



Dossier Technique et Financier additionnel

**PROGRAMME DE LUTTE CONTRE LES VIOLENCES
SEXUELLES - PLVS**

RDC

NN 3016487

Réf Enabel: RDC 14 191 11

Table des matières

Acronymes	3
Fiche d'intervention	6
1 Résumé Exécutif	8
2 Analyse de la situation	9
2.1 Contexte	9
2.2 Cadre politique et stratégique du secteur	10
2.3 Cadre normatif et stratégique de la lutte contre les violences sexuelles et les violences basées sur le genre.....	11
2.4 Etat d'avancement du PLVS avec bilan (à fin 2019)	12
3 Orientations stratégiques	17
Le Programme de Lutte contre les Violences Sexuelles fait partie intégrante du Programme santé de la RDC avec 3 composantes à savoir le PANC (Programme d'Appui au Niveau Central°, le PADP (Programme d'Appui aux Divisions Provinciales de la santé et aux zones de santé (PADP). Comme tel le PLVS fait sienne les orientations stratégiques du Programme santé et se caractérise par une approche intégrée et coordonnée et s'inscrit également dans une approche multi-bailleurs. Le PLVS a été conçu comme un résultat additionnel du PADP et recherche activement les synergies et complémentarités avec les autres composantes du Programme Santé.....	
Axes stratégiques	17
3.2 Principes d'action	19
3.3 Critères de sélection.....	20
4 Planification Opérationnelle	20
4.1 Objectifs et résultats attendus.....	20
4.2 Activités.....	21
4.3 Synergies / complémentarités	22
4.4 Cadre logique, indicateurs et sources de vérification.....	23
4.5 Localisation	23
4.6 Bénéficiaires	23
4.7 Durée.....	23
5 Ressources	24
5.1 Ressources humaines.....	24
5.2 Ressources financières	25
6 Modalités de mise en œuvre	25
6.1 Gouvernance	25
6.2 Suivi des résultats et rapport	25

6.3	Evaluation et audit	25
7	Analyse des risques	26
8	Annexes	28
8.1	Budget total adapté	28
8.2	Budget total détaillé.....	30
8.3	Cadre logique et indicateurs	32

Acronymes

AFD	Agence Française de Développement
AS	Aire de santé
ATI	Assistant technique international
ATN	Assistant technique national
BAD	Banque Africaine de Développement
BM	Banque mondiale
CA	Chaîne d'approvisionnement
CAMEBASU	Centrale d'achat de médicament de Bandundu
CAMEKIS	Centrale d'achat de médicament de Kisangani
CAMENE	Centrale d'achat de médicament de Bwamanda
CCT	Comité de coordination technique
CDA	Conseil d'administration
CDR	Centrale de distribution régionale
CMO	Convention de mise en œuvre
CNP-SS	Comité national du pilotage du secteur santé
CNT	Commission nationale technique
COMPAR	Comité des partenaires
CPP-SS	Comité provincial de pilotage du secteur santé
CS	Centre de santé
CSU	Couverture sanitaire universelle
CU	Contrat unique
DGD	Direction générale développement
DEP	Direction des études et de la prospection
DGLM	Direction Générale de la Lutte contre la Maladie
DLM	Direction de lutte contre la maladie
DNL	Direction Nationale des Laboratoires

DOGS	Direction de l'organisation et de la gestion des services des soins de santé
DPM	Direction pharmacie et médicaments
DPS	Divisions provinciales de la santé
DES	Direction de la surveillance épidémiologique
DTF	Document technique et financier
ECZS	Equipe cadre de zone de santé
ENP	Encadreur national polyvalent
EPP	Encadreur provincial polyvalent
ESP	Ecole de santé publique
EUR	Euro
EUP	Entité d'utilité publique
FBR	Financement basé sur la performance
FEDECAME	Fédération de centrales de distributions de médicaments essentiels
FM	Fond Mondial
FOSA	Formation sanitaire
GAVI	Alliance internationale du vaccin
GIBS	Groupe inter bailleurs sur la santé
HGR	Hôpital général de référence
THA	Trypanosomiase Humaine Africaine
IGS	Inspection générale de la santé
MEG	Médicament essentiel générique
MCZ	Médecin chef de zone
MS	Ministère de la santé
MTR / EMP	Mid-term revue / Revue à mi-parcours
MVE	Maladie à virus Ebola
ODD	Objectifs de développement durable
OMD	Objectifs du millénaire pour le développement
OMS	Organisation mondiale de la santé
MO	Monitoring opérationnel
PADP	Programme d'appui aux divisions provinciales et aux zones de santé
PANC	Programme d'appui au niveau central
PEC	Prise en charge
PIC	Programme indicatif de coopération
PLVS	Programme de lutte contre les violences sexuelles
PAO	Planification opérationnelle annuelle
PMA	Paquet minimum d'activités
PNAM	Programme national d'approvisionnement de médicaments
PNDIS	Plan national de développement de l'informatique en santé

PNDS	Plan national de développement sanitaire
PDSS	Programme de développement des systèmes de santé
PTF	Partenaire technique financier
RA	Recherche action
RAF(I)	Responsable administratif financier (international)
RDC	République Démocratique du Congo
RHS	Ressources humaines de la Santé
SNIS	Système National d'information sanitaire
SMCL	Structure mixte de concertation locale
SNAME	Système national d'approvisionnement en médicaments essentiels
SRSS	Stratégie de renforcement du système de santé
SWOT	Forces, faiblesses, opportunités, menaces
TFS	Tarifification forfaitaire subventionnée
THA	Trypanosomiase Humaine Africaine
UE	Union Européenne
UNICEF	Fond des nations unies pour l'enfance
VIH/SIDA	Virus de l'immunodéficience humaine / Syndrome d'immunodéficience acquit
VVS	Victimes des violences sexuelles
ZS	Zones de santé

Fiche d'intervention

Intitulé	PROGRAMME DE LUTTE CONTRE LES VIOLENCES SEXUELLES–PLVS
N° d'intervention DGCD	3016487
Code intervention	RDC 14 191 11
Zone d'intervention	Province de la Tshopo, zone de santé Makisso-Kisangani et Isangi Province du Sud Ubangi, zone de santé Gemena
	Contribution belge : <ul style="list-style-type: none"> • Selon le DTF original : 3.000.000 EUR • Suite aux décisions des COMPAR pour le programme de transition : +2.000.000 EUR Soit un nouveau budget de 5.000.000 EUR
Institution partenaire	Ministère de la Santé – RDC : <ul style="list-style-type: none"> • Programme National de la Santé de Reproduction • Division Provincial de la Santé de la Tshopo et du Sud-Ubangi
Date de début de la Convention Spécif.	22 décembre 2015
Date de démarrage de l'intervention	07 décembre 2016
Date prévue de fin d'exécution	06 décembre 2022
Date de fin de la Convention Spécif.	20 juin 2023
Durée	De la mise en œuvre de l'intervention : <ul style="list-style-type: none"> • Selon le DTF : 36 mois, jusqu'à 06/12/2019 • Selon l'échange de lettres du mois de septembre 2019 : 42 mois, jusqu'à 06/06/2020 • Selon la période de transition : 72 mois, jusqu'à 06/12/2022 De la convention spécifique <ul style="list-style-type: none"> • Selon le DTF : 48 mois, jusqu'à 21/12/2019 • Selon l'échange de lettres (09/2019) : 60 mois, jusqu'à 20/12/2020 • Selon la période de transition : 90 mois, jusqu'à 20/06/2023
Groupes cibles	Directs Les détenteurs de droits Les victimes de violences sexuelles ; la population congolaise en général, les femmes et les filles en particulier, comme bénéficiaires prioritaires dans les activités de haut impact dans le cadre du PNDS 2019 - 2022. Les porteurs d'obligations Les cadres des DPS et ZS de provinces et zones de santé ciblées ; les prestataires de services, comme médecins, infirmiers, psychologues et agents psychosociaux des formations sanitaires ciblées, qui bénéficient des renforcements de capacités et de compétences. Indirects Les bénéficiaires indirects sont les autres structures centrales du MS

	indirectement impliqués, comme le Programme National de la Santé de reproduction, de la santé mentale ; le ministère du genre ; des affaires sociales les acteurs de la justice, des médias, des écoles secondaires ; les autorités et les leaders communautaires, etc.
Objectif Global (Impact)	Contribuer à l'amélioration de l'état de santé de la population dans le cadre global de lutte contre la pauvreté
Objectifs Spécifiques	La prise en charge des victimes de violence sexuelle par le secteur de la santé est améliorée au travers d'une meilleure accessibilité et qualité des soins dans le cadre d'une approche multisectorielle
Résultats	<p>R1 : Les structures décentralisées de la santé (de gestion et de prestation) sont renforcées dans la prise en charge des VVS.</p> <p>R2 : Un système de prévention des violences sexuelles est renforcé dans la communauté et dans les écoles secondaires</p> <p>R3 : L'accompagnement juridique des VVS est renforcé.</p> <p>R4 : La qualité de prise en charge des VVS est assurée par l'utilisation des méthodes basées sur les évidences scientifiques.</p>

1 Résumé Exécutif

Ce document technique financier (DTF) additionnel fixe les éléments essentiels sur la prolongation jusqu'à fin 2022 du Programme de Lutte contre les Violences Sexuelles (PLVS). L'accent est mis au niveau de son volet d'appui au centre Alwaleed à Kisangani, spécialisé pour la prise en charge de victimes de violences sexuelles et de violences basées sur le genre et au niveau de son volet recherche-action qui vise à améliorer le protocole unique de prise en charge et de le tester dans les centres spécialisés ciblés de la Tshopo et du Sud Ubangi. Le volet d'appui à la Zone de santé (ZS) de Mosango dans la Province du Kwilu est abandonné. Une nouvelle zone de santé est ciblée dans la Tshopo en l'occurrence la zone de santé d'Isangi pour développer des mécanismes de prévention communautaire des violences sexuelles et celles basées sur le Genre y compris la prise en charge médicale et psychosociale des victimes.

Cette prolongation vise à relever certains défis dans le cadre de l'équité du genre et la mise en œuvre du Plan national de développement sanitaire (PNDS, 2019 – 2022). Elle est en phase avec l'engagement fait en 2019, du nouveau leadership présidentiel de la République Démocratique du Congo (RDC), de mettre la lutte contre les violences sexuelles et contre la violence basée sur le genre en priorité dans l'agenda du gouvernement.

En particulier, elle ambitionne de contribuer à répondre au besoin de renforcement de l'approche holistique et multisectorielle de la prise en charge des victimes de violences sexuelles.

Le deuxième aspect visé par cette prolongation touche le renforcement du Centre Alwaleed à Kisangani cherchant à élargir son rôle d'un centre spécialisé dans la prise en charge des victimes vers un centre phare dans les domaines de prise en charge (développement et actualisation de protocoles), recherche, sensibilisation et promotion de la lutte contre les violences sexuelles.

L'objectif global reste inchangé : « Contribuer à l'amélioration de l'état de santé de la population dans le cadre global de lutte contre la pauvreté », ainsi que l'objectif spécifique : « la prise en charge des victimes de violence sexuelle par le secteur de la santé est améliorée à travers une meilleure accessibilité et qualité des soins dans le cadre d'une approche multisectorielle ».

4 résultats sont proposés pour atteindre l'objectif spécifique, à savoir : Résultat 1 : « les structures décentralisées de la santé (de gestion et de prestation) sont renforcées dans la prise en charge des victimes des violences sexuelles » ; Résultat 2 : « Un système de prévention des violences sexuelles est renforcé dans la communauté et dans les écoles secondaires » ; Résultat 3 : « L'accompagnement juridique des victimes des violences sexuelles est assuré » ; Résultat 4 : « La qualité de la prise en charge des VVS est assurée par l'utilisation des méthodes basées sur les évidences scientifiques ».

Les activités retenues qui alimentent ces 4 résultats, sont des extensions dans le temps ou dans l'espace d'activités, recherches, innovations menées dans le projet entre 2016 et 2019. Elles mettent les populations au centre de l'intervention, dans une approche d'adaptation intelligente au contexte d'insécurité et fragilité ; le dialogue technique restera maintenu dans un esprit d'alignement critique visant avant tout l'amélioration de l'état de santé de la population de la RDC.

Le budget additionnel de cet avenant au DTF est de 2.000.000 EUR, et le programme est prolongé jusqu'à décembre 2022.

En matière de couverture géographique, les trois premiers résultats gardent une couverture nationale, avec un ancrage dans la province de la Tshopo et du Sud Ubangi. Le résultat 4 concerne spécifiquement la province de la Tshopo

En matière de ressources mobilisées, les ressources humaines nécessaires sont adaptées avec la fermeture du bureau de Kikwit.

2 Analyse de la situation

2.1 Contexte

Avec une superficie de 2 345 410 km², la RDC est l'un des plus vastes pays d'Afrique. En l'absence d'un recensement précis, sa population est estimée à environ 85.026.000 habitants, selon les estimations de l'Institut National des Statistiques (annuaire statistique 2014).

Le contexte actuel de la RDC reste un contexte d'un état fragile qui se trouve dans une phase de transition entre l'urgence et le développement, du fait de nombreuses crises et guerres auxquelles le pays a été confronté dans un passé récent ; et d'autre part, des évolutions et changements qui ont été observés dans le monde dans le cadre des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD).

Malgré les efforts engagés dans un contexte difficile et fragile, et en dépit de progrès considérables, le pays n'a atteint aucun des OMD, et des défis importants restent à relever : incidence de la pauvreté, niveau préoccupant de la mortalité infantile, taux de mortalité maternelle, stagnation de la prévalence du VIH, faible accès à l'eau potable et faible taux effectif de réalisation des aides publiques au développement.

Le contexte global de la coopération au développement de la santé, intègre de plus en plus les principes d'alignement, d'harmonisation et d'efficacité, tels que formulés dans la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide et dans les initiatives telles que « Harmonisation pour la Santé en Afrique » (HHA) et « Partenariat international pour la Santé-Plus » (IHP+).

Ce contexte en RDC reflète aussi la politique de décentralisation qui a été opérée et qui renforce la capacité de prise de décisions par les pays en général pour une meilleure qualité des programmes et des interventions de santé publique.

La RDC a enfin organisé les élections présidentielles, parlementaires et provinciales le 30 décembre 2018. Le nouveau gouvernement de cohabitation est en vigueur depuis l'été de 2019. La tenue de ces élections et l'entente entre la Belgique et le nouveau leadership présidentiel de la RDC ont eu comme résultat un réchauffement des relations bilatérales entre les deux pays.

Du point de vue sanitaire, les points suivants sont constatés :

- Un profil épidémiologique dominé par les maladies transmissibles et non transmissibles ; une mortalité maternelle et infanto-juvénile parmi les plus élevées d'Afrique, bien que la mortalité infanto-juvénile ait baissé entre 2007 (158 pour 1000) et 2015 (104 pour 1000) ;
- Des situations d'urgence humanitaire complexes ; et
- Une fragmentation du système de santé avec un accès faible aux services par une population à majorité pauvre.

Des progrès sont néanmoins observés :

- Trois ans sans polio virus sauvage ;
- Une réduction (lente) de la prévalence du VIH/SIDA ; et
- Une meilleure coordination de l'action humanitaire.

Dans le domaine de la violence sexuelle et basée sur le genre, une étude exhaustive et complète pour le territoire de la RDC en 2011 de l'American Journal of Public Health a révélé que jusqu'à 1.8 million de femmes congolaises ont été violées au moins une fois dans leur vie. Encore plus effrayant, l'étude a aussi confirmé ce qui était déjà une assertion, qu'environ jusqu'à 3.4 millions de femmes souffrent de violence sexuelle par leur partenaires intimes.

Ces violences sexuelles touchent les femmes de tous profils individuels confondus, bien que les femmes au Nord-Kivu courent bien plus de risque d'en souffrir qu'à Kinshasa.

Selon l'étude, les violences sexuelles en RDC sont encore plus fréquentes qu'auparavant, aussi faudra-t-il intégrer la question des abus et violences en famille en général et les violences sexuelles en particulier dans les politiques de gouvernance et dans les programmes de lutte contre les violences. La question de l'impunité et une relativisation culturelle, qui marquent la discussion par rapport aux violences sexuelles, devrait être éliminée.

Selon une étude de la Banque Mondiale encore, en RDC 74,8 % des femmes et 59,5 % des hommes trouvent normal qu'un mari batte sa femme. L'implication des hommes et des garçons dans la lutte se démontre comme un facteur indispensable pas simplement « d'ordre privé » mais concernant toute la collectivité.

2.2 Cadre politique et stratégique du secteur

Les défis pour le secteur santé sont :

- a) Une capacité optimale de gestion de l'ensemble du système de santé dans le contexte de la décentralisation avec des compétences propres aux différents niveaux du pays ;
- b) Formuler et/ou renforcer mais aussi vulgariser les politiques et stratégies dans certains domaines stratégiques ;
- c) Mettre en place un système de financement des soins permettant l'équité dans l'accès aux soins ;
- d) Un système de santé à même de répondre aux besoins des populations après plusieurs années de crise (conflits armés, catastrophes naturelles) ;
- e) Réduire l'excès de morbidité et de mortalité notamment, par la mise en œuvre rationalisée des programmes performants de lutte contre la maladie ;
- f) Une meilleure coordination de la réponse humanitaire en y intégrant la gestion de des violences sexuelles ;
- g) Renforcer l'autorité de l'Etat, dans un contexte de partenariat multiple.

Pour faire face à ces défis, le MS a édité en 2006 la Stratégie de Renforcement du Système de Santé (SRSS), à laquelle l'ensemble des partenaires a souscrit. Cette stratégie réaffirme la stratégie des soins de santé primaires (SSSP) comme fondement de la politique sanitaire et la ZS comme unité opérationnelle du service de santé en RDC. La SRSS a été actualisée en mars 2010 de façon à mettre l'accent sur les domaines dans lesquels les progrès conditionnent la réussite de l'action de l'ensemble du secteur. La nouvelle version 2010 a pour but de permettre l'alignement des bailleurs non seulement au niveau opérationnel, comme c'était le cas en 2006, mais également au niveau institutionnel, ainsi que de renforcer l'appropriation par le MS.

Le PNDS se trouve dans sa 4^e génération, après une actualisation recadrant le PNDS 2016 – 2019, suite à une évaluation à mi-parcours (EMP), qui a été réalisé pour garantir que le PNDS 2019 – 2022 puisse appuyer au mieux le pays à avancer vers la réalisation de la CSU.

Les grands axes du PNDS antérieur ont été regroupés, mais restent en fait les mêmes : la gouvernance sectorielle, les ressources humaines pour la santé (RHS), les problèmes liés aux Médicaments Essentiels et Génériques (MEG) et intrants spécifiques, les problèmes en rapport avec le financement de la santé, l'information sanitaire, les problèmes liés aux infrastructures et équipements et ceux liés aux prestations des soins et des services de santé.

La CSU en RDC – dans le cadre du 3^e ODD - fait actuellement l'objet d'une attention particulière tant au niveau du MS que de la Présidence de la RDC. Le Président met la pression sur le MS pour une mise en œuvre rapide. Il semble que le Chef de l'Etat souhaite annoncer avant la fin de l'année 2019 la mise en application de la CSU.

Le MS de la RDC est engagé depuis 2006 dans un processus de réforme globale du système de santé, avec deux axes majeurs : (i) le renforcement de la performance du système de santé à tous les échelons, avec une amélioration de l'accès et de la qualité des soins, (ii) la décentralisation du

système de soin, avec une autonomie accrue des Divisions Provinciales de la Santé (DPS). Force est de constater que l'opérationnalisation de cette réforme peine encore à produire des résultats pour garantir l'accès à des soins de qualité de l'ensemble de la population.

Plusieurs partenaires appuient le secteur de la santé : leur contribution représente 39% du financement de la santé. Des efforts de coordination et d'harmonisation des interventions des partenaires s'opèrent à travers le Groupe inter bailleurs santé (GIBS).

Les principaux bailleurs sont la Belgique, le Canada, les États-Unis d'Amérique et la Grande Bretagne ; les partenaires multilatéraux sont l'Union Européenne (EU), la BM et la Banque Africaine de Développement (BAD) ; le Fonds Mondial (FM) et l'Alliance GAVI, ainsi que d'autres institutions des Nations Unies constituent aussi d'importantes sources de financement.

La Banque mondiale a alloué 100 millions de dollars de financement de l'Association internationale de développement (IDA)* à la prévention des violences sexuelles dans quatre provinces de l'est du pays (Sud-Kivu, Nord-Kivu, Maniema et Tanganyika). Le projet s'emploie à faire évoluer les normes sociales en promouvant l'égalité hommes-femmes et en suscitant des changements de comportement, en s'appuyant sur une collaboration étroite avec les organisations de la société civile.

2.3 Cadre normatif et stratégique de la lutte contre les violences sexuelles et les violences basées sur le genre

En 2006 le Gouvernement congolais a révisé la loi portant sur les violences sexuelles par l'adoption de la Loi n°06/018 et 06/019 du 20 Juillet 2006. Cette loi élargit la définition de la violence sexuelle qui ne se limite plus aux atteintes portées contre l'intégrité sexuelle des adultes mais criminalise toute relation sexuelle avec un/une mineur (e) (Art. 167). Récemment, avec la ratification par la RDC du protocole de Maputo et sa publication au journal officiel le 14 Mars 2018, la loi congolaise permet l'avortement médicalisé pour les femmes et les filles avec une grossesse à l'issue d'un viol.

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). Le Ministère du Genre, de la Famille et de l'Enfant (MGFE) est le point focal des acteurs nationaux et internationaux travaillant sur les questions des violences sexuelles et basées sur le genre.

En mars 2010, la stratégie de renforcement du système de santé de deuxième génération est venue apporter une contribution sanitaire à la lutte contre les violences sexuelles. Le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) adopté la même année est l'instrument de mise en œuvre de cette stratégie. Soucieux d'offrir des services de santé complets et de qualité, conformes au PNDS, le Ministère de la Santé a, par ailleurs, mis à jour les normes et directives concernant la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, qui sont une catégorie de la population particulièrement touchée par une morbidité et une mortalité excessive.

En 2012 le MGFE a développé quatre protocoles pour la prise en charge des VVS : la prise en charge médico-légale, la prise en charge psychosociale, l'aide juridique et la réinsertion socio-économique. Le Ministère de la Santé Publique, et plus particulièrement le Programme National de la Santé de la Reproduction (PNSR) et le Programme National de la Santé Mentale (PNSM) ont participé avec le MGFE à l'élaboration du protocole médical pour la prise en charge des victimes de violence sexuelle et des protocoles psychosociaux et santé mentale, de réintégration socioéconomique et scolaire et de la référence légale.

A la Tshopo et au Sud Ubangi, sous l'égide du Ministère du Genre famille et Enfant, une plateforme des acteurs de lutte contre les violences sexuelles a été mise en place en vue de coordonner les actions des intervenants et de garantir l'approche multisectorielle. Ceci facilite la coordination des actions et la synergie entre les ministères. En plus, les Ministres du Genre et les chefs des divisions provinciales de Genre sont établis dans toutes les provinces ciblées par le projet.

Il existe un point focal du Programme National de la Santé de la Reproduction (PNSR) dans la Division Provinciale de la santé (DPS) à la Tshopo et à la DPS du Sud-Ubangi (Ex Province Équatoriale).

En 2006 le Centre Alwaleed a été établi comme un centre spécialisé dans la prise en charge des VVS à Kisangani. Le Centre Alwaleed est un centre de santé de référence public et se trouve à côté de l'Hôpital Général de Référence de Makisso-Kisangani. A Gemena (Sud Ubangi) il n'existe pas de centre similaire et le centre de prise en charge des VVS a été créé dans l'HGR de Gemena.

2.4 Etat d'avancement du PLVS avec bilan (à fin 2019)

2.4.1 Analyse SWOT

Forces	Faiblesses
<p>Enabel respecté par les autres parties prenantes dans le domaine des violences sexuelles.</p> <p>PLVS a répondu aux critères d'une initiative expérimentale ancrée dans les besoins des bénéficiaires ainsi qu'à ceux de la cohérence avec les priorités et politiques du partenaire et celles du donateur.</p> <p>Le PLVS répond de façon adéquate aux problèmes, besoins et priorités des bénéficiaires : l'accès des victimes de violences sexuelles à un soutien sanitaire, psychosocial, judiciaire et socio-économique.</p> <p>Atteinte pertinente de résultats, surpassant les attentes en 2016 en se basant sur les constats de la ligne de base.</p> <p>Activités du PLVS s'inscrivent dans le cadre des contrats uniques en vigueur dans les DPS.</p> <p>Intervention évaluée comme très pertinente pour la RDC et la stratégie de coopération de la Belgique.</p> <p>Enabel est une des seules agences à appuyer directement la lutte contre les violences sexuelles hors zone d'insécurité (Est du pays).</p> <p>PLVS comme programme intégré et complémentaire dans le programme global d'appui à la santé au niveau central (PANC) et au niveau décentralisé (PADP).</p> <p>Le coaching rapproché des cadres de la DPS, à travers la présence physique des Assistants Techniques Internationaux (ATI), est évalué efficace.</p> <p>Le soutien du PLVS à la collecte de données sur la prévalence des violences sexuelles.</p> <p>La mise en œuvre de la TF avec subside pour la gratuité a permis une augmentation du taux de fréquentation des structures de prise en charge des VVS.</p>	<p>Certains retards au niveau de décaissement qui est de 80% à la conclusion du PLVS selon le rapport des résultats fin 2019.</p> <p>Manque d'une conception et une mise en œuvre plus nuancées de la stratégie globale du PLVS qui ne permet pas de cibler les besoins locaux : l'inclusion de la réinsertion socio-économique ; trop de différence de qualité et disponibilité des one-stop-centrer entre zones urbaines et rurales ; ruptures de stock et des enjeux non couverts par le PLVS : approches adaptées aux enfants et l'appréhension du phénomène de viol sur des hommes.</p> <p>Pas de budget prévu pour le renforcement du mécanisme de coordination sous le lead du ministère du Genre, ce qui ne permet pas un meilleur système de collecte des données, utile pour guider et réorienter les activités en fonction des besoins.</p> <p>Rupture de la distribution des kits PEP (doivent être fournis par Unicef, Fonds Mondial) : soit ils sont incomplets, soit non disponible, ce qui compromet la qualité de PEC des VVS dans les 72 heures suivant l'agression.</p> <p>« Les viols normatifs » (rapports sexuels avec consentement entre mineurs ; constat de notre recherche action) avec comme conséquences la criminalisation des relations sexuelles entre mineurs et la détention de mineurs</p> <p>Le dysfonctionnement de l'appareil juridique qui entrave la réparation des VVS.</p> <p>Absence et/ou faiblesse des acteurs qui s'occupent de la réinsertion socio-économique des VVS.</p>

Opportunités	Menaces
<p>Meilleure entente entre la Belgique et la RDC au niveau gouvernemental.</p> <p>La stratégie pour le futur d'Enabel en RDC axée sur le principe du développement territorial et/ou local avec fort accent sur l'approche multisectorielle dans des zones limitées et concentrées d'intervention.</p> <p>Le développement et la proactivité de la part de la représentation d'Enabel en RDC vers des opportunités de marchés pour tiers.</p> <p>Le PLVS s'aligne avec succès sur la politique de coopération belge pour un engagement plus profond et plus dynamique autour des problématiques de genre, conformément à la Politique de Genre 2019-2023 d'ENABEL.</p> <p>En outre, l'approche holistique visée et l'inclusion d'activités de prévention répondent au besoin de s'attaquer aux causes profondes du phénomène, au-delà de l'amélioration des réponses aux VSBG.</p>	<p>Contexte économique dégradant et pauvreté généralisée de la population.</p> <p>Faible disponibilité de personnel qualifié dans le niveau intermédiaire.</p> <p>Personnel du secteur public de la santé est payé régulièrement mais insuffisamment.</p> <p>Migration continue du personnel de santé.</p> <p>Continuité de la déficience de l'offre énergétique.</p> <p>Dégradation de la situation de stabilité politique et sécuritaire dans le pays.</p> <p>Dégradation des relations bilatérales entre la Belgique et la RDC.</p> <p>Corruption dans le pays dans un état de fragilité et manque de redevabilité.</p> <p>La sensibilité de l'intégration/collaboration entre l'HGR de Makiso-Kisangani et le Centre Alwaleed.</p>

2.4.2 Les réalisations : bref aperçu

Le PLVS est à sa troisième année de mise en œuvre. Les résultats obtenus sont présentés régulièrement aux membres de la structure mixte de concertation locale. Ensemble avec le Ministère de la Santé et la DPS de la Tshopo le PLVS avait décidé de se concentrer surtout sur la collaboration avec le Centre Alwaleed comme centre « laboratoire » de la recherche action.

En ce qui concerne l'objectif spécifique : « la prise en charge des victimes de violence sexuelle par le secteur de la santé est améliorée au travers d'une meilleure accessibilité et qualité des soins dans le cadre d'une approche multisectorielle » nous pouvons constater que les DPS de Kwilu et Sud Ubangi ne disposent pas encore d'un centre spécialisé, connu comme le one-stop-centre, dans la prise en charge des VVS qui est proprement fonctionnel et intégré dans le système de la santé et à base d'une collaboration multisectorielle.

Il existe des locaux appropriés pour la prise en charge des VVS dans les HGR respectifs et le nombre de VVS qui est pris en charge a augmenté considérablement sur les 3 années, à 20% en moyenne par année. Dans ces locaux les médicaments, intrants et KIT PEP sont disponibles, bien qu'avec encore des ruptures de stock. Les protocoles nationaux actualisés de prise en charge y sont utilisés.

Un nombre important de personnel qui est actif dans la prise en charge des VVS ont été formés. Des réunions avec les autres structures de prise en charge se tiennent de manière régulière et le mécanisme de référence et contre référence est fonctionnel et performe mieux chaque année. Les données sanitaires de la prise en charge sont intégrées dans le système DHISII du Système national d'information sanitaire.

Le CSR Alwaleed a été aménagé en partie et le circuit des Victimes de Violences Sexuelles (VVS) y est actuellement amélioré, son cadre est propice pour la prise en charge. Le personnel technique et administratif est formé sur le protocole national de prise en charge, La Division Provinciale du Genre organise régulièrement des réunions auxquelles le Centre Alwaleed participe avec tous les acteurs impliqués dans l'assistance multisectorielle pour s'assurer que les VVS bénéficient de la PEC multisectorielle.

On note toutefois encore une insuffisance d'équipement et de matériel biomédical approprié. Il faudra aussi mieux sécuriser le centre avec une clôture et renforcer l'approche One-Stop-Center. En ce qui concerne les RH, il se pose un problème de rationalisation. Deux psychologues pour animer le service psychosocial, c'est insuffisant pour couvrir les besoins, tandis qu'on note une pléthore de médecins et d'infirmiers.

Dans toutes les zones d'intervention du PLVS, nous constatons une nette amélioration du *nombre de VVS qui sont prises en charge, marquant en moyenne une différence avec la baseline d'environ 50%*.

L'augmentation du nombre de cas pris en charge est imputable à une combinaison de plusieurs actions notamment l'amélioration de la qualité de la prise en charge, la gratuité de la prise en charge, la mise en place des mécanismes d'alerte et d'orientation au niveau communautaire, les sensibilisations de proximité et de masse dans la communauté et à travers les médias, le mécanisme de référence vertical et horizontal.

Une proportion rassurante de ces VVS sont arrivées dans le délai de 72 heures et ont bénéficié du Kit PEP pour prévenir les VIH, IST et grossesses non désirées. La majorité de VVS qui se présentent sont des jeunes filles âgées entre 15 et 18 ans.

Les principaux résultats obtenus jusqu'à présent sont :

2.4.2.1 R1 : Les structures décentralisées de la santé (de gestion et de prestation) sont renforcées dans la prise en charge des VVS.

Tous les centres ciblés pour être les one-stop-center 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, avec un appui au suivi post formation et supervision par le PNSR, recyclage de prestataires et personnel administratif, remise à niveau des prestataires de santé, des psychologues sur la PEC des VVS.

Le personnel médical a été recyclé sur l'utilisation de partogrammes, les capacités du personnel administratif sur la gestion financière à travers la convention des subsides ont également été renforcées. Enfin, dans le cadre de l'appui à la performance du Programme National de Santé Mentale, on constate que les capacités de plusieurs agents au sein de ce programme ont été renforcées en vue d'une meilleure supervision.

L'appui à la subvention (à 100%) pour le système de tarification forfaitaire subsidiée aux HGR et au Centre Alwaleed a bénéficié à plus de deux mille de VVS depuis sa mise en marche.

En ce qui concerne la proportion des VVS qui ont été suivies par les centres spécialisés ciblés, au moment du traumatisme et dans la période qui suit, elle a augmenté en moyenne de 30 % par année. Le suivi médical (contrôle, CPN, accouchement) et psychologique (séance de psychothérapies, visite à domicile, soutien psychologique des proches) se sont réalisés normalement.

80% des VVS pris en charge en moyenne ont bénéficié d'un mécanisme de référencement et d'accompagnement fonctionnels et efficaces qui sont mis en œuvre entre les services de santé, d'aide juridique et de la réinsertion socioéconomique.

A titre d'illustration pour l'année 2019 à la Tshopo, les VVS prises en charge présentent, les caractéristiques suivantes :

- Un peu moins que 30% sont venues directement de la communauté au Centre Alwaleed et ont été référées à la police et à la justice,
- 286 de VVS (45%) ont été référées de la justice vers le Centre Alwaleed,
- 363 références des VVS ont abouti,

Toutefois, l'absence des acteurs dans le domaine de la réinsertion socioéconomique et l'inaction des affaires sociales par manque de financement ne permet pas de référer suffisamment les VVS pour la réinsertion économique. La réinsertion sociale est assurée par les psychologues ainsi que les réseaux communautaires à travers des visites à domiciles et des médiations en cas de conflit entre les proches de la victime suite à l'incident de violence sexuelle.

2.4.2.2 R2 : Un système de prévention des VS est mis en place dans la communauté et dans les écoles secondaires

Le résultat lié à l'existence d'un mécanisme d'alerte et d'orientation fonctionnel pour les VVS de la communauté vers les structures de prise en charge a été atteint en 90%. La stratégie de communication du PLVS a été élaborée et une cellule de communication s'est mise en place.

162 Relais communautaire (RECO) et autres membres de la communauté ont été formés, jouent le rôle de noyaux d'alerte et sont évalués trimestriellement. Des spots et un magazine sur les violences sexuelles sont diffusés sur des chaînes radio et télévision dans les zones d'intervention, ainsi des campagnes de masse et de proximité avec sensibilisation d'élèves des écoles, sont organisées régulièrement.

L'efficacité de ce mécanisme a permis d'accroître le nombre de personnes qui viennent directement de la communauté orientée par les RECO et les noyaux SGBV. Ceci a facilité la prise en charge médicale et psychologique dans le délai de 72 heures et ont pu éviter des grossesses et des infections dont le VIH –SIDA.

Plus de 10 écoles secondaires ont été appuyées par le PLVS d'Enabel en collaboration avec le programme EDUT à la Tshopo. Deux volumes du module de prévention des violences sexuelles, VIH et IST ont été élaborés et appliqués dans les écoles secondaires. Une formation a été réalisée avec les enseignants du cours de l'éducation à la vie familiale d'écoles appuyées par EDUT sur le module de prévention des VS/IST/VIH-SIDA dans les écoles

2.4.2.3 R3 : L'accompagnement juridique des victimes des violences sexuelles est renforcé

La cible d'acteurs judiciaires (OPJ, magistrats, avocats, personnels judiciaires des juridictions civiles et militaires) formés et sensibilisés a été largement atteinte.

Une analyse de la prise en charge juridique en 2018 combinée à une étude des coûts de la prise en charge juridique et judiciaire des VVS a été réalisée. Cette étude a démontré que les coûts appliqués dans le secteur juridique et judiciaire ne coïncident pas avec les barèmes officiels correspondants.

En général, la proportion de VVS qui décident de procéder juridiquement sont transportées du centre de prise en charge vers les instances judiciaires, 26% en moyenne, parce que beaucoup de VVS refusent de procéder juridiquement pour diverses raisons.

2.4.2.4 R4 : La qualité de la prise en charge des VVS est assurée par l'utilisation des méthodes basées sur les évidences scientifiques.

La recherche-action avec usage de la 'grounded theory' a avancé mais n'est pas encore terminée. L'analyse et l'intégration des différentes sources de données collectées (dossiers médico-psychosocial, entretiens des VVS et leurs proches, dossiers judiciaires, focus group, littérature grise) sont réalisées, ainsi que le rapport de l'analyse institutionnelle du Centre Alwaleed.

Une typologie des situations types de violence sexuelle a été élaborée, ainsi qu'un modèle d'élaboration du premier draft de protocole de prise en charge de la situation type 4. Les résultats préliminaires de la recherche ont été présentés au 11^{ème} Congrès Européen de Médecine Tropicale et de Santé Internationale à Liverpool, au séminaire régional « She Decides » d'Enabel au Burkina Faso et pendant le séminaire sur la santé et les violences sexuelles en RDC, réalisé le mois de décembre aux bureaux d'Enabel à Bruxelles.

Lors de l'atelier de travail organisé dans le cadre de la recherche action *Grounded Theory* à l'Université de Kisangani en novembre 2019, la deuxième phase de la recherche action a démarré , à savoir le développement du protocole de prise en charge unique sur la base des résultats de la recherche.

2.4.2.5 L'évaluation à mi-parcours (EMP) du Programme Santé : principales recommandations pour le PLVS

Recommandations générales pour le PLVS

1. Il est nécessaire de renforcer la prise en charge holistique des victimes des violences sexuelles, en insistant sur les volets juridique et socio-économique.

Recommandations générales pour le PLVS en cas de prolongation

2. Renforcer les mécanismes de prise en charge en général pour adapter les interventions du PLVS aux vulnérabilités spécifiques des filles mineures face aux VSBG et renforcer la méthodologie utilisée pour les formations ;
3. Renforcer la prise en charge médicale, notamment en prenant en charge les besoins permanents de services et/ou infrastructures : l'approvisionnement régulier en intrants comme les kits PEP ; l'appui en matériel et équipements (lits de consultation, lits d'accouchement, appareils d'échographie, lampes frontales, balances) et salles de consultation. De plus, il faut anticiper la pérennisation de la gratuité de la PEC des survivant(e)s de VS ;
4. Renforcer la prise en charge juridique en envisageant la fourniture d'un appui institutionnel au secteur judiciaire qui nécessite un budget supplémentaire non programmé sur le PLVS et qui impliquerait d'autres Ministères¹, en vue de garantir plus de confidentialité aux auditions des victimes survivant(e)s et en poursuivant le programme de formation juridique, de préférence en collaboration avec des spécialistes de la réforme du secteur judiciaire (par ex GIZ) ;
5. Renforcer la prise en charge socio-économique, avec comme levier l'intégration de la prise en charge juridique des victimes une aide à se constituer partie civile pour obtenir des réparations. Il est aussi fondamental de promouvoir des mesures durables de prévention et réponse aux VSBG.

Recommandations pour la poursuite de la coopération Belge en santé en RDC

6. Dupliquer l'expérience du PLVS à d'autres sites, sous réserve des améliorations nécessaires.

¹Ministère de la Justice, Ministère du genre par exemple.

3 Orientations stratégiques

Le Programme de Lutte contre les Violences Sexuelles fait partie intégrante du Programme santé de la RDC avec 3 composantes à savoir le PANC (Programme d'Appui au Niveau Central°, le PADP (Programme d'Appui aux Divisions Provinciales de la santé et aux zones de santé (PADP). Comme tel le PLVS fait sienne les orientations stratégiques du Programme santé et se caractérise par une approche intégrée et coordonnée et s'inscrit également dans une approche multi-bailleurs. Le PLVS a été conçu comme un résultat additionnel du PADP et recherche activement les synergies et complémentarités avec les autres composantes du Programme Santé.

Des séances de planification conjointe ont lieu chaque trimestre. Des réunions de coordination se tiennent régulièrement pour garantir la pertinence et l'efficacité du programme.

Axes stratégiques

3.1.1 Le renforcement de l'approche One Stop Centre (OSC) intégré dans le secteur de la santé et adapté au contexte socio-culturelle et socio-économique de la province avec un focus au Centre de Santé de Référence Prince Alwaleed.

Le Centre assure la prise en charge médicale et psychosociale des victimes/survivantes de violence sexuelle d'une part et à travers un mécanisme de référencement fonctionnel avec la police et la justice contribue à leur prise en charge juridique.

Cette prise en charge juridique pourra être renforcée par une collaboration plus étroite avec une structure d'accompagnement juridique (société civile, ONGD) œuvrant dans le domaine de la défense des droits des victimes et avec la police de prévention des violences sexuelles pour l'enregistrement de la plainte au niveau du Centre Alwaleed dans la mesure du possible. Un accent particulier sera mis sur l'appui de la Division des affaires sociales qui travaillera en synergie avec le service psychosocial du Centre. La Division des affaires sociales est responsable pour la réinsertion sociale des victimes/survivantes dans leur famille/ communauté.

La prise en charge juridique pourra faire objet d'une recherche action qui doit permettre de développer un modèle d'aide juridique et de médiation efficace et pertinent dans le meilleur intérêt de la victime. La recherche action s'alignera avec les principes et les constats de la recherche « Grounded Theory » et sera accompagnée par l'Expert Paix et Sécurité d'Enabel et un partenaire académique belge (comme, p.ex. la Vrije Universiteit Brussel qui a une longue expertise dans l'aide juridique aux VVS dans l'est du pays).

Les mécanismes de référencement vertical des aires de santé vers le Centre Alwaleed devront également être renforcés en clarifiant dans le protocole de prise en charge le rôle des centres de santé et leurs limites. De même le rôle des structures communautaires mérite d'être explicité.

Le Centre Alwaleed doit davantage se spécialiser et renforcer sa collaboration avec les formations sanitaires (CS et HGR) et les acteurs externes (police, justice, affaires sociales) pour une plus grande efficacité.

Avec l'appui du PADP le PLVS donnera un appui aux négociations entre le Centre Alwaleed et l'HGR de Makiso-Kisangani en vue d'une rationalisation des ressources disponibles ainsi que les négociations pour la mise en place d'un centre de prise en charge de femmes avec une fistule obstétricale avec l'association belge, Fistule Aide. Il faut aussi souligner que les interventions du Centre permettent d'assurer un continuum de soins sur le long terme notamment en prenant en charge les cas de grossesse, d'accouchement, soins obstétricaux d'urgence. Ce paquet de soins pourra être élargi à la prise en charge des cas de fistule, de service de planning familial notamment pour les adolescents en vue de prévenir les grossesses non désirées.

3.1.2 Le renforcement de la mobilisation communautaire.

Une stratégie de communication pour le développement a été développée se fondant sur les résultats de l'enquête CAP, de la recherche-action, de l'expérience des acteurs et des professionnels. Des cibles, des actions prioritaires, les messages et des outils ont été identifiés.

La mise en œuvre de cette stratégie va consolider les mécanismes communautaires de prévention mis en place notamment pour l'identification, l'orientation et la prise en charge des victimes dans les 72 heures qui a commencé à donner des résultats.

L'implication de la communauté est essentielle dans la lutte contre les violences sexuelles, le renforcement des mécanismes de protection communautaires sera donc un point d'attention. Plus spécifiquement, la protection des enfants et adolescents majoritairement victimes des violences sexuelles dans le contexte de la Tshopo. La prévention des violences sexuelles en milieu scolaire à travers la réinsertion sociale/scolaire des élèves en lien avec le programme EDUT et la division des affaires sociales mais aussi l'éducation à l'égalité du genre, à la sexualité, à la prévention IST/VIH-SIDA.

3.1.3 L'amélioration de la qualité des soins à travers le développement d'un protocole de prise en charge intégrant les résultats de la recherche-action

L'usage de la « Grounded Theory » a permis d'identifier 6 catégories types pour lesquelles les victimes/survivantes viennent consulter le centre. Chacune de ces situations présente des spécificités qui doivent être abordées différemment dans le processus de la prise en charge. La méthodologie de la recherche-action permettra de passer de la phase de la « Grounded Theory » à la phase de la « Grounded Care » lors duquel on va développer un protocole de prise en charge unique adaptée à base des résultats des études qui ont été menées. A cette fin le partenariat académique avec l'Université Catholique de Louvain-la-Neuve, l'Université de Gand et l'Université de Kisangani sera prolongé. Lors de cette phase on travaillera sur le développement d'une proposition de protocole unique qui sera accompagnée par des instructions opérationnelles pour les prestataires de services qui adressent chacune de ces situations. Ces instructions doivent permettre de tester le protocole au Centre Alwaleed et à Gemena et de faire les adaptations nécessaires.

Dans le cadre du partenariat académique avec les trois universités mentionnées, le PLVS investira dans la capitalisation au travers des publications scientifiques et non-spécifiques, l'organisation d'ateliers et séminaires au niveau provincial et national, et la participation aux conférences nationales et internationales. Le but final est que le protocole de prise en charge unique puisse être validé par le gouvernement national comme protocole de prise en charge national.

L'amélioration de la qualité des soins se fera aussi à travers un processus de renforcement de capacité continue des prestataires et une amélioration du cadre de travail (environnement physique, équipement, matériel).

3.1.4 L'Introduction graduelle de l'approche de développement local

Le renforcement de l'intersectorialité, des synergies et complémentarités avec d'autres interventions d'Enabel sera de mise.

Le PLVS collabore avec le programme EDUT notamment dans le domaine de la prévention des violences sexuelles en milieu scolaire à Kisangani et à Isangi. Les liens avec les secteurs de l'agriculture et du désenclavement restent à définir.

Le principal obstacle à une collaboration est lié aux zones d'intervention distinctes. Il existe certainement un potentiel non encore exploité en termes de synergie aussi bien en matière de prévention que de réponse aux Violences sexuelles et celles basées sur le genre. Des questions comme l'accès aux soins (financier et géographique), la prévention des violences, le bien-être de la population constituent des préoccupations partagées par différents secteurs d'Enabel et devront donc

être abordées à travers des cadres plus larges qui mobilisent des expertises, compétences et ressources disponibles dans une localité/un territoire pour une plus grande efficacité.

Le PLVS entend donc renforcer sa collaboration avec EDUT à Kisangani et explorer les possibilités de synergie avec EDUMOSU à Gemena.

Dans la Tshopo, le PLVS pourra dans un premier temps étendre sa collaboration avec EDUT au territoire d'Isangi et définir les possibilités d'intervention complémentaire avec le programme de développement rural qui est également présent sur le même territoire.

3.2 Principes d'action

Comme expliqué dans le document de stratégie d'expertise d'Enabel, le monde change rapidement. Et le contexte du développement, celui dans lequel Enabel opère en RDC, ne fait pas exception à la règle ; nous voyons constamment apparaître de nouveaux défis et un autre type de complexité.

Aussi le contexte du développement dans lequel Enabel opère en RDC change rapidement. Le programme santé d'Enabel est caractérisé par un appui au secteur de la santé à deux niveaux de l'organisation sanitaire : (i) au niveau central avec un appui à 3 structures clés du MS, (ii) au niveau décentralisé avec un appui aux DPS et aux ZS ; une 3^{ème} composante – la lutte contre la violence sexuelle – qui s'ajoute comme un thème d'attention particulière ancrée dans le secteur de la santé, mais avec des liens avec d'autres secteurs.

Cet appui de la Belgique s'aligne pleinement au niveau central où opère le programme santé dans la politique de santé du MS en contribuant à la réalisation des objectifs du Gouvernement dans le secteur de la santé. Le nouveau leadership présidentiel du pays a vite redistribué les accents et priorités sectorielles, en soulignant la CSU comme grande priorité. Dans ce contexte en pleine évolution, le rôle premier d'Enabel en tant qu'agence de développement et spécifiquement de son programme santé est de traduire les choix politiques des parties prenantes locales et belges en actions et réponses pertinentes en vue d'atteindre la CSU comme ODD. Le programme santé au niveau central est proche à cette prise de décision qui va définir les choix.

A cette fin, l'expertise du programme santé d'Enabel pour le secteur de la santé doit encore mieux être placée dans le contexte des effets des défis mondiaux pour la RDC et au-delà, en tenant compte de sujets tels que la fragilité de l'Etat, le désintérêt croissant en général pour le multilatéralisme, le cadre des ODD et les politiques européennes.

Pour mieux encadrer les choix à faire en tant qu'axes stratégiques, nous souhaitons ci-dessous clarifier les principes d'action sur lesquelles nous nous sommes basés :

3.2.1 Santé et droits sexuels et reproductifs, y compris la planification familiale

Compte tenu du taux de fécondité élevé dans la RDC qui prévaut actuellement et de la croissance démographique en hausse, qui mettent les ressources et l'accès aux services de base sous pression et le pays en risque de « *l'entrapement démographique* », le PANC contribue à augmenter la proportion de femmes en âge de procréer (15-49 ans) qui utilisent des méthodes modernes de planification familiale, à travers de son appui à la DEP pour mettre en œuvre le PNDS 2019-2022.

3.2.2 Réduire la fracture numérique

Compte tenu de l'importante fracture numérique actuelle et de ses conséquences sociétales, le programme santé d'Enabel contribue à augmenter la proportion de formations sanitaires ayant des systèmes d'information, d'administration et gestion financière et de soins de santé digitalisés, par type de compétence.

3.2.3 Cohésion sociale dans les villes

Compte tenu des écarts importants observés au sein des populations urbaines, le programme santé d'Enabel en RDC contribuera à une participation accrue à la société, en particulier des groupes vulnérables et défavorisés. A la ville de Kisangani, dans la Province d'intervention de la Tshopo, le PADP, PLVS et secteur d'éducation exploreront un modèle spécifique urbain pour mieux répondre à l'exercice des droits de santé et droits sexuels et reproductifs, y compris planification familiale pour le groupe stratégique des adolescentes.

3.3 Critères de sélection

Afin de choisir les activités pertinentes pour la prolongation, des critères absolus et optionnels ont été suivis :

- **La consolidation des acquis** de l'intervention antérieure : il s'agit des réalisations qui ont permis d'obtenir des résultats probants et qui nécessitent des ajustements
- **L'extension dans le temps** voire dans l'espace : ce sont des approches fonctionnelles dont l'efficacité sera renforcée à travers une prolongation dans le temps et une mise à l'échelle
- **Capitalisation des résultats des études** et recherches-actions : il s'agit de formuler des activités qui intègrent les constats des études de l'intervention antérieure.
- **Prise en compte de l'intersectorialité** : formuler des activités mettant en exergue les liens avec les autres secteurs d'intervention d'Enabel.

4 Planification Opérationnelle

4.1 Objectifs et résultats attendus

4.1.1 Objectifs général et spécifique

L'objectif général est « Contribuer à l'amélioration de l'état de santé de la population dans le cadre global de lutte contre la pauvreté ».

L'objectif spécifique est : « 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 ».

Résultats attendus

Résultat 1 : les structures décentralisées de la santé (de gestion et de prestation) sont renforcées dans la prise en charge des victimes de violences sexuelles.

Résultat 2 : Un système de prévention communautaire de la violence sexuelle est renforcé dans la communauté et dans les écoles secondaires.

Résultat 3 : L'accompagnement juridique des victimes de violences sexuelles est renforcé.

Résultat 4 : La qualité de la prise en charge des VVS est assurée par l'utilisation des méthodes basées sur les évidences scientifiques.

4.2 Activités

Les activités suivantes sont à ajouter ou intégrer au niveau des 4 résultats attendus :

4.2.1 Résultat 1 : les structures décentralisées de la santé (de gestion et de prestation) sont renforcées dans la prise en charge des victimes de violence sexuelle

4.2.1.1 Activités

A.01.01 Analyser/Appuyer la révision des protocoles nationaux

A.01.02 Appuyer la tarification forfaitaire

A.01.03 Appuyer le référencement des VVS des aires de santé vers le CSR Alwaleed et l'HGR par le biais d'une recherche-action

A.01.04 Elaborer un plan de renforcement de capacité des prestataires du CSR Alwaleed, de l'HGR de Gemena, d'Isangi dans la prise en charge (médical, psychosocial) et sur des thématiques spécifiques à travers des suivi-post formation les supervisions, des partages d'expérience avec d'autres structures/acteurs en RDC ou à l'extérieur

A.01.05 Appuyer la Division des affaires sociales (DIVAS) pour la réinsertion sociale des VVS

A.01.06 : Réhabiliter et équiper le Centre de santé de référence Alwaleed et l'HGR Gemena selon le besoin

A.01.07 Appuyer le processus de mise en œuvre y compris les négociations avec Fistule Aide et la r la collaboration entre le Centre Alwaleed et l'HGR.

4.2.2 Résultat 2 : Un système de prévention des violences sexuelles est renforcé dans la communauté et dans les écoles secondaires

4.2.2.1 Activités

A.02.01 Appuyer la mise en œuvre de la stratégie de communication pour le développement du PLVS et l'adapter aux nouvelles zones d'intervention si besoin

A.02.02 Appuyer le suivi de la mise en œuvre des modules de prévention des violences sexuelles, des IST/VIH-SIDA en milieu scolaire en lien avec les interventions dans le secteur de l'éducation d'Enabel

A.02.03 Appuyer des sessions de sensibilisation et d'information et la mise en place d'un système de référencement des VVS au sein des écoles.

A.02.04 Identifier les possibilités de synergie/complémentarités avec les autres secteurs d'Enabel

4.2.3 Résultat 3 : L'accompagnement juridique des victimes des violences sexuelles est renforcé

A.03.01 Appuyer le renforcement de la collaboration entre la police de prévention des violences sexuelles ou autre et les centres spécialisés de prise en charge (enregistrement de la plainte au sein du centre)

A 03 02 Assurer la formation des parties prenantes juridiques dans les zones d'intervention

A.03.03 Appuyer une structure d'aide juridique pour l'accompagnement juridique/judiciaire des victimes de violence sexuelle/survivantes de violence sexuelle

A 03 04 : Appuyer le fonctionnement du mécanisme de référence entre acteurs de la santé, de justice, des affaires sociales et autres intervenants

A.03.05 Soutenir le volet d'aide juridique avec une recherche action.

4.2.4 Résultat 4 : La qualité de la prise en charge des VVS est assurée par l'utilisation des méthodes basées sur les évidences scientifiques.

4.2.4.1 Activités

A.04.01 Appuyer la recherche-action pour le développement du protocole de prise en charge unique des VVS

A.04.02 Appuyer la capitalisation des approches développées par le PLVS

04 03 ; Activités de recherche continue à travers la théorie de la grounded theory

4.3 Synergies / complémentarités

Le Programme santé a été conçu comme une intervention unique avec une approche multisectorielle, multi-niveaux et multi bailleurs, mis en œuvre dans le cadre du Programme indicatif de coopération (PIC) de 2015-2019 qui avait la réforme du système de santé comme secteur de concentration prioritaire pour la coopération belgo-congolaise.

De manière globale, l'approche du programme santé d'Enabel en RDC, vise, entre autre à (a) Intégrer et coordonner les volets du programme santé comme un ensemble cohérent pour une meilleure appropriation de l'appui institutionnel ; (b) Configurer un dispositif organisationnel, de pilotage, de suivi et appui qui est spécifique au programme santé et atypique par rapport aux autres interventions d'Enabel en RDC ; (c) Dynamiser le dialogue entre bailleurs / PTF pour une meilleure harmonisation et avec les partenaires pour un meilleur alignement aux politiques en vigueur ; (d) Promouvoir une attitude plus critique dans la gestion de la santé à travers une prise de décision liée à la recherche action.

Ensemble avec l'ancrage institutionnel de chaque volet, les aspects de la configuration du programme santé ont fait l'objet d'une étude approfondie par l'équipe de la revue à mi-parcours en 2019 :

« Tout d'abord, il faut noter que l'approche programmatique actuelle permet effectivement d'assurer une cohérence, complémentarité et, dans une moindre mesure, une articulation entre les volets. Ceci est facilité par trois dynamiques : (1) la nature même du PANC qui, en appuyant le niveau central dans sa fonction de coordination de l'action sanitaire nationale et dans son rôle de pilotage de la décentralisation avec les DPS, englobe de fait toutes les composantes, (2) le volet médicaments qui, par sa transversalité, intègre de facto le PANC, le PADP et le PLVS, (3) l'intégration effective du PLVS dans le PADP au niveau provincial. L'articulation opérationnelle entre les trois programmes est plus complexe, compte tenu des différentes composantes de ceux-ci et du manque de moyens alloués à ce travail de coordination au niveau central, mais aussi de manière horizontale entre DPS appuyées. La revue considère que l'approche systémique et intégré est bien comprise par l'ensemble des parties prenantes, ce qui est facilité par l'inscription des résultats du Programme santé d'Enabel dans les objectifs du PNDS. Le PLVS est parfaitement intégré au PADP, les objectifs autour de la Santé Maternelle Néonatale et Infantile regroupant de fait ces deux programmes. Le lien entre le PANC et le PLVS est quant à lui moins évident : ainsi, aucun résultat attendu du PANC ne mentionne la question du genre ou des VSBG. »

Pour les synergies en interne l'approche sera entièrement basée sur la stratégie de développement territoriale et / ou local dans lequel l'ensemble du programme santé s'inscrira. Il y aura certainement plus d'activités et même des résultats en commun avec d'autres interventions dans les provinces cibles, surtout à la Tshopo.

Pour les acteurs externes à Enabel, il s'agira de renforcer la collaboration entre les acteurs de la santé, de la police, de la justice, des affaires sociales (OSC) mais aussi de la division du genre pour la

coordination conformément à la stratégie nationale de lutte contre les violences sexuelles et celles basées sur le genre.

Les synergies et complémentarités sont également à consolider avec les PTF et agences des Nations Unies et ONGI. Il s'agit entre autres du fonds mondial, UNFPA, UNICEF, CORDAID pour la fourniture des KITS PEP et autres actions allant dans le sens de la lutte contre les violences sexuelles ou thématiques connexes.

4.4 Cadre logique, indicateurs et sources de vérification.

Voir Annexe 8.2.

4.5 Localisation

Le PLVS dans sa phase de prolongation sera mis en œuvre dans la province de la Tshopo, dans la zone de santé de Makisso Kisangani avec un accent sur sa population vivant en milieu urbain, ainsi que le territoire et bassin de production agricole d'Isangi. Dans la province de Sud Ubangi l'intérêt sera plutôt sur la zone de santé de Gemena, en synergie avec EDUMOSU.

4.6 Bénéficiaires

4.6.1 Bénéficiaires directs

4.6.1.1 Les détenteurs de droits

Le premier bénéficiaire direct est la population congolaise en général et les femmes et les filles en particulier, comme bénéficiaires priorisées dans les activités de haut impact dans le cadre du PNDS 2019 - 2022.

4.6.1.2 3.5.1.2 Les porteurs d'obligations

Les bénéficiaires directs au niveau des porteurs d'obligations sont les cadres des DPS et ZS de provinces et zones de santé ciblées ; les prestataires de services, comme médecins, infirmiers, psychologues et agents psychosociaux des formations sanitaires ciblées, qui bénéficient des renforcements de capacités et de compétences.

Enfin, il y a le staff technique du niveau central, la DEP et le PNAME.

4.6.2 3.5.2 Bénéficiaires indirects

Les bénéficiaires indirects sont les autres structures centrales du MS indirectement impliqués, comme le Programme National de la Santé de reproduction, de la santé mentale ; le ministère du genre ; des affaires sociales, les acteurs de la justice, des médias, des écoles secondaires ; les autorités et les leaders communautaires, etc.

4.7 Durée

La durée de mise en œuvre de l'intervention sera de 72 mois depuis décembre 2016 jusqu'à décembre 2022, et la durée de la convention spécifique sera de 90 mois, de décembre 2015 jusqu'à juin 2023.

5 Ressources

5.1 Ressources humaines

Les ressources humaines actuelles seront maintenues et prolongées jusque fin 2022 selon leur domaine d'intervention (prise en charge jusqu'au mois de juin 2020 déjà prévue sur le budget actuel).

Tableau 1 : Composition d'équipe d'exécution

Description de fonction	Rôle	Durée indicative de prestation
Equipe technique et de coordination		
1 Assistant Technique International (ATI)	Gestion journalière de l'intervention, planification technique et financière, mise en œuvre, suivi, rapportage, dialogue technique, développement de partenariats, capitalisation et clôture.	100% jusqu'à mars 2023
3 (trois) Assistants Techniques Nationaux (ATN)	La mise en œuvre des activités du PLVS sur la base d'une planification et coordination avec l'ATI Le rapportage et le suivi Le transfert des compétences aux partenaires congolais Le suivi de la gestion administrative et logistique en lien avec le programme d'appui au niveau intermédiaire. Appui à la préparation du SMCL	100% jusqu'à décembre 2022
Equipe de gestion administrative et financière		
Un Responsable administratif et financier international (RAFI)	Gestion financière, préparation budget, suivi exécution financière, demande de fonds, suivi des audits financiers pour l'ensemble des volets du programme santé et le programme Eau.	20% jusqu'à mars 2023 (80% soldes sur autres volets du Programme Santé et Programme Eau)
Un responsable de logistique par province	Gestion de la logistique pour les différents volets du programme santé basés à Kisangani	20% jusqu'à décembre 2022 (80% sur le PADP)

Une comptable – vérificatrice par province	Gestion de la comptabilité et vérification des soubassements comptables	20% jusqu'à décembre 2022 (80% sur le PADP)
Une secrétaire – caissière par province	Secrétariat des volets du programme santé basés à Kisangani	20% jusqu'à décembre 2022 (80% sur le PADP)
Un chauffeur	Gestion de véhicule du PLVS	100% jusqu'à décembre 2022

5.2 Ressources financières

Un budget détaillé se trouve en annexe.

6 Modalités de mise en œuvre

6.1 Gouvernance

Le pilotage du volet 5 reste inchangé. L'intervention est mise en œuvre en régie.

6.2 Suivi des résultats et rapport

Le suivi technique et financier courant de la mise en œuvre reste inchangé.

Il sera réalisé en continu, selon le système de suivi interne technique et financier d'Enabel. Sur cette base, l'équipe d'intervention procédera à une mise à jour complète du « Monitoring Opérationnel (MO)» tous les 3 mois conformément à la politique de suivi d'Enabel. Ce MO a pour objet de planifier l'évolution de l'intervention et de rendre compte des résultats par rapport à la planification précédente. Il contient des informations administratives et financières, ainsi que des informations sur les activités et les outputs (progrès accomplis, planification et risques) ; suivi des progrès des outputs ; planification et suivi opérationnels ; gestion des risques ; suivi des décisions ; programmation et suivi financier ; planification et suivi des marchés publics, subsides et accords spécifique de coopération. Le suivi des résultats sera fait annuellement.

Un rapport d'avancement annuel et un rapport final seront réalisés conformément aux obligations contractuelles. Chaque rapport rendra compte de la mise en œuvre, des difficultés rencontrées, des changements mis en place, ainsi que des résultats obtenus (réalisations et effets directs), mesurés par rapport aux indicateurs correspondants, en utilisant comme référence la matrice du cadre logique. Le rapport sera présenté de manière à permettre le suivi des moyens envisagés et employés et des modalités budgétaires. Le rapport final, narratif et financier, couvrira toute la période de mise en œuvre.

6.3 Evaluation et audit

6.3.1 Evaluation

Une évaluation finale de l'intervention est prévue. Les évaluations sont utilisées pour analyser la performance, et réorienter les interventions afin d'atteindre l'objectif spécifique, de fournir les informations nécessaires à la prise de décisions stratégiques, et d'identifier les enseignements tirés.

6.3.2 Audit

Des audits indépendants seront effectués conformément aux règles d'Enabel en la matière. L'audit vérifiera que les dépenses effectuées reflètent bien la réalité, sont exhaustives et ont été effectuées dans le respect des procédures.

7 Analyse des risques

Risque lié à la mise en œuvre	Niveau du risque	Mesure d'atténuation
Manque d'intérêt des PTF santé et violences sexuelles en RDC pour appuyer la consolidation des approches développées par le PLVS et l'extension du PLVS à toutes les provinces de la RDC.	Très élevé	<p>Participation du PLVS aux réunions mensuelles des PTF au niveau provincial (12 par an).</p> <p>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. Coordination au sein du GIBS et le CNP-SS et son CCT via le PNSR et PNSM. Echanges avec PNSR et PNSM au moins chaque trimestre (4x par an).</p> <p>Rassurer une séance pour le PLVS avec le PNSR/PNSM pendant les plénières du GIBS ou du CNP/CCT au niveau national.</p> <p>Donner plus de visibilité au PLVS au plan national et international.</p>
Usage inapproprié des fonds dans le cadre des Conventions de Subsidés.	Moyen	Analyse ex-ante des capacités organisationnelles du partenaire et CSub adaptée en fonction du diagnostic ; vérification de la réalisation des engagements (technique) et de la conformité des pièces justificatives (financière) avant déboursement de chaque nouvelle tranche ; renforcement des capacités du partenaire par accompagnement Enabel.
Le contexte socio-politique fragile peut entraver l'exécution des activités et l'atteinte des résultats	Moyen	Suivre le contexte.
Risque de durabilité		
La gratuité de la prise en charge des VVS s'arrête après l'intervention	Moyen	Introduction graduelle de tarification forfaitaire subsidiée, la subvention étant 100% pour la durée de ce projet

Risque lié à la mise en œuvre	Niveau du risque	Mesure d'atténuation
		<p>; accompagnement de la tarification forfaitaire par des campagnes d'information et de sensibilisation, ce qui fera augmenter les taux d'utilisation des formations sanitaires et donc leur chiffre d'affaire. Aussi rationalisation des RH dans les formations sanitaires et digitalisation des flux financiers - ce qui remontera la transparence et le chiffre d'affaires des FOSA.</p> <p>Donner une suite au PLVS pour permettre la consolidation des acquis et développer des mécanismes de pérennisation de la gratuité de la prise en charge à travers la recherche-action.</p>

8 Annexes

8.1 Budget total adapté

BUDGET TOTAL RDC 14 191 11 - PLVS		BUDGET SMCL 12/2019	BUDGET ADDITIONNEL	BUDGET TOTAL	% Augmentation
A	Objectif spécifique: La prise en charge des victimes des violences sexuelles par le secteur de la santé est améliorée au travers d'une meilleure accessibilité et qualité des soins dans le cadre d'une approche multisectorielle dans la DPS du TSHOPO	1.153.770	1.134.000	2.287.770	98%
A 01	Résultat 1 : Les structures décentralisées de la santé (de gestion et de prestation) sont renforcées dans la prise en charge des VVS	576.097	831.000	1.407.097	144%
A 01 01	Analyser/Appuyer la révision des protocoles nationaux	51.381	90.000	141.381	
A 01 02	Appuyer le système de la tarification forfaitaire y compris le référencement des VVS des aires de santé vers le CSR Alwaleed et l'HGR Isangi	219.871	228.000	447.871	
A 01 03	Appuyer le référencement des VVS des aires de santé vers les structures spécialisées à travers une recherche-action	1.625	14.000	15.625	
A 01 04	Elaborer un plan de renforcement de capacité des prestataires du Centre Alwaleed et d'Isangi et former les parties prenantes sur la PEC et des thématiques spécifiques	48.342	75.000	123.342	
A 01 05	Appuyer la Division des affaires sociales pour la réinsertion sociale des VVS	6.944	30.000	36.944	
A 01 06	Réhabiliter et équiper le CSR Prince Alwaleed	31.077	170.000	201.077	
A 01 07	Appuyer le processus	216.857	224.000	440.857	
A 02	Résultat 2 : Un système de prévention des violences sexuelles est renforcé dans la communauté et dans les écoles secondaires	227.630	66.000	293.630	29%
A 02 01	Appuyer la mise en œuvre de la stratégie de communication pour le développement du PLVS	26.267	60.000	86.267	
A 02 02	Appuyer le suivi de la mise en œuvre des modules de prévention des violences sexuelles, des IST/VIH-SIDA en milieu scolaire en lien avec les interventions dans le secteur de l'éducation d'Enabel	113.478	0	113.478	
A 02 03	Appuyer des sessions de sensibilisation et d'information et la mise en place d'un système de référencement des VVS en milieu scolaire	61.446	6.000	67.446	
A 02 04	Identifier les possibilités de synergies et de complémentarité avec les autres secteurs d'Enabel	26.273	0	26.273	
A 02 05	Appuyer le processus	166	0	166	
A 03	Résultat 3 : L'accompagnement juridique des victimes de violences sexuelles est renforcé	72.191	117.000	189.191	162%
A 03 01	Appuyer le renforcement de la collaboration entre la police de prévention des violences sexuelles ou autre et les centres spécialisés de prise en charge (enregistrement de la plainte au sein du centre	23.776	27.000	50.776	
A 03 02	Assurer la formation des parties prenantes juridiques dans les zones d'intervention	12.875	15.000	27.875	
A 03 03	Appuyer le fonctionnement du mécanisme de référence entre acteurs de la santé, de justice, des affaires sociales et autres intervenants	211	15.000	15.211	
A 03 04	Appuyer une structure d'aide juridique pour l'accompagnement juridique/judiciaire des victimes de violence sexuelle/survivantes de violence sexuelle	35.329	60.000	95.329	
A 03 05	Soutenir le volet d'aide juridique avec une recherche action.	0	0	0	
A 04	Résultat 4 : La prise en charge des survivants/victimes des violences sexuelles adaptée aux spécificités socio-culturelles des populations ciblées est assurée par l'utilisation des méthodes basées sur les évidences scientifiques	277.852	120.000	397.852	43%
A 04 01	Appuyer la recherche-action pour le développement du protocole de prise en charge unique des VVS	47.839	100.000	147.839	
A 04 02	Appuyer la capitalisation des approches développées par le PLVS	217.388	0	217.388	
A 04 03	Activités de recherche continue à travers de la théorie de la grounded theory	12.625	20.000	32.625	
B	Objectif spécifique: La prise en charge des victimes des violences sexuelles par le secteur de la santé est améliorée au travers d'une meilleure accessibilité et qualité des soins dans le cadre d'une approche multisectorielle dans la DPS du KWILU	411.132	0	411.132	0%
B 01	Résultat 1 : Les structures décentralisées de la santé (de gestion et de prestation) sont renforcées dans la prise en charge des VVS	279.031	0	279.031	0%
B 01 01	Appuyer le référencement des VVS des aires de santé vers les structures spécialisées ç travers une recherche-action	18.000	0	18.000	
B 01 02	Appuyer le système de la tarification forfaitaire y compris le référencement des VVS des aires de santé vers le CSR Alwaleed	49.121	0	49.121	
B 01 03	Appuyer le référencement des VVS des aires de santé vers les structures spécialisées ç travers une recherche-action	561	0	561	
B 01 04	Elaborer un plan de renforcement de capacité des prestataires du Centre Alwaleed et d'Isangi et former les parties prenantes sur la PEC et des thématiques spécifiques	33.228	0	33.228	
B 01 05	Appuyer la Division des affaires sociales pour la réinsertion sociale des VVS	1.107	0	1.107	
B 01 06	Réhabiliter et équiper l'HGR	9.240	0	9.240	
B 01 07	Appuyer le processus	167.774	0	167.774	
B 02	Résultat 2 : Un système de prévention des VSBG est mis en place dans la communauté et dans les écoles secondaires	104.211	0	104.211	0%
B 02 01	Appuyer la mise en œuvre de la stratégie de communication pour le développement du PLVS	4.324	0	4.324	
B 02 02	Appuyer le suivi de la mise en œuvre des modules de prévention des violences sexuelles, des IST/VIH-SIDA en milieu scolaire en lien avec les interventions dans le secteur de l'éducation d'Enabel	17.324	0	17.324	
B 02 03	Appuyer des sessions de sensibilisation et d'information et la mise en place d'un système de référencement des VVS en milieu scolaire	66.751	0	66.751	
B 02 04	Appuyer le processus	15.812	0	15.812	
B 03	Résultat 3 : La prise en charge juridique des victimes de violence sexuelle est renforcée	27.890	0	27.890	0%
B 03 01	Appuyer le renforcement de la collaboration entre la police de prévention des violences sexuelles ou autre et les centres spécialisés de prise en charge (enregistrement de la plainte au sein du centre	13.782	0	13.782	
B 03 02	Assurer la formation des parties prenantes juridiques dans les zones d'intervention	13.410	0	13.410	
B 03 03	Appuyer le fonctionnement du mécanisme de référence entre acteurs de la santé, de justice, des affaires sociales et autres intervenants	698	0	698	

BUDGET TOTAL RDC 14 191 11 - PLVS		BUDGET SMCL 12/2019	BUDGET ADDITIONNEL	BUDGET TOTAL	% Augmentation
C	Objectif spécifique: La prise en charge des victimes des violences sexuelles par le secteur de la santé est améliorée au travers d'une meilleure accessibilité et qualité des soins dans le cadre d'une approche multisectorielle dans la DPS du SUD UBANGI	353.989	388.000	741.989	110%
C 01	Résultat 1 : Les structures décentralisées de la santé (de gestion et de prestation) sont renforcées dans la prise en charge des VVS	235.070	309.000	544.070	131%
C 01 01	Analyser/Appuyer la révision des protocoles nationaux	42.000	90.000	132.000	
C 01 02	Appuyer le système de la tarification forfaitaire y compris le référencement des VVS des aires de santé vers le CSR Alwaleed	23.050	30.000	53.050	
C 01 03	Appuyer le référencement des VVS des aires de santé vers les structures spécialisées à travers une recherche-action	428	0	428	
C 01 04	Appuyer la formation continue des prestataires de santé y compris des stages de perfectionnement	37.270	30.000	67.270	
C 01 05	Appuyer la Division des affaires sociales pour la réinsertion sociale des VVS	974	30.000	30.974	
C 01 06	Réhabiliter et équiper l'HGR	12.116	0	12.116	
C 01 07	Appuyer le processus	119.232	129.000	248.232	
C 02	Résultat 2 : Un système de prévention des VSBG est mise en place dans la communauté et dans les écoles secondaires	76.291	45.000	121.291	59%
C 02 01	Appuyer la mise en œuvre de la stratégie de communication pour le développement du PLVS	8.230	35.000	43.230	
C 02 02	Appuyer le suivi de la mise en œuvre des modules de prévention des violences sexuelles, des IST/VIH-SIDA en milieu scolaire en lien avec les interventions dans le secteur de l'éducation d'Enabel	29.541	0	29.541	
C 02 03	Appuyer des sessions de sensibilisation et d'information et la mise en place d'un système de référencement des VVS en milieu scolaire	38.434	10.000	48.434	
	Identifier les possibilités de synergies et de complémentarité avec les autres secteurs d'Enabel	0	0		
C 02 04	Appuyer le processus	86	0	86	
C 03	Résultat 3 : La prise en charge juridique des victimes de violence sexuelle est renforcée	42.628	34.000	76.628	80%
C 03 01	Appuyer le renforcement de la collaboration entre la police de prévention des violences sexuelles ou autre et les centres spécialisés de prise en charge (enregistrement de la plainte au sein du centre	11.616	10.000	21.616	
C 03 02	Assurer la formation des parties prenantes juridiques dans les zones d'intervention	14.177	12.000	26.177	
C 03 03	Appuyer le fonctionnement du mécanisme de référence entre acteurs de la santé, de justice, des affaires sociales et autres intervenants	16.835	12.000	28.835	
X	Réserve budgétaire (max 5% * total activités)	0	0	0	NA
X 01	Réserve budgétaire	0	0	0	
X 01 02	Réserve budgétaire REGIE	0			
Z	Moyens généraux	1.081.109	478.000	1.559.109	44%
Z 01	Frais de personnel	802.549	377.220	1.179.769	47%
Z 01 01	Assistant technique	558.354	247.500	805.854	
Z 01 02	Equipe finance et administration	218.666	129.720	348.386	
Z 01 03	Autres frais de personnel	25.529		25.529	
Z 02	Investissements	57.403	2.780	60.183	5%
Z 02 01	Véhicules	42.030		42.030	
Z 02 02	Equipe bureau	2.132	1.280	3.412	
Z 02 03	Equipe IT et autres	10.917	1.500	12.417	
Z 02 04	Aménagements	2.324		2.324	
Z 03	Frais de fonctionnement	128.966	77.000	205.966	60%
Z 03 01	Services et frais de maintenance	7.387	7.500	14.887	
Z 03 02	Frais de fonctionnement des véhicules	15.185	20.000	35.185	
Z 03 03	Télécommunications	34.644	12.000	46.644	
Z 03 04	Fournitures de bureau, petit matériel, consommables informatiques	18.251	12.000	30.251	
Z 03 05	Missions	28.072	14.000	42.072	
Z 03 06	Frais de SMCL	16.408	6.000	22.408	
Z 03 07	Frais financiers	9.020	5.500	14.520	
Z 04	Audit et Suivi et Evaluation	92.191	21.000	113.191	23%
Z 04 01	Frais de suivi et évaluation (partagé)	54.228		54.228	
Z 04 02	Audit (partagé)	7.980	15.000	22.980	
Z 04 03	Backstopping	29.983	6.000	35.983	
TOTAL		3.000.000	2.000.000	5.000.000	67%

8.2 Budget total détaillé

BUDGET TOTAL RDC 14 191 11 - PLVS		SOLDE BUDGETAIRE	BUDGET ADDITIONNEL	BUDGET PROGRAMME PROCHAINES	2020	2021	2022	2023
A	Objectif spécifique: La prise en charge des victimes des violences sexuelles par le secteur de la santé est améliorée au travers d'une meilleure accessibilité et qualité des soins dans le cadre d'une approche multisectorielle dans la DPS du TSHOPO	321.422	1.180.089	1.501.511	300.302	591.604	591.604	18.000
A 01	Résultat 1 : Les structures décentralisées de la santé (de gestion et de prestation) sont renforcées dans la prise en charge des VVS	164.674	861.092	1.025.766	205.153	401.306	401.306	18.000
A 01 01	Analyser/Appuyer la révision des protocoles nationaux	32.026	90.000	122.026	24.405	48.810	48.810	
A 01 02	Appuyer le système de la tarification forfaitaire y compris le référencement des VVS des aires de santé vers le CSR Alwaleed et l'HGR Isangi	80.018	242.288	322.306	64.461	128.922	128.922	
A 01 03	Appuyer le référencement des VVS des aires de santé vers les structures spécialisées à travers une recherche-action	308	29.804	30.112	6.022	12.045	12.045	
A 01 04	Elaborer un plan de renforcement de capacité des prestataires du Centre Alwaleed et d'Isangi et former les parties prenantes sur la PEC et des thématiques spécifiques	0	75.000	75.000	15.000	30.000	30.000	
A 01 05	Appuyer la Division des affaires sociales pour la réinsertion sociale des VVS	0	30.000	30.000	6.000	12.000	12.000	
A 01 06	Réhabiliter et équiper le CSR Prince Alwaleed	10.000	170.000	180.000	36.000	72.000	72.000	
A 01 07	Appuyer le processus	42.322	224.000	266.322	53.264	97.529	97.529	18.000
A 02	Résultat 2 : Un système de prévention des violences sexuelles est renforcé dans la communauté et dans les écoles secondaires	83.186	81.997	165.182	33.036	66.073	66.073	0
A 02 01	Appuyer la mise en œuvre de la stratégie de communication pour le développement du PLVS	4.974	60.000	64.974	12.995	25.989	25.989	
A 02 02	Appuyer le suivi de la mise en œuvre des modules de prévention des violences sexuelles, des IST/VIH-SIDA en milieu scolaire en lien avec les interventions dans le secteur de l'éducation d'Enabel	71.576	0	71.576	14.315	28.630	28.630	
A 02 03	Appuyer des sessions de sensibilisation et d'information et la mise en place d'un système de référencement des VVS en milieu scolaire	0	6.000	6.000	1.200	2.400	2.400	
A 02 04	Identifier les possibilités de synergies et de complémentarité avec les autres secteurs d'Enabel	6.636	0	6.636	1.327	2.654	2.654	
A 02 05	Appuyer le processus	0	15.997	15.997	3.199	6.399	6.399	
A 03	Résultat 3 : L'accompagnement juridique des victimes de violences sexuelles est renforcé	35.044	117.000	152.044	30.409	60.817	60.817	0
A 03 01	Appuyer le renforcement de la collaboration entre la police de prévention des violences sexuelles ou autre et les centres spécialisés de prise en charge (enregistrement de la plainte au sein du centre	5.044	27.000	32.044	6.409	12.818	12.818	
A 03 02	Assurer la formation des parties prenantes juridiques dans les zones d'intervention	5.000	15.000	20.000	4.000	8.000	8.000	
A 03 03	Appuyer le fonctionnement du mécanisme de référence entre acteurs de la santé, de justice, des affaires sociales et autres intervenants	0	15.000	15.000	3.000	6.000	6.000	
A 03 04	Appuyer une structure d'aide juridique pour l'accompagnement juridique/judiciaire des victimes de violence sexuelle/survivantes de violence sexuelle	25.000	60.000	85.000	17.000	34.000	34.000	
A 03 05	Soutenir le volet d'aide juridique avec une recherche action.	0	0	0	0	0	0	
A 04	Résultat 4 : La prise en charge des survivants/victimes des violences sexuelles adaptées aux spécificités socio-culturelles des populations ciblées est assurée par l'utilisation des méthodes basées sur les évidences scientifiques	38.518	120.000	158.518	31.704	63.407	63.407	0
A 04 01	Appuyer la recherche-action pour le développement du protocole de prise en charge unique des VVS	0	100.000	100.000	20.000	40.000	40.000	
A 04 02	Appuyer la capitalisation des approches développées par le PLVS	38.518	0	38.518	7.704	15.407	15.407	
A 04 03	Activités de recherche continue à travers de la théorie de la grounded theory	0	20.000	20.000	4.000	8.000	8.000	
B	Objectif spécifique: La prise en charge des victimes des violences sexuelles par le secteur de la santé est améliorée au travers d'une meilleure accessibilité et qualité des soins dans le cadre d'une approche multisectorielle dans la DPS du KWILU (Désengagement de cette province, donc solde réaffecté)	51.769	-51.769	0	0	0	0	0
B 01	Résultat 1 : Les structures décentralisées de la santé (de gestion et de prestation) sont renforcées dans la prise en charge des VVS	46.089	-46.089	0	0	0	0	0
B 01 01	Appuyer le référencement des VVS des aires de santé vers les structures spécialisées à travers une recherche-action	15.804	-15.804	0	0	0	0	
B 01 02	Appuyer le système de la tarification forfaitaire y compris le référencement des VVS des aires de santé vers le CSR Alwaleed	14.288	-14.288	0	0	0	0	
B 01 03	Appuyer le référencement des VVS des aires de santé vers les structures spécialisées à travers une recherche-action	0	0	0	0	0	0	
B 01 04	Elaborer un plan de renforcement de capacité des prestataires du Centre Alwaleed et d'Isangi et former les parties prenantes sur la PEC et des thématiques spécifiques	0	0	0	0	0	0	
B 01 05	Appuyer la Division des affaires sociales pour la réinsertion sociale des VVS	0	0	0	0	0	0	
B 01 06	Réhabiliter et équiper l'HGR	0	0	0	0	0	0	
B 01 07	Appuyer le Processus	15.997	-15.997	0	0	0	0	
B 02	Résultat 2 : Un système de prévention des VSBG est mis en place dans la communauté et dans les écoles secondaires	3.637	-3.638	0	0	0	0	0
B 02 01	Appuyer la mise en œuvre de la stratégie de communication pour le développement du PLVS	0	0	0	0	0	0	
B 02 02	Appuyer le suivi de la mise en œuvre des modules de prévention des violences sexuelles, des IST/VIH-SIDA en milieu scolaire en lien avec les interventions dans le secteur de l'éducation d'Enabel	3.638	-3.638	0	0	0	0	
B 02 03	Appuyer des sessions de sensibilisation et d'information et la mise en place d'un système de référencement des VVS en milieu scolaire	0	0	0	0	0	0	
B 02 04	Appuyer le processus	0	0	0	0	0	0	
B 03	Résultat 3 : La prise en charge juridique des victimes de violence sexuelle est renforcée	2.042	-2.043	0	0	0	0	0
B 03 01	Appuyer le renforcement de la collaboration entre la police de prévention des violences sexuelles ou autre et les centres spécialisés de prise en charge (enregistrement de la plainte au sein du centre	0	0	0	0	0	0	
B 03 02	Assurer la formation des parties prenantes juridiques dans les zones d'intervention	2.043	-2.043	0	0	0	0	
B 03 03	Appuyer le fonctionnement du mécanisme de référence entre acteurs de la santé, de justice, des affaires sociales et autres intervenants	0	0	0	0	0	0	

BUDGET TOTAL RDC 14 191 11 - PLVS		SOLDE BUDGETAIRE	BUDGET ADDITIONNEL	BUDGET PROGRAMME PROCHAINES	2020	2021	2022	2023
C	Objectif spécifique: La prise en charge des victimes des violences sexuelles par le secteur de la santé est améliorée au travers d'une meilleure accessibilité et qualité des soins dans le cadre d'une approche multisectorielledans la DPS du SUD UBANGI	126.594	393.680	520.275	104.055	203.610	203.610	9.000
C 01	Résultat 1 : Les structures décentralisées de la santé (de gestion et de prestation) sont renforcées dans la prise en charge des VVS	61.103	309.000	370.103	74.021	143.541	143.541	9.000
C 01 01	Analyser/Appuyer la révision des protocoles nationaux	39.804	90.000	129.804	25.961	51.922	51.922	
C 01 02	Appuyer le système de la tarification forfaitaire y compris le référencement des VVS des aires de santé vers le CSR Alwaleed	14.879	30.000	44.879	8.976	17.952	17.952	
C 01 03	Appuyer le référencement des VVS des aires de santé vers les structures spécialisées à travers une recherche-action	0	0	0	0	0	0	
C 01 04	Appuyer la formation continue des prestataires de santé y compris des salges de perfectionnement	6.421	30.000	36.421	7.284	14.568	14.568	
C 01 05	Appuyer la Division des affaires sociales pour la réinsertion sociale des VVS	0	30.000	30.000	6.000	12.000	12.000	
C 01 06	Réhabiliter et équiper l'HGR	0	0	0	0	0	0	
C 01 07	Appuyer le processus	0	129.000	129.000	25.800	47.100	47.100	9.000
C 02	Résultat 2 : Un système de prévention des VSBG est mise en place dans la communauté et dans les écoles secondaires	40.872	48.638	89.509	17.902	35.804	35.804	0
C 02 01	Appuyer la mise en œuvre de la stratégie de communication pour le développement du PLVS	4.000	35.000	39.000	7.800	15.600	15.600	
C 02 02	Appuyer le suivi de la mise en œuvre des modules de prévention des violences sexuelles, des IST/VIH-SIDA en milieu scolaire en lien avec les interventions dans le secteur de l'éducation d'Enabel	23.253	3.638	26.890	5.378	10.756	10.756	
C 02 03	Appuyer des sessions de sensibilisation et d'information et la mise en place d'un système de référencement des VVS en milieu scolaire	13.619	10.000	23.619	4.724	9.448	9.448	
C 02 04	Appuyer le processus	0	0	0	0	0	0	
C 03	Résultat 3 : La prise en charge juridique des victimes de violence sexuelle est renforcée	24.619	36.043	60.662	12.132	24.265	24.265	0
C 03 01	Appuyer le renforcement de la collaboration entre la police de prévention des violences sexuelles ou autre et les centres spécialisés de prise en charge (enregistrement de la plainte au sein du centre	4.119	10.000	14.119	2.824	5.648	5.648	
C 03 02	Assurer la formation des parties prenantes juridiques dans les zones d'intervention	5.500	14.043	19.543	3.909	7.817	7.817	
C 03 03	Appuyer le fonctionnement du mécanisme de référence entre acteurs de la santé, de justice, des affaires sociales et autres intervenants	15.000	12.000	27.000	5.400	10.800	10.800	
X	Réserve budgétaire (max 5% * total activités)	0	0	0	0	0	0	0
X 01	Réserve budgétaire	0	0	0	0	0	0	0
X 01 02	Réserve budgétaire REGIE				0	0		0
Z	Moyens généraux	37.250	478.000	515.250	105.274	184.738	184.238	41.000
Z 01	Frais de personnel	10.908	377.220	388.128	77.626	137.751	137.751	35.000
Z 01 01	Assistant technique	10.309	247.500	257.809	51.562	93.124	93.124	20.000
Z 01 02	Equipe finance et administration	598	129.720	130.318	26.064	44.627	44.627	15.000
Z 01 03	Autres frais de personnel	0	0	0	0	0	0	0
Z 02	Investissements	0	2.780	2.780	2.780	0	0	0
Z 02 01	Véhicules	0	0	0	0	0	0	0
Z 02 02	Equipement bureau	0	1.280	1.280	1.280	0	0	0
Z 02 03	Equipement IT et autres	0	1.500	1.500	1.500	0	0	0
Z 02 04	Aménagements	0	0	0	0	0	0	0
Z 03	Frais de fonctionnement	14.926	77.000	91.926	18.385	34.021	33.521	6.000
Z 03 01	Services et frais de maintenance	1.695	7.500	9.195	1.839	3.678	3.678	
Z 03 02	Frais de fonctionnement des véhicules	1.027	20.000	21.027	4.205	7.161	7.161	2.500
Z 03 03	Télécommunications	7.277	12.000	19.277	3.855	6.961	6.961	1.500
Z 03 04	Fournitures de bureau, petit matériel, consommables informatiques	1.592	12.000	13.592	2.718	4.937	4.937	1.000
Z 03 05	Missions	3.335	14.000	17.335	3.467	6.934	6.434	500
Z 03 06	Frais de SMCL	0	6.000	6.000	1.200	2.400	2.400	
Z 03 07	Frais financiers	0	5.500	5.500	1.100	1.950	1.950	500
Z 04	Audit et Suivi et Evaluation	11.417	21.000	32.417	6.483	12.967	12.967	0
Z 04 01	Frais de suivi et évaluation (partagé)	11.418		11.418	2.284	4.567	4.567	
Z 04 02	Audit (partagé)	0	15.000	15.000	3.000	6.000	6.000	
Z 04 03	Backstopping	0	6.000	6.000	1.200	2.400	2.400	
TOTAL		537.035	2.000.000	2.537.035	509.631	979.952	979.452	68.000

8.3 Cadre logique et indicateurs

Objectif spécifique	Indicateurs	Valeur de base 2018	Cible finale	Sources de vérification	Hypothèses
Objectif général : Contribuer à l'amélioration de l'état de santé de la population dans le cadre global de la lutte contre la pauvreté					
Objectif spécifique :					
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	Chacune des deux DPS ciblées dispose d'un centre spécialisé offrant des soins médicaux et psychosociaux de qualité aux VVS dans une approche multisectorielle	0	2	-Rapports et statistiques trimestriels et annuels des structures de santé de prise en charge des VVS ; Rapports annuels de l'intervention ; - Rapports des ZS/DPS /Division du genre	-La stabilité politique et sécuritaire est assurée ; - Les autorités et les services publics de prise en charge des VVS s'approprient l'approche multisectorielle et les protocoles développés - Les RH formés sont disponibles et motivés
	A la fin de l'intervention la proportion des VVS référés par les aires de santé vers les centres spécialisés pour une prise en charge de qualité augmente d'au moins 20%	1%	20%		
Résultat 1 :					
Les structures décentralisées de la santé sont renforcées dans la prise en charge des VVS.	Les centres spécialisés disposent de personnel formé dans les différents aspects de la prise en charge médicale et psychosociale et le référencement des VVS et bénéficient d'une formation continue.	124	195	-Rapport de formation -Rapport de suivi post formation, de supervision	Implication des prestataires dans les séances de formation Application des nouvelles compétences acquises Efficacité des mécanismes d'alerte et de référencement
	Proportion des VVS prises en charge dans le centre spécialisé	ND	50%	Rapport mensuel des Centres spécialisés Rapport annuel des	Efficacité de la

Objectif spécifique	Indicateurs	Valeur de base 2018	Cible finale	Sources de vérification	Hypothèses
	bénéficiant d'un suivi et rétablies			résultats	stratégie de communication
	Proportion des VVS pris en charge dans les centres spécialisés et CS dans les 72 après l'incident	38%	60%	Rapport mensuel des activités des centres spécialisés -Rapports SNIS -Rapport annuel des résultats Rapport e validation des données SGBV	
	Des mécanismes de référencement et d'accompagnement des VVS fonctionnels et efficaces sont mis en œuvre entre les services de santé, d'aide juridique et de la réinsertion socioéconomique	61%	100%	-PV des réunions du GTAMS -Formulaire de référence et contre-référence -	
Résultat 2					
: Un système de prévention des VS est mis en place dans la communauté et dans les écoles secondaires	Proportion de la population et les autorités locales des 2 provinces concernées reconnaissent la gravité du phénomène des VS, ses causes et l'effet sur la santé de la victime	ND	60%	Rapport d'enquête	Application de la stratégie de communication par les acteurs -Disponibilité du budget pour le financement de la mise en œuvre de la stratégie
	Proportion de la population et les autorités locales qui connaissent des services disponibles pour la	ND	60%	Rapport d'enquête	

Objectif spécifique	Indicateurs	Valeur de base 2018	Cible finale	Sources de vérification	Hypothèses
	PEC des VVS				
	Proportion des enseignants formés qui savent faire usage du module de prévention des VS, IST/VIH-SIDA	ND	60%	Rapport de supervision et d'évaluation	
	Existence d'un mécanisme d'alerte et d'orientation fonctionnel pour les VVS de la communauté vers les structures de PEC :	62%	80%	-Rapport d'activité des RECO et des noyaux d'alerte -Planification et évaluation trimestrielle des activités des RECO- Rapport des ZS et des centres spécialisés	
Résultat 3					
L'accompagnement juridique des survivantes de violence sexuelle est renforcé	Nombre d'OPJ formés	55	100	Rapport de formation -Rapport annuel des résultats de l'intervention -	Adhésion des autorités policières à l'approche OSC Application effective de la loi sur les violences sexuelles
	Nombre de plaintes enregistrées au sein des centres spécialisés	0	50	Rapport des structures d'aide juridique -Rapport des centres spécialisés	
	Proportion de VVS qui bénéficie d'une assistance juridique	14%	30%	-Rapport annuel des résultats	
	Proportion des VVS bénéficiant d'une assistance juridique qui gagnent leur procès	0%	20%	Rapport des structures d'aide juridique -Rapport des centres spécialisés -Rapport annuel des résultats	Application effective de la loi sur les violences sexuelles

Objectif spécifique	Indicateurs	Valeur de base 2018	Cible finale	Sources de vérification	Hypothèses
Résultat 4					
La qualité de la prise en charge des VVS est assurée par l'utilisation des méthodes basées sur les évidences scientifiques	Nombre de publication des résultats de la recherche-action	0	2	Sites de publication, revue scientifique, salivaire	Implication active des chercheurs
	Nombre de centres spécialisés qui utilisent le protocole de prise en charge unique	0	2	Disponibilité du protocole unique Rapport de supervision/évaluation	Participation active des partenaires à a la Formation sur le nouveau protocole Accor des partenaires pour son utilisation
	Le protocole de prise en charge unique est validé par le niveau central comme protocole national et/ou sert de document de référence principal pour la révision des protocoles nationaux en vigueur	0	1	Document officiel de validation	Le niveau central (PNSR, PNSM et MGFE) est disposé à réviser les protocoles actuels et d'appuyer l'approche de protocole unique.