



CTB



RAPPORT DES RESULTATS 2016

PROGRAMME DE LUTTE CONTRE LES VIOLENCES SEXUELLES - PLVS



FEVRIER 2017

ACRONYMES	4
1 APERÇU DE L'INTERVENTION.....	6
1.1 FICHE D'INTERVENTION.....	6
1.2 EXECUTION BUDGETAIRE.....	7
1.3 AUTOEVALUATION DE LA PERFORMANCE.....	8
1.3.1 <i>Pertinence</i>	8
1.3.2 <i>Efficacité</i>	8
1.3.3 <i>Efficiéce</i>	8
1.3.4 <i>Durabilité potentielle</i>	8
1.4 CONCLUSIONS.....	8
2 MONITORING DES RESULTATS	10
2.1 ÉVOLUTION DU CONTEXTE.....	10
2.1.1 <i>Contexte général</i>	10
2.1.1 <i>Contexte institutionnel</i>	13
2.1.2 <i>Contexte de gestion : modalités d'exécution</i>	14
2.1.3 <i>Contexte HARMO</i>	15
2.2 PERFORMANCE DE L'OUTCOME.....	16
2.2.1 <i>Progrès des indicateurs</i>	16
2.2.2 <i>Analyse des progrès réalisés</i>	16
2.2.3 <i>Impact potentiel</i>	17
2.3 PERFORMANCE DE L'OUTPUT 1.....	18
2.3.1 <i>Progrès des indicateurs</i>	18
2.3.2 <i>État d'avancement des principales activités</i>	18
2.3.3 <i>Analyse des progrès réalisés</i>	18
2.4 PERFORMANCE DE L'OUTPUT 2.....	19
2.4.1 <i>Progrès des indicateurs</i>	19
2.4.2 <i>État d'avancement des principales activités</i>	19
2.4.3 <i>Analyse des progrès réalisés</i>	19
2.5 PERFORMANCE DE L'OUTPUT 3.....	20
2.5.1 <i>Progrès des indicateurs</i>	20
2.5.2 <i>État d'avancement des principales activités</i>	20
2.5.3 <i>Analyse des progrès réalisés</i>	20
2.6 PERFORMANCE DE L'OUTPUT 4.....	21
2.6.1 <i>Progrès des indicateurs</i>	21
2.6.2 <i>État d'avancement des principales activités</i>	21
2.6.3 <i>Analyse des progrès réalisés</i>	21
2.7 THEMES TRANSVERSAUX.....	22
2.7.1 <i>Genre</i>	22
2.7.2 <i>Environnement</i>	23
2.7.3 <i>Une approche basée sur les droits humains</i>	24
2.8 GESTION DES RISQUES.....	25
3 PILOTAGE ET APPRENTISSAGE	27
3.1 REORIENTATIONS STRATEGIQUES.....	27

3.2	RECOMMANDATIONS.....	27
3.3	ENSEIGNEMENTS TIRES.....	27
4	ANNEXES	28
4.1	CRITERES DE QUALITE.....	28
4.2	DECISIONS PRISES PAR LE COMITE DE PILOTAGE ET SUIVI.....	32
4.3	CADRE LOGIQUE MIS A JOUR	33
4.4	APERÇU DES MORE RESULTS	33
4.5	RAPPORT « BUDGET VERSUS ACTUELS (Y – M) »	33
4.6	RESSOURCES EN TERMES DE COMMUNICATION.....	33

Acronymes

ANG	Acteurs belges non-gouvernementaux
APA	Autorité Politico Administrative
ARPN	Autorité de Réglementation Pharmaceutique Nationale
AS	Aire de Santé
ASLO	Association Locale
ASRAMES	Association Régionale d'Achat des Médicaments Essentiels
ASSNIP	Appui au Système de Santé du Niveau Intermédiaire et Périphérique
AT	Assistance Technique (ou Assistant Technique)
ATI	Assistant Technique International
ATN	Assistant Technique National
BCAF	Bureau Central d'Achats de la FEDECAME
BCZS	Bureau Central de la Zone de Santé
BM	Banque Mondiale
BTC	Belgian Technical Cooperation
BZS	Bureau de Zone de Santé
CA	Conseil d'Administration
CAG	Cellule d'Appui à la Gestion Financière
CCQ	Comité de Contrôle de la Qualité
CCT	Comité de Coordination Technique
CCSC	Centre de Connaissances Santé au Congo
CTB	Coopération Technique Belge
CU	Contrat Unique
COMPAR	Comité de Partenaires de la Coopération Belgo-Congolaise
DHIS 2	Logistique de gestion de données en santé
DPM	Direction de Pharmacie et Médicaments
DPS	Division Provinciale de la santé
DSRCP	Document de Stratégie de Croissance et de Réduction de la Pauvreté
DTF	Document Technique Financier
ECZS	Equipe Cadre de Zones de santé
FBP	Financement basé dans la performance
GIBS	Groupe Inter Bailleurs Santé
HGR	Hôpital Général de Référence
LIC	Low Income Countries
MSP	Ministère de la Santé Publique
MTR	Mid Term Review
OMS	Organisation Mondiale de la santé
ONG	Organisation non gouvernementale
ONU	Organisation des Nations Unies
PADP	Programme d'appui aux Divisions Provinciales et les Zones de la Santé
PANC	Programme d'appui au Niveau Central
PAO	Plan Annuel Opérationnel
PCA	Paquet Complémentaire d'activités
PDDS	Plan Directeur de Développement Sanitaire
PLVS	Programme de Lutte contre les Violences Sexuelles
PMA	Paquet minimum d'activités
PNDS	Plan National de Développement du Secteur santé
PNLS	Programme National de Lutte Contre le SIDA
PNLP	Programme National de Lutte contre le Paludisme
PNS	Politique Nationale de Santé
PNUD	Programme des Nations Unies de Développement

PTF	Partenaires Techniques et Financiers
RDC	République Démocratique du Congo
SIDA	Syndrome d'Immuno Déficience Acquise
SMCL	Structure Mixte de Concertation locale
SRSS	Stratégie de renforcement des soins de santé
VVS	Victimes de Violences sexuelles
ZS	Zones de Santé

1 Aperçu de l'intervention

1.1 Fiche d'intervention

Nom de l'intervention	Projet de Lutte contre les Violences Sexuelles
Code de l'intervention	RDC 14 191 11
Emplacement	DPS Tshopo, Kwilu et Sud-Ubangi
Budget	3 000 000 €
Institution partenaire	Ministère de la santé publique
Date de démarrage de l'intervention/Ouverture du Comité de pilotage	22 Décembre 2015/ 06 Décembre 2016
Date fin de l'exécution des activités	06/décembre 2019
Date de fin de la Convention spécifique	21 Décembre 2019
Groupes cibles	Les victimes de violence sexuelle, les DPS de Tshopo, Kwilu et Sud Ubangi, les Zones de Santé de Makiso-Kissangani de Masongo et de Gemena, les HGR de Masongo et Gemena, le centre Alwaleed, es agents de santé (médecins, infirmiers, psychologues), les écoles secondaires, les acteurs de justice (police, tribunal), les écoles secondaires, les médias, la population
Impact ¹	Contribuer à l'amélioration de l'état de santé de la population dans le cadre global de lutte contre la pauvreté.
Outcome	La prise en charge des victimes de violence sexuelle par le secteur de la santé, au travers d'une meilleure accessibilité et qualité des soins dans le cadre d'une approche multisectorielle, est améliorée.
Outputs	Les structures décentralisées de la santé (de gestion et de prestation) sont renforcées dans la prise en charge des victimes de violence sexuelle ;
	Un système de prévention communautaire de la violence sexuelle est mis en place dans la communauté et dans les écoles secondaires ;
	La prise en charge juridique des victimes de violence sexuelle est renforcée

¹ L'impact équivaut à l'objectif général, l'outcome à l'objectif spécifique et l'output au résultat

	La prise en charge des victimes de violence sexuelle adaptée aux spécificités socio-culturelles et socio-économiques est assurée par l'utilisation des méthodes basées sur les évidences scientifiques.
Budget total de l'intervention	3 000.000 €

1.2 Exécution budgétaire

RDC1419111 - PLVS	Budget	Dépenses		Solde	Taux de déboursement à la fin de l'année 2016
		Années précédentes	Année couverte par le rapport (2016)		
Total	3.000.000	NA	89.813	2.910.187	3%
Objectifs Spécifique A	1.005.900	NA	0	1.005.900	0%
Résultat1	388.800		0	388.800	
Résultat2	238.950		0	238.950	
Résultat3	58.500		0	58.500	
Résultat4	319.650		0	319.650	
Objectifs Spécifique B	477.200	NA	0	477.200	0%
Résultat1	267.250		0	267.250	
Résultat2	176.450		0	176.450	
Résultat3	33.500		0	33.500	
Objectifs Spécifique C	477.200	NA	0	477.200	0%
Résultat1	267.250		0	267.250	
Résultat2	176.450		0	176.450	
Résultat3	33.500		0	33.500	
Réserve Budgétaire	46.413		0	46.413	0%
Moyens Généraux	993.287	NA	89.813	903.474	9%
Frais de personnel	758.600		40.852	717.748	
Investissement	50.687		41.216	9.471	
Frais de fonctionnement	96.900		7.745	89.155	
Audit et Suivi et Evaluation	87.100		0	87.100	

1.3 Autoévaluation de la performance

1.3.1 Pertinence

	Performance
Pertinence	B

Le PLVS comme intervention est bien aligné aux politiques de sante en vigueur à RDC et aux stratégies de la Coopération Belge en LIC.

1.3.2 Efficacité

	Performance
Efficacité	NA

1.3.3 Efficience

	Performance
Efficience	NA

1.3.4 Durabilité potentielle

	Performance
Durabilité potentielle	NA

1.4 Conclusions

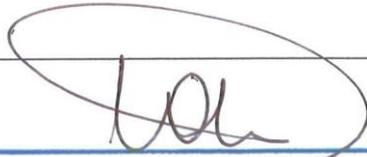
La mise en réalité de l'actuel Programme santé à la RDC a été un très long processus :

- En 2013 une première mission conjointe de la CTB avec plus tard cette même année l'étude de faisabilité relative à la création de « Centres Panzi » dans la Lutte contre les violences sexuelles ;
- En mars 2014 la réalisation des fiches d'identification et plus tard le même an l'étude sur le Contrat Unique (CU) ;
- En novembre 2014 le démarrage des termes de référence pour les formulations des différents volets ;
- En janvier 2015 le lancement du marché public pour la formulation et un mois plus tard la mission EST-Santé pour préparation des formulations ;
- Pendant le période de mars à juillet 2015 se sont réalisées les formulations, qui ont été validées par le MSP au mois de juillet ;
- Le 22 décembre 2015 ont été signées les conventions spécifiques ;
- A partir de juin 2016 se sont présentés les agréments des premiers ATI ;
- A partir d'avril 2016 se font les premiers recalibrages du PANC en conséquence à la décision du Comité de Partenaires de la Coopération Belgo-Congolaise (COMPAR) pendant sa réunion spéciale du 25 mars de 2016, de réaliser une réduction budgétaire du component central du Programme de Santé.

- La proposition faite pour le recalibrage du PANC lors d'une mission d'EST Santé pendant le mois de juillet, ratifiée par la SMCL du PANC est ajusté par l'Ambassade de la Belgique à RDC pendant le mois de septembre 2016.
- Le 13/10/2016 la SMCL du PANC ratifie la proposition de recalibrage faite par l'Ambassade.
- Le 06/12/2016 se réalisent les SMCL de mise en place du PADP.

On observe qu'appart d'autres phase dans la préparation du Programme Santé, aussi la phase de préparation du Programme Santé s'est décalé pour plus qu'une année à la suite des paramètres de disponibilité de l'équipe d'ATI de Santé d'un côté, mais aussi le recalibrage du PANC.

Ayant démarré pendant Q3 2016, les activités menées au sein du Programme Santé et le PLVS n'ont pas encore atteint un niveau suffisant pour en arriver à des conclusions sur la performance.

Fonctionnaire exécution nationale	Fonctionnaire exécution CTB
	



2 Monitoring des résultats²

2.1 Évolution du contexte

2.1.1 Contexte général

Contexte socio-politique en RDC.

La RDC, pays de l'Afrique centrale avec une superficie de 2.345.000 km², a connu une instabilité chronique, la faiblesse des institutions étatiques et de sa culture politique dominée par l'ingérence extérieure. Sur le plan de la situation politique du pays, le redressement du pays à partir des accords de paix de Lusaka de 1999, est en voie mais les efforts de paix et de relance économique ont été particulièrement perturbés par un contexte social difficile en 2016.

Le pays est confronté à plusieurs défis majeurs, comme la restauration de son intégrité territoriale, le désarmement des groupes rebelles, la réinsertion sociale et le développement du pays en vue de sa modernisation.

L'opposition et la majorité présidentielle ont signé le 31 décembre 2016 un compromis pour la gestion du pays jusqu'à la mise en place d'une transition politique, en attendant l'organisation d'élections présidentielles, législatives et communales d'ici à la fin de 2017.

Situation socio –démographique

Avec une population évaluée à 73.599.190 habitants (source : banque mondiale) la RDC devrait avoir atteinte et dépassée une population de 78 millions en 2015. La moitié de cette population est à moins de 25 ans, avec une proportion urbaine qui représenterait le 39.7 % en 2015. La population d'âge économiquement actif (20-64 ans) représente 44% de la population totale.

La situation de la santé en RDC

L'Espérance général de vie de la population à la naissance est de 45 ans, 54 ans pour les hommes, 45 ans pour les femmes. Les enquêtes rétrospectives sur la mortalité ont fait apparaître un taux de mortalité extrêmement élevé parmi les populations affectées par les conflits armés, et l'on estime que 3.8 millions de décès peuvent être attribués à la guerre depuis 1997. La mortalité infanto juvénile est passée de 192 et 220 décès pour 1000 naissances vivantes entre 1990 et 2001. Ce taux représentait entre 450.000 à 500.000 décès chaque année dans cette tranche d'âge (évaluation faite sur base d'une population estimée à 58.3 millions d'habitants).

Le ratio de mortalité maternelle qui était de 850 décès pour 100 000 naissances vivantes en 1985 est passé à 549 décès pour 100.000 naissances vivantes en 2007. Les données des sites sentinelles montrent que l'épidémie du VIH/SIDA est généralisée en RDC. En effet, la prévalence du VIH chez les femmes enceintes fréquentant les services de consultation prénatale est de 4,3% (PNLS, 2008). Les données actuellement disponibles montrent que l'épidémie se ruralise (4,6% en milieu rural contre 4,2% en milieu urbain), se « juvénilise » et se féminise (sexe ratio : 1,3). Les zones géographiques particulières joueraient un rôle particulier dans la propagation de l'épidémie. C'est le cas de gares ferroviaires, de ports maritimes, de zones minières et de postes frontaliers, etc.

² L'impact se réfère à l'objectif général ; l'outcome se réfère à l'objectif spécifique ; l'output se réfère au résultat escompté

On ne dispose pas des données sur le paludisme pour la période d'avant 1985 pour pouvoir les comparer aux données actuelles. Cependant, tout porte à croire que la désarticulation du système de santé a eu un effet néfaste sur les efforts de contrôle de cette endémie. En effet, en dépit de la création du Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP) et de la définition de la politique, il semble bien y avoir une fracture entre les principes édictés par la politique de lutte contre le paludisme et les habitudes des praticiens.

97% de la population congolaise sont exposés au paludisme endémique, les trois autres pourcentages le sont au paludisme épidémique dans les hautes montagnes de l'Est du pays. La prévalence de la fièvre chez les enfants de moins de 5 ans est de 42%. Ceci correspond à 6 à 10 épisodes par enfant et par an. Le nombre total annuel d'épisodes de fièvre présumée palustre dans le pays selon les estimations varie entre 60 et 100 000 000³. Cependant, l'OMS estime à 27 millions des cas du paludisme par an⁴.

La RDC est l'un des 22 pays les plus affectés par la tuberculose dans le monde. Elle occupe le 5^{ème} rang en Afrique et le 11^{ème} au niveau mondial (Source : OMS). L'OMS a estimé qu'en 2003 l'incidence annuelle des Tuberculoses Pulmonaires à Microscopie Positive (TPM+) en RDC était de 160 cas pour 100.000 habitants. Depuis 1987, le nombre de cas de TPM+ notifiés par le programme augmente progressivement.

La diversité géographique ponctuée par les forêts et les cours d'eau se combine à la grande diversité culturelle et linguistique pour accentuer la dispersion et l'enclavement géographique de différents groupes. Ainsi l'ampleur des besoins sociaux de base, en l'occurrence des besoins sanitaires, à satisfaire s'articule, pour les politiques nationales, à la complexité d'atteindre des populations dispersées sur de vastes étendues et, de surcroît, dans des zones d'accès très difficiles.

Situation socio-économique

Le taux de croissance économique de la RDC, après avoir chuté à 2,8 % en 2009 du fait de la crise financière internationale, s'est établi globalement à 7,7 % par an sur la période 2010-2015, soit un niveau bien supérieur à la moyenne de l'Afrique subsaharienne, avant tout en conséquence de la croissance des industries extractives. Le ralentissement de l'économie mondiale et la baisse des prix des minéraux, conjugués à l'instabilité politique dans le pays, ont influé négativement l'économie et le taux de croissance du PIB au dernier trimestre 2015 et au premier semestre 2016 : ralentissement à 6,9 % en 2015, contre 9,5 % en 2014. Les autorités de la RDC ont récemment revu à la baisse leurs prévisions de croissance pour 2016 et tablent à présent sur une progression de 4,3 %.

En 2016, il semble que la situation a aussi détérioré vers une hausse de l'inflation (à 2,2 %), une dépréciation du taux de change du Franc Congolais face au dollar (de 920 à 1230 francs congolais), et une baisse des réserves de devises, dont le niveau permet actuellement de couvrir 4,5 semaines d'importations.

Dans les dépenses de ménage congolais, l'alimentation représente 62,3% des dépenses totales. Cette structure de la dépense révèle que toute inflation affectant les produits alimentaires diminuerait leurs revenus réels, augmentant, toute chose égale par ailleurs le nombre des pauvres et des vulnérables. Dans un pays où la plupart des produits de première nécessité sont importés, les variations de change perturbent vite les prix à la consommation, avec un impact particulièrement direct pour les populations les plus pauvres (augmentation de 50 à 100% de la farine de maïs, qui constitue la base de l'alimentation de nombreuses familles).

L'ampleur de la pauvreté varie considérablement d'une région à une autre, selon qu'on réside en milieu urbain et rural ainsi que selon les groupes socioprofessionnels (les travailleurs indépendants et les apprentis sont les plus pauvres (77%) ; suivies des manœuvres, des employés et ouvriers semi qualifié (66%). On compte plus de 40% de pauvres parmi les cadres de direction et de collaboration) ainsi que selon les groupes

sociodémographiques (la pauvreté frappe surtout les ménages où l'âge du chef est compris entre 30 et 65 ans (plus de 70% de pauvres).

Le Gouvernement s'est engagé en 2006, à travers le Document de Stratégie de Croissance et de Réduction de la Pauvreté (DSCR) qui a couvert la période allant de 2006 à 2008, à mettre en place une nouvelle génération de réformes économiques et sociales pour lutter contre l'extrême pauvreté. L'objectif est d'une part de consolider les acquis des programmes économiques passés et rendre durable la croissance, et d'autre part de renforcer la sphère sociale et de s'assurer que les bonnes performances économiques se traduisent par une nette amélioration des conditions de vie des populations.

L'objectif ultime que le Gouvernement vise à travers la présente stratégie est l'amélioration durable et effective des conditions de vie des populations pour une période d'une génération de 25 ans (vision 26/25) répartie sur trois ans, en s'attaquant aux principales causes de la pauvreté telles que relevées dans le diagnostic.

Concernant la santé, le DSCR stipule que l'amélioration de l'état de santé des populations est un objectif à la fois économique et social de développement. La réalisation d'un tel objectif nécessite la contribution de l'ensemble des secteurs de la vie nationale, ce qui revient à agir sur les déterminants de la santé tels que l'eau, l'hygiène et l'assainissement (l'environnement), l'amélioration de conditions de vie des populations, l'éducation, la promotion de bonnes habitudes alimentaires, etc. en même temps qu'on met en place les services de santé et qu'on se rassure de leur utilisation par la population.

La Politique Nationale de la Santé adoptée en 2001, met l'accent sur les soins de santé primaires. L'unité opérationnelle de mise en œuvre de la PNS est la Zone de Santé. La mise en œuvre de cette PNS a démarré avec le Plan Directeur de Développement Sanitaire (PDDS) 2000-2009. Le financement du PDDS a été essentiellement extraverti. Etant donné la structure de l'aide internationale dont la plus grande partie est destinée à la lutte sélective contre la maladie, la plupart des Zones de Santé mises en place pour une offre des soins de santé à la fois globaux, continus et intégrés, ont fini par céder à la fragmentation.

En 1987, la RDC a adopté la Convention 102 du 4 juin 1952 concernant la sécurité sociale sans le volet relatif aux soins de santé. Seuls 5% de la population active bénéficient de la protection en matière des soins de santé : il s'agit des employés du secteur privé et des fonctionnaires de l'Etat.

Comme mesures de protection sociale en santé existantes, il existe actuellement en RDC beaucoup d'initiatives locales de création de « mutuelles » ou « mutualités » qui ont pour objet d'intervenir au profit de leurs membres en leur proposant des interventions sociales sous la forme, le plus souvent, de primes forfaitaires en cas de maladies, de décès ou de mariages et naissances.

Les premières expériences datent d'avant les années 80 mais depuis 2000, il semble cependant y avoir une croissance de nouvelles initiatives même si l'extension du phénomène « mutualiste » reste encore relativement faible. On dénombre à ce jour 102 associations mutualistes réparties dans toutes les Provinces de la RDC avec un total de plus de 500.000 bénéficiaires.

Le code du travail en RDC, prévoit que toute entreprise ou établissement doit assurer un service médical à ses travailleurs. Il prévoit en plus en cas de maladie, d'accident, de grossesse ou d'accouchement, et même en cas de suspension du contrat pour une cause de force majeure, que l'employeur est tenu de fournir les soins au travailleur et à sa famille jusqu'à la fin du contrat.

Le médicament, un maillon essentiel du développement du système de Santé, connaît

beaucoup de problèmes de la définition des besoins du Pays en médicaments, de la fragmentation des approvisionnements et de la distribution, de la disponibilité des médicaments essentiels génériques et intrants spécifiques dans les formations sanitaires, d'accessibilité géographique et économique pour la population à cause des multiples taxes et frais sur les médicaments comme objet de commerce plutôt qu'un objet stratégique et social, de la qualité par l'absence d'un système rigoureux de contrôle de qualité, de la gestion et de l'usage rationnel par les prestataires.

La mise en œuvre de la politique pharmaceutique nationale et l'exécution de quelques stratégies du plan directeur pharmaceutique national ont permis le début de solution de certains problèmes, surtout en ce qui concerne l'approvisionnement avec la création du SNAME et la promotion de la production locale, le renforcement des capacités des Pharmaciens de la DPM et l'implantation du Centre National de Pharmacovigilance.

2.1.1 Contexte institutionnel

Pour assurer une stabilité durable et soutenir une croissance forte, la RDC a identifié quatre (4) piliers comportant chacun des axes stratégiques clairs et des actions prioritaires pour leur mise en œuvre. Il s'agit de : Pilier 1 : Renforcer la gouvernance et la paix ; Pilier 2 : Diversifier l'économie, accélérer la croissance et promouvoir l'emploi ; Pilier 3 : Améliorer l'accès aux services sociaux de base et renforcer le capital humain ; Pilier 4 : Protéger l'environnement et lutter contre les changements climatiques.

(Source : Banque Mondiale) Malgré une baisse du taux de pauvreté de 71 % à 64 % entre 2005 et 2012, la RDC compte encore parmi les pays les plus pauvres du monde et se situe au 176e rang (sur 187 pays) de l'indice de développement humain calculé par l'ONU. Selon le PNUD, sept ménages sur dix sont pauvres avec une disparité entre milieu rural où environ huit ménages sur dix sont pauvres est en milieu urbain où moins de sept ménages sur dix sont pauvres.

Son PIB par habitant, qui s'élevait à 442 dollars en 2015, figure parmi les plus bas du monde. L'ONU estime à environ 2,3 millions le nombre de personnes déplacées et de réfugiés en RDC, et à 323 000 le nombre de Congolais résidant dans des camps de réfugiés en dehors du pays. L'urgence humanitaire est toujours d'actualité dans les zones les plus instables de la RDC et la prévalence des violences sexuelles reste élevée.

A la suite des événements politiques dans le pays, l'actuel cabinet de ministres du gouvernement du premier ministre, instauré le 19 décembre 2016, reste peu claire sur sa légitimité politique. Tous les fonctionnaires publiques du niveau central du MSP, par exemple, agissent de façon intérim dans leurs activités.

Etant les provinces de Sud-Ubangi, la Tshopo et le Kwilu les territoires d'interventions, pour le Programme Santé à RDC il s'est installé un dialogue local et on a pu organiser de nouvelles SMCL avec les nouveaux Gouverneurs provinciaux et leurs gouvernements. L'installation des nouvelles DPS, ayant une continuité avec les antérieures interventions en santé de la CTB en RDC, a facilité la reprise du partenariat, et les volets provinciaux du Programme santé ont fait leur travail de présentation des interventions, d'explication des modes de gestion partagée des programmes et de rappel des engagements des autorités. Les Chefs de Divisions des DPS des provinces d'intervention, en plus, ont joui d'une stabilité fonctionnelle en conséquence de leur processus de sélection.

Dans le contexte du DTF du PLVS, le choix du CU comme modalité d'harmonisation et de coordination des interventions sectorielles, sont des choix qui ont été validés par le MSP et qui sont soutenus par les PTF. D'autres interventions financées par des PTF se sont déjà engagés dans la mise en œuvre de ces approches et donc le PLVS à l'intérêt de s'y inscrire de même.

Le MSP a renouvelé sa planification stratégique sectorielle et a réalisé vers le second semestre le nouveau Plan National de Développement Sectoriel Santé (PNDS), qui lui-même est axé sur la Stratégie renouvelée de Renforcement des Soins de Santé (SRSS) en RDC.

En 2009, le Gouvernement congolais s'est doté de la Politique Nationale Genre (PNG) et a élaboré la Stratégie Nationale de Lutte contre les Violences Basées sur le Genre (SNLVBG). Aucun plan d'action provincial de lutte contre les violences sexuelles et basées sur le genre n'a été élaboré.

En mars 2010, la SRSS est venue apporter une contribution sanitaire à la lutte contre la violence sexuelle. Le Ministère de la Santé Publique, et plus particulièrement le Programme National de la Santé de la Reproduction (PNSR) a participé avec le Ministère du Genre, de la Famille et de l'Enfant (MGFE) à l'élaboration des 4 (quatre) protocoles nationaux qui doivent assurer une prise en charge multisectorielles des victimes de violence sexuelle (médicale, psychosociale, réinsertion socio-économique et aide juridique). En outre le PNSR a développé des modules de formation destinés principalement aux prestataires des soins de santé des HGR et CS et aux membres du BCZS et Équipes Cadres de la Zone de Santé (ECZS). L'analyse SWOT qui a été effectuée dans le cadre de la formulation du Projet de Lutte contre les Violence Sexuelle (PLVS), met en évidence que les protocoles ne sont pas –ou pas assez –connus et qu'il y a de grandes faiblesses et insuffisances à tous les niveaux et dans tous les domaines de la prise en charge.

2.1.2 Contexte de gestion : modalités d'exécution

L'intervention PLVS est une composante du programme santé de la coopération Belgo-Congolaise, qui dans son ensemble vaut 21 000 000 Euros.

Cet appui s'inscrit dans la dynamique de décentralisation en RDC avec la création d'un système de santé en multiples niveaux avec des rôles et responsabilités spécifiques à chacun. L'intervention est prévue pour une durée de 3 ans et compte sur un budget de 3 000 000 Euros.

La modalité d'exécution du PLVS est définie en Régie, avec les outils principaux d'exécution étant les subsides, comme moyen de financer une action qui poursuit un but d'intérêt général, et le marché public, comme moyen d'acheter ou faire exécuter par un tiers des travaux, des services ou la fourniture de biens.

Avec la loi Belge du 22 mai 2003 qui définit le subside comme « une contribution financière directe à un organisme bénéficiaire poursuivant un but d'intérêt général, par voie de donation ou paiement de nature non commerciale, prélevé sur le budget d'un projet/programme afin de financer la réalisation d'activités et/ou leur fonctionnement, en vue de contribuer à l'atteinte des résultats et objectifs de l'intervention » et la modification de l'art 8 de la Loi portant à la création de la CTB en février 2014 permet et autorise la CTB d'octroyer des Subsides. A partir de 01/01/2016 ceci est mis en œuvre avec les conventions de subsides.

Vu le caractère expérimental du PLVS, il sera impossible d'introduire la stratégie et les compétences dans l'entièreté des zones de santé ciblés par ce programme santé dès le début. Le Centre Alwaleed à Kisangani (DPS du Tshopo) est le seul endroit où se trouve un centre de prise en charge avec une compétence satisfaisante sur laquelle le PLVS pourra se greffer. Dans une deuxième phase de centres spécialisés pour la prise en charge des VVS seront établis dans les deux autres provinces et plus particulièrement

dans l'HGR de la ZS du Gemena (DPS du Sud-Ubangi) et la ZS de Mosango (DPS du Kwilu).

Le PLVS actuel a été conçu comme une première phase de « démonstration » et s'inscrit dans une vision à plus long terme qui doit mener à une consolidation des résultats du PLVS comme approche nationale et à un renforcement réelle et durable du secteur de la santé dans la prise en charge des VVS.

2.1.3 Contexte HARMO

Les stratégies avec une duplicité des interventions au niveau opérationnel ne sont pas harmonisées. Les administrateurs des programmes et des projets partagent difficilement leurs informations avec les services du MSP. Ainsi, bon nombre de résultats dans leurs domaines d'interventions et d'informations sur les ressources disponibles et affectées à ces interventions échappent au MSP. Le GIBS essaye de renforcer l'organisation d'harmonisation entre bailleurs de fonds et de l'alignement avec les stratégies du pays partenaire, la RDC.

Au niveau central, il n'y a que 30% des Directions et 23% des Programmes Spécialisés qui reçoivent plus ou moins régulièrement une aide internationale au développement. Quel que soit le volume de cet appui, il reste encore très sélectif.

L'influence d'autres partenaires technique et financiers sur le PADP est remarquable. Comme exemple de initiatives d'harmonisation avec les autres PTF, le PADP au sein de la DPS contribuera à réunir tous les acteurs de développement dans les Comités Provinciaux de Pilotage de chaque Province bénéficiée.

En particulier le PADP recherche une collaboration avec les stratégies dans le secteur de santé de l'Ambassade de la Belgique à RDC, ainsi qu'avec les autres acteurs belges (ONG, coopération universitaire, etc.). Des accords en principe de collaboration avec les ONG belges MEMISA et CARITAS ont déjà été pris.

La formulation du PADP a été réalisé ensemble avec les partenaires congolais. Un étroit alignement sur les stratégies ou les systèmes du partenaire congolais est prévu dans les stratégies d'intervention.

Les premiers pris de contacts avec les partenaires provinciaux laissent entendre un degré avancé d'appropriation par ce partenaire.

2.2 Performance de l'outcome



2.2.1 Progrès des indicateurs

Outcome: La prise en charge des victimes de violence sexuelle par le secteur de la santé, au travers d'une meilleure accessibilité et qualité des soins dans le cadre d'une approche multisectorielle, est améliorée.					
Indicateurs	Valeur de la Baseline	Valeur année 2016	Valeur année 2017	Cible année 2018	Cible finale
Chacun des trois DPS ciblées dispose d'un centre spécialisé dans la prise en charge des VVS fonctionnel et intégré dans le système de la santé et à base d'une collaboration multisectorielle	NA				3 centres
Au long de l'intervention le nombre de cas de prise en charge des VVS dans les zones cibles augmentent du 20%	NA				20%

2.2.2 Analyse des progrès réalisés

Ayant démarré pendant le Q3 2016, les activités menées au sein du Programme Santé et le PLVS n'ont pas encore atteint un niveau suffisant pour accéder à un impact sur l'outcome. Les activités pendant la phase de démarrage incluent spécifiquement la réalisation d'un plan de ligne de base. Cette ligne de base sera réalisée pendant la période de février jusqu'à fin de juin 2017.

La préparation de la structure mixte de concertation locale (SMCL) de mise en place a été une activité importante.

En termes de nouvelle programmation opérationnelle et financière, pour l'ensemble du PLVS des marchés publics seront lancées à partir de janvier 2017. La planification a été présentée à la SMCL de mise en place le 6 décembre 2016 à Kinshasa.

L'insertion du PLVS dans toutes les composantes des cycles de rapportage financier et opérationnel de la Coopération Belgo-Congolaise a été relativement accomplie pendant la période prévu.

Une stratégie cohérente pour la gestion administrative et financière a été développée afin de garantir une gestion logique dans le cadre d'un Programme Santé composé de différents volets ayant des interrelations (PADP, PLVS et PANC). Le cycle de rapportage commencera au mois de janvier 2017 avec la consolidation du MONOP du dernier trimestre 2016 et du premier trimestre de 2017.

Pendant les visites de terrain aux zones de santé et des réunions avec les PTF, un diagnostic a été réalisé sur la disponibilité de données utiles pour planifier la ligne de base du Programme. A partir des résultats de ce diagnostic, un plan de ligne de base a

été établi et soumis à la SMCL de mise en place pour approbation. Les études à être programmées, ainsi que la recollection de données pour la ligne de base seront lancées à partir de janvier 2017. Leur fin est envisagée à la fin du mois de juin 2017.

On notera également le recrutement des trois ATN qui est en cours de finalisation. Les tests ont été organisés, trois candidats ont été sélectionnés et la signature de leur contrat devra intervenir avant la fin du mois de janvier.

Le premier trimestre de 2017 sera marqué par le BSS, le déploiement des ATN dans les trois provinces, l'élaboration de la Baseline, le lancement des MP pour le choix des consultants pour l'analyse des protocoles de prise en charge des victimes de violence sexuelle, l'enquête CAP, l'aménagement du centre Alwalled et la poursuite des rencontres avec les partenaires intervenant sur la problématique dans les trois provinces, la visite du Kwilu et du Sud Ubangi.

2.2.3 Impact potentiel

On s'attend à que l'outcome puisse contribuer à l'impact, tel que supposé lors de la formulation. Cette probabilité sera analysé vis-à-vis les données de la Baseline.

2.3 Performance de l'output 1



2.3.1 Progrès des indicateurs

Output 1 : <i>Les structures décentralisées de la santé (de gestion et de prestation) sont renforcées dans la prise en charge des victimes de violence sexuelle ;</i>					
Indicateurs	Valeur de la Baseline	Valeur année 2016	Valeur année 2017	Cible année 2018	Cible finale
A la fin du PLVS les centres spécialisés des 3 provinces concernées disposent de services fonctionnels et efficaces de prise en charge médicale et psychologique des VVS et d'un protocole adapté.	NA				
Les centres spécialisés disposent de personnel formé dans les différents aspects dans la prise en charge médicale et psychologique et le référencement des VVS et bénéficient d'une formation continue.	NA				
Le nombre des cas des VVS suivies par les centres spécialisés ciblés, au moment du traumatisme et dans la période qui suit, a augmenté de 30 %.	NA				30% augmenté
Des mécanismes de référencement et d'accompagnement des VVS fonctionnels et efficaces sont mise en œuvre entre les services de santé, la police, la justice.	NA				

2.3.2 État d'avancement des principales activités

État d'avancement des <u>principales</u> activités ³	État d'avancement :			
	A	B	C	D
Analyser les 4 protocoles de prise en charge, réélaboration du protocole de prise en charge médicale qui inclut aussi la prise en charge psychologique et le référencement vers les services de justice et de réinsertion.				
Introduire le système d'une tarification forfaitaire subsidiée pour la prise en charge des VVS au niveau des CS (1 ^{ère} niveau) et des HGR/centres de prise en charge spécialisés (2 ^{ème} niveau)				
Assurer l'approvisionnement régulier de toutes les composantes du Kit PEP, de la contraception d'urgence, de la prophylaxie et traitement IST, de la prophylaxie hépatite B aux structures de santé en collaboration avec les CDR.				
Former les parties prenantes dans la prise en charge des VVS				

2.3.3 Analyse des progrès réalisés

Voir remarque à la section 2.2.2.

³ A : Les activités sont en avance
 B : Les activités sont dans les délais
 C : Les activités sont retardées ; des mesures correctives doivent être prises.
 D : Les activités ont pris un sérieux retard (plus de 6 mois). Des mesures correctives majeures sont requises.

2.4 Performance de l'output 2

2.4.1 Progrès des indicateurs

Output 2 : Un système de prévention communautaire de la violence sexuelle est mis en place dans la communauté et dans les écoles secondaires					
Indicateurs	Valeur de la <i>Baseline</i>	Valeur année 2016	Valeur année 20170	Cible année 2018	Cible finale
Existence d'un système fonctionnel de référencement pour les VVS vers les structures sanitaires commence à fonctionner.	NA				
<input type="checkbox"/> 60% de la population et les autorités locales des 3 provinces concernées reconnaissent la gravité du phénomène des VS, ses causes et l'effet sur la santé de la victime	NA				
<input type="checkbox"/> 60% de la population et les autorités locales connaissent des services disponibles pour les victimes	NA				
<input type="checkbox"/> 3 écoles secondaires du Programme EDUT ont mis en œuvre le module sur les VS	NA				

2.4.2 État d'avancement des principales activités

État d'avancement des <u>principales</u> activités ⁴	État d'avancement :			
	A	B	C	D
Établir le diagnostic initial dans les trois provinces (CAP qualitative et quantitative avec une approche socio-anthropologique)				
Produire et diffuser les outils de sensibilisation				
Réaliser des campagnes de sensibilisation et d'information des populations				
Mettre en place un programme de sensibilisation sur la prévention des VSBG, l'éducation sexuelle et la planification familiale dans les écoles secondaires (EDUT).				

2.4.3 Analyse des progrès réalisés

Voir remarque à la section 2.2.2.

⁴ A : Les activités sont en avance
 B : Les activités sont dans les délais
 C : Les activités sont retardées ; des mesures correctives doivent être prises.
 D : Les activités ont pris un sérieux retard (plus de 6 mois). Des mesures correctives majeures sont requises.

2.5 Performance de l'output 3

2.5.1 Progrès des indicateurs

Output 3 : <i>La prise en charge juridique des victimes de violence sexuelle est renforcée</i>					
Indicateurs	Valeur de la Baseline	Valeur année 2016	Valeur année 2017	Cible année 2018	Cible finale
Le nombre de femmes effectivement référées entre les instances santé et juridiques	NA				
Le % des femmes qui ont effectivement procédé juridiquement	NA				

2.5.2 État d'avancement des principales activités

État d'avancement des <u>principales</u> activités ⁵	État d'avancement :			
	A	B	C	D
Appuyer la mise en place d'un système de référence entre les services juridiques et policiers et le service de santé spécialisé				
Assurer la formation/atelier sur la PEC holistique des VVS des parties prenantes juridiques dans les zones d'intervention				
Institutionnaliser une communication administrative et légale entre les services de santé et juridiques afin de disposer de dossiers légaux de qualité pour défendre les femmes VVS				
Formuler une proposition de financement pour la défense juridique des femmes VVS				

2.5.3 Analyse des progrès réalisés

Voir remarque à la section 2.2.2.

⁵ A : Les activités sont en avance
 B : Les activités sont dans les délais
 C : Les activités sont retardées ; des mesures correctives doivent être prises.
 D : Les activités ont pris un sérieux retard (plus de 6 mois). Des mesures correctives majeures sont requises.

2.6 Performance de l'output 4

2.6.1 Progrès des indicateurs

Output 4 : <i>La prise en charge des victimes de violence sexuelle adaptée aux spécificités socio-culturelles et socio-économiques est assurée par l'utilisation des méthodes basées sur les évidences scientifiques.</i>					
Indicateurs	Valeur de la <i>Baseline</i>	Valeur année 2016	Valeur année 20170	Cible année 2018	Cible finale
Des approches thérapeutiques appropriées au contexte socio-culturel et socio-économique spécifique ont été développées et sont utilisées par les centres spécialisés.	NA				

2.6.2 État d'avancement des principales activités

État d'avancement des <u>principales</u> activités ⁶	État d'avancement :			
	A	B	C	D
Appuyer la mise en place d'une équipe multidisciplinaire d'accompagnement de la recherche scientifique au Tshopo				
Assurer la formation de l'équipe multidisciplinaire sur le « grounded theory »				
Activités de recherche continue à travers du « grounded theory »				

2.6.3 Analyse des progrès réalisés

Voir remarque à la section 2.2.2.

⁶ A : Les activités sont en avance
 B : Les activités sont dans les délais
 C : Les activités sont retardées ; des mesures correctives doivent être prises.
 D : Les activités ont pris un sérieux retard (plus de 6 mois). Des mesures correctives majeures sont requises.

2.7 Thèmes transversaux

Les deux thèmes transversaux retenus par la coopération belge au développement intègre de façon transversale dans toutes ses interventions :

1. La dimension du genre
2. La protection de l'environnement et des ressources naturelles, y compris la lutte contre les changements climatiques, la sécheresse et la déforestation mondiale.

L'actuelle intervention prêtera soin au développement d'activités en respectant pleinement les aspects environnement et genre. Il sera sans doute un défi de veiller pour une intégration pertinente d'indicateurs dans le système de monitoring et évaluation du PADP au cours de l'exercice de la ligne de base pendant 2017.

2.7.1 Genre

(Source : OMS) Les rôles et les comportements distincts des hommes et des femmes – qui sont régis par les normes et les valeurs de la société dans laquelle ils vivent – conduisent à *des différences de "genre"*. Les normes et les valeurs de "genre" conduisent toutefois aussi à *des inégalités de "genre"* – c'est-à-dire des différences entre les hommes et les femmes qui donnent systématiquement plus de pouvoirs à un groupe au détriment d'un autre.

Dans le secteur de la santé, il est observé que ce secteur est particulièrement vulnérable à des questions d'inégalités de genre. Ces différences et les inégalités de "genre" peuvent conduire à des situations assez souvent observées, par exemple en matière de santé et d'accès aux soins de santé :

- Une femme ne peut pas recevoir les soins de santé dont elle a besoin parce que les normes de sa communauté ne lui permettent pas de voyager et de se rendre seule dans une clinique.
- Un adolescent meurt dans un accident de voiture parce qu'il pense devoir prendre des risques "téméraires" afin de répondre aux attentes de ses pairs qui estiment que les jeunes hommes doivent être "hardis" et prêts à prendre des risques.
- Une femme mariée est atteinte d'infection à VIH parce que les normes de la société dans laquelle elle vit encouragent le mari à la licence des mœurs et simultanément empêchent l'épouse d'insister pour l'emploi de préservatifs.
- Les taux nationaux de mortalité due au cancer du poumon chez les hommes dépassent de loin les taux correspondant chez les femmes parce que l'habitude de fumer est considérée comme une caractéristique de masculinité séduisante, tandis qu'elle est désapprouvée chez les femmes et considérée comme un comportement peu féminin.

Dans chacun de ces cas, les normes et les valeurs de "genre", et les comportements qui en résultent, ont un impact négatif sur la santé des femmes.

Le PLVS fera donc le nécessaire d'intégrer des éléments dans son système de monitoring, suivi et évaluation qui seront sensibles à la question *des différences de "genre"* et *des inégalités de "genre"*.

2.7.2 Environnement

Selon l'OMS « La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. La santé est donc une sensation agréable procurée par la satisfaction de besoins physiques et l'absence de tensions psychologiques ».

Plusieurs facteurs influencent l'état de santé d'un individu :

- Les variables biologiques : l'hérédité, les prédispositions, l'âge, l'état de santé.
- Les facteurs comportementaux et le mode de vie : le tabagisme, l'hygiène, la nutrition, la pratique d'activités sportives, le rythme de vie et de travail, le fait de vivre en ville ou à la campagne, etc.
- Les facteurs socio-économiques : l'accès aux soins de santé, le niveau de l'éducation, de revenus, l'activité professionnelle, etc.
- L'état psychologique et émotionnel.
- La sensibilité particulière de chaque individu.
- Les facteurs environnementaux.

L'environnement étant tout ce qui nous entoure, il agit de manière directe sur l'organisme humain. La qualité de l'air que nous respirons, de l'eau que nous buvons et des aliments que nous mangeons, ainsi que les objets que nous utilisons, le bruit que nous subissons sont autant de facteurs qui influencent notre santé de manière positive ou négative. Ils agissent sur le corps humain à travers les voies respiratoires, le système digestif, la peau et les organes des sens.

Aujourd'hui, selon certaines estimations reprises par l'OMS, 25 à 33 % des maladies dans le monde seraient dues à des facteurs environnementaux. L'environnement influence la santé des personnes de diverses manières - par une exposition aux facteurs de risque physiques, chimiques et biologiques et par des changements de comportement en réaction à ces facteurs. Encore selon l'OMS, 13 millions de décès par an sont causés par des phénomènes environnementaux qui pourraient être évités. La prévention du risque environnemental pourrait sauver jusqu'à 4 millions de vie par an, ne serait-ce que parmi les enfants, la plupart dans les pays en voie de développement.

À cela s'ajoute le fait que nous ne sommes pas tous exposés de manière égale aux différents facteurs de l'environnement. Les différences de niveaux d'exposition (qui varient en fonction du cadre de vie, des habitudes de vie et de l'activité professionnelle) et les facteurs individuels (sexe, âge, facteurs génétiques, état nutritionnel, niveau socio-économique, état de santé psychique) créent des situations individuelles très diverses.

L'environnement n'agit donc pas de la même manière sur chaque individu. Une personne en bonne santé peut s'adapter plus facilement aux contraintes extérieures. Chez une personne malade, mal nourrie, soumise au stress, etc., la capacité d'adaptation est plus réduite et son état se dégradera plus rapidement que chez une autre personne.

Certains groupes de personnes sont également plus sensibles aux pollutions

environnementales : il s'agit des enfants, des femmes enceintes, des personnes déjà malades et des personnes âgées. À même dose d'exposition, leur organisme se défend moins bien.

Le PLVS fera donc le nécessaire d'intégrer des éléments dans son système de monitoring, suivi et évaluation qui seront sensibles aux facteurs de l'environnement sur la santé et à l'impact de l'intervention sur l'environnement.

2.7.3 Une approche basée sur les droits humains

Les trois composantes du programme santé s'inscrivent pleinement dans une approche basée sur les droits humains et n'envisage pas seulement le renforcement du rôle du MSP au niveau central dans le développement du cadre normatif et régulateur nécessaire mais met aussi un accent spécifique sur l'amélioration de l'accessibilité des soins de qualité au niveau opérationnelle. Ceci se fera au travers de plusieurs initiative comme, par exemple :

- une rationalisation et optimisation de l'utilisation des ressources disponibles ;
- un appui au développement d'un système de financement de la santé afin de faciliter l'accès de la population aux soins ;
- un appui au développement d'un système d'approvisionnement de médicaments et d'équipements de qualité assurée ;
- un appui aux Centres de Santé (première niveau) et aux Hôpitaux Généraux de Références (2ième niveau) qui envisage la fourniture du Paquet Minimum d'Activités (CS) ainsi que le Paquet Complémentaire d'Activités (HGR) ;
- l'appui au développement des protocoles de prise en charge appropriées aux contextes socio-culturels et socio-économiques des régions d'intervention ;
- une attention spécifique pour les droits et les besoins des victimes de violences sexuelles.

La participation communautaire est assurée à plusieurs niveaux en collaborant avec les différentes structures communautaires établies par le système de santé (les Relais Communautaires et les Comités d'Action Communautaire) et la promotion de la participation communautaire active dans différentes structures de concertation, dans les enquêtes de satisfaction ainsi que dans la sensibilisation et la prévention de la violence sexuelle.

2.8 Gestion des risques

Identification du risque ou problème			Analyse du risque ou problème			Traitement du risque ou problème			Suivi du risque ou problème	
Description du Risque	Periode d'identification	Catégorie	Probabilité	Impact Potentiel	Total	Action(s)	Resp.	Deadline	Progress	Status
Manque de personnel avec les compétences nécessaires pour une prise en charge de qualité des VVS.	Dec 16	OPS	High	High	Very High Risk	Sensibilisation du personnel	DPS/ATI	déc-17	Et ude CAP en lancement.	En cours
						Formation du personnel	DPS/ATI	déc-17		
Le PNSR au niveau central a un intérêt limité parce qu'il n'est pas impliqué comme bénéficiaire direct du programme santé.	Dec 16	OPS	Medium	Medium	Medium Risk	Insérer une ligne ici				
						Concertation régulière avec le PNSR au niveau central.	ATI/PANC	déc-17	En développement	En cours
						Participation du PNSR central dans les ateliers nationaux.	ATI/PANC	déc-17	En développement	En cours
						Collaboration étroite avec le PNSR au niveau intermédiaire (DPS).	ATI	déc-17	En développement	En cours
Faible collaboration des acteurs externes au secteur de la santé.	Dec 16	OPS	Medium	Medium	Medium Risk	Activités de plaidoyer et de concertation continues.	DPS/ATI	déc-17	Participation prévu au CPP	En cours
						Insérer une ligne ici				
Préférences pour les arrangements à l'amiable en matière de prise en charge juridique des VVS	Dec 16	OPS	Medium	Medium	Medium Risk	Campagnes de prévention et de sensibilisation.	DPS/ATI	janv-18	En développement	En cours
						Insérer une ligne ici				
Les tabous sur les VS et autres formes de VBG.	Dec 16	OPS	Medium	High	High Risk	Campagnes de prévention et de sensibilisation.	DPS/ATI	déc-18	Attendre résultats étude CAP	En cours
						Insérer une ligne ici				
Les policiers ne changent pas leur attitude vis-à-vis les femmes et particulièrement vis-à-vis les VVS	Dec 16	OPS	High	Medium	High Risk	La formation et leur suivi par les services de santé	DPS/ATI	déc-18	Attendre résultats étude CAP	En cours
						Essayer de travailler avec des policiers femmes	DPS/ATI	déc-18	Attendre résultats étude CAP	
Les femmes qui procèdent juridiquement n'ont pas de satisfaction légale ou morale à la fin du processus	Dec 16	OPS	High	Medium	High Risk	Les dossiers juridiques seront d'une meilleure qualité	DPS/Tribunal	déc-18	Attendre résultats étude CAP	En cours
						Les instances juridiques seront plus sensibilisées	DPS/ATI	janv-19	Attendre résultats étude CAP	
						Insérer une ligne ici				
La dispersion géographique (intervention dans 3 DPS éloignées)	Dec 16	OPS	Medium	Medium	Medium Risk	Sélection des ZS à base de leur accessibilité géographique.		janv-17	Accompli.	Terminé
						Intégration du PLVS dans le programme d'appui au niveau intermédiaire.	PADP/PLVS	janv-17	Accompli.	
						Combinaison des visites aux DPS avec d'autres réunions de concertation du programme.	ATI PADP/PLVS	janv-17	Accompli.	
						Insérer une ligne ici				
Les barrières financières à la prise en charge des VVS.	Dec 16	OPS	High	Low	Medium Risk	Introduction graduelle de tarification forfaitaire subsidiée, la subvention étant 100% pour la durée de ce projet.	PADP/PLVS	juin-17	Negotiations en cours avec les PTF concernés.	En cours
						Accompagnement de la tarification forfaitaire par des campagnes d'information et de sensibilisation.	DPS/ATI	juin-17	Negotiations en cours avec les PTF concernés.	
						Insérer une ligne ici				

Identification du risque ou problème			Analyse du risque ou problème			Traitement du risque ou problème			Suivi du risque ou problème	
Description du Risque	Periode d'identification	Catégorie	Probabilité	Impact Potentiel	Total	Action(s)	Resp.	Deadline	Progress	Status
Faible performance des acteurs externes au secteur de la santé.	Dec 16	OPS	High	High	Very High Risk	Concertation avec les PTF afin de négocier le financement des volets d'aide juridique et de réinsertion socio-économique.	DPS/ATI	juin-17	Participation prévu au CPP	En cours
						<i>Insérer une ligne ici</i>				
Faible conscience chez les prestataires de services sanitaires.	Dec 16	OPS	Medium	High	High Risk	Sensibilisation continue intégrée dans les formations.	DPS/ATI	juin-17	Attendre résultats étude CAP	En cours
						<i>Insérer une ligne ici</i>				
Absence de compétences spécifiques pour la prise en charge juridique des VVS dans le projet et ses partenaires	Dec 16	OPS	High	Low	Medium Risk	Recruter un consultant national pour certaines activités	ATI	juin-17	Attendre résultats étude CAP	En cours
						<i>Insérer une ligne ici</i>				
La non-validation des instructions adaptées par le niveau central.	Dec 16	OPS	High	Low	Medium Risk	Implication du PNSR et concertation avec la DSSP/DOGS.	ATI/PANC	juin-18	Attendre.	En cours
						L'approche programme santé qui permet une concertation continue avec le niveau central.	Cooedo Santé	juin-18	Attendre.	
						<i>Insérer une ligne ici</i>				
Manque de ressources pour la subvention de la tarification forfaitaire.	Dec 16	OPS	High	Low	Medium Risk	Exploitation maximale des synergies entre le PLVS et les autres composantes du programme santé (SNAME, FEDECAM, CDR, contrat unique, etc.)	ATI/PADP/PANC	avr-17	Concertation avec les autres PTF concernés.	
Manque d'intérêt des PTF santé en RDC pour appuyer la consolidation des approches développées par le PLVS et l'extension du PLVS à toutes les provinces de la RDC.	Dec 16	OPS	High	High	Very High Risk	Travail de plaidoyer continu au niveau provincial.	DPS/ATI	avr-17	Participation au CPP, CNP et ses commissions. Participation au GIBS et ses sous-groupes.	En cours
						Identification de différentes pistes qui peuvent mener à une approche standardisée pour tout le pays et le développement d'un cadre national qui permettent une extension effective.	ATI/PNSR/PANC	avr-17	Participation au CPP, CNP et ses commissions. Participation au GIBS et ses sous-groupes.	
						<i>Insérer une ligne ici</i>				
Manque de ressources financières propres pour la Prise en charge juridique des VVS	Dec 16	FIN	High	Medium	High Risk	Le projet assure les finances nécessaires pour les 3 ans de l'intervention, mais illustrera également combien exactement coûtent les services pour que les différentes autorités puissent en tenir compte dans une phase ultérieure	DPS/ATI	juin-18	Attendre.	En cours
						<i>Insérer une ligne ici</i>				

3 Pilotage et apprentissage

3.1 Réorientations stratégiques

Il est trop tôt pour en arriver à des réorientations stratégiques éventuelles du PLVS pour les prochaines années.

Il est cependant important de souligner déjà l'essentiel du principe d'une approche « programme » à l'ensemble d'interventions actuelles au secteur santé (PANC, PADP et PLVS), comme une approche intégrée et coordonnée pour le développement du secteur de santé en RDC suivant le SRSS et les autres réformes. Les points forts de cette approche « programme » seront dans les objectifs partagés entre les différents volets de l'intervention en santé 2016 – 2019, la complémentarité et la cohérence recherchée entre les mêmes, plus de garantie à une vision long-terme et des meilleures conditions pour de la durabilité. Un Programme sera en plus performante dans le souci de l'alignement vers les politiques de santé en vigueur pour le partenaire congolais, avec les caractéristiques d'une profonde décentralisation et rationalisation de l'administration publique en santé qui est en cours dans le pays.

Aussi le rôle du Programme santé dans son ensemble pour garantir plus de visibilité pour démontrer la valeur ajoutée d'un appui au développement institutionnel (et d'un appui au niveau central en particulier) doit être pris en pleine considération.

3.2 Recommandations

Recommandations	Acteur	Date limite
<i>Donner les garanties à l'approche « Programme » du volet du PLVS dans l'ensemble du Programme Santé.</i>	<i>CTB RR et ATI- Coordinateur Programme santé</i>	<i>2016-2019</i>

3.3 Enseignements tirés

Il est trop tôt pour en retirer déjà des « lessons learned » de l'expérience du Programme Santé. Il est important souligner que le Programme santé actuel vient donner de la continuité à des antérieures interventions en santé de la CTB à RDC.

Enseignements tirés	Public cible
NA	

4 Annexes

4.1 Critères de qualité

1. PERTINENCE : le degré dans lequel l'intervention est cohérente avec les politiques et priorités locales et nationales ainsi qu'avec les attentes des bénéficiaires.				
<i>Procédez comme suit pour calculer la note totale du présent critère de qualité : Au moins un 'A, pas de 'C' ni de 'D' = A; Deux fois un 'B' = B ; Au moins un 'C, pas de 'D' = C ; Au moins un 'D' = D</i>				
Évaluation de la PERTINENCE : note totale	A	B	C	D
		X		
1.1 Quel est le degré de pertinence actuel de l'intervention ?				
...	A	Clairement toujours ancré dans les politiques nationales et la stratégie belge, satisfait aux engagements en matière d'efficacité de l'aide, extrêmement pertinent par rapport aux besoins du groupe cible.		
...	B	S'inscrit toujours bien dans les politiques nationales et la stratégie belge (sans être toujours explicite), relativement compatible avec les engagements en matière d'efficacité de l'aide, pertinent par rapport aux besoins du groupe cible.		
...	C	Quelques questions par rapport à la cohérence avec les politiques nationales et la stratégie belge, l'efficacité de l'aide ou la pertinence.		
...	D	Contradictions avec les politiques nationales et la stratégie belge, les engagements en matière d'efficacité de l'aide ; la pertinence vis-à-vis des besoins est mise en doute. Des changements majeurs sont requis.		
1.2 La logique d'intervention, telle qu'elle est conçue actuellement, est-elle toujours la bonne ?				
	A	Logique d'intervention claire et bien structurée ; logique verticale des objectifs réalisable et cohérente ; indicateurs appropriés ; risques et hypothèses clairement identifiés et gérés ; accompagnement de sortie d'intervention mis en place (si cela est applicable).		
	B	Logique d'intervention appropriée bien qu'elle puisse avoir besoin de certaines améliorations en termes de hiérarchie d'objectifs, d'indicateurs, de risques et hypothèses.		
	C	Les problèmes par rapport à la logique d'intervention peuvent affecter la performance d'une intervention et sa capacité à contrôler et évaluer les progrès ; améliorations requises.		
	D	La logique d'intervention est erronée et nécessite une révision en profondeur pour que l'intervention puisse espérer aboutir.		

2. EFFICIENCE DE LA MISE EN ŒUVRE JUSQU'À CE JOUR : le degré dans lequel les ressources de l'intervention (fonds, expertise, temps, etc.) ont été converties en résultats de façon économe.				
<i>Procédez comme suit pour calculer la note totale du présent critère de qualité : Au moins deux 'A, pas de 'C' ni de 'D' = A; Deux fois un 'B', pas de 'C' ni de 'D' = B ; Au moins un 'C, pas de 'D' = C ; Au moins un 'D' = D</i>				
Évaluation de l'EFFICIENCE : note totale	A	B	C	D
2.1 Dans quelle mesure les inputs (finances, RH, biens & équipements) sont-ils correctement gérés ?				
	A	Tous les inputs sont disponibles à temps et dans les limites budgétaires.		
	B	La plupart des inputs sont disponibles dans des délais raisonnables et ne nécessitent pas d'ajustements budgétaires considérables. Une certaine marge d'amélioration est cependant possible.		

C	La disponibilité et l'utilisation des inputs posent des problèmes qui doivent être résolus, sans quoi les résultats pourraient courir certains risques.
D	La disponibilité et la gestion des inputs comportent de sérieuses lacunes qui menacent l'atteinte des résultats. Des changements considérables sont nécessaires.
2.2 Dans quelle mesure la mise en œuvre des activités est-elle correctement gérée ?	
A	Les activités sont mises en œuvre dans les délais.
B	La plupart des activités sont dans les délais. Certaines sont retardées, mais cela n'a pas d'incidence sur la fourniture des outputs.
C	Les activités sont retardées. Des mesures correctives sont nécessaires pour permettre la fourniture sans trop de retard.
D	Les activités ont pris un sérieux retard. Des outputs ne pourront être fournis que moyennant des changements majeurs dans la planification.
2.3 Dans quelle mesure les outputs sont-ils correctement atteints ?	
A	Tous les outputs ont été et seront plus que vraisemblablement livrés dans les temps et de bonne qualité, ce qui contribuera aux outcomes planifiés.
B	Les outputs sont et seront plus que vraisemblablement livrés dans les temps, mais une certaine marge d'amélioration est possible en termes de qualité, de couverture et de timing.
C	Certains outputs ne s(er)ont pas livrés à temps ou de bonne qualité. Des ajustements sont nécessaires.
D	La qualité et la livraison des outputs comportent et comporteront plus que vraisemblablement de sérieuses lacunes. Des ajustements considérables sont nécessaires pour garantir au minimum que les outputs clés seront livrés à temps.

3. EFFICACITÉ JUSQU'À CE JOUR : le degré dans lequel l'outcome (objectif spécifique) est atteint, tel que prévu à la fin de l'année N

Procédez comme suit pour calculer la note totale du présent critère de qualité : Au moins un 'A, pas de 'C' ni de 'D' = A; Deux fois un 'B' = B ; Au moins un 'C, pas de 'D' = C ; Au moins un 'D' = D

Évaluation de l'EFFICACITÉ : note totale	A	B	C	D

3.1 Tel qu'il est mis en œuvre actuellement, quelle est la probabilité que l'outcome soit réalisé ?

A	La réalisation totale de l'outcome est vraisemblable en termes de qualité et de couverture. Les résultats négatifs (s'il y en a) ont été atténués.
B	L'outcome sera atteint avec quelques minimales restrictions ; les effets négatifs (s'il y en a) n'ont pas causé beaucoup de tort.
C	L'outcome ne sera atteint que partiellement, entre autres en raison d'effets négatifs auxquels le management n'est pas parvenu à s'adapter entièrement. Des mesures correctives doivent être prises pour améliorer la probabilité de la réalisation de l'outcome.
D	L'intervention n'atteindra pas son outcome, à moins que d'importantes mesures fondamentales soient prises.

3.2 Les activités et les outputs sont-ils adaptés (le cas échéant) dans l'optique de réaliser l'outcome ?

A	L'intervention réussit à adapter ses stratégies/activités et outputs en fonction de l'évolution des circonstances externes dans l'optique de réaliser l'outcome. Les risques et hypothèses sont gérés de manière proactive.
B	L'intervention réussit relativement bien à adapter ses stratégies en fonction de l'évolution des circonstances externes dans l'optique de réaliser l'outcome. La gestion des risques est relativement passive.

C	L'intervention n'est pas totalement parvenue à adapter ses stratégies en fonction de l'évolution des circonstances externes de façon appropriée ou dans les temps. La gestion des risques a été plutôt statique. Une modification importante des stratégies s'avère nécessaire pour garantir à l'intervention la réalisation de son outcome.
D	L'intervention n'est pas parvenue à réagir à l'évolution des circonstances externes ; la gestion des risques a été insuffisante. Des changements considérables sont nécessaires pour réaliser l'outcome.

4. DURABILITÉ POTENTIELLE : le degré de probabilité de préserver et reproduire les bénéfices d'une intervention sur le long terme (au-delà de la période de mise en œuvre de l'intervention).

Procédez comme suit pour calculer la note totale du présent critère de qualité : Au moins 3 'A', pas de 'C' ni de 'D' = A; Maximum 2 'C', pas de 'D' = B ; Au moins 3 'C', pas de 'D' = C ; Au moins un 'D' = D

A	B	C	D
Évaluation de la DURABILITÉ POTENTIELLE : note totale			

4.1 Durabilité financière/économique ?

A	La durabilité financière/économique est potentiellement très bonne : les frais liés aux services et à la maintenance sont couverts ou raisonnables ; les facteurs externes n'auront aucune incidence sur celle-ci.
B	La durabilité financière/économique sera vraisemblablement bonne, mais des problèmes peuvent survenir en raison notamment de l'évolution de facteurs économiques externes.
C	Les problèmes doivent être traités en ce qui concerne la durabilité financière soit en termes de frais institutionnels ou liés aux groupes cibles, ou encore d'évolution du contexte économique.
D	La durabilité financière/économique est très discutable, à moins que n'interviennent des changements majeurs.

4.2 Quel est le degré d'appropriation de l'intervention par les groupes cibles et persistera-t-il au terme de l'assistance externe ?

A	Le Comité de pilotage et d'autres structures locales pertinentes sont fortement impliqués à tous les stades de la mise en œuvre et s'engagent à continuer à produire et utiliser des résultats.
B	La mise en œuvre se base en grande partie sur le Comité de pilotage et d'autres structures locales pertinentes impliqués eux aussi, dans une certaine mesure, dans le processus décisionnel. La probabilité d'atteindre la durabilité est bonne, mais une certaine marge d'amélioration est possible.
C	L'intervention recourt principalement à des arrangements ponctuels et au Comité de pilotage et d'autres structures locales pertinentes en vue de garantir la durabilité. La continuité des résultats n'est pas garantie. Des mesures correctives sont requises.
D	L'intervention dépend totalement des structures ponctuelles n'offrant aucune perspective de durabilité. Des changements fondamentaux sont requis pour garantir la durabilité.

4.3 Quels sont le niveau d'appui politique fourni et le degré d'interaction entre l'intervention et le niveau politique ?

A	L'intervention bénéficie de l'appui intégral de la politique et des institutions, et cet appui se poursuivra.
B	L'intervention a bénéficié, en général, de l'appui de la politique et des institutions chargées de la mettre en œuvre, ou à tout le moins n'a pas été gênée par ceux-ci, et cet appui se poursuivra vraisemblablement.
C	La durabilité de l'intervention est limitée par l'absence d'appui politique. Des mesures correctives sont requises.
D	Les politiques ont été et seront vraisemblablement en contradiction avec l'intervention. Des changements fondamentaux s'avèrent nécessaires pour garantir la durabilité de l'intervention.

4.4 Dans quelle mesure l'intervention contribue-t-elle à la capacité institutionnelle et de gestion ?

A	L'intervention est intégrée aux structures institutionnelles et a contribué à l'amélioration de la capacité institutionnelle et de gestion (même si ce n'est pas là un objectif explicite).
----------	---

B	La gestion de l'intervention est bien intégrée aux structures institutionnelles et a contribué d'une certaine manière au renforcement des capacités. Une expertise supplémentaire peut s'avérer requise. Des améliorations sont possibles en vue de garantir la durabilité.
C	L'intervention repose trop sur des structures ponctuelles plutôt que sur des institutions ; le renforcement des capacités n'a pas suffi à garantir pleinement la durabilité. Des mesures correctives sont requises.
D	L'intervention repose sur des structures ponctuelles et un transfert de compétences vers des institutions existantes, qui permettrait de garantir la durabilité, est improbable à moins que des changements fondamentaux n'interviennent.

4.2 Décisions prises par le Comité de pilotage et suivi

Décision					Action			Suivi	
N°	Décision	Periode d'identification (mmm.aa)	Source*	Acteur	Action(s)	Resp.	Deadline	Avancement	Status
1	Approbation des Règlements d'Ordre Intérieur (ROI) des trois SMCL (Tshopo, Sud Ubangui et Kwilu) par les membres après quelques amendements, du plan de travail baseline par les trois SMCL, de la planification opérationnelle et financière pour l'année par les trois SMCL	déc-16	PV SMCL 0 PLVS Tshopo, Sud Ubangui et Kwilu	Membres de la SMCL de la Tshopo, Kwilu et Sud Ubangui	Instruments SMCL mise en œuvre.	ATI	Q12017	Instruments circulés auprès membres de la SMCL.	CLOSED
					<i>Insérer une ligne ici</i>				
2	Prochaine SMCL : septembre 2017. Puis, éventuellement SMCL extraordinaire pour recommandations MTR en octobre-novembre 2017	janv-17	PV SMCL 0 PLVS Tshopo, Sud Ubangui et Kwilu	Membres de la SMCL de la Tshopo, Kwilu et Sud Ubangui	Prochaine SMCL probablement vers juillet 2017.	ATI	Q2 2017		ONGOING
					<i>Insérer une ligne ici</i>				

4.3 Cadre logique mis à jour

Le cadre logique n'a pas connu de profonds changements au cours des 12 derniers mois.

4.4 Aperçu des MoRe Results

Résultats ou indicateurs du cadre logique modifiés au cours des 12 derniers mois ?	NON
Rapport <i>Baseline</i> enregistré dans PIT ?	En COURS
Planning de la MTR (enregistrement du rapport)	07/2018 (estimation)
Planning de l'ETR (enregistrement du rapport)	10/2019 (estimation)
Missions de backstopping depuis le 01/01/2016	NON

4.5 Rapport « Budget versus Actuels (y – m) »

Le document FIT Execution 2016 du PLVS accompagne ce document de forme électronique.

4.6 Ressources en termes de communication

Au moment de donner l'actuel rapport le Programme ne compte pas encore avec des ressources en termes de communication proprement dis.