

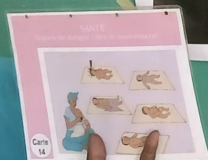
OUCHE



PROJET : « partenariat pour la résilience aux situations d'urgence par la transformation de la santé et des droits sexuels et génésiques. »

**ATELIER DE FORMATION DES ACTEURS COMMUNAUTAIRES
SUR L'EDUCATION SANITAIRE ; L'HYGIENE ; LA SSR ET LES IST
AU NIVEAU DE 07 STRUCTURES DE SANTE COMMUNAUTAIRE
ET LE DISTRICT DE TENENKOU**

DATE: 17 SEPTEMBRE 2025
LIEU: DISTRICT DE TENENKOU



Sensibilisation sur les signes de dangers chez un nouveau-né par un relais communautaire du CSCoM de Tenenkou, supervisé par une sage-femme d'une ONG partenaire (ASDEMIN) de l'IRC. Crédit photo : Youssouf HAÏDARA, Officier SSR, IRC.

Relier les soins

Éliminer les cloisonnements de services grâce à une programmation intégrée de la santé reproductive et de la VBG à Tenenkou, Mali



SEPTEMBRE 2026

Le problème

Au Mali, accoucher est statistiquement plus dangereux que vivre une guerre. Le tableau est tout aussi sombre en ce qui concerne l'accès plus large à la santé reproductive. De nombreuses femmes, en particulier dans les zones rurales, ont peu ou pas accès à la contraception, contribuant à des taux de fécondité élevés et à des grossesses non planifiées qui augmentent les risques sanitaires pour les mères et les enfants. Le district de Ténenkou, dans la région de Mopti, se trouve au cœur de la crise la plus profonde du Mali. Depuis plus d'une décennie, le conflit armé a reconfiguré la vie quotidienne au-delà de toute reconnaissance. Sur ordre de groupes armés non étatiques, les écoles ont fermé dans la quasi-totalité des villages du district. Les déplacements sont contrôlés par des barrages irréguliers. L'OMS estime que 116 centres de santé ont fermé à l'échelle nationale en raison de la violence, et ceux qui restent ouverts peinent à fonctionner par manque de ressources et de personnel qualifié, que les groupes armés

ciblent régulièrement. Une crise nationale du carburant a aggravé ces conditions, limitant davantage la mobilité des populations et des travailleurs humanitaires.

Dans ce contexte, accéder aux soins de santé sexuelle et reproductive (SSR) n'est pas simplement difficile, c'est presque impossible. Les femmes enceintes accouchent sans personnel qualifié. Les survivantes de violences basées sur le genre (VBG) n'ont pas de voie claire vers des soins ou la justice. Les services de planification familiale sont rares, les approvisionnements peu fiables, et les soins liés à l'avortement très peu accessibles. Les normes sociales qui régissent la vie des femmes dans le district aggravent ces défaillances structurelles. La santé reproductive reste un sujet tabou dans de nombreuses communautés, et les VBG sont sous-déclarés et souvent accueillis par des pressions au silence.

Données sur la SDR au Mali

- Le taux de mortalité maternelle est de 440 décès pour 100 000 naissances vivantes.
- En 2017 seulement, l'accouchement a tué plus de femmes et de filles maliennes que les crises sécuritaires au cours des 6 années précédentes combinées.
- Plus de 80 % de ces décès maternels sont évitables.
- Le taux de prévalence contraceptive est d'environ 16 %.
- Plus de la moitié des filles au Mali sont mariées avant l'âge de 18 ans, contribuant aux complications obstétricales liées aux grossesses adolescentes.
- Les mutilations génitales féminines touchent environ 89 % des femmes dans le pays.
- 25 % des femmes terminent les soins postnataux.



1 United Nations Population Fund (UNFPA). *Mali conflict carries heavy toll for pregnant women amid rising insecurity*. 2023. Available at: <https://www.unfpa.org/news/mali-conflict-carries-heavy-toll-pregnant-women-amid-rising-insecurity>

2 Institute for Security Studies. *Maternal mortality in Mali: a forgotten tragedy*. Available at: <https://issafrica.org/iss-today/maternal-mortality-in-mali-a-forgotten-tragedy>

3 Aboagye RG et al. *Individual and contextual factors associated with maternal healthcare utilisation in Mali: a cross-sectional study using Demographic and Health Survey data*. PMC, 2022. Available at: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8867328/>

4 AEHO Foundation. *Understanding Reproduction, Infant and Maternal Mortality, and Morbidity in Mali*. 2024. Available at: <https://aehofoundation.org/understanding-reproduction-infant-and-maternal-mortality-and-morbidity-in-mali/>

5 Healthy Newborn Network. *Mali Country Profile*. February 2025. Available at: <https://healthynewbornnetwork.org/country/mali/>

6 Ibid

7 Aboagye RG et al. *Individual and contextual factors associated with maternal healthcare utilisation in Mali*. PMC, 2022. Available at: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8867328/>

L'ampleur des VBG dans la région aggrave ce tableau. La région de Mopti a enregistré 747 incidents de VBG sur la période du 1er janvier au 31 décembre 2025, dans un environnement marqué par une insécurité persistante et l'érosion des mécanismes de protection des femmes et des filles.

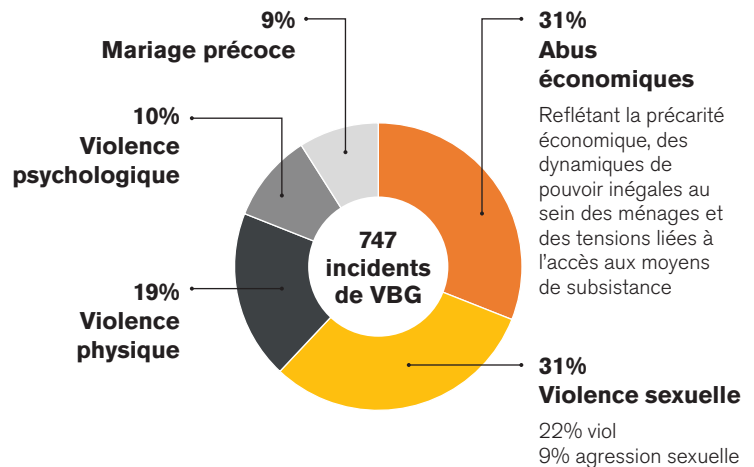
Les communautés de Ténenkou font face à une crise dans la crise, une urgence humanitaire superposée à des inégalités profondément enracinées, laissant les femmes et les filles particulièrement exposées.

La solution

Dans la plupart des contextes humanitaires, les services de SSR et de VBG sont financés, dotés en personnel et délivrés par des systèmes séparés. Les femmes confrontées à des complications obstétricales cherchent des soins à un endroit, tandis que les survivantes de violence sont orientées ailleurs, souvent par des voies de référence faibles ou incohérentes. Dans des zones touchées par des conflits comme Ténenkou, où les femmes et les filles doivent naviguer entre l'insécurité, les barrages armés, les pénuries de carburant et une profonde stigmatisation sociale, chaque étape supplémentaire dans le processus de soins augmente la probabilité qu'elles renoncent totalement au soutien.

L'intégration des services de SSR et de VBG répond à cette fragmentation en créant des voies coordonnées et centrées sur les survivantes. Plutôt que de renforcer la programmation SSR et VBG en parallèle, l'intégration établit des points de connexion actifs entre les prestataires de santé et les acteurs de protection, afin que les femmes et les filles puissent accéder à plusieurs formes de soutien par un seul point d'entrée de confiance. Une femme se rendant à une consultation prénatale, par exemple, peut également faire l'objet d'un dépistage sécurisé des risques de VBG, recevoir un soutien psychosocial de première ligne et être orientée vers des soins spécialisés au cours de la même visite. Les adolescentes peuvent accéder à des informations sur la planification familiale parallèlement à des programmes de protection par le biais de plateformes communautaires partagées.

Tenenkou constituait un lieu privilégié pour l'intégration de la SSR et de la lutte contre les VBG. Les établissements de santé étaient confrontés à de graves pénuries de personnel qualifié, ce qui rendait difficile le maintien de modèles de prestation de services parallèles et



cloisonnés. Parallèlement, de nombreux professionnels de santé disposaient de connaissances limitées en matière d'identification et de prise en charge des VBG, ce qui rendait les victimes invisibles au sein des services cliniques courants. L'IRC, dans le cadre du projet PRET-SRHR (Partenariat pour la résilience face aux situations d'urgence grâce à la transformation des droits en matière de santé sexuelle et reproductive), financé par l'Agence suédoise de coopération internationale au développement (Sida), a mis en œuvre à Ténenkou une approche d'intégration de la SSR et de la lutte contre les VBG qui visait à ancrer les compétences en matière de violence sexiste au sein du personnel de santé sexuelle et reproductive existant, plutôt que de s'appuyer sur des structures spécialisées distinctes, peu viables dans des contextes humanitaires isolés.

L'approche mise en œuvre à Ténenkou s'inscrivait dans les travaux mondiaux plus larges de l'IRC sur l'intégration SSR-VBG. Dans différents contextes humanitaires, l'IRC a développé et testé une gamme de modèles intégrés de prestation de services conçus pour renforcer la coordination entre les secteurs de la santé et de la protection tout en s'adaptant à différentes réalités opérationnelles. Ces modèles vont de mécanismes de coordination entre services, fournis par du personnel itérant, à une intégration complète de services de SSR et de VBG dans le même espace. L'intervention à Ténenkou s'est alignée sur le modèle élargi de l'IRC « hôte et visiteur » intersectoriel, dans lequel les établissements de santé servent de point principal de prestation de services tout en intégrant des services étendus de VBG et des mécanismes d'orientation dans les soins SSR de routine. Ce modèle met l'accent sur des soins centrés sur les femmes et les filles, des espaces privés dédiés, une dotation en personnel coordonnée et une disponibilité

continue des services. Le Mali était également l'un des pays pilotes informant la boîte à outils d'intégration SSR-VBG de l'IRC, faisant de l'expérience de Ténenkou une partie d'un corpus plus large d'apprentissage opérationnel façonnant les pratiques dans les contextes humanitaires.

Ce projet a offert une opportunité importante de traduire les engagements politiques nationaux et les données probantes mondiales en actions concrètes mises en œuvre au niveau du district. L'office National de

santé de la reproduction (ONASR), qui est l'institution nationale en charge de la sante de la reproduction avait déjà initié des efforts pour piloter des approches intégrées santé maternelle et infantile y compris les VBG. S'appuyant sur cet élan, l'IRC a soutenu les établissements de santé de Ténenkou pour évaluer l'état de préparation des services, former les prestataires sur les soins intégrés SSR-VBG, renforcer les systèmes d'orientation et établir des protocoles de soins cliniques pour les survivantes de violence.

À QUOI RESSEMBLAIT L'INTÉGRATION SSR/VBG EN PRATIQUE ?

Au niveau des établissements	Le programme a soutenu sept établissements de santé pour offrir des soins gratuits aux femmes enceintes, aux filles en âge de procréer et aux personnes atteintes d'infections sexuellement transmissibles. ■ Les établissements ont été équipés de tables d'accouchement et de fournitures de planification familiale, comblant des lacunes persistantes dans l'infrastructure obstétricale de base. ■ Le personnel de santé a reçu une formation sur les protocoles cliniques de SSR et sur la prise en charge clinique du viol et de la violence du partenaire intime (CMR-VPI). ■ Lors des consultations SSR de routine, les prestataires de santé formés étaient capables d'identifier les indicateurs de risque de VBG, de fournir un soutien clinique et psychosocial de première ligne, et d'initier des références vers des services de protection si nécessaire. Une femme n'avait pas besoin de se présenter comme survivante de VBG pour recevoir des soins sensibles à la protection : ces soins étaient intégrés dans la consultation clinique elle-même.
Au niveau communautaire	IRC a formé des acteurs communautaires à l'identification des VBG et aux réponses à y apporter, et a déployé deux approches de changement de comportement fondées sur des données probantes, EMAP et Girl Shine, pour atteindre respectivement les hommes et les adolescentes avec des programmes conçus pour transformer les normes néfastes. ■ Des dialogues communautaires sur les normes sociales ont créé des espaces structurés permettant aux communautés d'examiner et de remettre en question les attitudes et pratiques qui perpétuent l'inégalité de genre. ■ Des points focaux VBG issus d'organisations dirigées par des femmes, de leaders religieux et de structures communautaires ont été formés et connectés au réseau formel d'orientation. Ces points focaux servaient de points d'entrée de confiance, notamment pour les femmes qui n'approchaient pas directement un établissement de santé, et canalisait les cas vers les services cliniques ou psychosociaux appropriés. ■ Des réunions de coordination mensuelles entre acteurs de la santé, de la protection, des ONG et du gouvernement maintenaient l'intégrité de ces voies, assurant la continuité des soins, la confidentialité et l'application cohérente des principes centrés sur les survivantes.
Au niveau institutionnel	■ Des missions conjointes de supervision avec les services techniques gouvernementaux ont aligné les activités du programme sur les priorités sanitaires officielles et renforcé l'appropriation locale dont dépend toute durabilité à long terme. ■ Des registres d'intégration ont été développés pour suivre la prestation de services sur l'ensemble du parcours SSR-VBG combiné, fournissant un outil pratique pour le suivi et l'extension éventuelle du modèle à d'autres établissements. ■ Organismes et services gouvernementaux impliqués : Ministère de la Femme, de l'Enfant et de la Famille ; Ministère de la Santé et des Services Étatiques Décentralisés (Direction Régionale de la Femme, de l'Enfant et de la Famille).

Protection de la confidentialité

La protection de la confidentialité était un engagement fondamental tout au long du programme.

- Les données des survivantes étaient codifiées et stockées séparément, des dossiers anonymisés conservés à l'écart des documents d'identification, les deux verrouillés en toute sécurité.
- Les dossiers numériques étaient protégés par mot de passe.
- Les informations étaient partagées strictement selon le principe du besoin d'en connaître et uniquement avec le consentement éclairé de la survivante.

Girl Shine

Girl Shine est un modèle de programme développé par l'IRC qui cherche à soutenir, protéger et autonomiser les adolescentes dans les contextes humanitaires. Il fournit aux filles des compétences et des connaissances sur les VBG et la façon de chercher des services de soutien, les accompagnant dans une transition sûre et saine vers l'âge adulte. Le programme fournit également des compétences de vie qui renforcent l'apprentissage social et émotionnel, ainsi que des informations sur la SSR des adolescentes.

Au Mali, Girl Shine, dans le cadre de PRET-SRH a atteint 50 adolescentes dans deux sites à Ténenkou et Diaka. Les séances ont offert aux jeunes femmes un espace structuré pour discuter de sujets souvent considérés comme tabous au sein des familles, notamment la gestion de l'hygiène menstruelle, l'accès aux services de planification familiale et la VBG. Les participantes ont acquis des connaissances pratiques pour identifier les différentes formes de VBG, naviguer dans les services disponibles et utiliser les voies d'orientation. À la fin du programme, les participantes avaient assumé des rôles de leadership communautaire, guidant d'autres adolescentes et partageant ce qu'elles avaient appris avec leurs pairs.

Engaging Men through Accountable Practice (EMAP)

L'approche " Impliquer les hommes grâce à des pratiques responsables" ou l'EMAP est fondée sur des données probantes développée par l'IRC pour prévenir les violences contre les femmes et les filles, mise en œuvre depuis plus de 20 ans dans des contextes humanitaires à travers le monde. Elle organise des séances séparées pour des groupes de femmes et d'hommes : les femmes se réunissent pour définir leurs priorités et préoccupations clés, qui informent directement le programme utilisé avec les hommes, lesquels s'engagent dans des discussions structurées conçues pour remettre en question les croyances néfastes sur la masculinité, le genre et le pouvoir.

À Ténenkou et Diaka, l'EMAP dans le cadre de PRET-SRH a atteint 120 participants, 60 hommes et 60 femmes, répartis en deux cohortes. Les séances ont travaillé à remettre en question les croyances néfastes, à réduire les comportements violents et à améliorer l'accès des femmes et des filles aux services de SSR et de VBG. À la fin du programme, les 60 participants masculins avaient été identifiés comme modèles, promouvant activement une masculinité positive et une meilleure communication au sein des couples, et impliquant les femmes de manière plus significative dans la prise de décision au sein du ménage. Ces hommes continuent de porter les messages du programme à d'autres hommes dans leurs communautés, étendant sa portée bien au-delà des séances structurées.

Principaux défis

La mise en œuvre de ce programme à Ténenkou a exigé une adaptation constante. L'environnement sécuritaire constituait la contrainte la plus omniprésente : l'activité de groupes armés restreignait les déplacements dans une grande partie du district, rendant imprévisibles les voyages du personnel et la mobilisation communautaire. Les barrages irréguliers ralentissaient la logistique, et certaines zones restaient totalement inaccessibles à certains moments. La crise nationale du carburant a ajouté une couche opérationnelle supplémentaire, limitant la mobilité des véhicules et la capacité à effectuer une supervision et une sensibilisation régulières. Les défis côté offre ont créé des lacunes même lorsque la demande existait. Les produits de planification familiale étaient fréquemment indisponibles auprès des fournisseurs, ce qui signifie que la sensibilisation et la demande dépassaient parfois la capacité du système à y répondre.

Le défi structurellement le plus significatif était peut-être l'ensemble des normes sociales qui façonnaient et contraignaient pratiquement chaque aspect du programme. La SSR reste un sujet tabou dans de nombreuses parties du district. La VBG est largement sous-déclarée, et les survivantes font face à de profonds risques de stigmatisation et de rejet communautaire si elles cherchent à se soigner. Ces normes ne pouvaient pas être abordées par la seule prestation de services. Elles nécessitaient un engagement soutenu et ancré dans les communautés, avec les leaders religieux, avec les hommes et les garçons à travers l'EMAP, avec les adolescentes à travers Girl Shine, et avec les communautés dans leur ensemble à travers un dialogue structuré.

Résultats et impact

Le programme a généré des améliorations mesurables tant dans la capacité du système de santé que dans les résultats au niveau communautaire. La couverture sanitaire dans le district s'est améliorée, et la gouvernance des établissements a été renforcée grâce à la supervision conjointe et aux mécanismes de redevabilité communautaire.

Prestation de services et amélioration de la qualité

- Dans sept établissements de santé soutenus, des services de santé reproductive gratuits, notamment les accouchements, la planification familiale, le traitement des infections sexuellement transmissibles (IST), les soins post-avortement et les

évacuations médicales, sont désormais disponibles pour les femmes et les filles qui n'avaient auparavant pas accès à ces services.

- La qualité de ces services s'est également améliorée. Des incitations mensuelles à la motivation ont soutenu les établissements dans le recrutement de personnel de maternité qualifié, et par conséquent tous les accouchements assistés sont désormais effectués par du personnel formé, un changement significatif par rapport à la pratique antérieure.
- La fourniture d'équipements médicaux et de d'intrants néonataux d'urgence a renforcé la capacité technique de chaque établissement, et la formation continue des prestataires a élevé le niveau de soins.

- Formation et soutien au personnel

 - Dans les établissements soutenus, le personnel clinique et de protection formé comprenait :
 - ✓ 7 conseillers/ères techniques de district
 - ✓ 7 superviseurs de service de maternité
 - ✓ 3 membres du personnel des partenaires locaux
 - ✓ 2 membres du personnel de l'hôpital primaire du district
 - ✓ 2 agents d'espaces sûrs
 - ✓ 3 membres du personnel de l'IRC.
 - Ces efforts de formation ont directement renforcé la capacité du système à répondre aux violences sexuelles : 16 cas de viol ont été pris en charge dans les centres de santé durant la période, dont 12 traités dans la fenêtre critique de 72 heures.
 - 100 acteurs communautaires formés sur les VBG sont désormais équipés pour identifier les risques, mener des séances de sensibilisation et orienter les survivantes vers des soins appropriés.
 - Le programme de soutien psychosocial a permis aux survivantes de VBG d'accéder aux soins, aux voies d'orientation et au soutien global dont elles ont besoin pour se réintégrer dans leurs communautés sans crainte de rejet.
- Changement systémique et redevabilité

 - Au niveau politique, les avancées observées ont également bénéficié de l'appui du projet complémentaire She Responds financé par Hewlett Dans ce cadre, un atelier organisé à Dakar a renforcé les capacités des coordinateurs régionaux de SSR à animer les réunions de coordination du groupe de travail SSR. Cette initiative a permis à la région d'élaborer un plan de travail SSR et d'institutionnaliser des réunions mensuelles du groupe de travail, contribuant ainsi au renforcement de la coordination régionale et de la redevabilité du système de santé.
 - Des sessions de formation sur les audits de mortalité maternelle, combinées à une supervision au niveau régional du district de Ténenkou sur les indicateurs de redevabilité, ont assuré une implication forte et soutenue des autorités sanitaires dans la mise en œuvre du projet.
 - Le partage des résultats du modèle d'intégration SSR-VBG au niveau régional a permis à la région de plaider activement auprès des autres parties prenantes des ONG et du gouvernement pour l'extension de l'approche de Ténenkou à d'autres districts.

INDICATEURS ANNUELS SUIVIS

Consultations prénatales	4 850 (2021) → 7 310 (pic 2024) → léger recul (2025)	+51 % en 2024
Accouchements assistés	2 766 (2021) → 3 875 (pic 2024)	+40 % en 2024
Survivantes de VBG ayant reçu des soins	39 (2022) → 94 (pic 2024) → 87 (2025)	+141 % en 2024

TOTAUX CUMULÉS (DEUX PREMIÈRES ANNÉES DU PROJET)

Total des accouchements assistés	7 329
Femmes effectuant leur première CPN	12 742
Personnes traitées pour des IST	5 514
Années-couple de protection (ACP) délivrées	8 095

Note : le recul de 2025 est attribué au blocus de Diafarabé et à la fermeture du CSCom de Malemana. Les objectifs de l'année 2 ont néanmoins été globalement dépassés.



La voie à suivre

Il est clair de l'exemple de Ténenkou que dans les contextes où le conflit, l'insécurité et des normes sociales profondément enracinées se combinent pour exclure les femmes et les filles des soins essentiels, une programmation intégrée, reliant les services cliniques, l'engagement communautaire et le changement de normes, est la meilleure approche pour atteindre les personnes les plus laissées pour compte.

La prochaine phase se concentre sur la consolidation et le passage à l'échelle de ce modèle. **Des registres d'intégrations ont été élaborés par l'ONASR pour l'ensemble des structures de santé du Mali dans le cadre de leur approche intégrée SRMNIA-Nut (Santé de la Reproduction, Maternelle, Néonatale, Infantile, des Adolescents et la Nutrition) qui est une approche intégrée de santé publique. Elle combine des services de planification familiale, de soins obstétricaux et de lutte contre**

la malnutrition afin de réduire la mortalité des mères et des enfants. Des discussions sont toujours en cours entre l'ONASR et l'UNFPA pour l'intégration effective des VBG dans cette approche. Les enseignements de Ténenkou sont déjà utilisés pour plaider en faveur de la réplication dans d'autres districts du Mali et dans l'ensemble du Sahel.

L'expérience au Mali contribue également aux efforts mondiaux plus larges de l'IRC pour renforcer la programmation intégrée SSR-VBG dans les contextes humanitaires. S'appuyant sur les enseignements opérationnels de pays comme le Mali, **l'IRC a développé une boîte à outils mondiale d'intégration SSR-VBG conçue pour aider les acteurs humanitaires à adapter et à mettre en œuvre des modèles intégrés de prestation de services dans des contextes variés.** Cette boîte à

outils sera déployée en collaboration avec l'UNFPA, ce qui constituera une occasion importante de normaliser les bonnes pratiques, de renforcer l'apprentissage interinstitutionnel et de promouvoir, à l'échelle mondiale, une adoption plus large d'approches d'intégration centrées sur les survivants et fondées sur les droits. Les enseignements tirés de Ténenkou, notamment en matière d'engagement communautaire, de renforcement des capacités des prestataires et de coordination des services dans des contextes d'insécurité, contribuent à **éclairer ce processus plus large et à définir la manière dont la programmation intégrée est mise en œuvre dans l'ensemble du secteur humanitaire.**

Plusieurs conditions doivent être en place pour pérenniser ce qui a été construit au Mali. **La chaîne d'approvisionnement en produits de planification familiale nécessite une attention constante. Si les conditions sécuritaires le permettent, la supervision et le soutien aux acteurs communautaires formés doivent être maintenus pour préserver les compétences et la motivation.** Les progrès réalisés dans l'engagement des leaders religieux et des structures de gouvernance

communautaire autour des normes en matière de SDR et de VBG doivent être renforcés afin que le changement comportemental survive au cycle du projet.

Au-delà de Ténenkou, le modèle intégré du programme, combinant le renforcement des systèmes de santé, une prestation de services fondée sur les droits, le changement de normes communautaires et des outils pratiques d'autonomisation économique, offre **un cadre reproductible pour d'autres zones du Mali touchées par des conflits et pour l'ensemble du Sahel.**

Dans le cadre du projet PRET-SRHR, l'IRC a combiné le renforcement des systèmes de santé, son expertise en matière de protection et les initiatives communautaires visant à modifier les comportements au sein d'un modèle opérationnel unique. Ce faisant, le projet a non seulement amélioré la prestation des services à Ténenkou, mais a également contribué à enrichir la base de données factuelles qui influence la manière dont les programmes intégrés en matière de santé sexuelle et reproductive et de lutte contre les violences sexistes sont conçus, adaptés et déployés à plus grande échelle dans les contextes humanitaires à l'échelle mondiale. ■