut de dépendance totale de l'aide humanitaire. Ils ne peuvent accéder à aucun moyen de subsistance et dépendent de l'assistance pour absolument tous les services (eau, nourriture, abri, soins).

Les Femmes (667) et les Enfants (200) représentent 72.2% de la population. Ce statut exige une priorité absolue sur les services de Protection (Violence Basée sur le Genre), les Biens Non Alimentaires (BNA), et les distributions de Cash ou de Nourriture pour la survie immédiate.

Les 130 enfants de 0-5 ans réfugiés sont extrêmement à risque de malnutrition en l'absence d'aide régulière et complète.

e) Infrastructures Sociales et Sanitaires Existantes dans les zones :

Cette cartographie détaillée des infrastructures sociales et sanitaires est essentielle pour éclairer l'intervention humanitaire dans le Cercle de Badiangara et Douentza, où se situent les villages de Tandi, Douna et Dinangourou. Cette cartographie souligne la vulnérabilité des services face à la crise, à la fois pour les communautés hôtes et les populations déplacées.

Le récit des infrastructures dans cette zone est celui d'une capacité dégradée et d'une accessibilité dangereuse. La fonctionnalité de ces infrastructures est bien plus critique que leur simple présence théorique.

Infrastructure Sanitaire :

Le système de santé suit une structure hiérarchique qui est mise à mal par l'insécurité :

Koro abrite le Centre de Santé de Référence (CSRéf) du cercle. Ce centre est la "bouée de sauvetage" pour les cas graves (urgences chirurgicales, accouchements compliqués) venant de tous les villages environnants, y compris Dinangourou et Site PDI.

Le CSRéf est généralement le centre le plus stable, mais il est "surchargé" par le flux constant de patients, en particulier les Personnes Déplacées Internes (PDI) installées à Koro.

L'inaccessibilité est le problème majeur. L'insécurité sur les axes routiers rend le trajet vers Koro (pour les cas graves venant des villages) extrêmement périlleux, voire impossible, menant à une augmentation des taux de morbidité et de mortalité évitables, notamment pour les urgences

obstétricales et les blessures traumatiques.

Tandi, Douna, Dinangourou (La Première Ligne) : Ces villages dépendent de Centres de Santé Communautaires (CSCoM) ou de postes de santé.

Les CSCoM sont souvent la seule infrastructure de proximité pour des milliers d'habitants. Ils sont généralement sous-dotés en personnel qualifié (peu de sage-femmes, pas de médecins) et connaissent des ruptures fréquentes de stocks de médicaments essentiels.

L'afflux de PDI à Douna et Dinangourou met une pression intenable sur ces CSCoM fragiles.

L'argent pour payer les soins (coût du "ticket modérateur") devient un obstacle majeur, en particulier pour les ménages PDI dépendants de l'aide ou les ménages hôtes cheffes de famille (comme à Tandj et Dinangourou).

Infrastructures EHA (Eau, Hygiène et Assainissement) :

Les points d'eau fonctionnels (forages, puits) existent, mais leur capacité est insuffisante pour la population accrue, surtout à Douna, où les PDI représentent 27 % de la population. Les conflits autour de l'accès à l'eau potable sont une source de tension communautaire entre hôtes et déplacés.

L'état des latrines est critique. Le manque d'installations hygiéniques adéquates et fonctionnelles, particulièrement sur les lieux de regroupement des PDI (Douna, Dinangourou), conduit à des pratiques à haut risque comme la défécation à l'air libre.

Cette situation crée un risque permanent d'épidémies (choléra, diarrhée), qui frapperaient de plein fouet les enfants (tranche d'âge 0-5 ans) très vulnérables, surtout chez les PDI de Douna.

Infrastructures Sociales (Éducation et Logement) :

Les infrastructures sociales subissent un double choc : la fermeture due au conflit et la surcharge due au déplacement.

Les écoles des villages sont soit fermées à cause de la menace sécuritaire, soit utilisées comme abris d'urgence par les PDI, comme on l'observe souvent dans le cercle.

La réquisition des écoles interrompt l'éducation des enfants hôtes (qui représentent la majorité des enfants de Dinangourou, par exemple) et n'offre qu'une solution d'abri temporaire et non durable aux PDI.

L'infrastructure principale d'accueil sont la famille hôte et les écoles.

L'hébergement par les hôtes, majoritaire à Douna et Dinangourou, impose une charge financière et logistique insoutenable aux ménages hôtes déjà vulnérables (en particulier les femmes cheffes de famille à Tandj et Dinangourou). Cette surcharge génère de la promiscuité (augmentation des risques de VBG et de maladies).

Conclusion :

La cartographie des infrastructures met en lumière deux intervention prioritaires humanitaire :

Une intervention immédiate et intégrée (Santé/Nutrition/EHA) pour le cluster PDI à Douna ; Tandjé et un soutien logistique au CSRéf de Koro et CSCOM pour sauver les vies.

Une intervention nécessitant des programmes de protection sociale et de moyens de subsistance ciblés sur les ménages hôtes vulnérables, notamment les femmes cheffes de ménage (Dinangourou et Tandjé), pour éviter que les hôtes ne deviennent eux-mêmes une nouvelle population dans le besoin.

f) Identification des Points Critiques et Zones Prioritaires (Voir Tableau)

Tableau 12 : Contextes critiques des zones d'interventions

Village / Commune	Cercle	Région	Facteurs Critiques / ZDA	Priorités d'Intervention Humanitaire
Koro	Koro	Bandiagara	Insécurité élevée, présence de groupes armés, risque d'EEI, déplacements internes/exodes.	Santé d'urgence, Protection, Assistance alimentaire et NFI.
Dinangourou	Koro	Bandiagara	Insécurité élevée, accès extrêmement difficile, possible vide de services sociaux (santé/éducation). L'inondation rends les pistes impraticables pendant la saison des pluies, coupant certaines zones pendant des semaines	EHA (eau potable), Soutien aux moyens de subsistance, Protection.
Douna (Modoro)	Douentza	Douentza	Blocus potentiel (similaire à Boni), insécurité élevée, rupture des chaînes d'approvisionnement (vivres, médicaments).	Distribution de Vivres et Réhabilitation des infrastructures EHA, Soins de santé primaires mobiles.

Tandi (Haire)	Douentza	Douentza	Forte instabilité sécuritaire, risque de violences, faiblesse des infrastructures, éloignement des centres de ravitaillement.	Accès à l'éducation (alternatif), Assistance alimentaire/Nutrition, Protection contre les VBG.
--------------------------	----------	----------	---	--

Conclusion et Zones Prioritaires d'Intervention

Les zones de Douentza (Modoro, Haire) et Koro (Koro, Dinangourou) sont des zones prioritaires d'intervention et doit se concentrer sur :

L'Accès aux Services de Base : Prioriser les services de Santé et d'EHA (Eau, Hygiène, Assainissement) pour prévenir les épidémies et les décès.

L'Assistance Alimentaire et les Moyens de Subsistance : Face à l'insécurité alimentaire aiguë, une distribution de vivres et/ou de transferts monétaires (CASH) est urgente.

La Protection : Mettre en place des mécanismes de protection (sensibilisation aux EEI, VBG, protection de l'enfance) prenant en compte les besoins de ces populations déplacées et réfugié et les femmes/enfants.

V) RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE D'ÉVALUATION DES BESOINS

1) Eau Hygiène et Assainissement (WASH) :

a) Principale source d'eau :

Village Tandi :

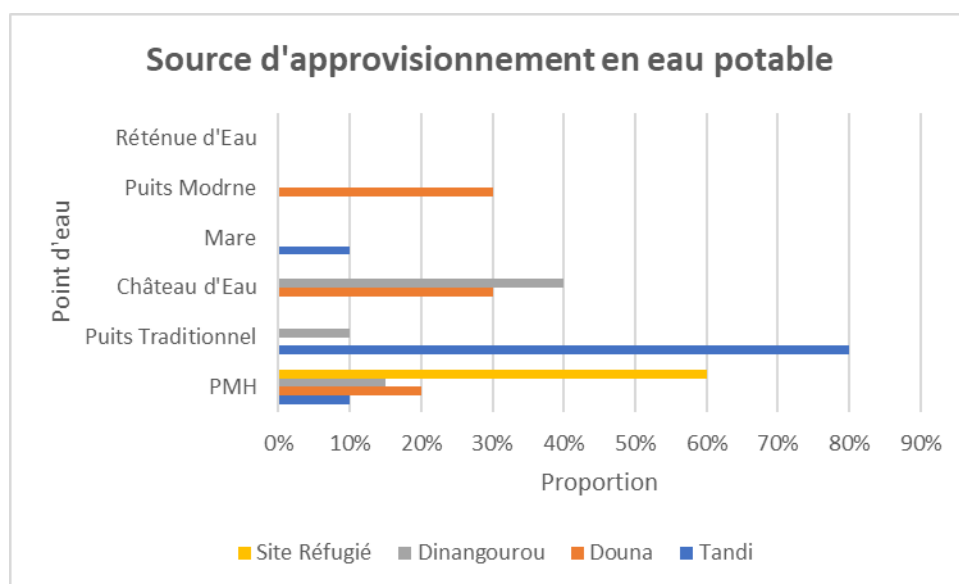


Figure 6 : Source d'approvisionnement de la population

Les sources d'approvisionnement en eau utilisées par l'échantillon de la population de la zone d'étude sont : les puits (traditionnels, Moderne), les Châteaux d'eau, les PMH, les mares les eaux de surface.

Les principales sources d'eau d'approvisionnement utiliser par les personnes interrogées sont :

- PMH : 10% Tandi, 20% Douna, 15% Dinangourou, 60% site
- Châteaux d'eau : 30% Douna, 40% Dinangourou

Sont les sources où l'eau est considéré comme étant potable ;

Les autres sources d'eau (puits traditionnels/Moderne, mares, rivières) souvent se tarissent selon les personnes interrogées. Ces eaux sont aussi plus généralement utilisées autant pour la boisson que pour les autres besoins du ménage ; les raisons sont principalement entre-autres :

- ✓ La gratuité de la mare
- ✓ Le principe du moindre effort
- ✓ L'habitude gustative
- ✓ Les pannes récurrentes
- ✓ Les files d'attente

b) Nombres d'infrastructures existantes :

Il ressort de l'analyse des données de l'enquête que l'approvisionnement en eau du village Tandî repose sur cinq infrastructures et une source de surface. (Voir figure7).

Deux (02) pompes représentent la seule source d'eau potable et sécurisée. Cependant, leur fonctionnalité est gravement compromise (avec une (01) PMH en panne).

La situation de l'eau à Douna est caractérisée par un réseau d'infrastructures mixtes qui, bien que technologiquement supérieur à celui de Tandî, est miné par le manque de maintenance, certains panneaux saccagés et quelques bornes fontaine délabré non fonctionnelle dans le village et la pression démographique liée à la présence des PDI (26,5% de la population totale). Ce pendant existe 05 PMH dont 01 NF, 03 CE dont 01 NF et 02 Puits. Une (01) PMH se trouvant dans l'enceinte du CSOM a un débit faible par manque de maintenance. Les accompagnants portent les seaux d'eau pour les patients.

Le Village de Dinangourou dispose 04 Pompe à Motricité Humaine (PMH dont une (01) en panne), 04 Puits moderne protégé et Quatre (04) château d'eau.

08 panneaux du champs photovoltaïques ont été détruit et une cuve trouée d'un château par le GANE.

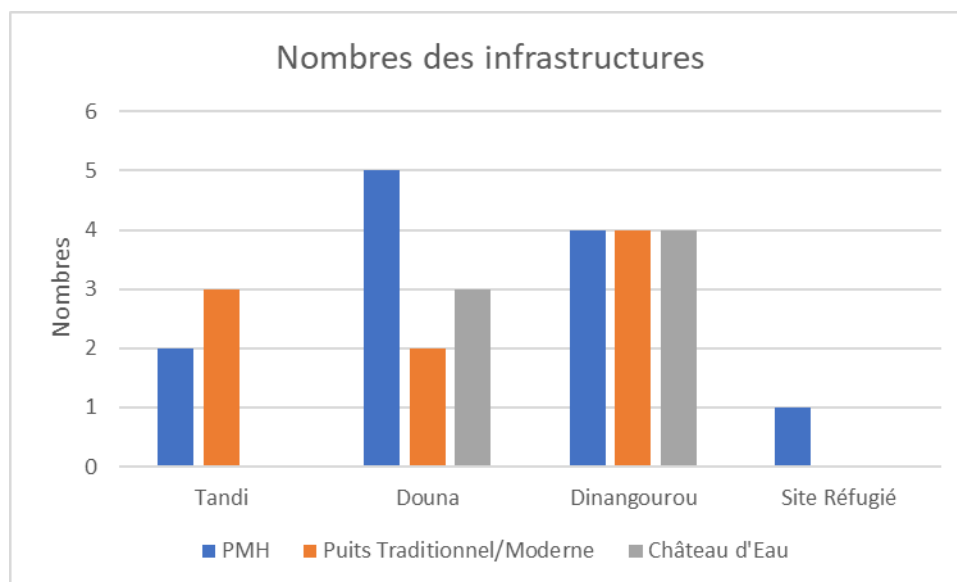


Figure 7 : Types d'infrastructures existantes

c) Quantité d'eau potable :

Suite à l'analyse 100% de la population de Tandjé utilise un volume d'eau inférieur à 15 litres (litres/personne/jour).

À Douna 58%, A Dinangourou 65%, Sur le site Réfugié 60% ; tous inférieurs à 15l/pers/jr.

En plus souvent ces PMH fonctionnelles diminuent en nombre.

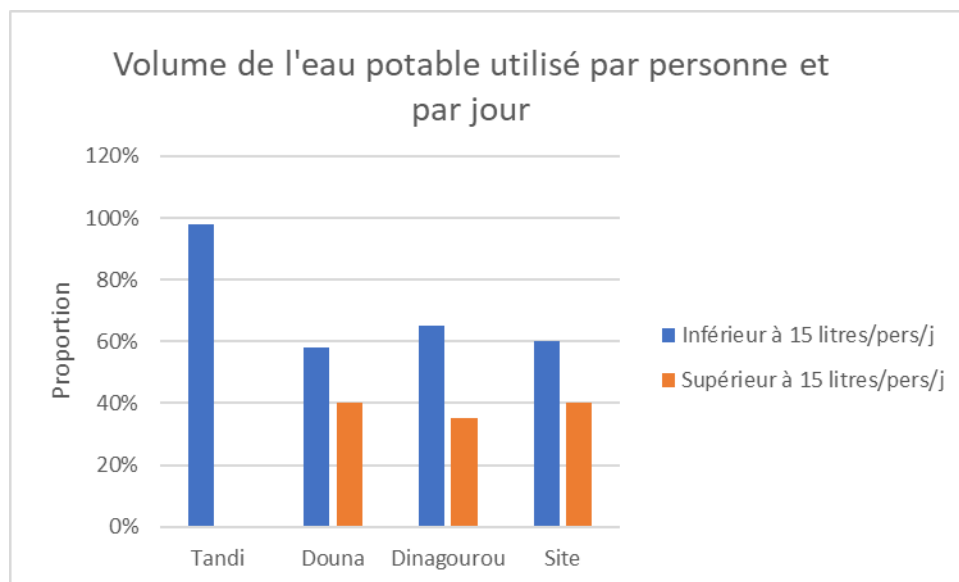


Figure 8 : Volume d'eau utilisés par personnes

d) Qualité de l'eau prélevée et traitement de l'eau puisée par les populations :

Les personnes interrogées au cours de cette enquête ont des avis partagés quant à la qualité de l'eau qu'elles consomment. En effet ces appréciations sont liées à la perception de chaque individu et sont basées sur les paramètres organoleptiques de l'eau tels que le goût, la couleur ainsi que de la provenance de l'eau (forage, puit, mare...) ; ceux qui s'approvisionnent aux forages lorsque les puits sont taris trouvent que cette eau a un goût de calcaire vers Dinangourou (Koro).

Les résultats de l'enquête montrent que 80 % des populations interrogées des 03 localités ne traitent jamais l'eau puisée avant consommation et s'approvisionnent aux points d'eau non potables selon la répartition suivante :

- Puits Modernes
- Puits traditionnels
- Mares

Les raisons expliquant l'absence de traitement de l'eau à domicile sont multiples, on peut citer la méconnaissance des procédés de traitement (60%), la non perception de l'intérêt du traitement (10%) et enfin la non disponibilité des produits de traitement sur le marché (10%).

Les personnes interrogées qui traitent l'eau à domicile (20% du total des enquêtés) utilisent comme moyens de traitement :

- L'ébullition (3%)
- Le filtrage de l'eau par un tissu (6%) ;
- L'utilisation du chlore en grain (2%) ;
- Par décantation (3%)
- L'utilisation du chlore liquide (4%) ;
- Les filtres céramiques (1%) ;
- Combinaison de décantation puis filtration par un tissu et filtration sur sable (1%)

Cependant ce traitement n'est pas régulier et cela n'est entrepris que lorsque l'eau est jugée trouble ou d'aspect différent que d'habitude.

e) Distance Parcourue :

Village Tandj :

L'épuisement des sources locales crée un fardeau majeur, particulièrement pour les femmes cheffes de ménage (majoritaires à Tandj).

70% de la population est contrainte de chercher de l'eau dans d'autres villages lointains (souvent plus d'un (01) km). Cette contrainte physique et logistique expose les personnes (souvent des femmes et des enfants) à :

- Risques sécuritaires accrus sur les axes
- Perte de temps considérable, impactant la scolarisation des enfants et la participation des adultes aux activités génératrices de revenus.

Même en période normale, le temps d'attente à la seule PMH fonctionnelle est excessif, limitant la quantité d'eau que les ménages peuvent raisonnablement collecter.

Village de Douna : 30% de la population font une distance entre 500-700 m et 60 % font plus de 700m a un point d'eau.

Quant au village de **Dinangourou**, uniquement 10% de la population font un parcourt de 900m.

Et sur le site Réfugié, la majorité des ménages sont aux alentours du point d'eau 300m.

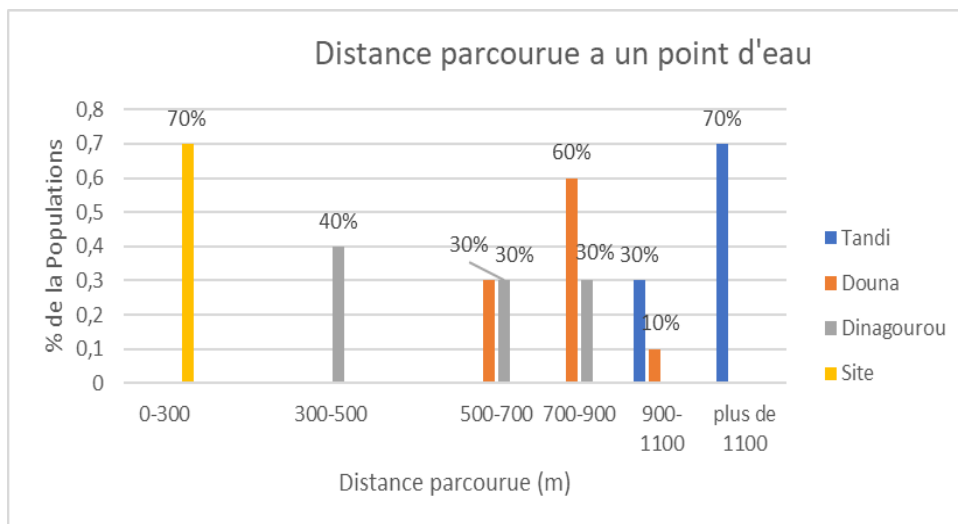


Figure 9 : Distance parcourue a un point d'eau

f) Récipient de stockage et transport de l'eau :

Pour la majorité par les populations interrogées (61%), les récipients de transport utilisés ne sont pas couverts durant le transport ; seulement 20% des interviewés déclarent protéger l'eau durant le transport.

Les résultats de l'enquête sanitaire montrent que 60% de ces récipients ne sont pas propres contre 30% propres. Cependant 50% des récipients utilisés sont troués jusqu'à mettre des sachets plastiques.

Quant aux récipients de stockage, 60% des récipients de stockage observés sont sales et 30% ne sont pas couverts et les enquêteurs ont observé dans de nombreux ménages la présence de dépôts organiques, de vers, d'algues et d'huile dans le récipient de stockage. De plus 38% de ces récipients sont accessibles aux animaux ; dans la majorité des concessions les animaux cohabitent avec les habitants ce qui induit la présence de déjections d'animaux dans et autour des concessions. Par ailleurs, selon les observations des enquêteurs, les gobelets utilisés pour prélever l'eau dans le récipient de stockage sont sales et déposés à même le sol ; les enfants jouent dans la cour et sont en contact avec les déjections d'animaux et les ordures ménagères.

g) Existence de comité de gestion :

Les résultats de l'enquête montrent qu'il n'existe un Comité de Gestion des Points d'Eau (CGPE) pour les infrastructures fonctionnelles. Selon les 80% des populations interrogées, les points d'eau sont gérés par une seule personne qui souvent fait passer le message aux populations pour le curage de certains puits ou la collecte de fonds porte en porte à la réparation ou l'achat des matériels défectueux des PMH ou des têtes des bornes fontaines lorsque celui-ci tombe en panne.

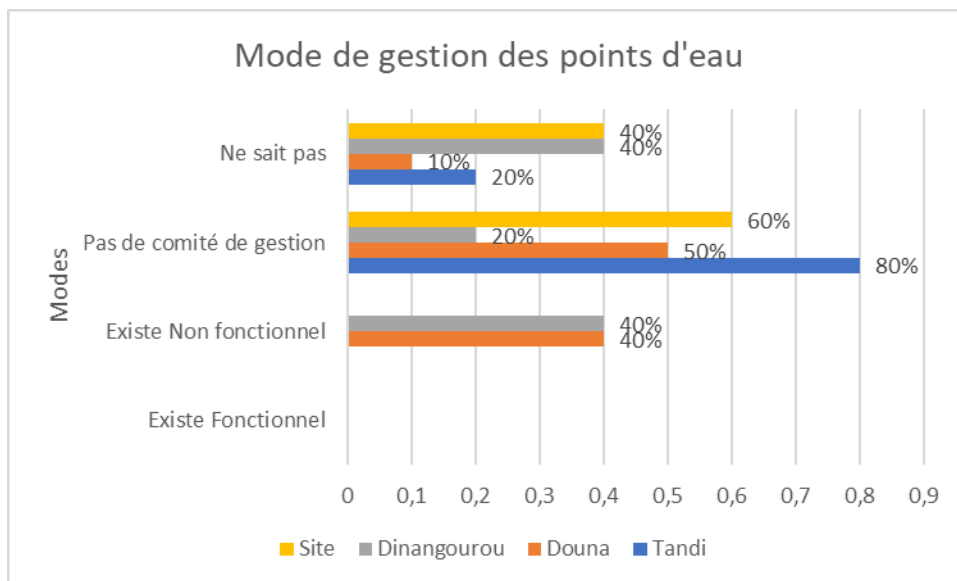


Figure 10 : Gestion des points d'eau

La volonté de payer de la population a également été évaluée lors de cette enquête. Une infime proportion n'accepte pas de payer la ressource en eau. Pour un volume de 20L par exemple 50% des personnes interrogées sont prêts à le payer à 5F CFA et 20% 10F CFA. Nous pouvons donc dire que la majorité de la population est prête à payer pour l'eau à condition que le coût soit abordable et le point d'eau accessible.

h) Existence de Mainteneur ou de Réparateur :

80% de la population interrogés affirme l'existence des réparateurs mais qui ne sont pas doter des matériels adéquats.

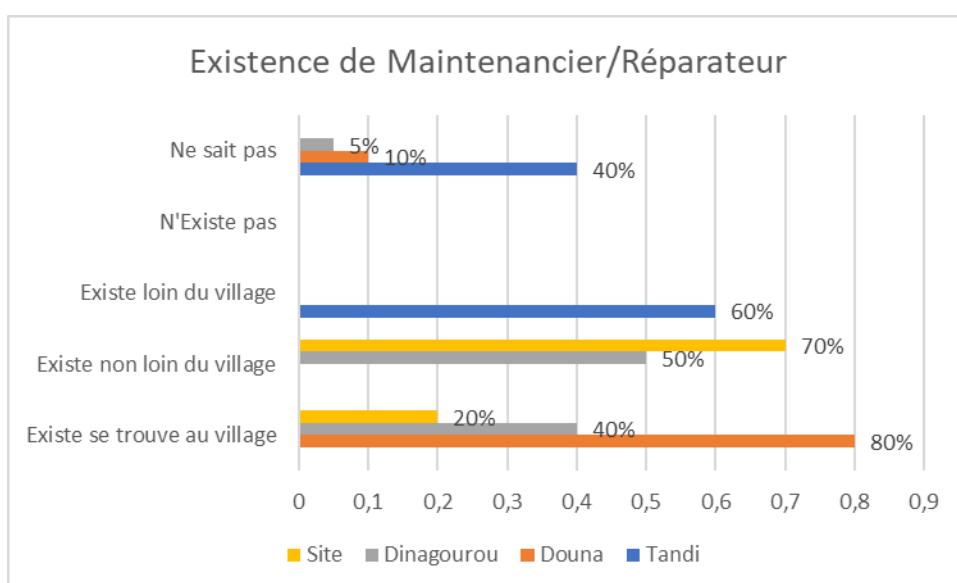


Figure 11 : Situation des réparateurs mécaniques



Figure 12 : Observation des PMH en panne village Douna, Tandï



Figure 13 : Observation des puits taris village Tandï

2) Accès à l'assainissement :

a) Gestions des excreta

Lieu de défécation :

Village Tandï :

La majorité du village de Tandï soit 95% de la population interrogée fait ses besoins en plein air (ravine, trou, brousse).

Seulement 05% des personnes interrogées utilisent la latrine construite au sein des ménages qui ne sont pas en règle ; superstructure délabrée ; pas de couvercle ; prolifération des mouches.

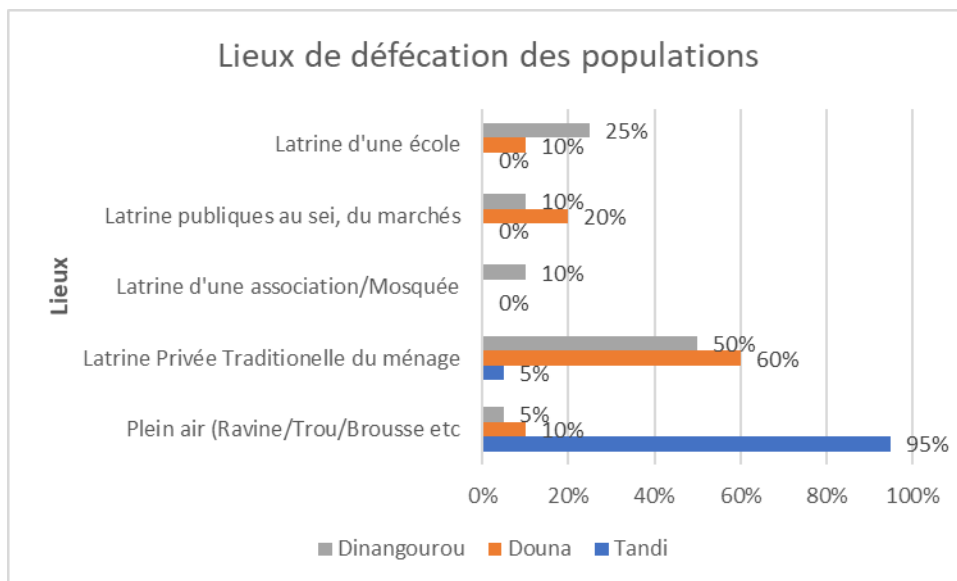


Figure 14 : Lieux de défécation

Raisons :

Pour les 95% des ménages expliquent l'absence de latrines dans les domiciles par : ne sait pas comment la construire, les latrines s'effondrent dû au sol tendre souvent sablonneux dans la majorité des cas.

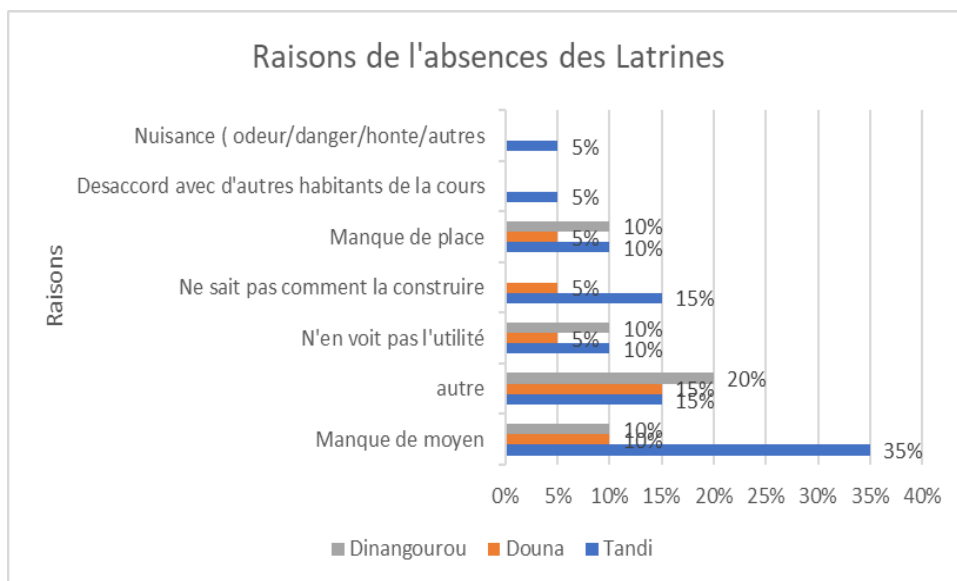


Figure 15 : Raisons de l'absence des latrines à domicile

Les autres raisons évoquées pour l'absence de latrines à domicile sont : manque de moyen, la méconnaissance de l'ouvrage, manque de place ou d'espace.

Village Douna :

60% de la population interrogée fait ses besoins dans les latrines traditionnelles construites au sein des ménages. 20% utilise des latrines construites autant dans les écoles. Pour les latrines des écoles, les populations l'utilisent la plupart du temps sans l'autorisation des directeurs des dites écoles.

Près de 10% des personnes utilisent les latrines publiques au sein du marché et 10% en plein air (ravine, trou, brousse).

Raisons :

Pour les 40% les ménages expliquent l'absence des latrines dans les ménages par le manque de moyens dans la majorité des cas. Les autres raisons évoquées pour l'absence de latrines à domicile sont, ne sait pas comment la construire, la méconnaissance de l'ouvrage, manque de place.

Pour les latrines dont l'utilisation effective est « autre », on note que ce sont des latrines :

Qui sont partiellement inutilisables car la dalle est effondrée ;

Dont la fosse est remplie et n'a pu être vidée ;

Dont la superstructure est en ruine.

Les lieux de défécation des enfants sont en majorité le sol de la cour de la concession, le tas d'ordure présents dans la cour. Les autres lieux de défécation sont l'arrière des cases, la rue devant la concession.

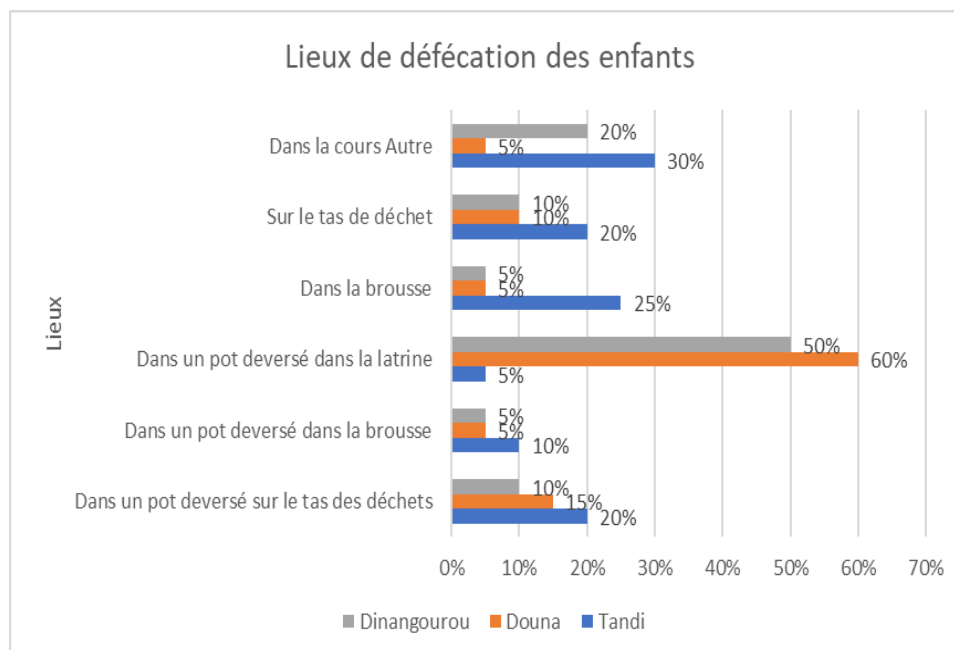


Figure 16 : Lieux de défécation des enfants

Observation des latrines privées dans les ménages :

Les observations de 60% des latrines (Village Douna) des enquêteurs en ce qui concerne la propreté montrent les résultats suivants :

53% des toilettes privées sont sales (présence de déjection des salamandres et autres geckos, restes de déjections autour du trou de défécation, ordures) ;

Seules 6% de ces toilettes présentent un couvercle ;

2% présente de mauvaises odeurs ;

Enfin pour 3%, les fosses sont pleines et malgré cela les usagers continuent de les utiliser.

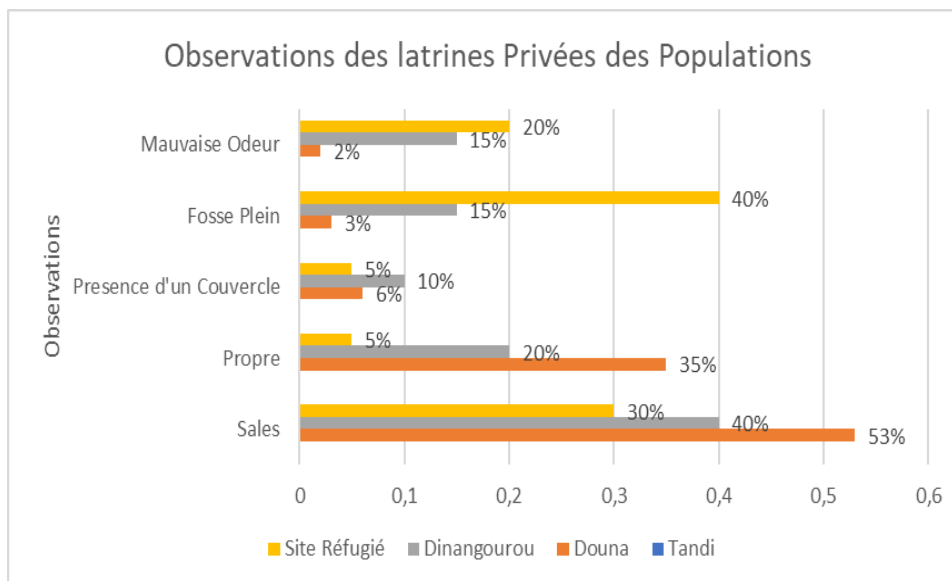


Figure 17 : Observations des latrines



Figure 18 : Observation d'une latrine privée à Douna

Observation sur le site des réfugiés :

Sur le site, il existe 08 blocs de latrine totalement délabrés (Voir Image). Les réfugiés font leurs besoins aux alentours.



Figure 19 : Toilettes endommagés sur le site

d) Évacuation des eaux usées :

La majorité de la population soit 60% d'entre elle évacuent les eaux usées (douches, lessives, vaisselles) dans la cour.

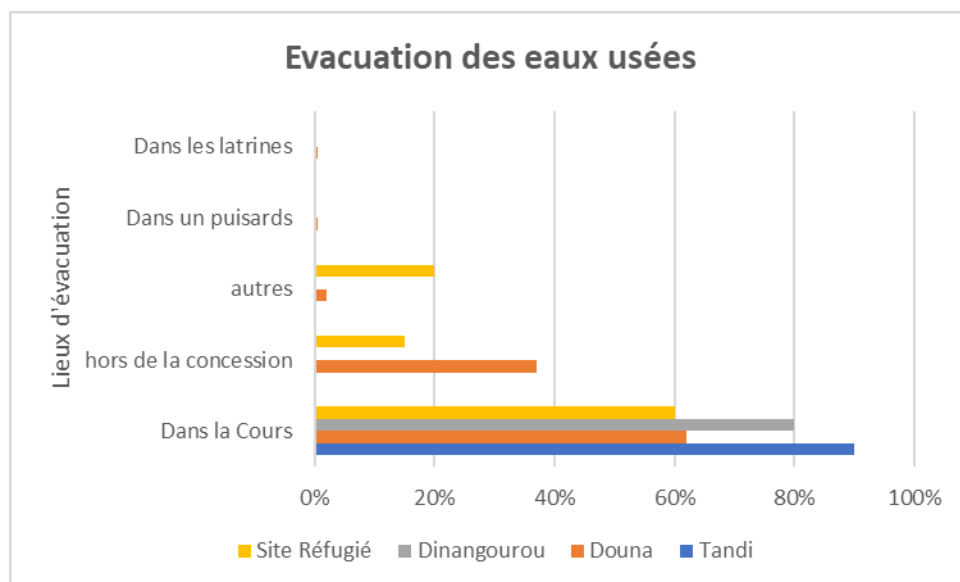


Figure 20 : Mode d'évacuation des eaux usées

c) Gestion des Ordures ménagères :

Les résultats de l'enquête montrent que les populations interviewées évacuent leurs déchets solides dans les fosses fumières pour la majorité ou brûler dans les rues. D'autres les rejettent dans la

brousse ou les déposent dans les champs, certains encore les disposent dans un trou creusé dans les concessions.

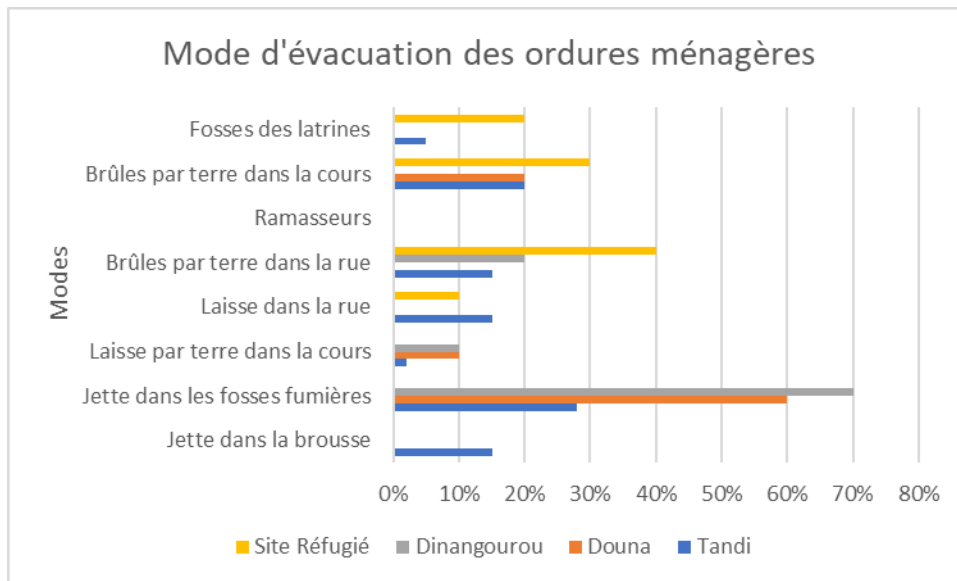


Figure 21 : Évacuation des ordures ménagères

En ce qui concerne le fosses fumières, 76% des ménages font le recyclage des déchets. Les déchets recyclés à 96% organiques alimentent la production de fumier ou de compost en majorité.

3) Conditions d'hygiène :

a) Hygiène Corporelle :

Il s'agit ici du nettoyage anal et du lavage des mains.

La majorité des personnes interrogées à Tandî soit 90% effectue le nettoyage anal avec des moyens divers et variés :

- 25% utilise Feuilles ;
- 40% Résidus agricoles ;
- 25 % Rien

Autres moyens à savoir : un morceau de tissu, des bouts de bois.

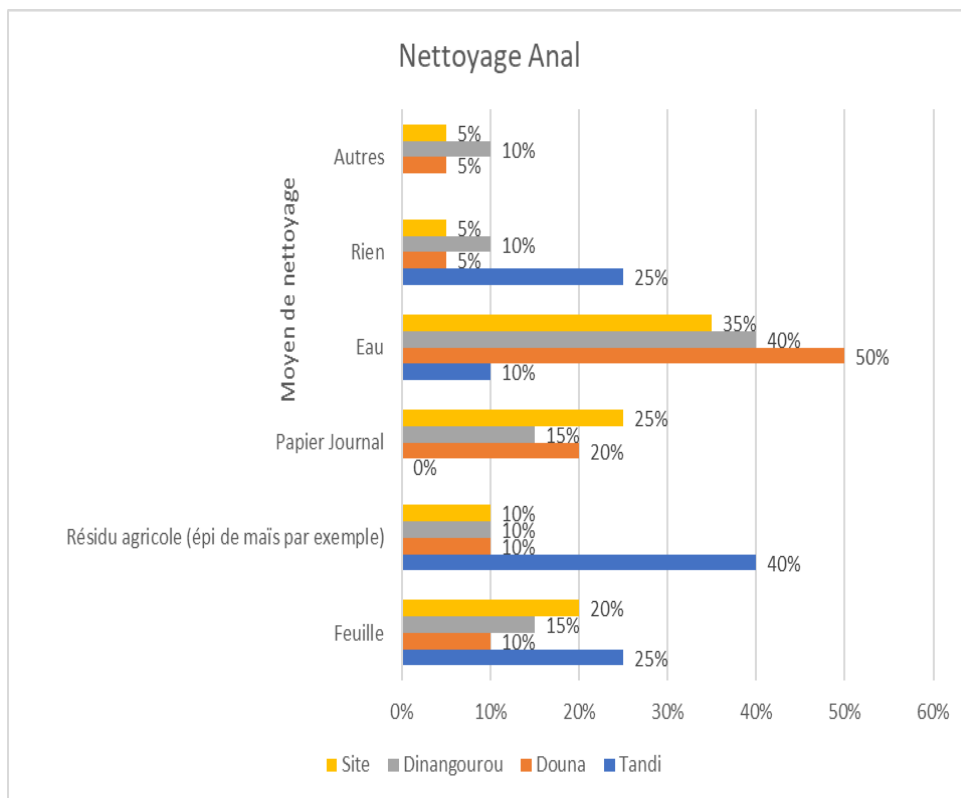


Figure 22 : Nettoyage anal

En ce qui concerne le lavage des mains, la majeure partie de la population interrogée (90%) à Douna, Dinangourou, Site Réfugié/Pdi déclarent se laver les mains "Avant de manger". On note une très faible proportion de personnes (10% des personnes interrogées à Tandj) qui se lave les mains "Après avoir déféquer " 50% à Douna, Dinangourou.

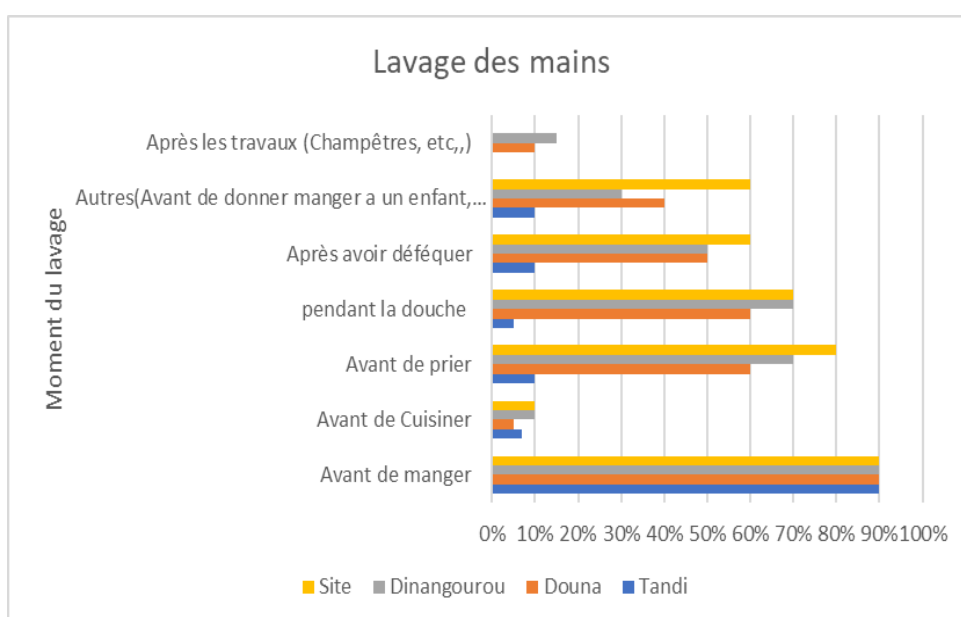


Figure 23 : Lavage des mains

En ce qui concerne la manière de se laver les mains, cela fait partie de l'une des étapes de l'enquête ou les populations ont eu du mal à s'expliquer pour des raisons de pudeur et d'incompréhension ; cependant les résultats montrent que :

- 80% la majorité des personnes se mouille les mains ;
- Certaines personnes frottent les mains ;
- 20% seulement des enquêtés déclarent utiliser du savon ;

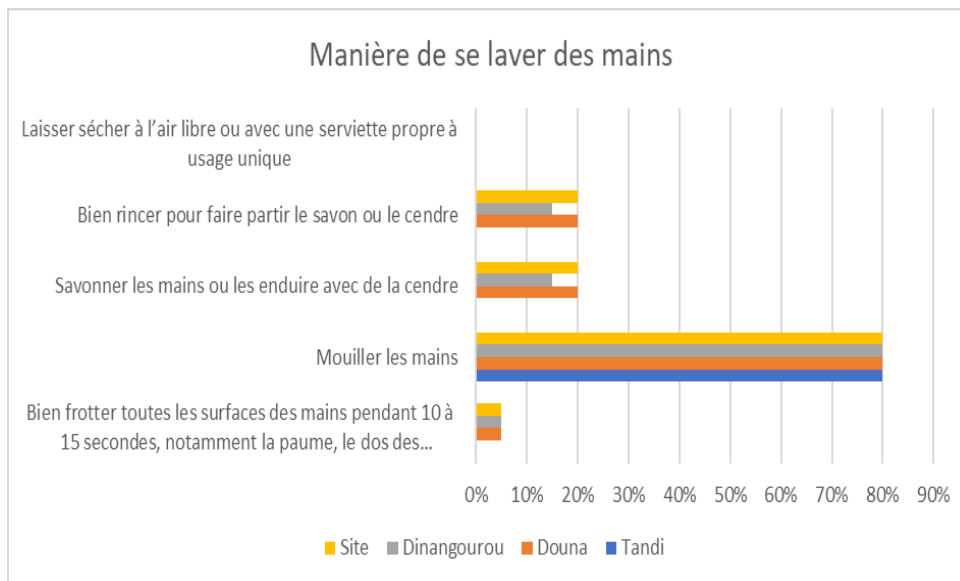


Figure 24 : : Manière de se laver les mains

b) Hygiène du cadre de vie :

En milieu rural, les populations cohabitent avec les animaux selon les indications des enquêteurs. Les animaux circulent librement dans la cour et de plus dans certains cas ces animaux s'abreuvent dans les ustensiles de cuisines. Aussi, il est observé la présence d'excréments d'animaux que ce soit dans la rue comme dans la cour. Selon les observations des enquêteurs dans 40% ménages, les animaux n'ont cependant pas directement accès aux récipients de stockage de l'eau (Douna, Dinangourou, Site Pdi).

Quant à la présence d'ordures ménagères autour des concessions et dans la rue, il est constaté que :
Autour des concessions : 45% en ont beaucoup d'ordures à côté de la maison (Tandî, Site Pdi), 25% des ménages ont un peu (Douna, Dinangourou) ;

Dans la rue, 40% des ménages en ont beaucoup (Site Pdi/Refugiés), ont un peu 30% d'ordures (Douna, Dinangourou).

c) Maladie Hydriques :

Le village de Dinangourou, a été particulièrement vulnérable aux inondations durant la saison des pluies(hivernage), une zone à forte potentielle épidémique et d'autres maladies hydriques (Voir image).

En début de l'hivernage, les contaminations de l'eau et la propagation rapide des maladies augmentent considérablement dans ces zones d'interventions.



Figure 25 : Des personnes sinistrées dû à l'inondation Dinangourou

d) Connaissances des différents vecteurs de maladies hydriques :

De façon globale les personnes interrogées reconnaissent que les défécations à l'air libre (70% des personnes interrogées) et la qualité de l'eau consommée (60% des personnes interrogées) sont susceptibles de donner des maladies.

Les différents vecteurs des maladies d'origine hydrique sont moins connus. Cependant 80% des personnes interrogées pensent que ce sont les déchets solides et 30% les eaux usées.

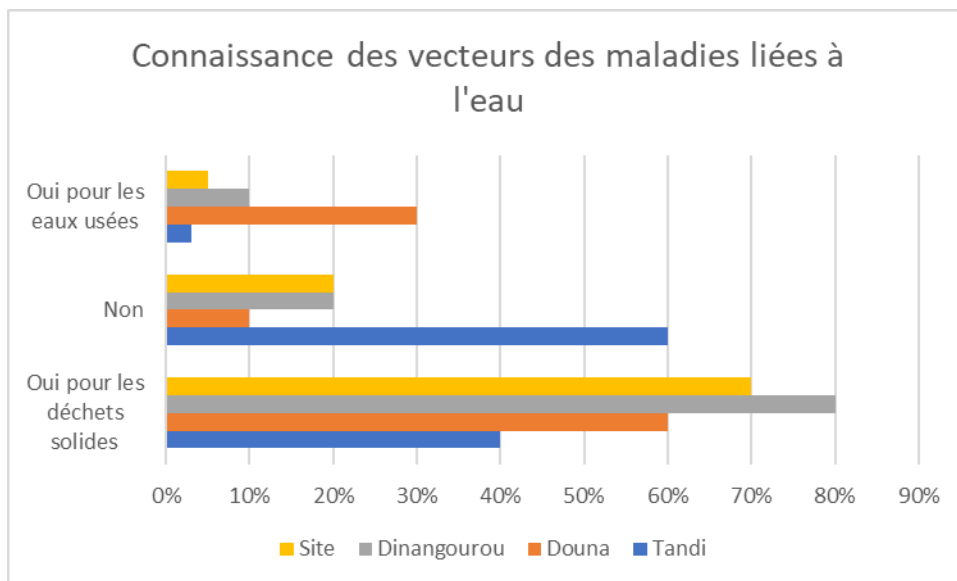


Figure 26 : Connaissances des vecteurs des maladies liées à l'eau

Les différentes maladies liées à l'eau connues par les populations sont entre autres :

- Les diarrhées (80%)
- Les maux de ventre (40%)
- Les vomissements (60%)
- Les parasitoses (40%)
- La typhoïde (60%)

D'autres maladies (20%) telles que la méningite, la rougeole...

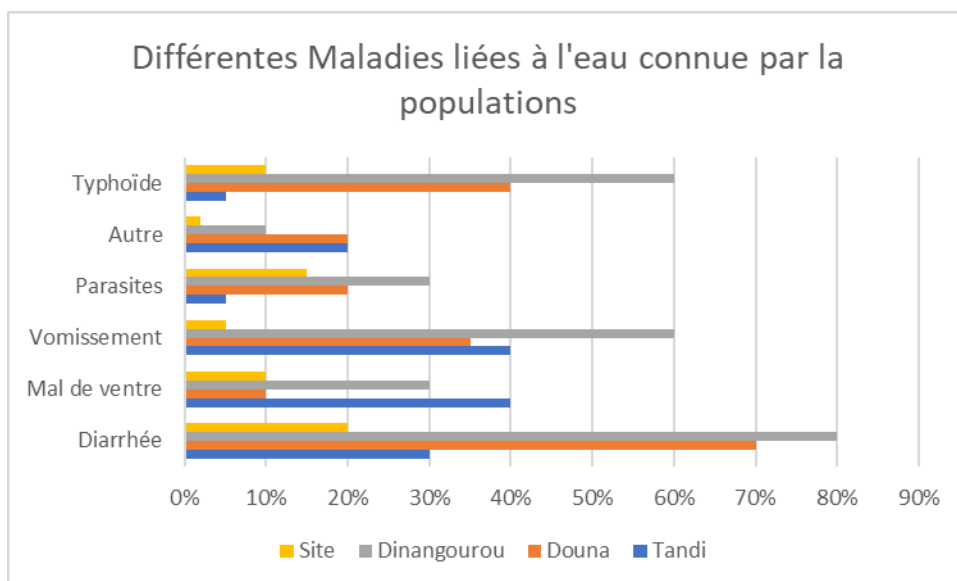


Figure 27: Différentes maladies liées à l'eau citées par les populations

Pour le cas spécifique des diarrhées, les populations interviewées affirment que les nourritures contaminées est le principal vecteur des diarrhées (65%), puis ce sont 60% l'eau de boisson comme le montre le graphique.

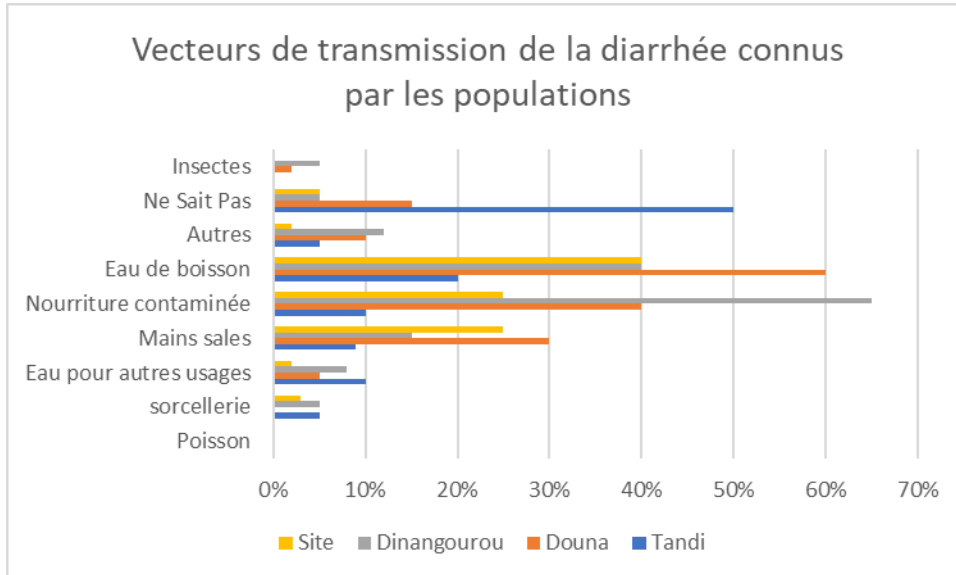


Figure 28: Vecteurs de transmission de la diarrhée cités par les populations enquêtées

70% des populations ont assuré utiliser les moustiquaires (Figure 29), cependant selon les observations des enquêteurs certaines " OUI, AUTRE " l'utilise pour des fins personnelles comme dans les maraichages.

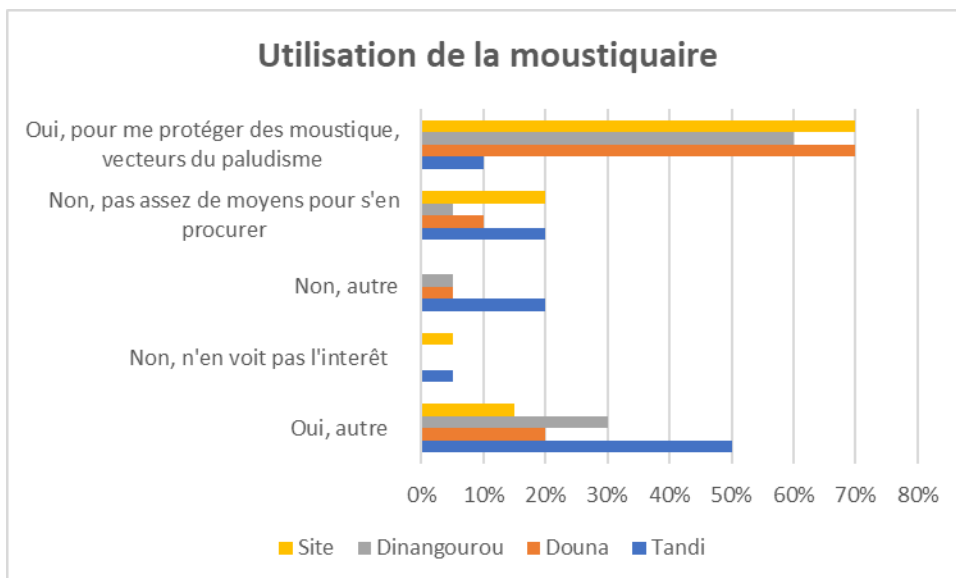


Figure 29: Utilisation de la moustiquaire

Quant aux méthodes pouvant permettre d'éviter certaines maladies 60% affirment d'avoir "Se laver" et d'autres n'en n'ont aucune connaissance (35%), pour celles citées par les personnes interrogées on retrouve entre autres :

- Le lavage des mains ;
- Boire une eau traitée ;
- Manger des aliments chauds.

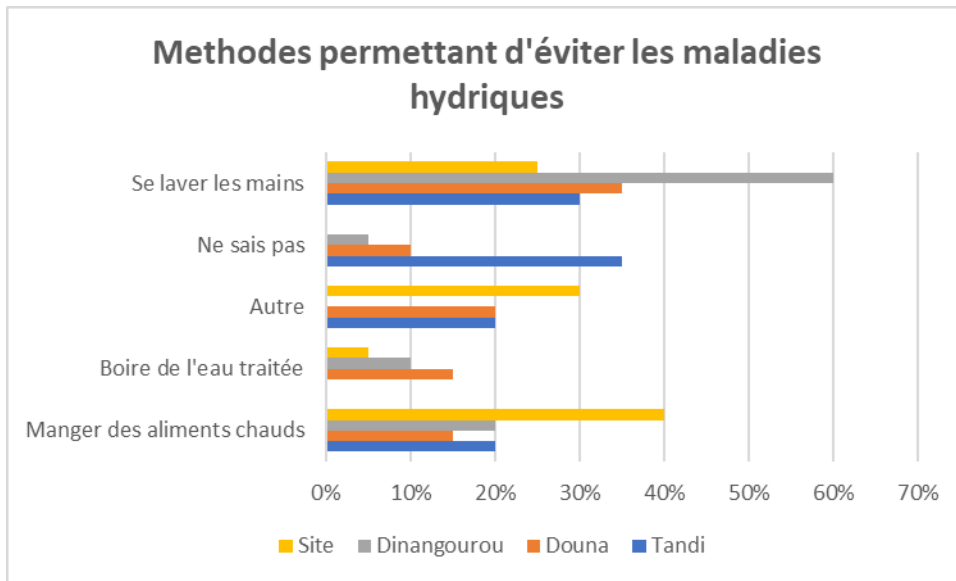


Figure 30 : Méthodes d'éviter les maladies hydriques

4) Éducation :

a) Existence des établissements scolaire

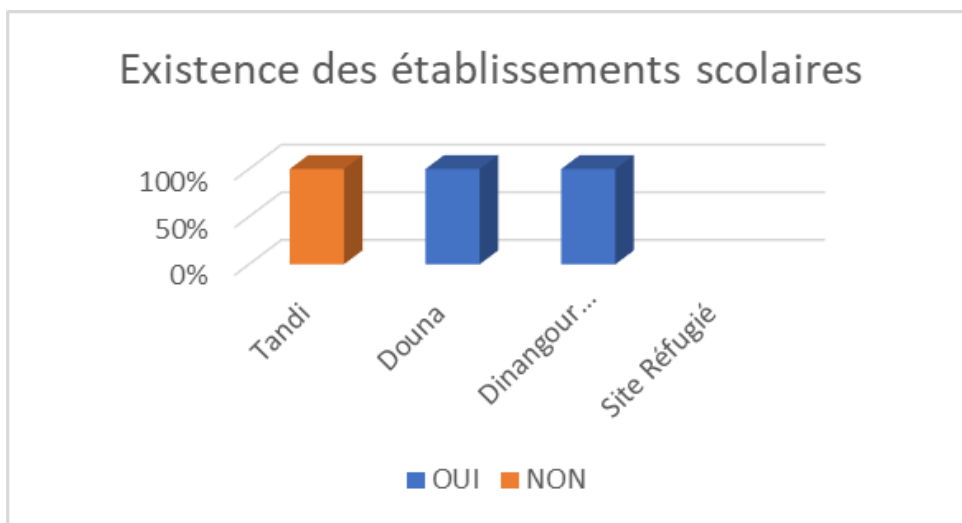


Figure 31 : Existence d'infrastructure scolaire

Au village Tandi, 100% des ménages ont répondu l'inexistence d'une infrastructure scolaire. Les enfants font des kilomètres pour y'arriver à un établissement scolaire.

À Douna et Dinangourou, existe d'après les ménages enquêtés.

b) Problème d'accès à l'éducation :

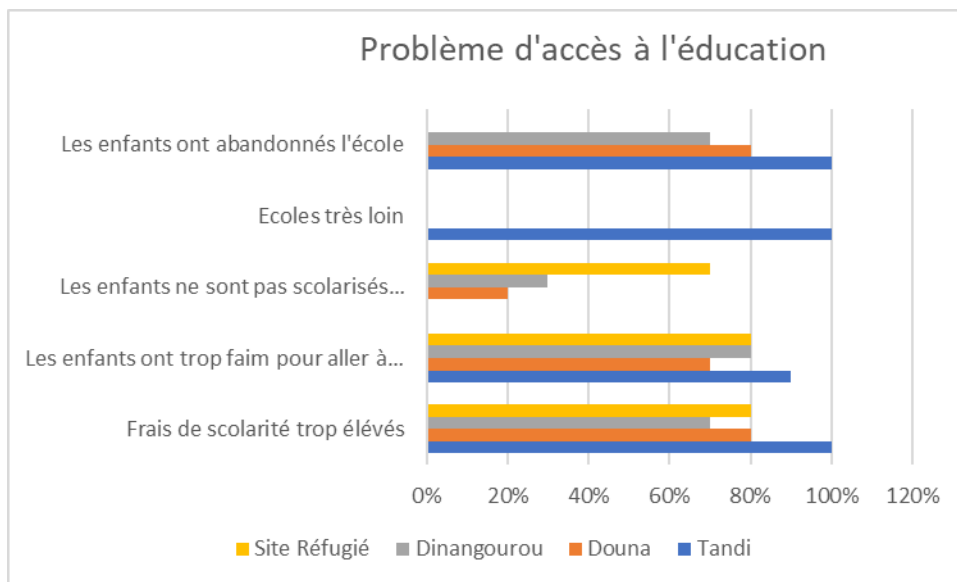


Figure 32 : Cause d'inaccessibilité

Selon les chefs de ménages interrogés (100%) ont répondu le cout élevé des frais de scolarité et les impacts liés à l'insécurité pourraient expliquer le faible taux de fréquentation et de scolarisation. Aussi 80% estiment que les enfants ont trop faim pour aller à l'école, selon 70% les enfants ne sont pas scolarisés temporairement et selon 100% à Tandi, les enfants ont abandonné l'école.

Pour le cas d'abandon : Est-ce que l'école est endommagée ?

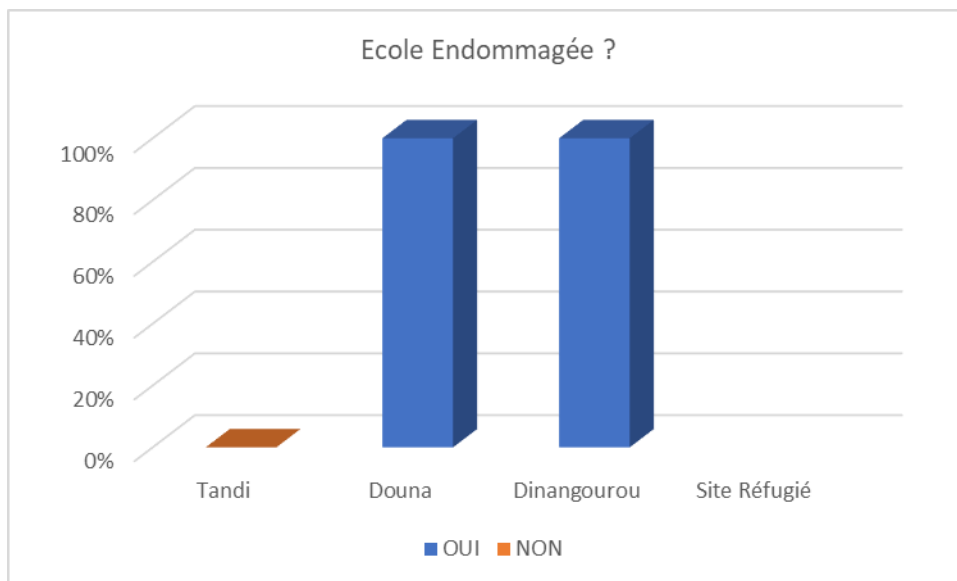


Figure 33 : Dommage des infrastructures

100% des ménages ont déclarés les dommages collatéraux.

Les raisons des dommages :

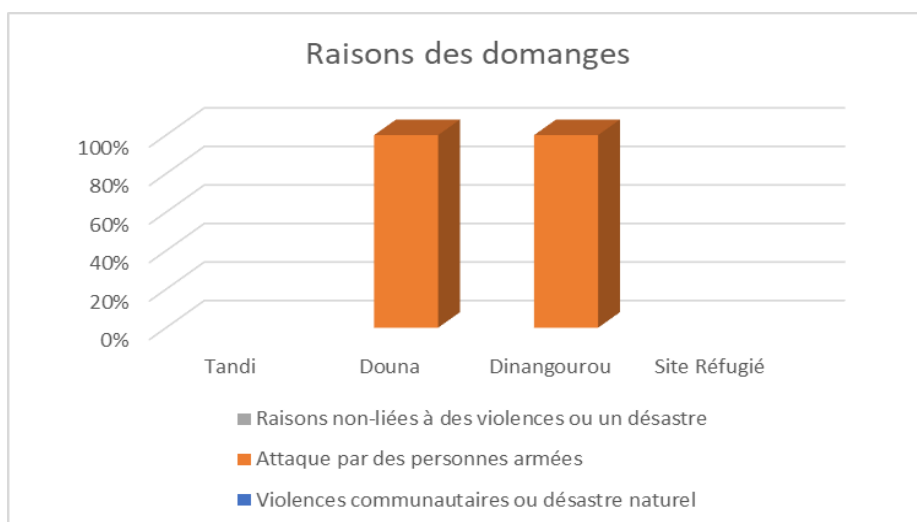


Figure 34 : Raison des dommages

À Douna et Dinangourou, il existe le comité de gestion scolaire mais non fonctionnel.

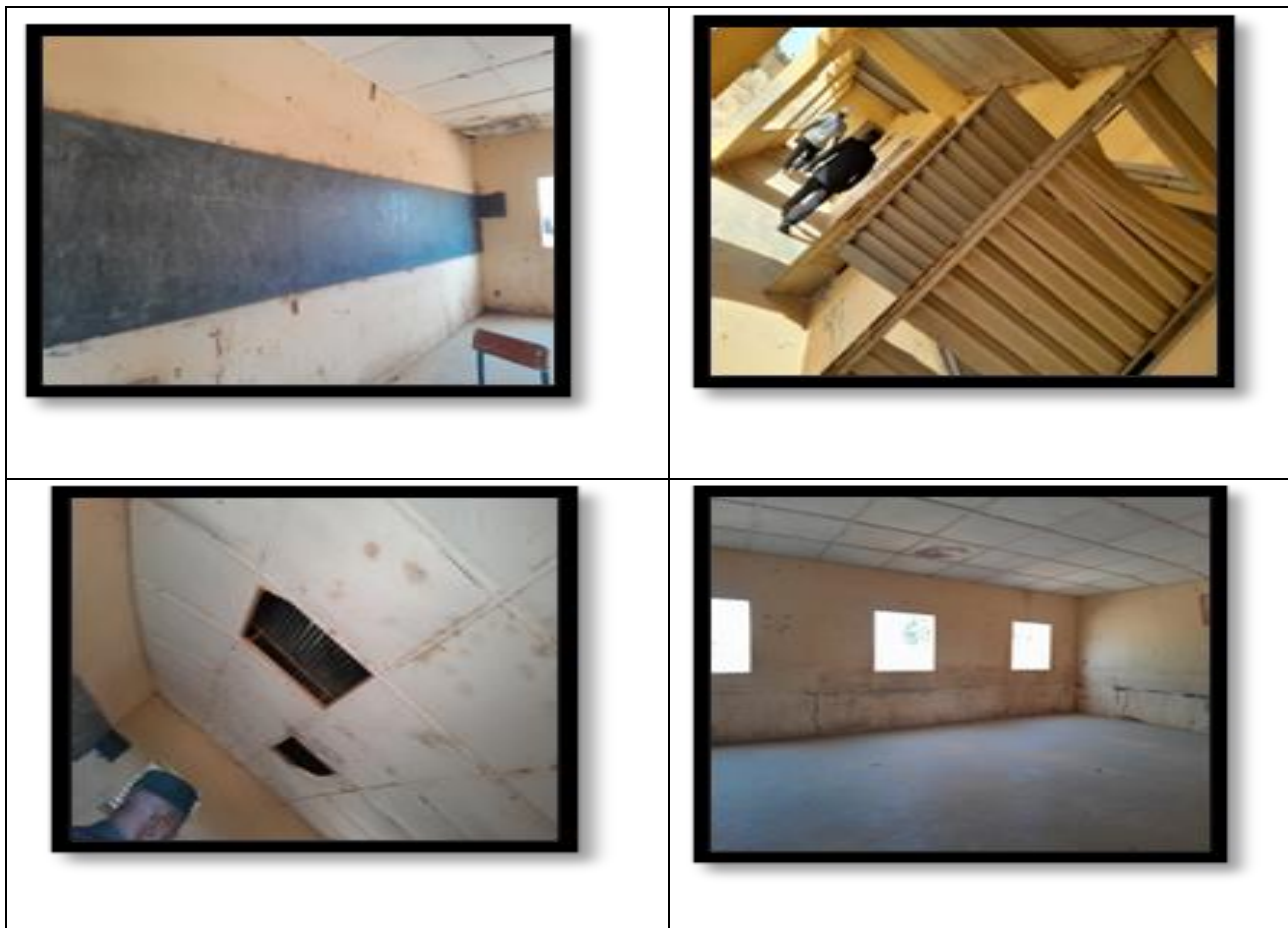


Figure 35 : Des Salles de classe d'une école à Douna Délabré

5) Protection :

La protection est définie comme toutes les activités visant à obtenir le respect intégral des droits de toutes les personnes, sans discrimination, conformément aux instruments juridiques en vigueur.

Le Cluster Protection (CP) au Mali a été activé en avril 2012, pour répondre aux besoins humanitaires de protection des personnes affectées (personnes déplacées internes et retournées, personnes rapatriées, et communautés hôtes) dans le cadre des crises résultant des conflits armés et/ou catastrophes naturelles.

a) Protection de la population :

Lors de cette évaluation, les parties prenantes ont exprimé des besoins en matière de protection. La proportion varie selon les villages, atteignant :

80% des ménages à Tandi, Douna et Dinangourou : ont répondu l'insécurité total, zone contrôler par des GA et 20% des ménages ont répondu par NSP.

Sur le site Réfugié/Pdi, 70% des ménages ont répondu Présence des FAMA pour la sécurité, 20%

des ménages ont aussi répondu la présence des Gendarmerie/Police et 10% NSP.

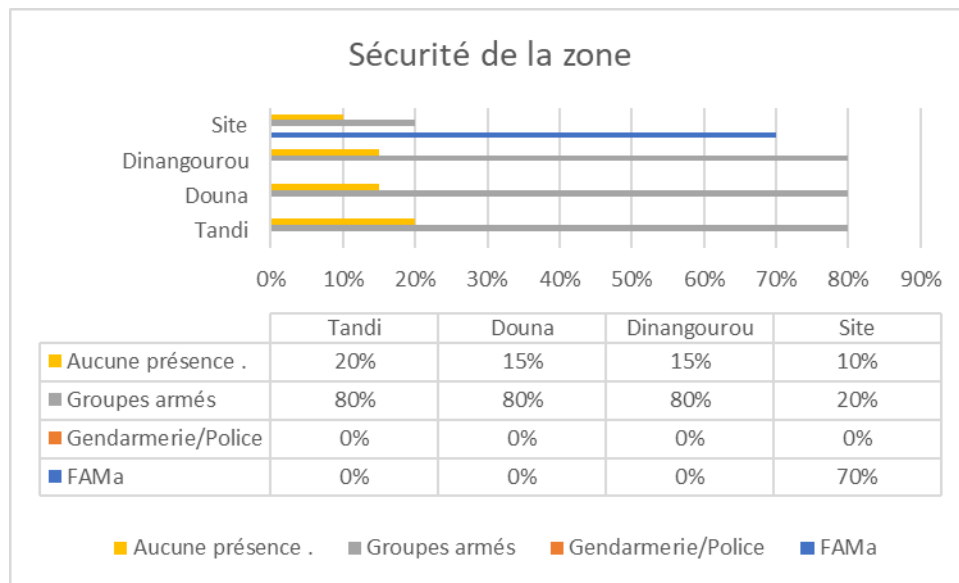


Figure 36 : Présence des acteurs armés dans les zones

b) Types d'incident/problème rencontré dans la communauté ou dans le village :

À travers les groupes de discussions et les informations avec les informateurs clés, il ressort qu'avant l'encerclement de Dinangourou, les communautés vivent sous l'application de mesures religieuses imposées par les groupes armés non étatique à travers le port-obligatoire de la bourka pour les femmes, l'interdiction pour les hommes de raser leurs barbes, de porter des pantalons courts etc... sous peine d'être sanctionnés (fouettés ou insultés devant leurs familles).

Les groupes armés non identifiés ont exigé à la communauté de payer la Zakat sur les vivres et les animaux. Certaines femmes font des travaux journaliers (la lessives, ramassage de gravier) pour subvenir à leurs besoins. Cette situation les expose à des risques de protection tels que la prostitution, le viol, le vol etc.)

Les groupes armés non- identifiés ont violenté 06 garçons (frappé dont 02 décédé) qui revenaient de la recherche d'herbes pour les animaux.

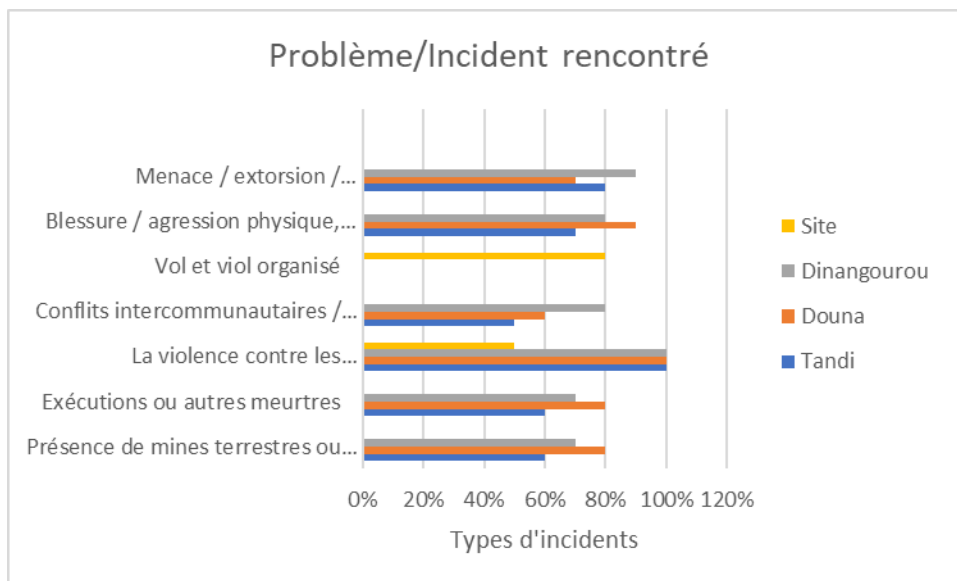


Figure 37 : Types d'incidents

En ce qui concerne les restes explosifs de guerre (REG), les enfants constituent la majorité des victimes (surtout les garçons), principalement en raison de leur méconnaissance des risques, de leur curiosité et de leur implication dans certaines activités à haut risque telle que la collecte de fragments métalliques. Les enfants sont également exposés à un risque accru en raison de la présence et de l'occupation de certaines infrastructures par des groupes armés non étatiques.

c) Exploitations des Enfants :

Village Tandî :

En moyenne, 90% des chefs de ménages interrogés ont évoqué des cas de protection de l'enfance allant à l'exploitation de ces derniers pour des fins matérielles ou autre. Parmi ces problèmes liés à l'utilisation de ces enfants :

- 75% des enfants s'adonnent aux pâturages élevages d'animaux (des petites ruminants)
- 05% travaillent dans les champs,
- 25% des enfants participent aux travaux domestiques.

Ces pratiques entravent de manière significative l'accès à l'éducation pour les enfants dans ces zones. Les détails spécifiques par villages sont illustrés dans la figure ci-dessous (figure).

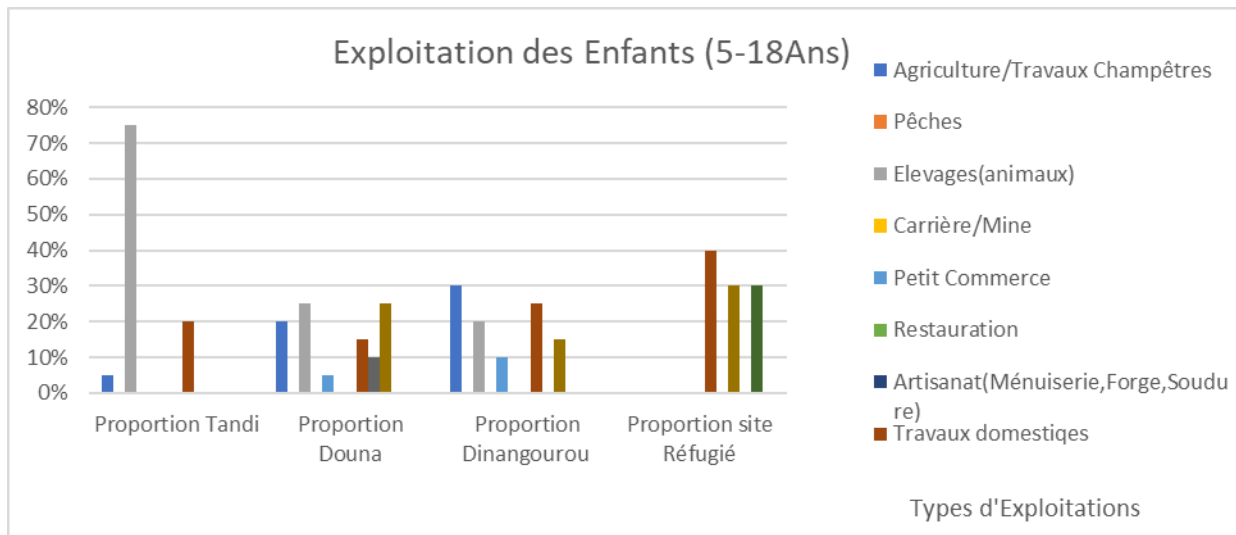


Figure 38 : Types d'activités menées par les enfants

6) Santé :

Les analyses issues de l'évaluation multisectorielle des besoins révèlent que 90% ménages du village Tandî, 70% des chefs de ménages de Douna et 80% de Dinangourou sollicitent les traitements traditionnels. 20 % des ménages de ces villages ; déclarent : "PAS DE SOIN DISPONIBLE".

Selon les répondants, ces difficultés sont principalement attribuées au :

- Manque de disponibilité des médicaments : 20% Tandî, 70% Douna, 50% Dinangourou
- À l'absence d'infrastructures sanitaires à proximité (Supérieur à 02 kilomètres) : 70% Tandî, 10% Douna, 20% Dinangourou
- Et à l'insuffisance de personnel médical qualifié : 10% Tandî, 20% Douna, 30% Dinangourou

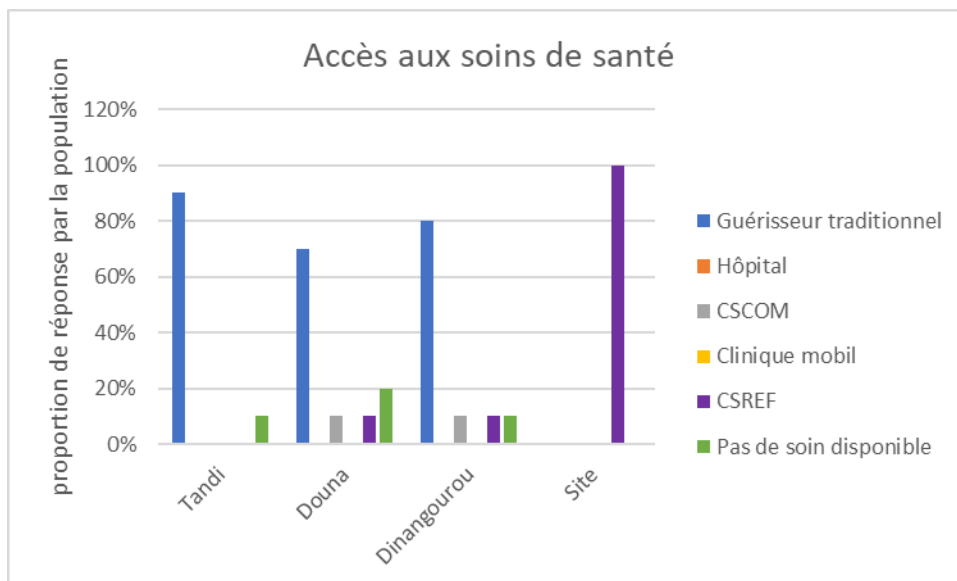


Figure 39 : Accessibilité aux services de santé

a) Principales maladies rapportées (diarrhée, paludisme, infections respiratoires) sur les sites :

Les maladies les plus fréquentes au sein des communautés au cours des trente jours précédant l'évaluation sont présentées dans la figure ci-jointe

Les résultats montrent que :

- 97% des ménages de Tandji, 70% Douna, 85% Dinangourou, 92% Site : ont déclarés le cas du paludisme dans les ménages.
- 64% des ménages Tandji, 45 % Douna, 93% Dinangourou signalent des cas diarrhéiques
- 96% des ménages Tandji, 85% Douna, 60% Dinangourou et 70% sur le site PDI ont confirmés le cas d'infections respiratoires aiguës
- 30% des ménages Tandji, sont touchés par la fièvre,
- 5% des ménages Tandji, déclare avoir été atteint par la rougeole,
- 4% des ménages Tandji, sont touchés par l'hépatite,
- 2% des ménages Tandji, sont affectés par la méningite.

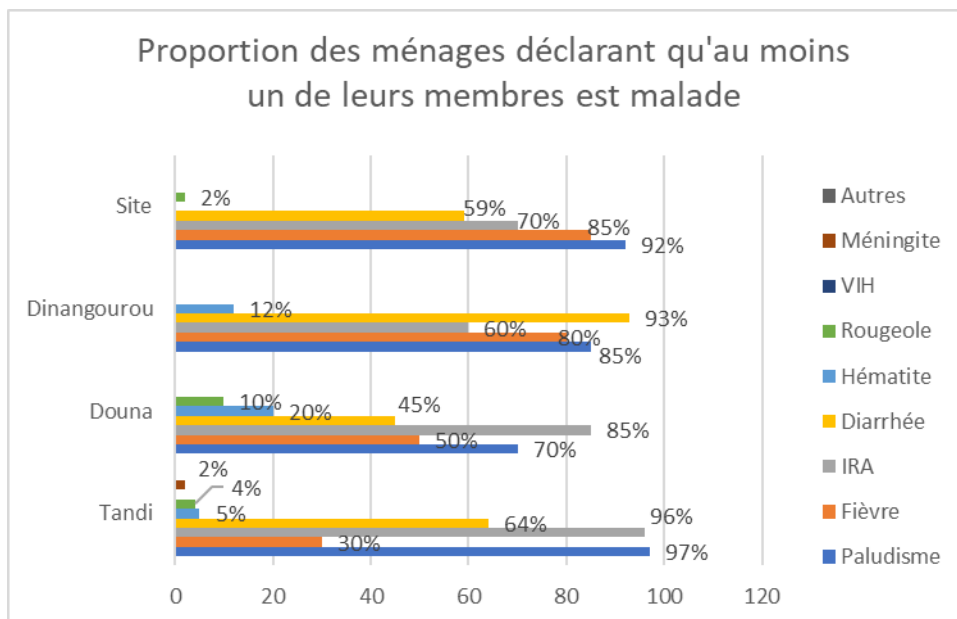


Figure 40 : Types de maladies dans les ménages

À noter que les infrastructures sanitaires Douna et Dinangourou présentent des lacunes importantes. Elles ne disposent pas de points d'eau améliorés, pas de latrines hygiéniques correctement entretenues, pas de systèmes d'assainissement dédiés. Ces insuffisances compromettent la salubrité des installations et augmentent les risques de propagation de maladies liées à un environnement insalubre.

b) Taux des femmes enceintes :

À travers des informations clé au près des DTC avant 03 mois de l'enquête, nous obtenons les données suivantes :

Tableau 13 : Taux des femmes en ceintes

Villages	Femmes Totales	Femmes enceintes	Proportions
Tandj	510	40	8%
Douna	4919	178	4%
Dinangourou	9274	256	3%
Site	667	15	2%

Le contexte montre dans ces zones étant enceinte ces femmes n'ont pas de soutien, n'ont pas accès aux soins, n'ont pas besoin d'être suivi au CPN1, CPN2, CPN3, CPN4 pour voir des cas compliqués. Ces femmes sont exposées d'accoucher en brousse et souvent elle meurt ou perdent leurs enfants ; donc ce qui fait que le taux de mortalité s'élève (Voir tableau 14).

c) Taux de consultation prénatale (CPN) et de vaccination des enfants :

Tableau 14 : Proportion des Femmes enceintes qui ont suivi la CPN durant les 03 mois avant l'enquête

Consultations prénatales	Village Tandji	Proportion Tandji	Village Douana	Proportion Douana	Dinangourou	Proportion Dinangourou	Site réfugié/pdi	Proportion site réfugié
CN1	9	23%	70	39%	196	77%	5	33%
CN2	2	5%	65	37%	120	47%		
CN3			20	11%	102	40%		
CN4			5	3%	78	30%		

d) Taux de Malnutrition Aiguë Globale (MAG) et Sévère (MAS) chez les enfants de 0-59 mois (utiliser un dépistage simplifié) :

L'analyse des résultats de l'enquête révèle que la situation nutritionnelle à l'état actuel est préoccupante à Douana (6% des enfants souffrent de la MAS et 27% de MAM) et critique à Dinangourou (20% des enfants souffrent de MAS et 31% des enfants souffrent de MAM). (Voir tableau 15)

Pour le cas de MAS ; ces zones sont au-delà du seuil d'alerte (2%)

Pour le cas des MAM ils sont au-delà encore du seuil qui est entre (5% et 9%) ; selon le seuil d'urgence de la malnutrition par l'OMS-Mali.

Ces chiffres sont alarmants et soulignent la nécessité d'une action concertée pour lutter contre la malnutrition dans la région.

Tableau 15 : Taux des enfants malnutris

Villages	Enfants (0_5 Ans)	MAS	Proportion MAS	MAM	Proportion MAM	Abandon
Tandi	108			28	26%	3
Douna	3412	215	6%	920	27%	80
Dinangourou	2613	512	20%	822	31%	60
Site	130			56	43%	

7) Discussion des résultats de l'évaluations :

a) Accès à l'eau

Village de Tandj

Au village de Tandj, toute la population soit 1010 personnes utilise une seule source protégée PMH. La dépendance des habitants à cette unique source conduit à un temps d'attente extrêmement long, rendant la corvée d'eau pénible et inefficace.

Les trois (03) puits et la mare représentent la source d'approvisionnement essentielle, mais non sécurisée.

Ces sources sont utilisées par 90% de la population (soit 909 personnes) pour les besoins vitaux (boisson, cuisine). Elles sont "accessibles" uniquement parce que les sources sécurisées sont insuffisantes.

Elles constituent un risque sanitaire imminent en raison de leur contamination potentielle (eaux de surface ou pollution fécale).

Village de Douna :

Un faible débit au CSCOM est une menace sanitaire directe. L'eau est essentielle pour l'hygiène (lutte contre les infections nosocomiales), l'assainissement et la maternité. Le fait que les accompagnants doivent porter les seaux d'eau pour les patients est un indicateur de dysfonctionnement critique du service EHA au point de soin. Cela accroît le fardeau des familles et compromet les normes d'hygiène de base.

Ces puits jouent le rôle crucial de filet de sécurité et de source alternative en cas de panne du château ou des PMH. Leur statut "protégé" suggère une meilleure qualité d'eau que les puits traditionnels, mais leur capacité est très limitée face à la demande totale (15 846 personnes).

Village Dinangourou :

La population de Dinangourou (incluant une grande communauté hôte fortement féminisée et des PDI) dépend d'un réseau techniquement avancé mais gravement compromis par le Groupe Armé Non Étatique (GANE).

50% de la population s'approvisionne au PMH en faible débit, 40% s'approvisionne au château et 10% utilise l'eau de puits pour les tâches ménagère.

La PMH hors service réduit d'un quart (25%) la capacité du principal système de secours du village. Avec les châteaux d'eau hors service ou sous-performant (à cause du sabotage), les trois PMH restantes sont soumises à une surcharge extrême, entraînant des files d'attente démesurées et des conflits potentiels pour l'accès.

Situation des Gaps en Eau :

Il est constaté même bien avant la crise les infrastructures d'eau étaient insuffisants, se trouvant dans un état critique et le conflit n'a fait qu'exacerber la situation.

Tableau 16 : Gaps des points d'eau

Village	Popula tion Totales	Château d'Eau				PMH			
		Besoi ns (BF)	Dispo nibilit és	Foncti onnels	Gap s	Besoi ns (PM H)	Dispon ibilités	Fonction nelles	Gaps
Douna	15846	63	30	20	33	39	5	4	34
Tandi	1010	4			4	2	2	1	0
Dinangou rou	19117	76	40	30	36	47			47
Site Réfugiés	1200	4			4	3	1	1	2

Avec un ratio théorique d'environ une (01) Borne Fontaine (BF) pour 250 personnes les localités sont très loin de la norme d'urgence humanitaire.

Exemple : Village Douna :

*Capacité totale des bornes fontaines fonctionnelles = 250*20 = 5000 personnes*

*Le taux de couverture en eau potable au village de Douna = (5000/15846) *100=31%*

Le taux moyen de fonctionnalité de l'infrastructures hydrauliques (BF) dans ces 03 localités est estimés à 34%.

NB : IL est constaté que les AES sont préférées qu'aux PMH.

Lors des échanges avec les communautés et les services techniques, il ressort que les Systèmes Hydrauliques Villageois Améliorées doivent être privilégiées pour leur durabilité et rendement mais

également dû au fait que les communautés sont plus enclines à payer les services de l'eau quand il s'agit de ce système. Il est constaté que les hommes préfèrent à l'utilisation des BF (robinets) par rapport aux puits ou pompes manuelles ; brisant ainsi le tabou traditionnel de la "corvée réservée aux femmes".

Tableau 17 : Gaps des latrines

Village	Population Totales	Latrines			Gaps	Douches
		Besoins	Disponibilités	Fonctionnelles		
Douna	15846					
Tandi	1010					
Dinangourou	19117					
Site Réfugiés	1200	24	8	3	16	3

b) Accès à l'assainissement :

La majorité de la population enquêtée, soit 95%, déclare faire ses besoins dans la nature.

La raison principale invoquée est le manque de moyens pour construire une latrine, suivi de facteurs socioculturel (principalement une notion de tabou du **Sutura** (pudeur) sur la présence de latrines intra- murs qui empêche l'utilisation des latrines et "le fait d'être vu avec de l'eau (**bouilloire**) pour faire ses besoins". Ce qui relève d'une méconnaissance de la latrine et peut devenir un argument invoqué dans les sensibilisations >>>intimité) et enfin d'une méconnaissance des technologies d'assainissement familial.

Ce constat, couplé aux résultats relevés sur les connaissances et pratiques d'hygiènes (ci- dessous) incite à mettre un accent important sur les activités de l'utilisation des toilettes en jouant d'avantage sur des arguments de facilitation technologique (diffusion à large échelle des techniques simples d'assainissement à faible cout) et financière (subvention partielle et adaptable au choix des ménages) et de prestige matériel apporté par la latrine (marketing social incluant une personnalisation de la latrine pour chaque ménage), que sur des arguments sanitaire.

La mise en œuvre d'une technologie EcoSan est aussi intéressante dans le fait qu'elle pourra inciter une population principalement paysanne à adopter une latrine familiale à des fins productives.

53% des latrines observées lors de cette enquête sont sales et 6% seulement des latrines possèdent un couvercle. Cela a pour effet la prolifération des mouches et autres insectes vecteurs de maladies.

Il est donc fortement recommandé d'insister sur l'importance de leur entretien afin d'influer sur ce

facteur. À cet effet il est nécessaire d'harmoniser les messages de promotion de l'hygiène environnementale diffusés par les animateurs du volet Nutrition (qui font de la porte à porte dans les villages) à ceux déployés par les animateurs en promotion de l'hygiène du projet UNICEF. La stratégie " **Nous aurons toujours besoin des toilettes**" par une méthode de base ATPC facilitée par une subvention du projet, permet également la mise en place d'un sentiment d'appartenance de la latrine par le ménage qui influe sur son entretien.

80% des eaux usées des concessions sont déversées dans la cour, cela contribue à la diffusion de bactéries d'origine fécale ainsi qu'à la multiplication de petits nids de larves de moustique vecteurs du paludisme. Actuellement vu le manque de moyens des populations, pour un cadre de vie plus sain, il s'agira d'inciter les populations qui disposent de fosses fumières d'y rejeter les eaux usées domestiques et pour ceux qui n'en disposent pas de rejeter leurs eaux en dehors des concessions.

Dans le cadre de ce projet, il est prévu la construction des latrines uniquement sur le "site Réfugié" à Koro. Maintenant, il s'agira d'inciter ces maçons à mettre leur savoir- faire à la disposition des populations des autres communes.

De manière globale, il est nécessaire de poursuivre le plaidoyer pour obtenir un financement pour un projet assainissement familial à plus large échelle que le volet contenu dans le projet.

c) Condition d'hygiène :

L'évacuation des eaux usées dans la cour de la concession par une part importante de la population interrogée conduit au creusement de petites mares dans la concession, ce qui constitue un nid pour les larves de moustiques. Dans certaines concessions, ce constat est aggravé par la présence d'élevages des petits ruminants qui pataugent dans les eaux stagnantes et augmentent la taille de ces mares. Il faut souligner également que dans certains ménages, les enfants jouent dans ces eaux stagnantes, ce qui les expose à de nombreuses maladies. 80% de la population a connu au cours des deux dernières semaines précédant l'enquête des cas de diarrhées au sein du ménage, ce qui est élevé et ce qui semble s'aggraver lors des saisons pluvieuses. La population a une certaine connaissance des maladies liées à l'eau, mais certaines maladies telles que le choléra et la malaria ne sont pas très connues 70% pense que l'eau en est le vecteur, cependant il existe une certaine méconnaissance des autres vecteurs et surtout des barrières de transmission.

En ce qui concerne l'hygiène du cadre de vie, les populations cohabitent avec les animaux, les déjections d'animaux sont présentes dans les concessions et les enfants jouent librement dans ces cours. De plus dans certaines concessions, les animaux s'abreuvent dans les ustensiles de cuisine ou directement dans les récipients de stockage de l'eau.

d) RECOMMANDATIONS DE L'EVALUATION DES ENQUETES :

Tableau 18 : Tableau des activités sectorielles recommandés

RECOMMANDATIONS SECTORIELLES	
COORDINATION	Mise en œuvre des activités de plaidoyer et de négociation avec les organisations locales, leaders communautaires en mettant en avant les facteurs de motivation et portes d'entrée.
	Réunion d'information avec les autorités administratives et locales
	Identifier les organisations locales de jeunes, des femmes et les leaders communautaires
	Identifier les opérateurs privés dans chaque localité avec les leaders communautaires.
	Établir un partenariat contractualisé avec les opérateurs privés
WASH	Distribution et sensibilisation sur l'utilisation des Kits WASH et WASH in Nut dans les CSCOM et au sein des ménages des enfants malnutris et assurer le suivi
	Organisation de cinq séances d'IEC sur les bonnes pratiques d'hygiène (les maladies hydriques, lavage des mains au savons, hygiène alimentaire, traitement et conservation de l'eau, message radiophonique, journée de salubrité)
	Réhabilitation de grandes envergures des points d'eau
	Formation des artisans réparateurs des points d'eau (AES /SHVA)
	Dotation des pièces de rechanges et équipements aux artisans réparateurs
	Création et redynamisation/Formation des membres du comité pour la gestion et l'entretien des points d'eau, et sur l'hygiène
	Construction/Réhabilitation des infrastructures Sanitaires (latrines d'urgence).
PROTECTION	Mise en place des actions de soutien psychosocial aux enfants et adultes affectés par la crise
	Activités de promotion contre les violences basées sur le genre chez les enfants et adultes
	Session de sensibilisation sur les mécanismes sûrs et accessibles pour signaler les cas d'exploitation et d'abus sexuel (PSEA), et de remonter d'information
	Assistance d'urgence en faveur des personnes victimes de cas d'incidents de protection identifiés
	Sensibiliser les communautés sur la cohésion sociale
EDUCATION	Mise en place du système de scolarisation accélérée des enfants
	Recrutement et formation des enseignants
	Appui à la réinsertion des enfants dans le système éducatif formel
	Équipements des EAT/CAC (Tables Bancs, Tableau chevalets, Matériels collectif, kits COVID 19)
	Assistance des enfants en kit scolaires
	Réactivation les CGS, les formés et les équipés
	Réhabilitation des écoles et construire des EAT/CAC là où il n'y a pas d'écoles (filles et garçons)
	Initier les programmes de cantine scolaire
	Mise en place d'un système de clinique mobile pour la prise en charge rapide des cas de malnutrition et des maladies courantes
Accompagner les structures de soins de santé dans les campagnes de sensibilisation et de vaccination dans les zones à forte concentration de PDI	
Nutrition	Redynamiser ou mettre en place le GSAN, les relais communautaires, formés, outillés et équipés, en intégrant les mesures de mitigation des risques VBG et EAS.
	Organiser des séances de sensibilisation sur les bonnes pratiques de l'ANJE-U au profil des femmes enceintes et allaitantes, au sein des communautés (PDI et population hôte)

	Former les mères d'enfants de 6-23 mois sur le dépistage de la malnutrition par le PB
	Mettre en place un mécanisme de référencement d'enfants de 6-59 mois malnutris aigus.
	Former les mères d'enfants de 6-23 mois dans la préparation de bouillie enrichie. Assurer le suivi de la prise en charge des enfants de 6-59 mois malnutris aigus dans les centres de récupération (UREN)
	Évaluation du stock d'intrants au niveau des structures sanitaires dans les zones difficiles d'accès
	Former les pères d'enfants de 6-23 mois sur la prise en charge de la malnutrition des enfants.

VI) ANALYSE SWOT (FORCES, FAIBLESSES, OPPORTUNITÉS, MENACES) DES ZONES CIBLÉES

La zone d'étude couvre des localités des régions de Bandiagara et de Douentza, toutes deux confrontées à des niveaux d'insécurité élevés, mais avec des facteurs critiques et des besoins humanitaires distincts, nécessitant une réponse localisée et adaptée.

L'analyse SWOT (Forces, Faiblesses, Opportunités, Menaces) permet d'évaluer la capacité opérationnelle et contextuelle des régions. Il s'agit de voir si les activités énumérées dans la recommandation peuvent être exécutées.

Tableau 19 : Analyse SWOT

Catégorie	Facteurs (Internes)	Facteurs (Externes)
Forces (S)	S1. Expertise locale et présence des acteurs nationaux : La connaissance du terrain et des mécanismes d'accès locaux est cruciale.	S2. Existence de Chefs-lieux (Koro, Douentza) : Points d'ancrage logistiques et administratifs, facilitant la coordination.
	S3. Résilience communautaire : Capacité des communautés hôtes et des PDI à mettre en place des mécanismes de survie (stratégies alimentaires, partage des ressources).	S4. Infrastructures WASH existantes : Même dégradées, les points d'eau et puits (Dinangourou) offrent une base pour la réhabilitation.
	S5. Médiation linguistique : Maîtrise parfaite du Peulh, Dogon, Sonrhäï, facilitant les négociations avec les leaders locaux.	S6. Permanence : Elles restent sur place même quand le niveau d'alerte oblige les internationaux à évacuer.
Faiblesses (W)	W1. Personnel limité et rotation élevée : Les risques sécuritaires entraînent un faible déploiement du personnel international et une difficulté à maintenir les équipes locales.	W2. Dépendance à la logistique aérienne/motorisée : Coût élevé, faible volume et lenteur par rapport aux besoins.
	W3. Manque de services de santé primaires : Les structures de santé souvent fermées, délabrées ou abandonnées par le personnel	W4. Vulnérabilité aux chocs saisonniers : Inondations (Dinangourou) rendant les pistes

	soignant en raison de l'insécurité (Tandi, Douna), entraînant une situation de Niveau 4 (Urgence nutritionnelle) ; Santé/Nutrition	impraticables et coupant l'accès.
	W5. Capacités de reporting : Difficultés à répondre aux exigences administratives extrêmement lourdes des bailleurs internationaux	W6. Risque de partialité : Pression sociale ou ethnique pour favoriser certaines communautés, menaçant le principe d'impartialité
	S7. Rotation du personnel : Les meilleurs cadres sont souvent débauchés par les ONGI qui offrent de meilleurs salaires	S8. Faiblesse logistique : Manque de systèmes de sécurité sophistiqués pour protéger leurs agents.
	S9. Fragilité financière : Dépendance critique vis-à-vis des financements des ONGI (souvent payés avec retard).	
Opportunités (O)	O1. Recours aux cliniques mobiles ou aux distributions indirectes via les leaders communautaires (pour le Niveau 3/4).	O2. Négociation d'accès : Possibilité de fenêtres de tir humanitaires et d'accords ad hoc avec les groupes armés pour les couloirs sanitaires.
	O3. Transferts monétaires conditionnels : Une approche moins exposée aux risques de détournement physique de l'aide (Vivres vs en nature).	O4. Renforcement des systèmes d'alerte précoce : Améliorer la surveillance et la préparation aux blocus potentiels (Douna/Mondoro).
	O5. Localisation de l'aide : Tendance mondiale à financer directement les acteurs locaux (Grand Bargain).	O6. Résilience communautaire : S'appuyer sur la solidarité locale très forte dans les zones de falaise (Bandiagara).
		O7. Dialogue local : Soutenir les

		<p>pactes de non-agression entre villages pour stabiliser les zones d'intervention.</p>
Menaces (T)	<p>T1. Contraintes sécuritaires extrêmes (EEI, Blocus) : Risque de perte de vies humaines et de biens, conduisant à des suspensions d'opérations.</p>	<p>T2. Interférence et détournement de l'aide : Pression politique et sociale (locales ou armées) qui compromet l'impartialité et l'efficacité de la distribution.</p>
	<p>T3. Crise nutritionnelle de Niveau 4 : Risque de Mortalité élevée si l'accès aux zones PDI (Tandi, Douna) n'est pas rétabli rapidement.</p>	<p>T4. Diminution du financement et de T6. L'attention internationale : Risque de sous-financement de la réponse face à une crise prolongée.</p>
	<p>T7. Instabilité politique : Changements brusques de régulations gouvernementales limitant l'espace humanitaire.</p>	<p>T8. Accès physique : Enclavement extrême pendant l'hivernage (pluies), isolant des milliers de bénéficiaires.</p>

VII) ANALYSE COMPARATIVE SWOT DES INTERVENTION PASSES :

1) Facteurs Exacerbés :

Ces facteurs sont des forces qui, mal utilisées, ont contribué à l'échec structurel.

Concentration sur les Zones Accessibles (Effet 'Bulles') : L'existence de zones relativement sécurisées (comme certaines capitales de cercle ou le long du fleuve) a permis de réaliser des activités et de publier de bons indicateurs de performance, masquant le manque d'accès et l'aggravation des besoins dans les zones rurales profondes (*Source Plan de Réponse Humanitaire (HRP) Mali 2024 (étayé par l'Aperçu des Besoins Humanitaires - HNO); Janvier 2024; Pages 22-23 (Section : Contraintes d'Accès Humanitaire).*)

*Exemple : selon le Rapport d'activité Mali et le communiqué sur l'insécurité au Centre 2020-2021 de Médecins Sans Frontières (MSF - France/Hollande), les équipes ont rencontré des difficultés pour transférer les patients critiques des zones rurales (comme **Boni** ou **Hombori**) vers Douentza en raison des engins explosifs (EEI) et des menaces sur les ambulances.*

Le rapport "Note d'accès humanitaire - Mali" et le Rapport de situation (SitRep) d'OCHA-Mali 2022 soulignent que Mondoro est un exemple emblématique de zone "hors bulle". L'aide alimentaire n'a pu être acheminée que par voie aérienne (UNHAS) à des coûts très élevés, tandis que l'accès par la route était totalement bloqué. Cela montre que pour les ONG traditionnelles, Mondoro était devenu un point inaccessible, malgré les besoins humanitaires urgents.

Selon le rapport de NRC de 2021-2022, l'insécurité sur les routes secondaires autour de Bandiagara (notamment vers les communes de Pignari Bana et Dourou) a empêché le déploiement des équipes d'éducation en urgence. Le rapport souligne que les ONG se concentraient principalement sur l'axe principal (RN15), laissant les écoles situées à l'intérieur du plateau dogon fermées sans alternative pédagogique (Espaces Temporaires d'Apprentissage). Cela confirme que l'aide humanitaire est souvent limitée aux zones accessibles, laissant les zones plus reculées sans soutien.

Compétences Techniques Sectorielles : Les acteurs étaient individuellement très performants dans leurs domaines (ex. : prise en charge de la malnutrition, distribution d'eau potable), mais cette expertise n'a pas été suffisamment partagée pour créer des synergies d'impact (ex. : lier la nutrition, l'eau et les pratiques d'hygiène pour une prévention complète).

Ex : Le Rapport annuel d'activités nutritionnelles de l'ONG locale YA-G-TU (Association Jeunesse

Action Génie de Toubou) pour le cercle de Bandiagara (2021-2022), en partenariat avec l'UNICEF et ACF, indique que l'ONG a atteint des taux de guérison de la malnutrition supérieurs à 80% dans les communes de Bandiagara. Cependant, le rapport souligne un taux de rechute élevé, car sans l'intégration du volet WASH (accès à l'eau potable), les enfants guéris retournent dans des foyers où l'eau est contaminée, compromettant ainsi leur rétablissement durable.

Financement ciblé sur le Développement (Pré-2012) : L'afflux de financement pour le développement (OMD) a créé une dépendance et a relâché la pression sur l'État pour qu'il fournisse lui-même les services de base, affaiblissant la soutenabilité à long terme des acquis (*Source : Bulletins de Contraintes d'Accès Humanitaire (OCHA) (Rapport annuel 2023) : page Section "Incidents" et "Obstruction délibérée"*).

Sur-Militarisation de l'Espace Humanitaire (Post-2012) : La forte présence de forces internationales (MINUSMA, Barkhane) a, dans certains cas, conduit à une confusion des rôles entre l'humanitaire et le militaire. Cela a miné le principe de neutralité, rendant les humanitaires eux-mêmes des cibles et limitant leur accès (*Source : Analyses de Politiques (Think Tanks) sur le Nexus au Sahel (ex. : GRIP, INSO, 2018-2023 page : Section "Principes Humanitaires")*).

De nombreuses analyses d'accès humanitaire (publiées par des groupes de réflexion l'OCHA ou des ONG comme Oxfam) ont dénoncé la confusion des rôles (*Source : HRP Mali 2024 (OCHA ; Page 26)*). Le fait que les acteurs humanitaires se déplaçaient parfois avec les forces de stabilisation ou que les militaires réalisaient des actions "civiques" a miné la perception de neutralité des ONG. Les groupes armés ont alors ciblé les humanitaires, les considérant comme des acteurs de la coalition militaire (*Source : HNO 2024, Pages 16-17*).

Rapports du Cluster Protection / Rapports du Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF) / ONU Femmes) montrent régulièrement Mopti comme la région la plus touchée par la fermeture d'écoles (impact sur l'éducation et la protection) et les violations graves.

Approche Ciblée sur les Chocs Aigus : Le focus efficace sur la réponse aux chocs aigus (ex. : distribution alimentaire d'urgence) a permis de sauver des vies, mais a masqué l'échec à adresser les causes profondes et structurelles de la vulnérabilité qui traversent tous les secteurs (WASH, pauvreté chronique, inégalités foncières).

Réseau d'ONG Locales Fort : Le recours excessif aux ONG locales (par nécessité sécuritaire) a pu, dans certains cas, mener à une fragmentation de l'aide ou à une compétition pour les fonds, au lieu d'une coordination stratégique.

2) Lacune de Coordination et d'Intégration

Ces facteurs sont liés à la mauvaise articulation des différents secteurs de l'aide.

Faiblesse de la Protection Transversale : La Protection est un secteur transversal (VBG, droits de l'enfant, risques liés à l'assistance) qui est souvent resté l'affaire du "Cluster Protection" seul, sans être intégrée comme un critère de conception dans tous les autres secteurs (ex. : éclairage adéquat dans les points d'eau pour réduire les risques de VBG) (*Source : Évaluations des Stratégies Humanitaires / Études du Cluster Protection 2016*).

Substitution de l'État : Les interventions ont souvent remplacé l'État dans la fourniture des services (santé, éducation, depuis l'escalade de l'insécurité au Centre (Mopti) vers 2015-2016 sans développer de stratégies de transfert réalistes et de renforcement des capacités étatiques, rendant l'aide non pérenne (*Source : selon le rapport les Humanitarian Needs Overview (HNO) et les rapports de situation OCHA*).

Déficit de Stratégie de Protection : En dépit de l'augmentation des violations des droits de l'homme et des déplacements massifs, les acteurs ont montré une absence de stratégies adaptées pour la protection humanitaire et les négociations d'accès spécifiques aux Personnes Déplacées Internes (PDI) (*Source : Humanitarian Needs Overview (HNO) et les rapports de situation OCHA 2014*).

Faible Fréquentation et Qualité des Services : Avant 2012, des évaluations montraient déjà que, même lorsque des centres de santé étaient construits, la fréquentation restait faible et la qualité des services médiocre, en partie à cause de l'introduction du recouvrement des coûts (*Source : Les évaluations de la Banque Mondiale ou de l'OMS 2005 publiées durant cette décennie ont souvent pointé du doigt que les frais empêchaient l'accès des plus pauvres*).

Silo Sectoriel et Manque de Synergie : Tendance des organisations humanitaires ou de développement à opérer de manière isolée, en se concentrant uniquement sur leur propre domaine d'expertise (leur "secteur" ou "cluster") sans interagir, coordonner, ou intégrer leurs actions avec les autres secteurs (l'éducation sans la protection, la santé sans l'eau).

Substitution de l'État : Les ONG ont remplacé l'État dans les services de rendant les projets non pérennes et accélérant l'effondrement des services publics lorsque la crise a éclaté base (*Source : Évaluations de la Banque Mondiale / OMS (Pré-2012)*).

Déficit d'Analyse Multisectorielle Commune : Échec à développer et à utiliser une analyse commune des vulnérabilités (ACV) qui intègre les données de la sécurité alimentaire, de la protection, et de la santé. Cela a conduit à des ciblés incohérents de l'aide entre les secteurs (les bénéficiaires d'un secteur n'étaient pas les mêmes que ceux d'un autre) (*Source : OCHA Mali*

(Bureau de la coordination des affaires humanitaires des Nations Unies) en collaboration avec le Groupe de Travail Inter-Clusters (ICWG) Pages 24 à 26 (Section : Efficacité du Ciblage et Redevabilité)).

Ex 1 : Selon le Rapport d'évaluation finale du projet d'appui nutritionnel de l'ONG-Locale ODEPAD (Organisation pour le Développement et le Partenariat Local) dans le cercle de Douentza (Juin 2022), 60% des enfants traités pour la malnutrition retombaient malades après leurs traitements. La raison principale est que leur famille ne figurait pas sur la liste de l'aide alimentaire d'urgence gérée par une autre ONG dans la même zone, ce qui les empêchait de bénéficier d'une alimentation suffisante pour maintenir l'enfant en santé après le traitement médical.

EX2 : Le programme de santé installe une clinique dans une zone isolée (bon ciblage sanitaire). Cependant, cette zone est régulièrement la cible de groupes armés (mauvais ciblage sécuritaire).

Rigidité du Financement : Les financements des bailleurs de fonds sont souvent sectoriels et rigides, rendant difficile pour les ONG la mise en œuvre de programmes réellement intégrés et souples, en décalage avec la complexité de la crise à Mopti.

Risque de Déconnexion : L'absence d'une présence locale soutenue (due à l'insécurité) fragilise la réponse et rend difficile la prise en compte des dynamiques locales des conflits (Source : HRP 2024, Page 26).

À Mopti, l'insécurité extrême (attaques, enlèvements, Vol) force les organisations internationales à prendre deux mesures d'urgence :

Réduction de l'Empreinte : Le personnel international et souvent le personnel national sont basés dans des zones sécurisées (comme Bamako ou Sévaré), loin des villages isolés où les besoins sont les plus grands.

Missions "Éclair" : L'aide est souvent acheminée via des missions rapides (dites quick-impact ou go-and-see) ou par des sous-traitants locaux. Le personnel ne reste pas assez longtemps sur place.

En 2020, en raison de la pandémie de la COVID-19, comme résultante, le taux de financement au Mali pour 2020, a été plutôt faible (autour de 45%) source HRP.

Manque des capacités opérationnelles des partenaires humanitaires et des efforts de priorisation effectués à la fois au sein des clusters et de l'Inter cluster, 4,7 millions de personnes seront visées par la réponse humanitaire sur 5,9 millions dans le besoin.

3) Opportunités (Facteurs Externes Positifs) : (Manquées)

Manque d'Investissement dans la Préparation aux Chocs : Échec à mettre en place des systèmes d'alerte précoce multisectoriels (couplant les données climatiques, sécuritaires et de marché) et des plans de réponse anticipatoire pour prévenir les déplacements et l'insécurité alimentaire, notamment avant les crises cycliques (sécheresse, inondations).

Dialogue de Paix Local : La possibilité de soutenir et de renforcer les initiatives de négociations de paix au niveau communautaire menées par la société civile et les autorités locales (*Source : Plan de Réponse Humanitaire (HRP) Mali (OCHA) Janvier 2023 Pages 24-26 : Section sur la redevabilité et l'analyse multisectorielle.*).

Sensibilisation Internationale : La sévérité de la crise (36% des besoins au Mali concentrés à Mopti, maintient un certain niveau d'attention internationale et de plaidoyer pour un financement accru. (*Source Analyse de la situation de Protection au Mali / Rapport de Monitoring de Protection Mai 2023 ; Pages 14 à 18 (Section : Violations graves commises contre les enfants et Violences Basées sur le Genre - VBG).*

Justice Traditionnelle : L'amélioration de la gouvernance locale en s'appuyant sur les systèmes traditionnels pour résoudre les litiges fonciers et l'injustice, qui sont des facteurs de recrutement par les groupes armés (*Source Rapport Annuel du Cluster Protection Mali ; Février 2023 ; Pages 8-10 : Données sur l'instrumentalisation de l'aide et les incidents de protection à Douentza).*

Sous-Utilisation des Plateformes Locales : Ne pas avoir suffisamment investi dans le renforcement des structures de coordination locales (autorités, chefs traditionnels, société civile) pour qu'elles puissent assurer elles-mêmes la coordination multisectorielle et la prise en charge locale des déplacés (*Source : Plan de Réponse Humanitaire (HRP) Mali (OCHA) Janvier 2023 Pages 24-26 : Section sur la redevabilité et l'analyse multisectorielle.*).

4) Menaces (Facteurs Externes Qui Ont Neutralisé la Coordination) : (Qui ont causé l'échec)

Instrumentalisation Sélective : Les groupes armés ont pu exploiter la fragmentation de la réponse en autorisant l'accès à certains secteurs (ex. : (santé) tout en bloquant d'autres (ex. : protection, éducation), ce qui a créé un déséquilibre dans la réponse et compromis la neutralité multisectorielle (*Source : Analyse du financement de la réponse humanitaire au Mali : Écarts et priorité ; Décembre 2022 ; Page 19 (Section : Financement sectoriel vs Multisectoriel).*

Mobilité des Populations : Les déplacements de populations internes (PDI) rapides et imprévisibles ont rendu la planification et le suivi multisectoriels extrêmement difficiles. Les PDI

sont arrivés dans des zones saturées, exerçant une pression sur les services de base (WASH, santé) que les communautés hôtes utilisaient déjà.

Cible Facile pour l'Insécurité : Les projets multisectoriels, nécessitant une plus grande empreinte physique (plus de personnel, de véhicules et de sites d'intervention), sont devenus des cibles plus visibles et plus faciles pour les acteurs armés, forçant la réduction ou l'arrêt des opérations (*Source : Étude sur la localisation de l'aide : Évaluation des capacités des partenaires nationaux au Centre du Mali ; Septembre 2022 ; Pages 28-30 (Section : Dépendance opérationnelle et reporting).*

Fragmentation et Choc des Politiques Nationales : Les politiques nationales (ex. : décentralisation, secteurs sociaux) manquent souvent de l'approche multisectorielle nécessaire pour la paix et la stabilité, ce qui contredit et sape les efforts de coordination des humanitaires sur le terrain (*Source : Rapport annuel sur les contraintes d'accès humanitaire au Mali ; Mai 2023 ; Pages 11-13 (Section : Incidents d'interférence et de politisation de l'aide).*

Droit à l'éducation menacé : Avec 1 3442 écoles fermées, affectant 403 200 élèves et 8064 enseignants, le secteur de l'éducation est très affecté avec une tendance à l'augmentation, un taux impressionnant de 15% d'écoles fermées. À cela s'ajoute les doubles effets des inondations sur les classes d'école (destruction, ou hébergement d'individus). Ces contingences viennent se greffer à la fréquence des grèves du personnel enseignant ces dernières années., Ainsi il va de soi à déduire que le contexte de l'éducation est assez complexe au Mali. (*Source PLAN DE RÉPONSE HUMANITAIRE 2021 page 11)*

VIII) ÉVALUATION DE L'EFFICACITÉ ET DE LA PERTINENCE DES RÉPONSES

HUMANITAIRES DES INTERVENTIONS PASSÉES (SECTORIELLES) :

Définition :

L'évaluation de la pertinence et de l'efficacité sont des concepts centraux dans le domaine de l'aide humanitaire et du développement. Elles sont parmi les cinq critères standard du CAD (Comité d'Aide au Développement) de l'OCDE, aux côtés de l'efficience, de l'impact et de la durabilité.

Cependant, la pertinence et l'efficacité ne sont généralement pas décomposée en "niveaux" graduels comme le sont la sévérité ou l'impact (par exemple, Niveau 1 à 5 de l'IPC). Elles sont plutôt des mesures qualitatives binaire ou ternaire de l'adéquation d'une intervention.

La pertinence évalue si l'intervention (programme, projet, distribution) et ses objectifs sont adaptés et appropriés aux besoins, aux politiques, aux priorités, et au contexte des bénéficiaires, de la communauté et du pays hôte.

L'efficacité mesure la capacité de l'évaluation à transformer l'information en une réponse humanitaire concrète et adaptée.

Voici une explication des différents degrés ou dimensions utilisés pour évaluer.

Tableau 20 : Degrés d'Évaluation de la Pertinence (source HRP)

Degré	Nom de l'Évaluation	Caractéristique	Exemple d'Application
0	Non Pertinent	L'intervention ne répond pas à un besoin réel ou prioritaire. Elle est même potentiellement contre-productive ou nuisible.	Distribuer des kits de cuisine lourds à des PDI en déplacement constant.
1	Pertinence Modérée / Partielle	L'intervention répond à un besoin réel, mais la modalité ou le ciblage n'est pas optimal.	Fournir de l'aide alimentaire en nature dans une zone où les marchés sont fonctionnels et où les Transferts Monétaires seraient plus

			efficaces (coût, sécurité).
2	Pertinence Élevée / Totale	L'intervention répond directement à une priorité vitale (selon l'analyse des besoins) et sa conception est adaptée au contexte et aux contraintes (sécurité, culture, logistique).	Fournir des soins nutritionnels d'urgence (MAG) via des cliniques mobiles dans une enclave de Niveau 4 (Urgence), tout en soutenant l'expertise locale (ASC).

(Source HRP)

Tableau 21 : Degrés d'Évaluation de la l'Efficacité

Degré	Nom de l'Efficacité	Caractéristique de l'Impact	Exemple d'Application (Douentza / Bandiagara)
0	Faible	Les objectifs ne sont pas atteints. L'aide est bloquée, détournée ou arrive après la disparition du besoin. Le coût logistique est démesuré par rapport à l'impact.	Tenter d'acheminer un convoi de vivres par la route vers Mondoro sans négociation préalable : le convoi est bloqué/pillé, et les populations restent affamées.
1	Moyen	Les objectifs sont partiellement atteints, souvent uniquement dans les zones sécurisées ("Bulles"). L'impact est réel mais fragile et ne couvre qu'une minorité de la zone cible.	Une campagne de vaccination réussie à Bandiagara-ville , mais qui échoue à atteindre les villages de la falaise à cause de l'insécurité. La couverture vaccinale globale reste insuffisante pour stopper une épidémie.

2	Élevé	Les objectifs sont atteints malgré les contraintes. L'intervention utilise des méthodes innovantes (localisation, accès négocié, numérique) pour contourner les blocus.	Utilisation de cliniques mobiles légères (motos) et de relais communautaires locaux pour soigner la malnutrition dans les zones sous emprise, là où les camions ne passent plus.
---	-------	---	---

(Source HRP)

Différents Degrés d'Évaluation de la Pertinence et de l'EFFICACITE dans la zone d'étude :

Ici pour notre étude, il s'agit d'analyser l'adéquation (pertinence) et le succès (efficacité) des méthodes d'intervention classiques face aux défis spécifiques de notre zone d'étude (insécurité, blocus, effondrement des services).

L'analyse démontre que certaines interventions passées échouent (pas fonctionnées) non pas parce que les besoins sont mal identifiés, mais parce que les modalités traditionnelles sont mal adaptées au contexte de guerre et d'isolement.

1. Distribution en Nature (Vivres, Articles Non Alimentaires - NFI)

Pertinence (Évaluation)

La pertinence de fournir de l'aide physique (vivres et NFI) est jugée Élevée sur le site (Koro). C'est une réponse directe et nécessaire à la Crise alimentaire (Phase 3 IPC) qui frappe les populations déplacées internes (Réfugié). L'aide physique est la seule option lorsque les populations n'ont absolument aucun moyen d'acheter.

Efficacité (Critique)

L'efficacité bascule vers un niveau Faible/Modéré dès que l'on sort des zones relativement stables pour se diriger vers les enclaves (Niveau 3) comme Douna ou Tandj et Dinangourou.

L'aide en nature (sacs de vivres) est un actif visible et facile à détourner. Les convois sont vulnérables aux blocus, aux pillages et aux interférences directes (Menace T2) des groupes armés, des milices ou des autorités locales. Une grande partie de l'aide n'arrive pas aux bénéficiaires finaux, ne parvenant qu'à une minorité.

2. Réhabilitation WASH d'Urgence

Pertinence (Évaluation)

La pertinence de la réhabilitation WASH est jugée Élevée (surtout à Dinangourou). Cette intervention est essentielle car elle prévient les maladies hydriques liées aux inondations (Faiblesse W4) et garantit la survie de base lors des blocus. De plus, elle s'appuie sur des Infrastructures

WASH existantes (Force S4), rendant l'intervention théoriquement plus rapide.

Efficacité

L'efficacité est Modérée. Le problème n'est pas la volonté de réhabiliter, mais le maintien de la fonctionnalité. Les opérations sont trop souvent limitées aux zones accessibles et sont interrompues par les blocus ou l'insécurité des techniciens externes (Menace T1). Une fois que le technicien externe est parti, la pompe tombe en panne et l'accès est à nouveau coupé.

3) Éducation en Milieu Formel

Pertinence (Évaluation)

La pertinence pour l'éducation en milieu formel (école classique) est jugée Faible. Les écoles sont soit fermées, soit utilisées comme abris pour les PDI, rendant le système classique non fonctionnel. Bien que l'éducation soit un besoin de protection, la modalité est obsolète.

Efficacité (Critique)

L'efficacité est Très faible. Les résultats éducatifs sont nuls, car la Menace T1 (insécurité) empêche les enseignants et les élèves de fréquenter les écoles. L'investissement dans le système formel est une perte.

4) Soins de Santé Primaires Fixes

Pertinence (Évaluation)

La pertinence est jugée Faible pour la modalité fixe. Bien que le besoin de soins de santé soit vital (surtout face à la menace de la Crise nutritionnelle), les centres de santé fixes (Douna et Dinangourou) sont moins fréquentés par manque de personnel face aux blocus (Faiblesse W3).

Efficacité (Critique)

L'efficacité est Très faible. Dans des villages comme Tandi et Douna (Sous blocus 03 mois avant l'évaluation), l'interruption des services est partielle. La population est laissée sans soins, ce qui est le facteur direct de l'Urgence nutritionnelle (Menace T3). Le personnel a fui par crainte de l'insécurité (Faiblesse W1), rendant l'investissement initial inutile.

Conclusion de la pertinence et de l'efficacité : Le succès futur de l'aide dépend de la capacité des acteurs à abandonner les méthodes rigides (fixe, en nature, formel) au profit de solutions agiles, mobiles et gérées localement, qui sont les seules à pouvoir naviguer dans l'environnement hostile du Centre (Mopti).

IX) PLAN DE RÉPONSE HUMANITAIRE MULTISECTORIELLE ADAPTÉ

Ce plan de réponse est formulé à partir de l'analyse SWOT et de l'évaluation des interventions passées. Il vise à transformer les faiblesses opérationnelles en forces en misant sur l'agilité (Opportunités O1, O3) et la résilience locale (Forces S1, S3).

L'objectif est de réduire le risque de mortalité (Menace T3) dans les enclaves (Tandi, Douna) tout en renforçant l'autonomie des communautés face aux chocs (T1, W4, T2) :

1) Axe 1 : Agilité Logistique & Sécurité

Cet axe répond aux défis physiques qui rendent la logistique classique dangereuse et coûteuse. Il constitue la base de la stratégie opérationnelle dans un contexte d'insécurité élevée. Il reconnaît que les menaces sécuritaires ne sont pas seulement un risque pour le personnel, mais la principale cause de l'inefficacité de l'aide dans les zones isolées.

Cet axe implique un changement radical dans la façon dont l'aide est acheminée, en privilégiant des modalités d'aide à faible empreinte physique et à faible risque. L'objectif est double : "**éviter d'être une cible et réduire les coûts pour maximiser le nombre de bénéficiaire**".

"**L'empreinte physique**" désigne la quantité de ressources (véhicules, personnel international, infrastructures fixes, biens en nature) nécessaires pour acheminer l'aide. Plus l'empreinte est faible, plus l'opération est agile et sûre.

L'agilité est nécessaire pour surmonter deux contraintes majeures qui ont rendu les interventions passées inefficaces :

a. Neutraliser la Menace T1 : EEI, Blocus, et Pillage :

Les groupes armés et les milices utilisent les Engins Explosifs Improvisés (EEI) et les blocus (notamment autour des enclaves comme Douna/Tandi) pour paralyser la réponse humanitaire et contrôler les flux. Un camion chargé de vivres ou de kits est une cible de grande valeur.

Les blocus empêchent l'aide d'arriver pendant des semaines ou des mois, provoquant des ruptures de stock critiques (intrants nutritionnels) qui augmentent la mortalité (Menace T3).

Comme Solution : L'Agilité passe par le Transfert Monétaire Conditionnel (TMC) :

Étant donné l'absence de réseau mobile dans ces localités, l'aide est distribuée sous forme de coupons physiques ou d'argent liquide, avec un point de distribution mobile et sécurisé. L'acteur humanitaire s'appuie sur la Force S1 (Acteurs Nationaux) pour acheminer l'argent ou les coupons de manière sécurisée et rapide jusqu'au point de distribution le plus proche de l'enclave (Koro ou autre chef-lieu sécurisé). Les bénéficiaires sont ensuite amenés à ce point de manière échelonnée par la communauté (Force S3).

Cette solution est plus légère, rapide et moins coûteuse que l'acheminement de vivres. L'opération est courte et concentrée dans le temps (quelques heures), minimisant l'exposition. L'argent peut être échangé contre des biens auprès de commerçants identifiés ou via des intermédiaires communautaires.

b. Neutraliser la Faiblesse W2 : Logistique Coûteuse et Lourdeur Opérationnelle

Le coût de la logistique sécurisée et l'acheminement de gros volumes de marchandises sur de longues distances absorbent une part importante du budget humanitaire. Chaque kilomètre parcouru par un convoi nécessite de la sécurité, des chauffeurs formés, du carburant et des assurances coûteuses. Une logistique chère signifie moins de fonds pour l'aide directe. La lourdeur des procédures et des véhicules rend également les opérations lentes et incapables de réagir rapidement à un pic de crise.

Comme Solution 1, L'agilité passe par des Solutions Légères et Mobiles :

Remplacer les grands véhicules de distribution par des équipes légères (motos, petits 4x4) capables de se déplacer rapidement et discrètement, atteignant les zones non desservies (Niveau 4 : Tandji, Douna (PDI/Enclaves)).

Réduire le besoin de longs convois en prépositionnant des intrants vitaux (médicaments, intrants nutritionnels, les matérielles d'équipements des points d'eau ...) dans des caches sécurisées au niveau des districts ou des communautés locales, sous la supervision des acteurs locaux.

Comme Solution 2, le Contrat de Transport Communautaire :

Cette approche exploite la connaissance des acteurs locaux et minimise l'exposition du personnel externe. Les acteurs humanitaires passent des contrats avec des transporteurs locaux (Force S3) issus de la communauté bénéficiaire ou d'une communauté voisine acceptée. Les transporteurs locaux connaissent les pistes sécurisées et sont moins des cibles que les convois officiels. Le risque de détournement est réduit si l'aide est sous surveillance communautaire. Le coût par tonne est plus élevé, mais l'absence de besoin en sécurité, en logistique motorisée lourde et en personnel expatrié rend l'opération globalement plus économique. L'aide reste en nature, mais le volume par transport est petit et discret.

c) Effet Opérationnelles de l'Axe 1

L'Axe 1 est la stratégie qui permet de garantir que l'aide arrive à destination, même lorsque la sécurité est compromise. Il représente le passage de l'aide fixe et en nature à l'aide mobile et monétaire, transformant ainsi le principal point de vulnérabilité (la logistique) en un avantage opérationnel (l'agilité).

2) Axe 2 : Ancrage Local & Décentralisation

L'Axe 2 est la stratégie de résilience et de continuité des services. Il vise à assurer la pérennité des programmes d'aide en cas de départ ou de retrait du personnel international et à protéger l'aide contre les interférences externes. Il s'attaque au problème de la dépendance et de la vulnérabilité de la réponse humanitaire au Mali.

Il s'agit de passer d'un modèle où les acteurs externes fournissent l'aide à un modèle où ils soutiennent les acteurs locaux pour qu'ils gèrent l'aide eux-mêmes. C'est le principe de la localisation de l'aide humanitaire, tel que défini dans le Projet : **Apporter une réponse multisectorielle d'urgence aux besoins des populations vivant dans les zones affectées et difficiles d'accès des régions de Bandiagara et Douentza.**

Cet axe est conçu pour capitaliser sur les forces existantes et contrer les faiblesses inhérentes à la présence externe. De ce fait :

a) Capitaliser sur les Forces S1/S3 : Expertise et Résilience Locale :

- Rôle de la Force S3 (Organisation Communautaire) : Les communautés possèdent des structures organisées et acceptées, telles que les Comités de Gestion d'Eau (CGE), les Agents de Santé Communautaire (ASC) et les Groupements de Soutien à la Nutrition (GSAN). Ces acteurs sont déjà sur place et peuvent opérer en continu lors des blocus ou des pics d'insécurité (Menace T1). Ils sont la seule source d'information fiable et acceptée.

Au lieu de les utiliser simplement comme des relais, il faut les former, les équiper et les financer directement pour qu'ils prennent en charge des fonctions clés (Ex : maintenance de base du WASH, dépistage nutritionnel) sans attendre un technicien externe.

Les ONG nationales et le personnel local (Force S1) ont une meilleure connaissance des dynamiques sécuritaires et culturelles que le personnel international (Faiblesse W1). Ils réduisent considérablement le risque d'Interférence et de Détournement (Menace T2) car ils savent mieux naviguer dans les systèmes de pouvoir locaux et garantir l'impartialité.

- Contrer la Faiblesse W1 : Dépendance au Personnel Limité et Volatile :

L'insécurité chronique et les contraintes de mouvement imposées au personnel international (Faiblesse W1) entraînent une rotation élevée du personnel, des suspensions d'opérations et un manque de continuité dans les programmes.

Chaque fois qu'une équipe externe se retire (même temporairement), les services essentiels (santé, nutrition) s'arrêtent (Faiblesse W3), aggravant la crise (Menace T3).

Comme Solution de l'Axe 2 : La décentralisation garantit que, même si les acteurs externes doivent se retirer, l'aide continue. Le personnel local (ASC, CGE) est le dernier rempart contre l'effondrement total des services. Il devient le principal point de contact pour les Cliniques Mobiles (O1).

b) Effet Opérationnelles de l'Axe 2

L'Axe 2 transforme la relation entre l'acteur humanitaire et le bénéficiaire. Le financement est dirigé directement vers les structures locales et les ONG nationales, plutôt que de transiter par les grandes ONG internationale. Les stocks prépositionnés (O4) sont confiés aux Comités de Gestion Communautaire (sous supervision de l'acteur national) pour garantir leur sécurité et leur accès en période de crise.

Les programmes se concentrent moins sur la prestation directe et plus sur le mentorat, le soutien technique et la formation avancée des acteurs locaux.

L'Axe 2 est donc la seule stratégie durable face à une crise prolongée et volatile : rendre les communautés et les acteurs nationaux protagonistes de leur propre survie.

3) Axe 3 : Intégration Multisectorielle

Cet axe répond aux défis de la sévérité et de diminution des services (Niveau 4 de la crise). Il vise à maximiser l'impact de chaque intervention. L'Axe 3 est la stratégie d'efficacité clinique et de santé publique. Il s'agit de rompre avec l'approche traditionnelle en "silos" (où les équipes Santé travaillent séparément des équipes Nutrition, qui travaillent séparément des équipes WASH).

Dans un contexte de ressources limitées (Faiblesse W2), de services effondrés (Faiblesse W3) et d'un risque de mortalité élevé (Menace T3), l'intégration est la seule façon de garantir un traitement holistique et durable à la population. L'objectif est d'utiliser une intervention comme levier pour l'autre, se concentrant sur le nexus Santé-Nutrition-WASH.

L'objectif n'est pas seulement de soigner les symptômes (ex : traiter un enfant malnutri), mais de s'attaquer aux causes immédiates et sous-jacentes de la maladie lors d'une même intervention. Cet axe est directement centré sur la survie et l'efficacité face à la crise humanitaire la plus sévère. Il s'agit :

a) Lutter Efficacement contre la Menace T3 : Crise Nutritionnelle Niveau 4

La malnutrition (Menace T3) est rarement une cause unique. Elle est souvent le résultat d'un cercle vicieux. La maladie (diarrhée ou paludisme) empêche l'enfant d'absorber les nutriments \Rightarrow l'enfant devient malnutri \Rightarrow sa faible immunité le rend plus vulnérable aux infections (manque d'eau potable/WASH).

Si l'on ne traite que la malnutrition, l'enfant retournera chez lui et retombera malade immédiatement

à cause d'un point d'eau contaminé ou du manque d'hygiène. L'efficacité des programmes de Nutrition est annulée par l'échec des programmes WASH.

Comme Solution de l'Axe 3 : l'intégrer les services :

Exemple : L'enfant est diagnostiqué et traité pour la Malnutrition Aiguë Sévère (MAS) par l'équipe Nutrition ⇒ Il est examiné par l'équipe Santé pour les infections/maladies ⇒ La mère reçoit un kit d'hygiène (savon, pastilles de purification) et une formation WASH/Nutrition au même endroit.

De ce fait, le taux de guérison augmente et les rechutes sont moins fréquentes.

b) Lutter contre la Faiblesse W3 : Absence et Effondrement des Services :

Les centres de santé sont délabrés (Faiblesse W3), et les acteurs humanitaires ne peuvent pas se permettre d'envoyer trois équipes différentes (Santé, Nutrition, WASH) sur le terrain de manière indépendante en raison de la logistique coûteuse (W2) et du risque sécuritaire (T1).

Si une clinique mobile (O1) ne fait que la Santé, elle manque l'opportunité d'améliorer la nutrition ou l'hygiène de la communauté pendant sa présence rare.

Comme Solution de l'Axe 3 : Maximiser la valeur de chaque déplacement risqué.

La Clinique Mobile Adaptée (O1) devient le point central de l'intégration. Elle est conçue pour délivrer les trois services principaux simultanément (Santé, Nutrition, WASH).

L'équipe mobile peut également inclure des éléments de Protection (distribution de kits Dignité pour les femmes) et d'Éducation (espaces d'apprentissage temporaires pour les enfants pendant que les mères reçoivent les soins).

c) Effet Opérationnelles de l'Axe 3

L'Axe 3 exige une planification conjointe et une budgétisation commune.

Le personnel doit être formé de manière polyvalente. Par exemple, les Agents de Santé Communautaire (ASC) doivent être formés non seulement aux premiers soins, mais aussi aux messages WASH critiques et au dépistage nutritionnel (Force S3/Axe 2).

NB : Les Transferts Monétaires (O3) peuvent être conditionnels à l'accès au service intégré ; le paiement est effectué uniquement si le ménage a fréquenté la clinique mobile pour le contrôle santé de l'enfant et l'éducation WASH de la mère.

Le matériel (kit de purification d'eau, aliments thérapeutiques, médicaments) doit être acheminé ensemble pour un seul point de livraison, optimisant la logistique et réduisant les risques.

En résumé, l'Axe 3 est la stratégie la plus efficace pour sauver des vies dans un environnement complexe, car il traite le patient dans son environnement global de risque

X. RECOMMANDATIONS OPÉRATIONNELLES PAR SECTEUR :

Les recommandations se concentrent sur l'adoption de modalités de haute pertinence opérationnelle (Degré 3 - Pertinence Maximale).

1) Recommandations Opérationnelles : Nutrition & Santé (Priorité Vitale) :

Ces recommandations appliquent l'Axe 1 (Agilité Logistique) et de l'Axe 3 (Intégration Multisectorielle). Elles visent à garantir l'accès aux soins vitaux là où les services de l'État se sont diminués (Faiblesse W3).

a) Déploiement de Cliniques Mobiles Adaptées (CMA)

Cette stratégie renforce l'approche traditionnelle des centres de santé fixes, manque de matériels, ingérable.

Les centres de santé fixes sont souvent inaccessibles par la population ou le personnel (Faiblesse W3). Ces centres peuvent être doter, re équipés et réhabilité les superstructures.

Les CMA (Opportunité O1), sont l'incarnation de l'Agilité Logistique (Axe 1). Il s'agit d'équipes légères qui se rendent sur un point de rassemblement prédéfini pour des interventions de courte durée ("éclair") : Cela minimise l'exposition au risque (Menace T1).

Elles intègrent le SSP (vaccination, consultations, traitement du paludisme/diarrhée) et la PCIMA (dépistage et traitement de la malnutrition), garantissant que l'enfant est soigné de manière holistique contre la maladie et la malnutrition au même endroit.

En plus les Agents de Santé Communautaire (ASC) et les Groupements de Soutien à la Nutrition (GSAN) peuvent être formés pour utiliser le Périmètre Brachial (MUAC) pour identifier les cas de malnutrition sévère à domicile.

Ils assurent le suivi des cas de malnutrition et des maladies chroniques entre les visites des CMA (qui peuvent n'avoir lieu qu'une fois par mois).

Ces acteurs locaux (Axe 2) sont essentiels à la sécurité de l'opération. Ils négocient l'accès, garantissent la neutralité de la zone de consultation et assurent que le personnel externe n'est pas ciblé.

b) Pré positionnement d'Intrants Nutritionnels

Cette stratégie est une mesure d'atténuation essentielle pour faire face à l'imprévisibilité de l'accès.

Le pré positionnement (Opportunité O4) consiste à créer des stocks d'urgence d'intrants vitaux (RUSF, médicaments essentiels) pour servir de "tampon" logistique.

L'Objectif, est d'éliminer le risque de rupture totale des intrants nutritionnels lors d'un blocus prolongé (Menace T1) ou de l'impraticabilité des routes due aux inondations (Faiblesse W4).

Les stocks principaux sont dans les chefs-lieux (Koro) et (Douentza), mais une réserve plus petite,

mais critique, doit être acheminée dans les enclaves (Douna/Tandi) avant la crise, via des transports légers et discrets (Axe 1 ajusté).

En plus les stocks prépositionnés sont remis à un Comité de Gestion Local (Leaders, CGS) pour garantir qu'ils ne soient pas détournés (Menace T2) et que l'impartialité de l'aide soit respectée.

Le stock de sécurité n'est activé qu'en cas de déclenchement du Système d'Alerte Précoce (O4) ou de rupture confirmée des services.

Les Leaders Communautaires (Force S3) sont les seuls à pouvoir distribuer ces intrants aux ménages éligibles pendant l'absence totale des acteurs externes, assurant ainsi la survie immédiate (Menace T3).

2) Recommandations Opérationnelles : WASH (Eau, Assainissement, Hygiène) :

Le secteur WASH est vital pour la survie (accès à l'eau) et la prévention des maladies (hygiène). Ces recommandations sont conçues pour contrer les menaces spécifiques (Menace T1 - Blocus, Faiblesse W4 - Inondations) en s'appuyant sur les capacités locales (Force S3/S4) et la stratégie multisectorielle (Axe 3).

a) WASH Résilient et Auto-Maintenu

Cette recommandation vise à garantir la **continuité du service d'eau** même en l'absence totale d'aide externe (pendant un blocus ou une insécurité extrême).

Il est plus rapide, moins coûteux et moins dépendant de la logistique lourde (Faiblesse W2) de réparer une infrastructure existante (Force S4) que de construire une nouvelle structure. C'est l'approche la plus pertinente dans l'urgence.

L'utilisation de matériaux plus résistants aux chocs (climatiques à Dinangourou, mécaniques) et de technologies facilement réparables sur place doit être privilégiée.

La formation doit aller au-delà du nettoyage de base. Les membres du CGE doivent apprendre à effectuer des réparations mineures et moyennes (changement de pièces de pompes, entretien des générateurs) pour devenir des techniciens locaux.

Le CGE est chargé de la gestion du stock (O4). Ce stock de pièces de rechange essentielles (kits de réparation, produits chimiques) doit être prépositionné dans le village. Cela évite d'attendre l'arrivée d'un convoi externe (Menace T1) en cas de panne.

Le rôle du CGE devient celui de gestionnaire et opérateur de premier niveau. C'est la garantie que même si la zone est coupée du monde pendant six mois, la population conservera un accès à l'eau potable.

La gestion locale (Force S3) protège les infrastructures contre le détournement (Menace T2) et assure que les solutions techniques sont adaptées aux besoins réels.

b) Intégration WASH-Nutrition

Cette recommandation est l'application directe de l'Axe 3 (Intégration Multisectorielle). Elle est essentielle pour briser le cercle vicieux de la maladie et de la malnutrition (Menace T3).

Il s'agit de lier le soutien WASH (distribution de kits d'hygiène et de pastilles de purification) aux activités des GSAN et des cliniques mobiles pour réduire l'incidence des maladies diarrhéiques.

L'objectif est de traiter la maladie (Santé/Nutrition) et sa cause (WASH) au même moment. Les maladies diarrhéiques sont l'une des principales causes de la malnutrition et de la mortalité chez les enfants (Menace T3).

Les distributions de kits d'hygiène ne doivent pas se faire de manière isolée, mais au point de service intégré (la clinique mobile ou le centre de dépistage).

Exemple : La mère reçoit le kit WASH (savon, pastilles) si elle amène son enfant au dépistage nutritionnel et assiste à la séance d'éducation sur l'hygiène. Cela renforce la pertinence du service (Degré 3 - Pertinence Maximale).

Les Groupements de Soutien à la Nutrition (GSAN) sont des groupes de mères et de leaders communautaires (Force S3) qui sont déjà formés pour l'éducation nutritionnelle. Ils sont les vecteurs les plus crédibles.

Leur rôle est d'intégrer les messages WASH (lavage des mains, stockage sécurisé de l'eau) directement dans leurs sessions d'éducation nutritionnelle. Par exemple, expliquer que le lait maternel/aliment thérapeutique ne peut être efficace que si les mains et l'eau sont propres.

En utilisant le réseau du GSAN, on atteint les mères les plus vulnérables, qui seront renforcer par l'équipe WASH expérimenté de la zone.

3) Recommandations Opérationnelles : Protection et Éducation

Ces recommandations sont essentielles pour atténuer les risques humains (Menace T2 - Exploitation, Menace T1 - Insécurité) et transformer des structures locales existantes (Force S3) en mécanismes de survie pour les femmes et les enfants.

a) Mécanismes de Protection Communautaire

Cette stratégie rend le système de protection plus résilient, plus accessible et géré par les communautés elles-mêmes, là où les acteurs externes ont un accès limité.

Les femmes et les filles, surtout les Personnes Déplacées Internes (PDI), sont vulnérables à la Violence Basée sur le Genre (VBG), à l'exploitation et aux abus (Menace T2).

Les acteurs externes (ONG) ont du mal à accéder aux victimes et à garantir la confidentialité des informations. La solution est de miser sur les structures d'entraide existantes (Force S3).

Ces groupements deviennent des points focaux dans le Système d'Alerte Précoce (SAP) pour les

risques sociaux. Ils peuvent signaler des tensions communautaires, des menaces d'enlèvement ou des cas de VBG avant qu'ils ne dégénèrent.

Il ne s'agit pas seulement d'alerter, mais de fournir un espace sûr et confidentiel pour les victimes, où elles peuvent recevoir un soutien psychosocial de base et être orientées vers les services externes (s'ils sont accessibles).

Les femmes sont les mieux placées pour identifier les cas de VBG et les vulnérabilités au sein de la communauté. Elles bénéficient d'une confiance que les acteurs externes n'ont pas.

Le rôle des acteurs humanitaires est de fournir la formation, le moyen sécurisé (Ex : téléphone dédié, code d'alerte) pour transmettre les informations sans exposer le groupement (Menace T2). Cela s'inscrit dans l'Axe 2 en formalisant et rémunérant le rôle des groupements.

b) Éducation alternative et sécurisée

Cette stratégie vise à maintenir l'accès à l'apprentissage et à utiliser l'éducation comme un outil de protection et de stabilisation.

Le système scolaire formel est non pertinent (Faiblesse W3) car les bâtiments sont fermés, ou endommagés, ou utilisés comme abris PDI. L'insécurité (Menace T1) empêche le personnel enseignant de se rendre sur place.

L'Éducation Alternative (radio-éducation, supports papiers simples) est la seule réponse agile (Axe 1) qui ne nécessite ni bâtiment, ni présence constante d'enseignants formels.

L'objectif principal de ces espaces temporaires n'est pas l'acquisition de connaissances avancées, mais de fournir un environnement sécurisé où les enfants échappent aux risques (recrutement armé, exploitation). L'espace éducatif est une Plateforme de Protection qui garantit la continuité de la socialisation et de l'encadrement.

Les Comités de Gestion Scolaire (CGS), même si l'école est fermée, existent toujours. Ils sont chargés de :

- Recruter et former des volontaires communautaires (personnes alphabétisées, retraités) pour assurer l'encadrement pédagogique de base.
- Sécuriser l'espace (souvent un hangar, un lieu de culte ou sous un arbre) et assurer la surveillance pour éviter les intrusions et les menaces.
- Garantir la continuité de l'apprentissage même sans financements externes, démontrant la résilience de la communauté.

4)Recommandations Opérationnelles : Sécurité Alimentaire et Anticipation :

Ces recommandations garantissent que l'aide financière et l'information arrivent à destination, en s'appuyant sur l'Agilité (Axe 1) et la Décentralisation (Axe 2), tout en maximisant les opportunités d'anticipation (O3 et O4).

a) Priorité aux Transferts Monétaires Conditionnels (TMC)

Cette stratégie vise à remplacer la logistique lourde de l'aide en nature par une aide financière plus sûre, plus digne et plus efficace.

Les TMC (Transferts Monétaires) sont la solution idéale pour neutraliser la Faiblesse W2 (Logistique coûteuse) et le risque de pillage/blocus (Menace T1). Si le réseau mobile est inexistant, on utilise des Transferts Monétaires Physiques (coupons ou cash) acheminés discrètement. La lourdeur d'un convoi de vivres est remplacée par la légèreté de l'argent.

L'argent est plus difficile à détourner par des acteurs armés que des sacs de céréales. Le bénéficiaire dépense ce dont il a besoin, ce qui rend l'aide plus pertinente (adéquation).

Les TMC sont conditionnels (O3), ce qui signifie que le paiement est lié à l'exécution d'une action positive (Ex : la mère s'engage à amener son enfant au dépistage nutritionnel ou à la vaccination). Cela permet de lier le secteur Sécurité Alimentaire au secteur Santé/Nutrition (Axe 3).

En injectant de l'argent directement dans les communautés, on soutient les commerçants et opérateurs locaux (Force S3), ce qui renforce la résilience du marché au lieu de créer une dépendance à l'aide importée.

Les commerçants (même les petits détaillants des marchés de brousse) deviennent les opérateurs de l'aide. Ils acceptent les coupons ou l'argent et sont ensuite remboursés par l'ONG.

Leur rôle garantit que le flux de l'aide bénéficie à l'économie locale. Ils jouent un rôle clé dans la résilience de la communauté, permettant aux bénéficiaires d'acheter les articles spécifiques et culturellement appropriés dont ils ont besoin.

b) Renforcement des Systèmes d'Alerte Précoce (SAP)

Cette recommandation est une nécessité stratégique pour toute l'opération, car elle fournit l'information essentielle pour déclencher l'Agilité (Axe 1) et le Pré positionnement (Santé/Nutrition).

Un SAP renforcé est crucial pour passer d'une réponse réactive (réagir à un blocus) à une réponse proactive (prépositionner l'aide avant le blocus).

Le système ne surveille pas seulement la sécurité (mouvements de groupes armés, rumeurs d'EEI - Menace T1), mais aussi les chocs environnementaux (risque d'inondation à Dinangourou - Faiblesse W4) et économiques (hausse anormale du prix du mil - signe d'un blocus imminent).

L'alerte précoce doit être directement liée à des actions opérationnelles (Ex : Alerte Rouge = Déclenchement de la distribution des stocks prépositionnés dans le village (O4) + Envoi immédiat des TMC avant la fermeture des axes).

Les Acteurs Nationaux (S1) et les Leaders Communautaires (S3) sont les seuls à avoir accès à l'information fiable sur le terrain. L'Axe 2 exige de les intégrer.

Il est nécessaire d'investir dans la formation et la rémunération de ces informateurs pour garantir la fiabilité, la régularité et l'impartialité de l'information. Ils ne doivent pas être des bénévoles occasionnels, mais des partenaires essentiels du SAP.

Le personnel national (S1) est le mieux placé pour analyser et contextualiser les informations brutes (rumeurs) pour en faire des alertes opérationnelles crédibles, garantissant que les acteurs externes prennent les bonnes décisions.

XI) CONCLUSION :

L'analyse approfondie de la situation dans les zones de Koro, Douentza et Bandiagara révèle un environnement d'une complexité extrême, où la crise sécuritaire (blocus, EEI) et l'effondrement des services étatiques ont rendu les modèles d'intervention classiques obsolètes.

Les enquêtes d'évaluation des besoins ont mis en lumière une urgence vitale, particulièrement dans les enclaves de Niveau 4 comme Tandî et Douna, Dinangourou, marquées par une crise nutritionnelle sévère et un accès à l'eau potable compromis.

L'analyse SWOT a permis d'identifier que la principale vulnérabilité ne réside pas dans le manque de volonté des acteurs, mais dans la Faiblesse W1 (personnel limité) et la Menace T1 (insécurité des axes) qui paralysent l'aide conventionnelle.

L'analyse comparative des interventions passées a servi de catalyseur pour un changement de stratégie. Elle a démontré que les structures fixes et les distributions massives en nature sont trop exposées au détournement et à l'inefficacité. La recommandation majeure qui en découle est le passage impératif à une aide agile et décentralisée, capable de "contourner" l'obstacle sécuritaire plutôt que de s'y heurter de front.

Le plan de réponse multisectoriel proposé repose sur une synergie entre technique et ancrage communautaire :

Renforcer les infrastructures fixes par des Cliniques Mobiles Adaptées (CMA) et des modes de transport communautaires discrets.

Transformer les acteurs locaux (ASC, CGE, GSAN) et les ONG nationales (type IMADEL) en gestionnaires de premier plan des services et des stocks prépositionnés.

Fusionner les interventions Santé, Nutrition et WASH pour traiter l'enfant et son environnement de manière globale, maximisant l'impact de chaque "fenêtre d'accès".

En conclusion, la réussite de cette intervention dans les zones à accès limité ne dépendra pas de l'augmentation des volumes d'aide, mais de la capacité d'adaptation des acteurs humanitaires. En misant sur la résilience communautaire et le pré positionnement stratégique, ce plan offre une trajectoire viable pour sauver des vies tout en renforçant l'autonomie des populations face aux chocs prolongés du conflit.

La transition vers ce modèle "localisé et intégré" est la seule voie pour garantir que, même au cœur du blocus le plus strict, l'aide continue de parvenir à ceux qui en ont le plus besoin.

BIBLIOGRAPHIE :

- *FOFANA Yacouba (2024) : Réponse WASH au profit des personnes déplacées internes : cas des villes de IADA et N'Gouima et de Bogandé au Burkina Faso. [Mémoire de Master]. 2IE. <http://documentation.2ie-edu.org/>*
- *Rapport DTM (Mali) Décembre 2023*
- *EVALUATION MULTISECTORIELLE DES BESOINS HUMANITAIRES Cercles de Bankass et Koro Région de Mopti par l'ONG World Visionne (Mai 2020)*
- *Rapport d'évaluation final (Décembre 2019) du programme WASH Humanitaire de Mopti et Ménaka de l'ONG Aide de l'église Norvégienne.*
- *Formulaire d'évaluation rapide multisectorielle d'urgence au Mali (04/02/2013)*
- *Rapport de situation humanitaire des régions de Bandiagara, Douentza et Mopti la période du 17 février au 29 mars 2023 par OCHA.*
- *MIRA Évaluation Multisectorielle Rapide Version provisoire 29 février 2012 par IASC*
- *Perception des contraintes d'accès humanitaire dans les régions de Mopti, de Bandiagara, et de Douentza de Janvier à Février 2025 par OCHA.*
- *Cp-Mali-note de protection-Juillet 2021*
- *DCA_CAR_Rapport_MSNA_Ippy_Ouadda_Yalinga*
- *ANNUAIRE SLIS MOPTI 2022*
- *2012 ACF Burkina-Tapoa-Rapport d'enquête CAP Initial*
- *ACF 01/Lx-3/426-ACF WASH Eau Hygiène Assainissement manuel 07*
- *Stratégie Révisée 2024-2026-Cluster Protection au Mali*
- *Présentation Power Point : Réunion mensuelle, cluster éducation Mercredi, 15 décembre 2021*
- *Mopti-Tombouctou-RPT-Huma accès-Sept à Déc 2020*
- *2019 HNO 2022*
- *Mali HNO 2022*
- *Plan de Réponse Humanitaire Mali 2021*
- *INSTAT (2011) : 4e recensement général de la population et du l'habitat (RGPH). Résultats Définitifs. Tome 1 : séries démographiques,*
 - *INSTAT (2019) : Rapport final SMART Mali*
 - *INSTAT (2018) : Enquête Démographique et de Santé Mali*
 - *CHS Alliance : La Norme humanitaire fondamentale de qualité et de redevabilité*

- *PAM (2012) : Suivi de la sécurité alimentaire. Guide technique 2 : Compendium des indicateurs pour le suivi de la sécurité alimentaire. Septembre 2012*
- *WVM (Mai 2019) : Rapport Évaluation multisectorielle,*
- *OCHA (2019) : Plan de réponse humanitaire Mali,*
- *DNDS (Décembre 2019) : Rapport sur les mouvements des populations au mois de mars.*

ANNEXE

Note d'introduction :

Bonjour, je m'appelle et je travaille pour ____. Nous venons dans votre communauté pour vous demander de nous aider à mieux connaître votre situation. Nous souhaiterions aussi recueillir des informations sur votre ménage et vos conditions de vie. Si vous avez des questions à propos des questions que nous posons, de l'enquête, de qui nous sommes ou de ce que nous sommes en train de faire, n'hésitez pas à nous les poser à n'importe quel moment.

Nous ne pouvons pas promettre que vous allez recevoir de l'aide en échange, mais nous essayons d'être le plus juste possible dans l'attribution d'une potentielle aide.

Si vous choisissez de participer, nous prendrons environ quelques minutes de votre temps pour parler avec vous. Nous pensons qu'il n'y a aucun risque pour vous de participer à cette enquête.

Est-ce que vous êtes d'accord pour répondre à nos questions ?

Oui

Non

Information Enquêteur

Nom de l'enquêteur/trice	
Genre de l'enquêteur/trice	<input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Autre : _____

I. Informations de base

1.1	Région de l'enquête	
1.2	Cercle de l'enquête	
1.3	Commune de l'enquête	
1.4	Village/quartier	
1.5	Milieu :	<input type="checkbox"/> Urbain <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/> Péri-Urbain
1.6	Quel est le genre de la personne répondant à l'enquête ?	<input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Autre : _____
1.7	Quel est le genre du chef de ménage ?	<input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Autre : _____
1.8	Quel est le statut ménage	<input type="checkbox"/> PDI <input type="checkbox"/> Hôte <input type="checkbox"/> Retourné <input type="checkbox"/> Rapatrié <input type="checkbox"/> Réfugié
1.9	Numéro de téléphone du répondant	Nom..... Prénom.....

I.10	Niveau d'éducation du chef de ménage	<input type="checkbox"/> Aucun <input type="checkbox"/> Alphabétisé <input type="checkbox"/> Coranique <input type="checkbox"/> Primaire <input type="checkbox"/> Secondaire (1er cycle) <input type="checkbox"/> Secondaire (2ème cycle) <input type="checkbox"/> Supérieur (Universitaire)
II.	EAU	
II.1	Quelle est la principale source d'eau que votre ménage utilise actuellement pour boire ?	Source d'eau protégées <input type="checkbox"/> Source d'eau Non protégées <input type="checkbox"/>
II.2	Est-ce Vous traité l'eau avant de le boire ?	<input type="checkbox"/> Non l'eau est déjà traitée <input type="checkbox"/> Non, je ne traite jamais l'eau <input type="checkbox"/> Oui par ébullition <input type="checkbox"/> Oui avec du chlore liquide <input type="checkbox"/> Oui avec du chlore en graine <input type="checkbox"/> Oui par décantation <input type="checkbox"/> Oui avec un tissu <input type="checkbox"/> Oui avec un filtre en céramique <input type="checkbox"/> Autres
II.3	Les raisons du manque de traitement (Pourquoi Non) ?	-Méconnaissance des procédés de traitement <input type="checkbox"/> -La non perception de l'intérêt du traitement <input type="checkbox"/> -La non disponibilité des produits de traitement sur le marché <input type="checkbox"/>
II.4	Avez-vous une connaissance sur le nombre de point d'eau qui existe ? et combien de point d'eau sont en panne ?	<input type="checkbox"/> PMH = <input type="checkbox"/> Château d'eau= <input type="checkbox"/> Puits traditionnel= <input type="checkbox"/> Puit moderne =
II.5	Le principal point d'eau que vous utilisez est-il géré par un comité ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Non
II.6	Existe-t-il un agent réparateur agréer ?	Existe se trouve au village Existe non loin du village Existe loin du village N'Existe pas NSP

II.7	Quelle est la distance estimée entre ménages et point d'eau ?	<ul style="list-style-type: none"> Entre 0-300 Entre 300-500 Entre 500-700 Entre 700-900 Entre 900-1100 Et plus de 1100+
II.8	Quelle est la quantité moyenne d'eau en litres utilisée dans le ménage par jour ?	<ul style="list-style-type: none"> Inférieur à 15 litres/pers/j Supérieur à 15 litres/pers/j
III.	Accès à l'assainissement	
III.1	Où allez-vous pour faire vos besoins ?	<ul style="list-style-type: none"> Plein air (Ravine/Trou/Brousse etc Latrine Privée Traditionnelle du ménage Latrine d'une association/Mosquée Latrine publique au sein, du marché Latrine d'une école
III.2	Où défèquent les enfants qui sont trop jeune pour utiliser les toilettes ?	<ul style="list-style-type: none"> Dans un pot déversé sur le tas des déchets Dans un pot déversé dans la brousse Dans un pot déversé dans la latrine Dans la brousse Sur le tas de déchet Dans la cour Autre
III.3	Si vous ne possédez pas de latrine dans votre concession, pourquoi ?	<ul style="list-style-type: none"> Manque de moyen Autre N'en voit pas l'utilité Ne sait pas comment la construire Manque de place Désaccord avec d'autres habitants de la cour Nuisance (odeur/danger/honte/autres)
III.4	Si OUI vous possédez, pouvons-nous observer des Latrines ?	<ul style="list-style-type: none"> Sales Propre Présence d'un Couvercle Fosse Plein Mauvaise Odeur

III.5	Pensez-vous que la défécation à l'air libre peut entraîner des maladies ?	Oui NON
III.6	Pensez-vous que le déversement anarchique de déchets solide ou des eaux usées à côté de la concession peut entraîner des maladies ?	<input type="checkbox"/> Oui pour les déchets solides <input type="checkbox"/> Oui pour les eaux usées <input type="checkbox"/> Non
III.7	Où évacuez-vous les eaux usées domestique ?	Dans la Cours Hors de la concession Autres Dans un puisard Dans les latrines
III.8	Qu'est-ce que vous faites pour vous débarrasser de vos ordures ménagères ?	Jette dans la brousse Jette dans les fosses fumières Laisse par terre dans la cour Laisse dans la rue Brûler par terre dans la rue Ramasseurs Brûler par terre dans la cour Fosses des latrines
III.9	Faites-vous le recyclage de vos déchets ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
III.10	Si OUI de quels types ?	Verre <input type="checkbox"/> Charbon <input type="checkbox"/> Compost fumier <input type="checkbox"/> Autres
III.11	Connaissez-vous d'autres manières à utiliser après avoir déféquer ? :	Feuille <input type="checkbox"/> Résidu agricole (épi de maïs par exemple) <input type="checkbox"/> Papier Journal <input type="checkbox"/> Eau <input type="checkbox"/> Autres <input type="checkbox"/> Rien <input type="checkbox"/>
IV	Hygiènes	

IV.1	Quand vous lavez les mains	Avant de manger <input type="checkbox"/> Avant de Cuisiner <input type="checkbox"/> Avant de prier <input type="checkbox"/> Pendant la douche <input type="checkbox"/> Après avoir déféquer <input type="checkbox"/> Autres (Avant de donner manger à un enfant, après avoir nettoyer l'anus d'un enfant) Après les travaux (Champêtres, etc.) <input type="checkbox"/>
IV.2	Pourquoi lavez-vous les mains ?	Pour les avoir propre <input type="checkbox"/> Pour éviter les maladies <input type="checkbox"/> Pour quelles se sentent bonne <input type="checkbox"/> Pour guérir les maladies <input type="checkbox"/> NSP <input type="checkbox"/>
IV.3	Dormez-vous sous les moustiquaires, pourquoi ?	<input type="checkbox"/> Oui pour me protéger des moustiques ; vecteurs du palu <input type="checkbox"/> Oui pour me protéger des maladies <input type="checkbox"/> OUI autre <input type="checkbox"/> Non pas assez des moyens pour me procurer <input type="checkbox"/> Non n'en voit pas l'intérêt <input type="checkbox"/> Non ne sait pas où s'en procurer Non, autres
IV.5	Le récipient de transport de boisson est-elle couvert ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
IV.6	Le récipient de transport de boisson est-il un grand orifice ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
IV.7	État de propreté du récipient de transport ?	Propre <input type="checkbox"/> ou sale <input type="checkbox"/>
IV.8	Présence d'ordure à côté de la maison ou dans les rues ?	Non <input type="checkbox"/> , Un peu <input type="checkbox"/> , beaucoup <input type="checkbox"/>
IV.9	Connaissez-vous des vecteurs des maladies liées à l'eau	<input type="checkbox"/> Oui pour les déchets solides <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui pour les eaux usées
IV.10	Connaissez-vous d'autres sorte de maladies liées à l'eau, les quelles ?	<input type="checkbox"/> Diarrhée <input type="checkbox"/> Mal de ventre <input type="checkbox"/> Vomissement <input type="checkbox"/> Parasites

		<input type="checkbox"/> Parasites <input type="checkbox"/> Typhoïde <input type="checkbox"/> Autre
IV.11	Avez-vous la connaissance sur les vecteurs de transmission de la diarrhée ?	Poisson Sorcellerie Eau pour autres usages Mains sales Nourriture contaminée Eau de boisson Autres
IV.12	Avez-vous la connaissance sur des méthodes permettant d'éviter les maladies hydriques	Manger des aliments chauds Boire de l'eau traitée Ne sais pas Se laver les mains
V	Éducation	
V.1	Quel type d'écoles y'a-t-il dans le village ?	Écoles Non Formelles <input type="checkbox"/> , Écoles formelles <input type="checkbox"/> , Pas d'écoles <input type="checkbox"/> .
V.2	Nombre d'écoles fonctionnelle :	
V.3	Est-ce que l'école est endommagée ?	OUI <input type="checkbox"/> , NON <input type="checkbox"/>
V.4	Pourquoi est-ce que l'école est endommagée ?	Violences communautaires <input type="checkbox"/> ou désastre naturel <input type="checkbox"/> , Attaque par des personnes armées <input type="checkbox"/> , Raisons non-liées à des violences <input type="checkbox"/> ou un désastre <input type="checkbox"/> .
V.5	Nombre d'enseignants actives dans le village ?	
V.6	Existe-il une CGS dans le village	<input type="checkbox"/> OUI ou NON <input type="checkbox"/>
V.7	C'est établissement scolaire sont-ils fréquentés par les enfants ?	<input type="checkbox"/> Frais de scolarité trop élevés <input type="checkbox"/> Les enfants ont trop faim pour aller à... <input type="checkbox"/> Les enfants ne sont pas scolarisés... <input type="checkbox"/> Écoles très loin <input type="checkbox"/> Les enfants ont abandonné l'école
V.8	Pourcentage d'enfant scolarisés ou inscrit :	<input type="checkbox"/> Quasiment tous (75 à 100%), <input type="checkbox"/> Une majorité (50-75%), <input type="checkbox"/> Une minorité (25-50%), <input type="checkbox"/> Aucun ou quasiment aucun (0-25%)

V.9	Le CGS est actif ou Non Actif ou n'existe Pas	
V.10	Nécessité d'envoyer des kits scolaires ?	<input type="checkbox"/> Oui et NON <input type="checkbox"/>
VI	Santé	
VI.1	Comment accéder au soin de santé ?	<input type="checkbox"/> Guérisseur traditionnel, <input type="checkbox"/> CScom, Hôpital, <input type="checkbox"/> Clinique mobile, <input type="checkbox"/> Csref, <input type="checkbox"/> Pas de soin disponible.
VI.2	Nombre total de structures de santé fonctionnelles accessibles pour votre communauté ?	
VI.3	Distance parcourue a un centre de santé : inférieur à 15 km et supérieur à 15 km.	
VI.4	Principales préoccupations liées à l'accès aux soins de santé ?	<input type="checkbox"/> Pas de transport mobile pour aller à la clinique <input type="checkbox"/> Manque de sécurité <input type="checkbox"/> Pas de médicaments disponibles <input type="checkbox"/> Pas de structure prodiguant des soins de santé reproductive <input type="checkbox"/> Manque de personnel médical <input type="checkbox"/> Manque de moyen financière Autres : précisez
VI.5	Nombre de femmes en ceinte :	
VI.6	Lieux d'accouchement des femmes en ceinte :	<input type="checkbox"/> Accoucheuse traditionnelle, <input type="checkbox"/> Structure de santé, Autres : précisez
VI.7	La plupart des enfants ont-ils accès aux vaccins dans votre localité ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP
VIII	Nutrition	
VIII.1	Existait-il un programme nutritionnel accessible dans votre communauté (CSCOM et CSREF) ?	<input type="checkbox"/> OUI, <input type="checkbox"/> NON
VIII.2	Y a-t-il un stock d'intrants nutritionnels au niveau du centre de santé (CSCOM et CSREF)?	<input type="checkbox"/> OUI et <input type="checkbox"/> NON

VIII.3	Y a-t-il une personne responsable du programme nutrition dans la structure de santé (CSCOM et CSREF) ?	<input type="checkbox"/> OUI et <input type="checkbox"/> NON
IX	Protection	
IX.1	Qui assure la sécurité dans la zone ?	<input type="checkbox"/> FAMA <input type="checkbox"/> Gendarmerie/Police, <input type="checkbox"/> Groupes armés <input type="checkbox"/> Aucune présence.
IX.2	Certaines personnes ont-elles eu des difficultés en traversant la frontière ?	<input type="checkbox"/> OUI, <input type="checkbox"/> NON, <input type="checkbox"/> Ne Sait Pas
IX.3	Quelles sont les principaux problèmes auxquels les membres de votre communauté font face en matière de sécurité ? :	<input type="checkbox"/> Attaques physiques, <input type="checkbox"/> Arrestation/ détention, <input type="checkbox"/> Violence armée, <input type="checkbox"/> Mines, Viol, <input type="checkbox"/> Tensions entre population hôte et déplacée, <input type="checkbox"/> Recrutement forcés, <input type="checkbox"/> enlèvement, mariage des enfants.
IX.4	Quelle est la fréquence des cas d'incidents sécuritaires :	<input type="checkbox"/> Très Fréquent, <input type="checkbox"/> Fréquent, <input type="checkbox"/> Pas d'incident, <input type="checkbox"/> Ne sait pas.
IX.5	Des personnes suivantes sont-elles présentes dans la communauté ?	<input type="checkbox"/> Personnes avec des maladies mentales, <input type="checkbox"/> Personnes âgées non-prises en charge, <input type="checkbox"/> Femmes seules avec charge de famille, <input type="checkbox"/> Enfants non-accompagnés/séparés, <input type="checkbox"/> Personnes en situation de handicap, <input type="checkbox"/> Autres, spécifiez :
IX.6	Types d'incident/problème rencontré dans la communauté ou dans le village :	<input type="checkbox"/> Présence de mines terrestres ou de restes explosifs de guerre / Mines <input type="checkbox"/> Exécutions ou autres
IX.7	Exécutions ou autres meurtres ?	La violence contre les filles/femmes et les garçons/hommes Conflits intercommunautaires / communaux Vol et viol organisé/Blessure / agression physique, Enlèvements ou prises d'otages/Arrestations et détention Menace / extorsion / harcèlement par les autorités de sécurité/ groupes armés
IX.8	Exploitation économique des enfants	
X	Organisation communautaire	Existe-t-il des associations ou groupements dans votre localité ou site ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>