



**RAPPORT FINAL DU PROJET D'APPUI DE L'UNION AFRICAINE A
LA PREVENTION ET A LA REPOSE AUX VIOLENCES
SEXUELLES EN REPUBLIQUE CENTRAFRICAINE**

UNION AFRICAINE MISAC-RCA, JUILLET 2015

RESUME DU PROJET

SITE D'IMPLEMENTATION DU PROJET :	BANGUI – KAGA BANDORO - PAOUA
DUREE :	6 mois
PARTENAIRES D'EXECUTION :	MDA & PALU
FIN DU PROJET :	juin 2015
BUDGET :	947.386 US Dollars

Le projet d'« Appui de l'Union Africaine à la Prévention et à la Réponse aux violences sexuelles en République Centrafricaine » avait pour objectif principal d'apporter un soutien à **mille (1000) victimes de violences sexuelles (VVS)** dans les districts de 1) Paoua (Ouham-Pende), 2) Kaga-Bandoro (Nana-Grebizi), 3) Bangui (Ombella-Mpoko).

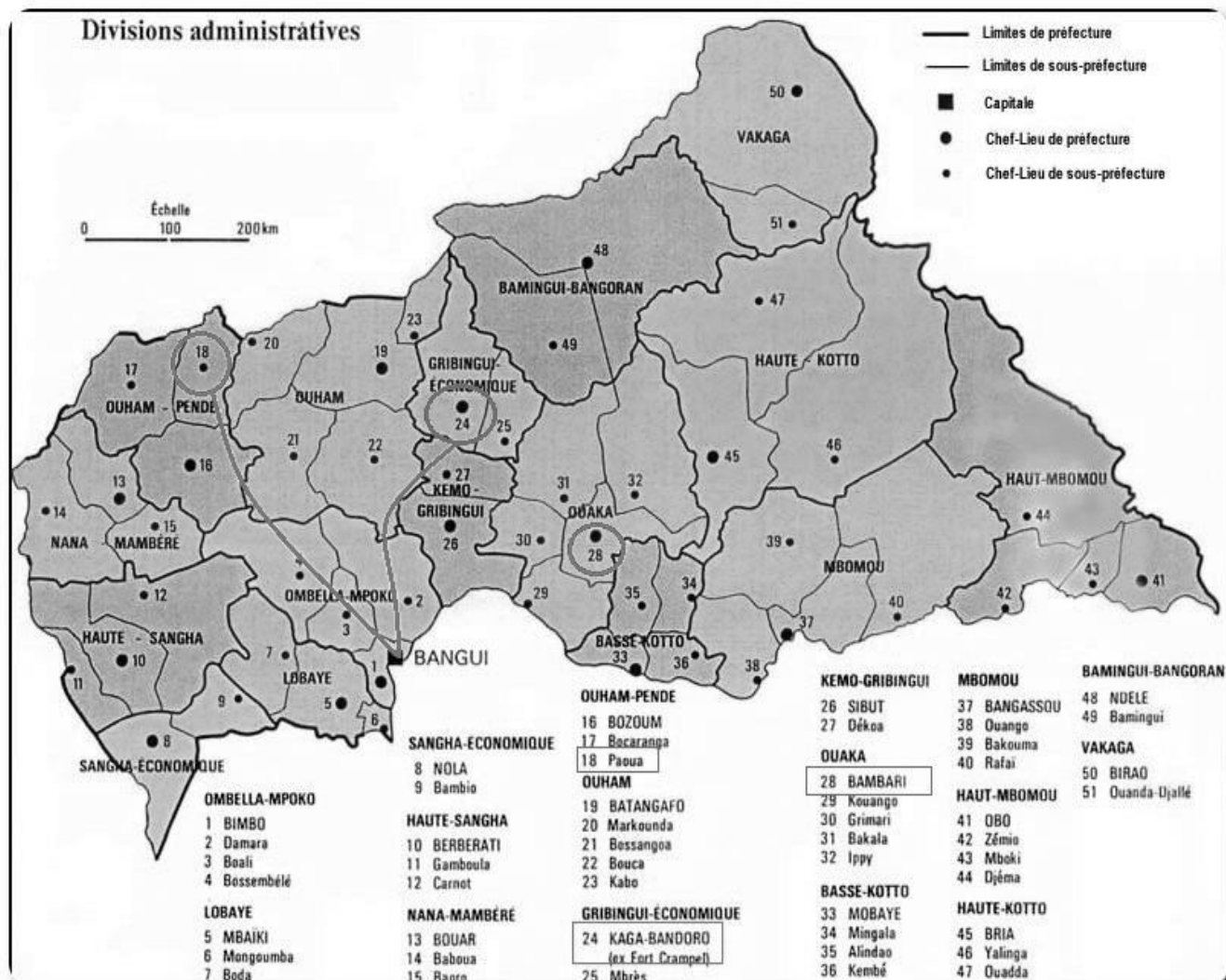
Ce projet d'une durée initiale de six (6) mois a contribué à appuyer la protection et l'aide aux VVS dont la majorité demeurent des femmes et des enfants à travers un soutien (médical et psychologique) ; l'identification et le renforcement des capacités nationales existantes et des communautés à développer des mécanismes de prévention et de réponse à la violence sexuelle. Il s'agit d'un projet à assise communautaire avec une forte emphase sur **l'institutionnalisation de la réponse**. C'est l'une des raisons pour lesquelles des cellules d'écoute ont été érigées et placées sous la tutelle des mairies d'arrondissement et des formations sanitaires (3 hôpitaux et 5 centres de santé de référence à Bangui, 1 dispensaire à Kaga Bandoro et 1 centre de santé à Paoua), soit un total de dix (10) formations sanitaires (FOSA) qui ont bénéficié de l'appui direct du projet (prise en charge (PEC) globale des VVS et plus largement des soins de santé primaires pour les autres). En plus des experts panafricains de MDA, le projet a enrôlé du personnel local et étatique. L'objectif visé à terme étant de pérenniser les structures de prise en charge médicale. Ce projet est une première initiative de l'UA en collaboration avec les ONG Médecins d'Afrique (MDA), (ONG internationale d'appui au développement sanitaire en Afrique) et l'Union des juristes panafricaine (PALU). Le projet s'est articulé autour des stratégies et des activités suivantes :

1. le déploiement d'experts africains dans les domaines médical, psychosocial et juridique pour la réponse aux violences sexuelles ;
2. la réhabilitation de 2 centres de santé dans les localités en dehors de Bangui (Bangui, Kaga-Bandoro, Paoua). Des mini-réhabilitations dans les Centres de santé et les cellules d'écoute ;
3. la fourniture de matériel médical de base, de kits médicaux spécifiques de prise en charge des VVS (kits PEP, ARV, PTME, IST/VIH) ;
4. l'appui aux VVS, par la prise en charge médicale, psychologique, juridique et socio-économique ;
5. le renforcement des capacités de la communauté à développer des mécanismes de prévention et de réponse aux violences sexuelles ;
6. le développement d'un réseau d'acteurs communautaires afin de psychologiquement soutenir les victimes et suivre l'évolution de leur réinsertion sociale...

Résultat principal obtenu : Mille deux cent cinquante-cinq (1255) victimes de violences sexuelles ont été médicalement et/ou psychologiquement prises en charge.

TABLE DES MATIERES

-----	2
LA REPUBLIQUE CENTRAFICAINE -----	3
1. CONTEXTE D'INTERVENTION & PRESENTATION DU PROJET-----	0
1.1. Description du projet-----	0
1.1.1. Principales stratégies et activités du projet-----	1
1.1.2. Approche stratégique du projet-----	1
2. RESULTATS OBTENUS EN RAPPORT AUX OBJECTIFS ESCOMPTEES PAR LE PROJET-----	2
2.1. RESULTATS OBTENUS EN RAPPORT A L'OBJECTIF STRATEGIQUE 1 : « UNE EQUIPE D'EXPERTS EN VSBG EST DEPLOYEE DANS LES VILLES DE BANGUI, KAGA BANDORO ET PAOUA »-----	4
2.1.1. INSTALLATION D'UN POOL D'EXPERTS EN PRISE EN CHARGE DES VSBG-----	4
2.1.2. MISE EN PLACE D'UN MODELE PILOTE DE PROMOTION, DE DETECTION ET DE REFERENCEMENT DES VICTIMES5-----	
2.1.3. INSTALLATION D'UN RESEAU DE CELLULES D'ECOUTE ET DE FORMATIONS SANITAIRES POUR LE REPONSE AUX VSBG-----	6
2.2. RESULTATS OBTENUS EN RAPPORT A L'OBJECTIF STRATEGIQUE 2 VISE « REpondre AUX BESOINS URGENTS DES VICTIMES DE VIOLENCES SEXUELLES »-----	8
2.3. RESULTATS OBTENUS EN RAPPORT A L'OBJECTIF STRATEGIQUE 3 VISE « RENFORCEMENT DE LA CAPACITE DES COMMUNAUTES POUR LA PREVENTION ET LA REPONSE AUX VSBG »-----	10
2.3.1. Stratégie 8. Développement d'un réseau d'acteurs de lutte contre les violences sexuelles et basées sur le genre-----	10
2.3.2. Stratégie 9 : Mise en place de mécanismes de prévention et de réponses pour les VSBG-----	11
2.3.2. Partenariat et contribution aux cadres de concertation et de coordination-----	12
3. MATRICE SWOT DES SIX (6) MOIS D'EXECUTION DU PROJET VSBG-----	13
4. SYNTHESE DES SIX (6) MOIS D'EXECUTION DU PROJET VSBG-----	14
4.1. LES LIMITES DU PROJET-----	14
5. RECOMMANDATIONS EN VUE D'AMELIORER LES PERFORMANCES FUTURES DU PROJET VSBG-----	15
ANNEXES-----	16



LISTE DES SIGLES & ACRONYMES

AGVSA Analyse Globale de la Vulnérabilité et de la sécurité Alimentaire

APC Approche Par Compétence

APD Aide Publique au Développement

APS Agents psychosociaux

ARV Anti rétroviraux

CCC Communication pour un Changement de Comportement

CDE Convention sur les Droits de l'Enfant

CDV Centre de Dépistage Volontaire

CEDEF Convention sur l'Élimination de toutes les formes de Discrimination à l'Égard des Femmes

CEMAC Communauté Economique et Monétaire en Afrique Centrale

CNLS Comité National de Lutte contre le SIDA

CPN Consultation Prénatale

CPoN Consultation Poste Natale

DDR Désarmement, Démobilisation et Réintégration

DOT Traitement Directement Observé

DPI Dialogue Politique Inclusif

DSRP Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté

ECASEB Enquête Centrafricaine pour le Suivi Evaluation du Bien être

ECVR Enquête sur les Conditions de Vie en milieu Rural

ECVU Enquête sur les Conditions de Vie en milieu Urbain

EDS Enquête Démographique de Santé

FOSA Formations Sanitaires

FRPC Facilité pour la Réduction de la Pauvreté et la Croissance

GATPA Gestion Active de la Troisième Phase de l'Accouchement

HCR Haut-Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés

HIMO Haute Intensité de Main-d'œuvre

ICASEES Institut Centrafricain des Statistiques et des Etudes Economiques et Sociales

IDH Indice de Développement Humain

IEC Information Education Communication

IMOA-EPT Initiative pour la mise en œuvre Accélérée de l'Education Pour Tous

IPPTE Initiative en faveur des Pays Pauvres Très Endettés

IRA Infection Respiratoire Aigue

JPN Jeunesse Pionnière Nationale

MDA Médecins d'Afrique

MICS Enquête à Indicateurs Multiples

MISAC Mission de l'UA pour la Centrafrique & l'Afrique centrale

MISCA Mission internationale en Centrafrique sous conduite africaine

NV Naissances Vivantes

OAC Organisation à Assise Communautaire

OBC Organisation à Base Communautaire

OEV Orphelins et enfants rendus vulnérable à l'infection au VIH SIDA

OMD Objectifs du Millénaire pour le Développement

OMS Organisation Mondiale de la Santé

ONG Organisation Non Gouvernementale

PALU Panafrican Lawyer Union

PAM Programme Alimentaire Mondial

PANA Plan National d'Adaptation

PAPSE Projet d'Appui au Programme Sectoriel de l'Education

PCIME Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant

PEP Prophylaxie post exposition du VIH

PEV Programme Elargi de Vaccination

PIB Produit Intérieur Brut

PMA Pays les Moins Avancés

PNDE Politique Nationale de Développement de l'Education

PNUD Programme des Nations Unies pour le Développement

PPTE Pays Pauvres Très Endettés

PSES Projet d'Urgence du Secteur de l'Education et de la Santé

PSSA Programme Spécial de Sécurité Alimentaire

PTFM Plateforme Multifonctionnelle

PTPE Prévention de la Transmission Parents-Enfants du VIH/SIDA

RCA République Centrafricaine

RECO Relais communautaires

RESEN Rapport d'Evaluation du Système Educatif National

RGPH Recensement Général de la Population et de l'Habitation

RUECA Recensement des Unités Economiques de Centrafrique

SIDA Syndrome de l'Immunodéficience Acquise

SNSE Stratégie Nationale du Secteur de l'Education

SNU Système des Nations Unies

SONU Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgences

SSR Santé Sexuelle et Reproductive

THIMO Travaux à Haute Intensité de Main d'œuvre

TMM Taux de Mortalité Maternelle

TCP Travailleur à Compte Personnel

TNS Taux Net de Scolarisation

UA Union africaine

UE Union Européenne

UNFPA Fonds des Nations Unies pour la Population

UNGASS United Nation General Assembly Special Session

UNICEF Fonds des Nations Unies pour l'Enfance

VIH Virus de l'Immunodéficience Humaine

VSBG Violences sexuelles basées sur le genre

VVS Victimes de violences sexuelles

1. CONTEXTE D'INTERVENTION & PRESENTATION DU PROJET

Depuis les tragiques événements de 2013, la République Centrafricaine (RCA) continue de subir les conséquences de cette crise complexe. Entre autres, l'état de déliquescence des infrastructures nationales, la faiblesse du redéploiement de l'Etat et de ses services déconcentrés et décentralisés dans les provinces, la désagrégation de la cohésion sociale et du tissu socioéconomique, continuent de négativement impacter le bien-être des populations centrafricaines et particulièrement celui des femmes et des filles. Si la situation sécuritaire s'est relativement améliorée sur l'ensemble du territoire, permettant le retour partiel d'une partie des déplacés, elle demeure toujours précaire et relativement volatile. En effet les forces antagonistes que sont les « ex-Seleka » et les milices « Antibalaka » ont certes signé sous les auspices de la communauté internationale, un « accord de cessation des hostilités », cependant elles n'en demeurent pas moins fortement armées et leur présence encore massive de par et d'autre du pays, consacre la partition « virtuelle » du territoire centrafricain. Concernant les problématiques de violences basées sur le genre, en plus des inégalités préexistantes et chroniques entre les sexes en RCA, la crise a accru les vulnérabilités de « sexospécificité ».

Elles concernent entre autres, les problématiques liées à la sécurité physique, à l'éducation, à la santé de la reproduction, à la nutrition, à l'insécurité alimentaire, à l'accès inégal aux opportunités économiques, aux violences basées sur le genre, etc. Ces inégalités de genre continuent d'être accentuées par l'aphasie des institutions la déliquescence de l'état centrafricain. Dans un contexte post conflictuel, à l'instar que celui traverse la RCA, la dépendance et le manque de perspectives socioéconomiques des femmes et des filles continuent d'accroître leurs vulnérabilités et les expose aux violences sexuelles, aux agressions physiques, aux unions contraintes, au servage sexuel et à d'autres formes de violences basées sur le genre. La destruction des moyens de subsistance et la mobilité limitée en raison de l'insécurité a conduit à des mécanismes d'adaptation négatifs tels que le sexe tarifé, la prostitution occasionnelle, adoptés en particulier par les femmes et les filles. Mais également un autre phénomène, en l'occurrence la prégnance des actes de violences sexuelles commis à l'encontre des femmes et des filles reste et demeure l'une des problématiques de genre les plus importantes en termes d'impacts négatifs sur cette frange de la population centrafricaine. C'est dans ce contexte qu'a été mis en œuvre le projet « *d'appui de l'Union africaine à la prévention et la réponse aux violences sexuelles basées sur le genre en RCA* ».

1.1. Description du projet

Le projet intitulé « Appui de l'Union Africaine à la prévention et à la réponse aux violences sexuelles en République Centrafricaine » vise à apporter un soutien aux victimes de violences sexuelles. Dans un contexte de carences de l'autorité et de l'action étatique, le projet vise à apporter aide et protection aux victimes de violences sexuelles (dont la majorité demeurent les femmes et les enfants) à travers : (i) un soutien médical, psychosocial et juridique – (ii) le renforcement des capacités nationales existantes dans ces trois domaines – (iii) un appui aux communautés à se doter de mécanismes de prévention et de réponse aux violences sexuelles. Ce projet est une initiative innovante de l'UA grâce notamment à une contractualisation avec des institutions exclusivement africaines. En l'occurrence l'ONG « *Médecins d'Afrique* » pour les aspects de prise en charge médicale, psychosociale et les mécanismes de résilience communautaires et « *l'Association des Juristes Panafricains* » notamment pour les aspects juridiques, mais également l'accompagnement de la Mission pour les aspects d'appui institutionnel et le soutien à la réactivation de la chaîne judiciaire et

pénale de RCA, notamment concernant la réponse judiciaire aux cas de violences sexuelles basées sur le genre.

1.1.1. Principales stratégies et activités du projet

Elles sont les suivantes :

- ➔ le déploiement en RCA d'un pool d'experts africains spécialisés dans la prise en charge des violences sexuelles ;
- ➔ la Construction d'un centre de santé spécialisé à Kaga Bandoro (et la réhabilitation du centre de santé de Paoua ;
- ➔ la fourniture de consommables et matériels médicaux spécifiques de prise en charge des violences sexuelles (Kit pour la prophylaxie d'urgence contre le VIH, médicaments ARV, molécules contre les infections sexuelles, etc .) ;
- ➔ l'appui (médical, psychosocial, juridique et socioéconomique) direct aux victimes de violences sexuelles ;
- ➔ le renforcement de la résilience communautaire pour la prévention et la réponse aux violences sexuelles ;
- ➔ le développement d'un réseau de relais communautaire pour le suivi de la réinsertion des victimes.

1.1.2. Approche stratégique du projet

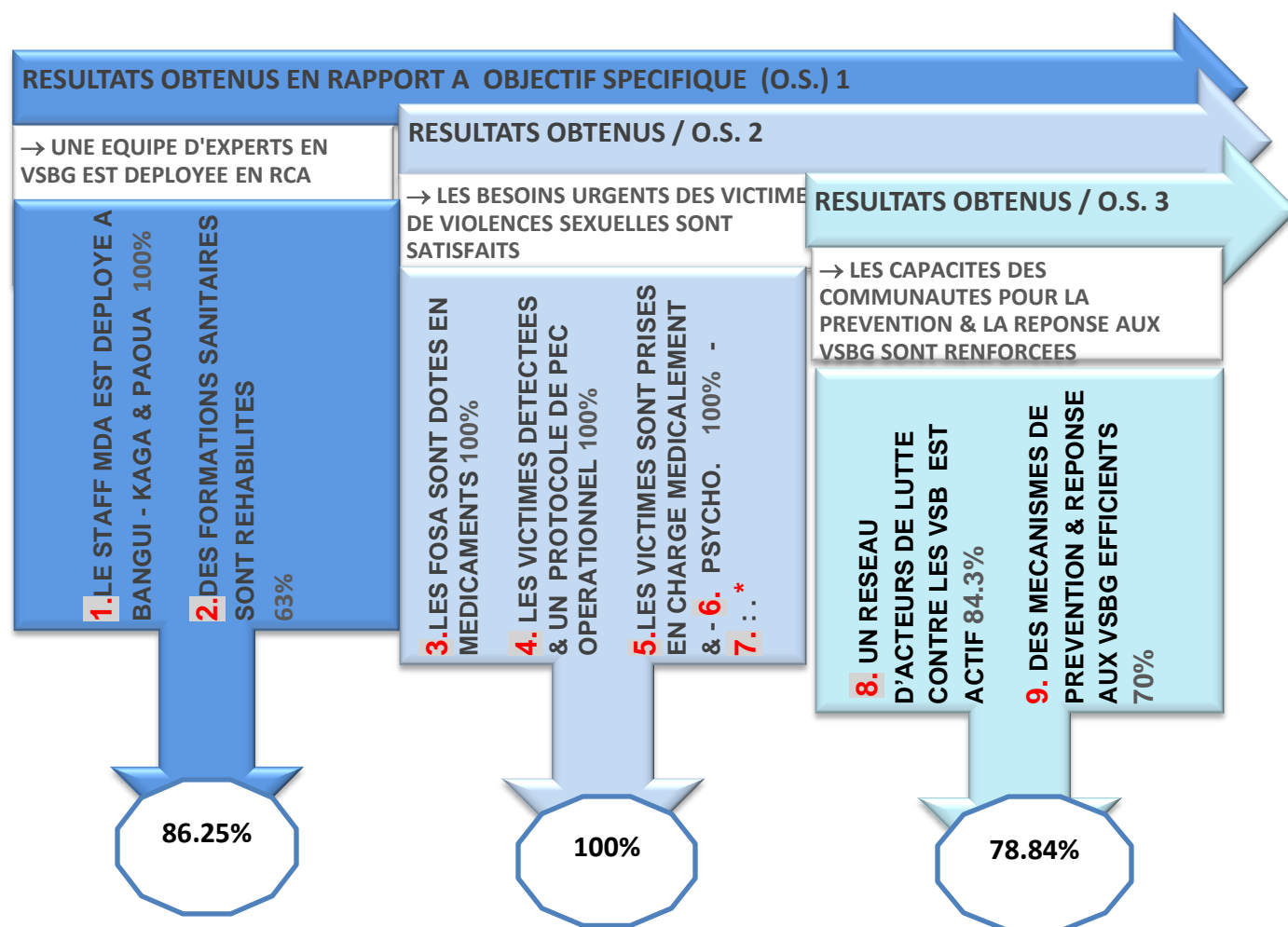
L'approche de « concevoir, gérer et transférer » est celle privilégiée par le projet. Elle ambitionne dans un contexte d'affaiblissement des institutions nationales, à substantiellement renforcer les capacités nationales à travers leur inclusion lors de toutes les phases d'exécution du projet (formulation, mise en œuvre et gestion). Ainsi l'appropriation nationale sera-t-il optimal lors du transfert des prérogatives à l'issue du projet qui est initialement prévu pour une durée de six (6) mois (éventuellement renouvelables en cas de bonnes performances du projet).

Après une période de six (6) mois d'exécution de décembre 2014 à juin 2015, ce rapport de fin d'activités, vise à mettre en exergue les résultats obtenus en corrélation avec ceux initialement escomptés par le projet.

2. RESULTATS OBTENUS EN RAPPORT AUX OBJECTIFS ESCOMPTES PAR LE PROJET

L'objectif principalement visé par le projet d'appui à la prise en charge et la réponse aux violences sexuelles basées sur le genre (VSBG) en RCA, consistait en la prise en charge directe de mille (1000) victimes de violences sexuelles. Afin de concourir à l'atteinte de cet objectif principal, trois (3) objectifs dit spécifiques (O.S.) ont été déclinés. En l'occurrence, Il s'agit : **(i) du déploiement d'une expertise internationale et nationale en VSBG dans trois (3) préfectures de la RCA – (ii) de la réponse aux besoins urgents des victimes de VSBG – et (iii) du renforcement de la capacité des communautés en termes de prévention et de réponse aux VSBG.** Respectivement à chacun de ces trois (3) objectifs spécifiques a correspondu des stratégies, elles sont au nombre de neuf (9) . Ces neuf stratégies ont été déclinées en activités sur le terrain (voir tableau des activités en Annexe) qui ont été menées sur le terrain (à Bangui, Kaga Bandoro et Paoua)sur une période de six (6) mois soit un total de dix-neuf (19) semaines. L'illustration graphique ci-dessous met en perspective les résultats obtenus par objectif spécifique. Les indicateurs de performance (taux d'achèvement) mesurant les niveaux respectifs sont ici exprimés en pourcentage (%).

Illustration graphique N°1



Comme l'on peut le constater, les taux d'achèvement des différentes activités prévues par le projet, (sur une période de six (6) mois) sont relativement élevés, ils se situent dans un intervalle de 63% à 100%. Les activités exhaustivement exécutées (100%) sont celles inhérentes aux stratégies : **1** « *déploiement d'une équipe d'experts de l'ONG MDA à Bangui, Kaga Bandoro, et Paoua* » - **3** « *dotation des formations sanitaires en médicaments et consommables médicaux* » - **4** « *détection des victimes de violences sexuelles et mise en place d'un protocole de prise en charge* » - **5** « *prise en charge médicale des victimes de violences sexuelles* » - **6** « *prise en charge psychologique des victimes* ».

Malgré des taux d'achèvement élevés certaines activités n'ont pas fait l'objet d'une exécution exhaustive, il s'agit en l'occurrence des activités découlant des :

- **stratégie 2** « *réhabilitations des formations sanitaires* » stratégie exécutée à hauteur de **63%**. En effet si en grande majorité les formations sanitaires (à Bangui, Kaga Bandoro et Paoua) où ont été prises en charge les victimes ont fait l'objet de réhabilitation permettant d'améliorer la fonctionnalité et l'hygiène des locaux, les activités de construction du Centre de santé de Kaga Bandoro et de réhabilitation du Centre de santé de Paoua n'ont pu être exécutées. Cependant concernant ces activités, les processus relatifs à : l'appel d'offre ouvert (à travers notamment la publication des appels à soumission dans trois (3) quotidiens nationaux centrafricains), à la réception des dossiers de candidature, à leur notation puis enfin leur sélection (par une commission composée du Juriste, du Conseiller Genre, du Responsable de l'Administration de la MISAC, du Chargé de la Logistique et du Comptable de l'ONG MDA, et d'un Expert indépendant externe) ont été menés à terme. Une entreprise a fait l'objet d'une sélection pour la construction du Centre de santé de Kaga Bandoro (cf. Procès-verbal d'attribution en annexe). Le procès-verbal d'attribution a été adressé au siège de l'Union Africaine à Addis pour approbation. Pour ce qui est de la réhabilitation du Centre de santé de Paoua, aucun candidat ne remplissant les conditions, il a été décidé de n'attribuer ce marché de réhabilitation à aucune des entreprises soumissionnaires et de relancer un nouvel appel d'offre ;
- **stratégie 7** « *autonomisation économique des femmes* ». Cette stratégie d'autonomisation a été prévue par le projet, mais uniquement pour des aspects relatifs à une activité renforcement des capacités et non pour des financements directs aux victimes ;
- **stratégie 9** « *mise en place de mécanismes de prévention et de réponse aux violences sexuelles* ». Sur les cinq (5) activités de cette stratégie, seule l'activité de « *mise en place d'un système de référence et contre référence pour les victimes* » a fait l'objet d'un achèvement partiel soit une exécution de l'activité à cinquante pour cent (50%). Le système de référence et contre référence mis en place par MDA reste efficient jusqu'ici, (notamment grâce aux cellules d'écoute et au personnel de santé mobilisé par le projet) toutefois la mise en place *pérenne* d'un tel système sur une durée limitée de six (6) mois s'avère ardue. Dans un contexte de déliquescence de l'Etat centrafricain et d'effondrement de son système de santé, l'installation d'un tel système nécessite manifestement beaucoup plus de temps.

2.1. RESULTAS OBTENUS EN RAPPORT A L'OBJECTIF STRATEGIQUE 1 : « UNE EQUIPE D'EXPERTS EN VSBG EST DEPLOYEE DANS LES VILLES DE BANGUI, KAGA BANDORO ET PAOUA »

L'atteinte de cet objectif visé s'est articulée autour des deux (2) stratégies suivantes : l'installation du personnel de l'ONG Médecins d'Afrique (MDA) et la réhabilitation de formations sanitaires.

2.1.1. INSTALLATION D'UN POOL D'EXPERTS EN PRISE EN CHARGE DES VSBG

Le projet a permis le déploiement et la mise à disposition d'une expertise internationale composée de membres de l'ONG Médecins d'Afrique (MDA) et l'érection de trois (3) « bases d'intervention » à Bangui la capitale, dans la ville de Kaga Bandoro (Centre, dans la Préfecture de la Nana Gribizi) et enfin dans la ville de Paoua (Nord-ouest, dans la Préfecture de l'Ouham Pendé) . Comme l'illustre le tableau ci-dessous le au-delà du personnel dévolu à l'assistance administrative, financière et logistique, l'ONG MDA a déployé un pool d'une douzaine d'Experts médicaux et paramédicaux spécialisés dans la prise en charge et la réponse aux violences sexuelles basées sur le genre.

Tableau N°1 Répartition des ressources humaines enrôlées dans le projet

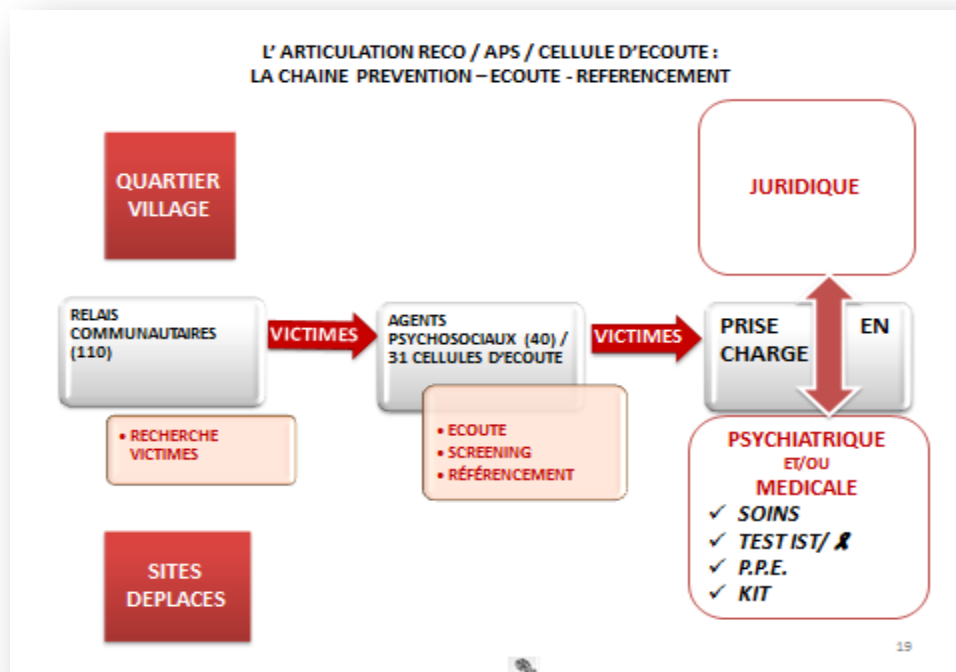
TYPOLOGIE RESSOURCES HUMAINES	BANGUI	KAGA BANDORO	PAOUA	TOTAL
	# INTERVENANTS	# INTERVENANTS	# INTERVENANTS	
⇒ Médecins d'état Hôpital	2	-	-	2
⇒ Médecins d'état Centre de	8	-	-	8
⇒ Médecins MDA Hôpital	2	-	-	2
⇒ Médecins MDA Centre de	2	1	1	4
⇒ Sage-femme d'état	14	1	-	15
⇒ Sagefemme MDA	-	1	1	2
⇒ Infirmier d'état	14	1	1	16
⇒ Infirmier MDA	-	1	-	1
⇒ Psychologues-MDA-	2	1	1	4
⇒ Chef de Mission	1	-	-	1
⇒ Point Focal	1	-	-	1
⇒ Coordonnateur projet	1	-	-	1
⇒ Administrateur Financier	1	-	-	1
⇒ Assistant Administrateur Financier	1	-	-	1
⇒ Administrateur Logistique	1	-	-	1
⇒ Assistant Logistique	1	-	-	1
⇒ Assistant Administratif et logistique	1	1	1	3
⇒ Secrétaire comptable	1	0	0	1
⇒ Chauffeur	3	0	0	3
⇒ Gardiens	6	2	2	10
⇒ Personnel d'entretien	2	1	1	4
TOTAL				82

En plus des ressources humaines de MDA, ce sont dix (10) Médecins d'état, quinze (15) Sages-femmes d'état, et seize (16) Infirmiers d'état centrafricains qui après un renforcement de capacités en prise en charge spécifique des VSGB ont été enrôlés dans le projet. L'avantage de cette approche stratégique,

au-delà de l'adjonction de ressources humaines supplémentaires consiste au transfert de compétences opéré dont pourront bénéficier ces ressources humaines nationales au profit des victimes. Il s'agit là d'une valeur ajoutée probante en termes d'appropriation nationale et de pérennisation de la réponse aux violences sexuelles en RCA. Au total, c'est un effectif total de quatre-vingt-deux (82) professionnels qui ont été mobilisés lors de cette première phase de projet de prise en charge et de réponse aux violences sexuelles en RCA.

2.1.2. MISE EN PLACE D'UN MODELE PILOTE DE PROMOTION, DE DETECTION ET DE REFERENCEMENT DES VICTIMES

Ce modèle pilote a consisté en un maillage densifié des zones d'intervention du projet, en Cellules d'écoute sises au sein des différentes Mairies d'Arrondissement, de formations sanitaires et de sites de personnes déplacées. Ainsi, est-ce un total de trente et une (31) Cellules d'écoute qui furent opérationnelles en phase pleine du projet. Eu égard au déficit de psychologues en RCA, l'ONG MDA a opté pour le recrutement et la formation de quarante (40) Agents psychosociaux (APS) et cent dix (110) Relais communautaires (RECO) en charge de l'animation et du fonctionnement de ces cellules d'écoute. Comme le montre le schéma ci-dessous, le principe d'intervention étant la dévolution des activités de promotion et de sensibilisation aux seins des communautés aux RECO. L'écoute, le counseling, le screening et éventuellement le référencement (médical) des victimes relevant des APS, installés au sein des Cellules d'écoute.

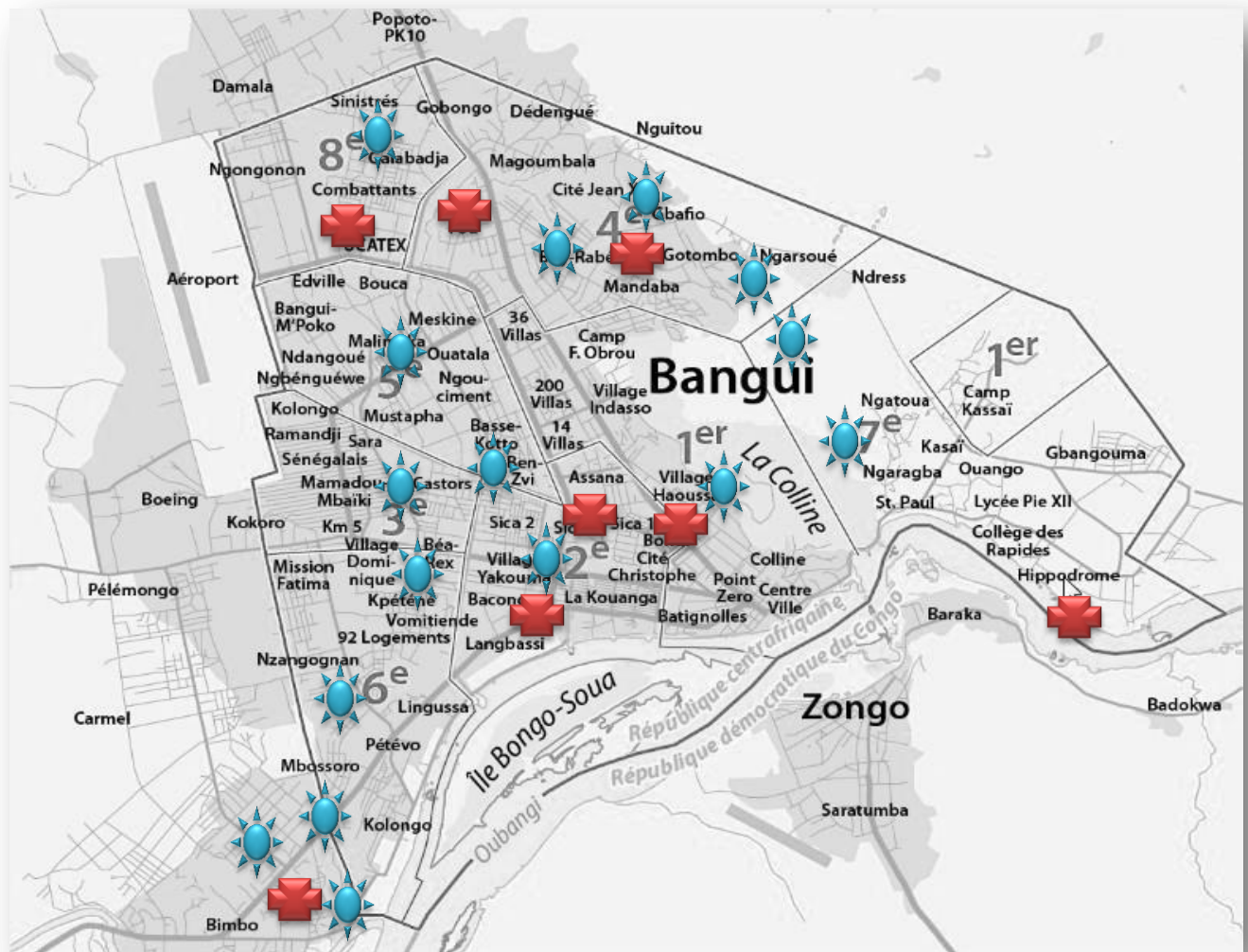


2.1.3. INSTALLATION D'UN RESEAU DE CELLULES D'ECOUTE ET DE FORMATIONS SANITAIRES POUR LE REPOSE AUX VSBG

Ce sont en tout, trente et une (31) Cellules d'écoutes et dix (10) Formations sanitaires qui ont été opérationnelles pour la réponse aux victimes de violences sexuelles dans les villes de Bangui, Kaga Bandoro et Paoua.

(i) A Bangui, elles se répartissent comme suit : huit (8) Cellules d'écoute dans les huit (8) arrondissements de la capitale, six Cellules (6) au sein de différents sites de personnes déplacées (Fateb, Castor, Benz-vi, Votobo, Capucin, Maison Micheline , Eglise St Antoine de Padoue) et une Cellule (1) à Bimbo (une commune jouxtant la Capitale, Bangui). Ainsi concernant Bangui, c'est un total de seize (16) Cellules d'écoute, animées par vingt (20) APS et quarante-cinq (45) RECO qui furent actifs. Egalement à Bangui, ces sont quarante-quatre (44) professionnels médicaux et paramédicaux, intervenant au sein de huit (8) Formations sanitaires qui ont assuré la prise en charge médicale et psychologique des victimes de violences sexuelles.

Carte N1 du maillage de la ville de Bangui en Cellules d'écoute et formation sanitaires pour les VSBG



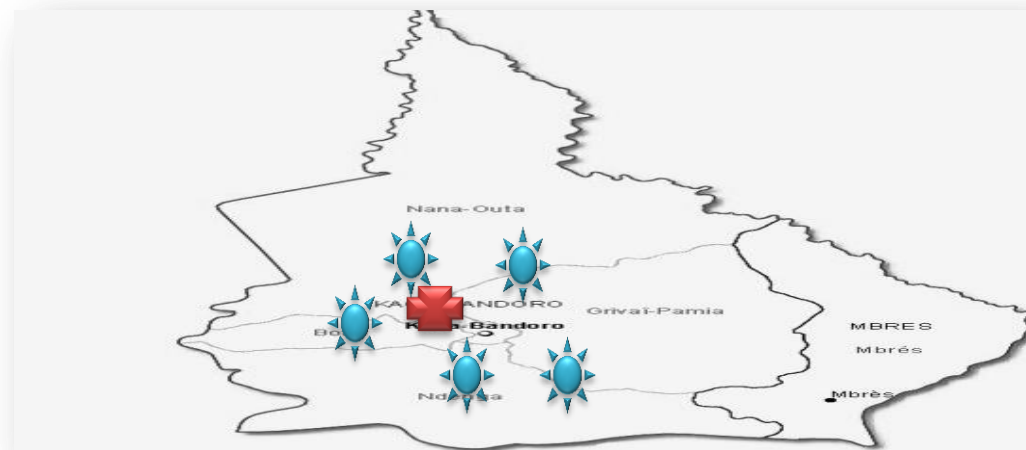
Formations sanitaire



 **Cellule d'écoute**

- (i) A Kaga Bandoro dans la Préfecture de la Nana Gribizi (Centre du pays), c'est un réseau de cinq (5) Cellules d'écoute animées par dix (10) APS et trente-cinq (35) RECO qui ont été actives lors de la « pleine phase » du projet. En attente de la construction du Centre de santé à Kaga Bandoro, MDA a conclu une convention de partenariat avec le Centre de Santé Urbain (CSU) de la ville. A Kaga Bandoro, ce sont un total de cinq (5) professionnels médicaux et paramédicaux qui ont assuré la prise en charge des victimes de VSBG.

Carte N 2 du maillage de la ville de Kaga Bandoro en Cellules d'écoute et formation sanitaires pour les VSBG



- (ii) Enfin dans la ville de Paoua située dans la Préfecture de l'Ouham Pendé (Nord-ouest de la RCA) ce sont dix (10) Cellules d'écoute qui ont été érigées, dix (10) APS et trente-cinq (35) RECO recrutés, formés et rémunérés pour le fonctionnement desdites Cellules. C'est également un total de trois (3) professionnels médicaux et paramédicaux qui ont assuré la prise en charge médicale et/ou psychologique des victimes dans la ville de Paoua et les localités qui la jouxtent.

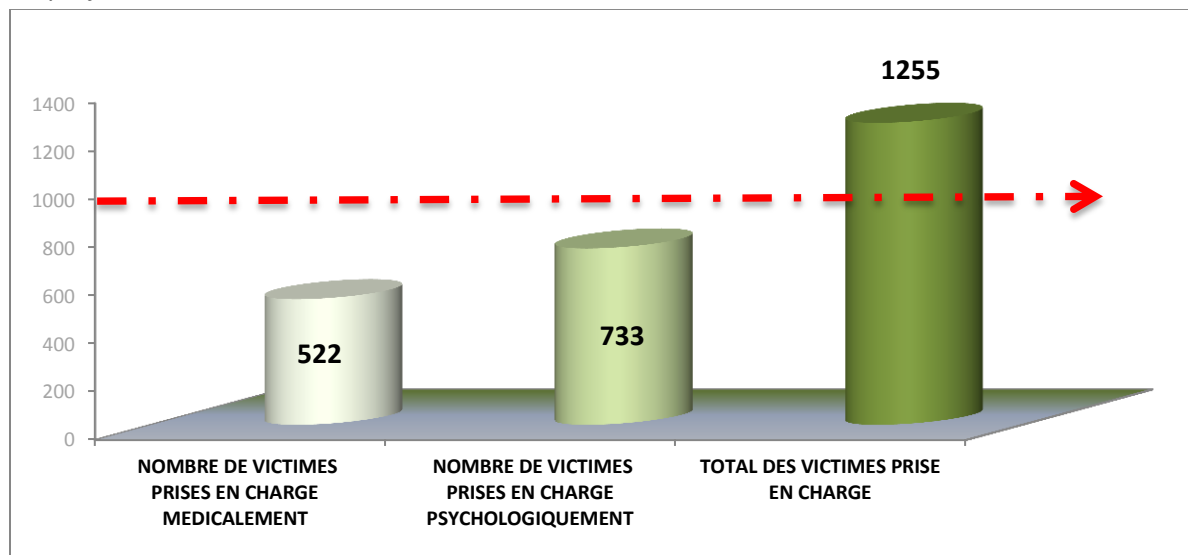
Carte N 2 du maillage de la ville de Paoua en Cellules d'écoute et formation sanitaires pour les VSBG



2.2. RESULTATS OBTENUS EN RAPPORT A L'OBJECTIF STRATEGIQUE 2 VISE « REpondre AUX BESOINS URGENTS DES VICTIMES DE VIOLENCES SEXUELLES »

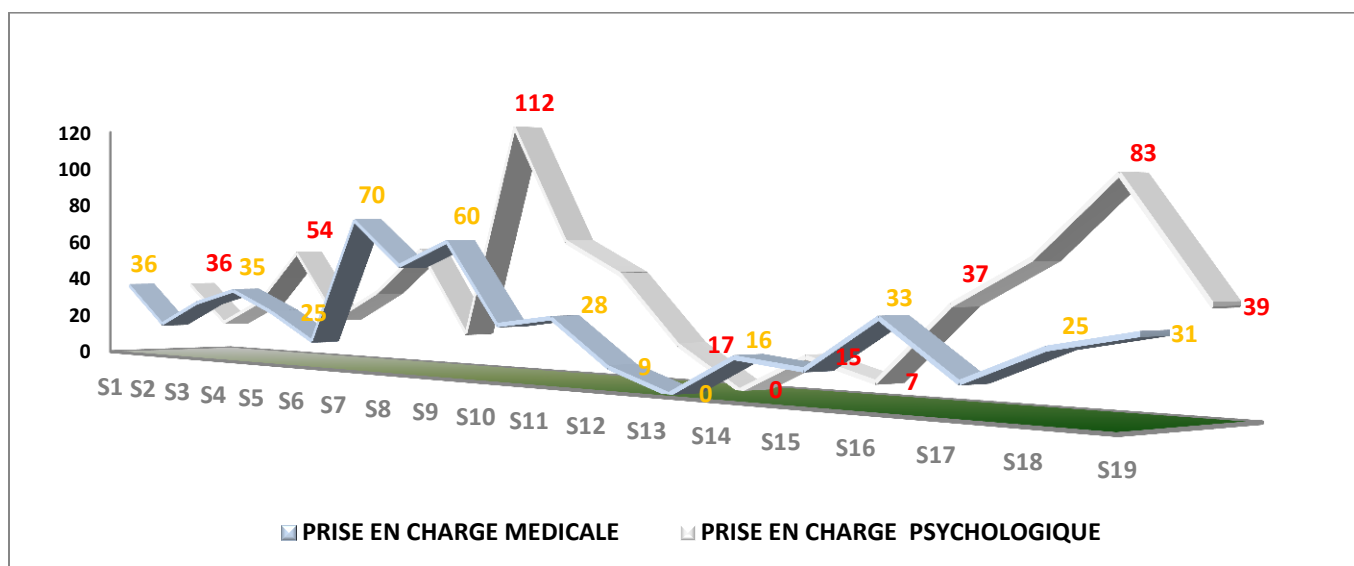
L'objectif initial escompté par le projet de prise en charge de mille (1000) victimes de violences sexuelles a été atteint et dépassé, tel qu'illustré par la représentation graphique ci-après, c'est un total de mille deux cents cinquante-cinq (1.255) victimes qui ont bénéficiées d'une prise en charge médicale et/ou psychologique lors de ces six (6) mois d'intervention du partenaire d'exécution MDA au sein des dix (10) formations sanitaires à Bangui, Kaga Bandoro et Paoua. Pour ce faire les stratégies mises en œuvre se sont faites en cascade et ont consisté à :

- la dotation des formations sanitaires en médicaments et consommables médicaux spécifiques pour la prise en charge (initialement) de mille (1000) victimes de violences sexuelles. Notamment entre autres de molécules prophylactiques, de kit de prophylaxie post-exposition au VIH, de tests IST/VIH, etc. Ces approvisionnements ont été assurés à travers les achats effectués par MDA, mais également à travers les dotations octroyées par l'UNFPA ;
- la création d'un mécanisme de détection des victimes et la mise en place de protocoles de prise en charge des victimes. Les protocoles de prise en charge ont été définis par l'équipe d'Experts MDA, ils tiennent compte de l'expérience de MDA, de l'environnement, de la spécificité des cibles, enfin toutes les réalités et contraintes du contexte ont été appréhendées afin de pouvoir disposer de protocoles standardisés. La détection des victimes, leur triage en fonction de leur vulnérabilité et leur référencement (médicale et/ou psychologique) ont principalement été assurés par les Relais communautaires et les Agents psychosociaux ;
- Enfin, la prise en charge médicale et/ou psychologique proprement dite des victimes préalablement identifiées où s'étant spontanément présentées dans les formations sanitaires du projet.

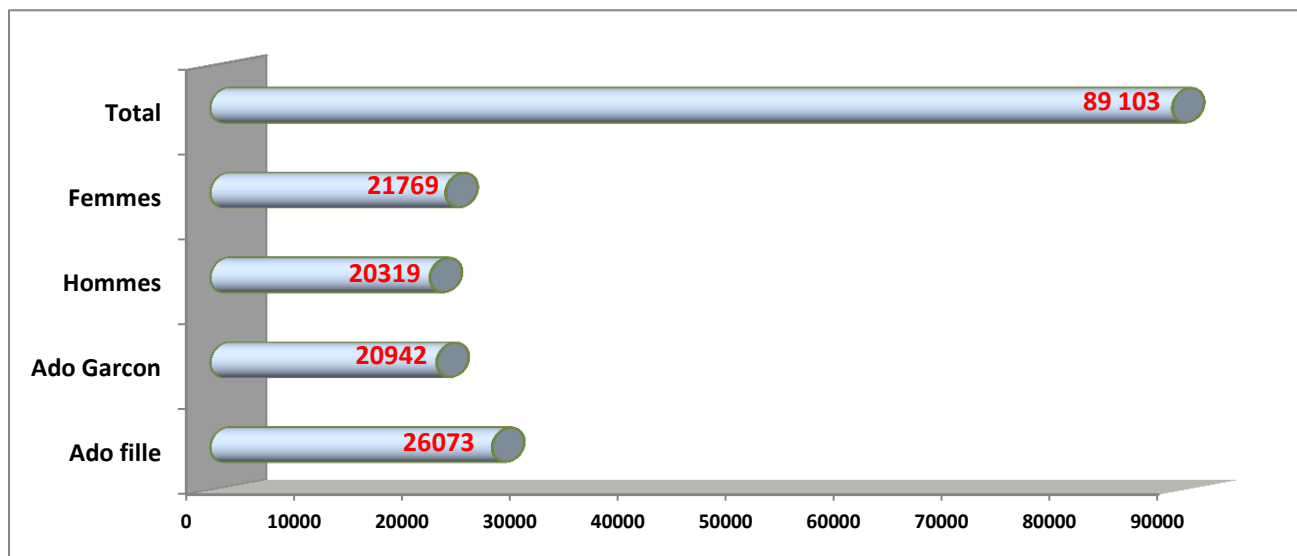


Ce sont ainsi **mille deux-cent cinquante-cinq (1255)** des victimes qui ont bénéficié d'une prise en charge médicale et/ou psychologique lors des dix-neuf (19) semaines d'exécution du projet. L'on peut faire le constat à la lecture des courbes ci-dessous qu'en fonction des semaines les effectifs de victimes ayant bénéficié d'une prise en charge ont été fluctuants. Concernant les prises en charge psychologique et médicale des victimes, les « pics » ont été atteints entre la septième et la onzième semaine

d'exécution du projet. Ces semaines marquent les phases paroxystiques de prise en charge des victimes, elles correspondent approximativement à la période médiane de la durée totale du projet. L'on peut en déduire que c'est le stade du projet où les activités de sensibilisation ont eu leur impact maximale auprès des communautés en général et plus spécifiquement auprès des victimes.

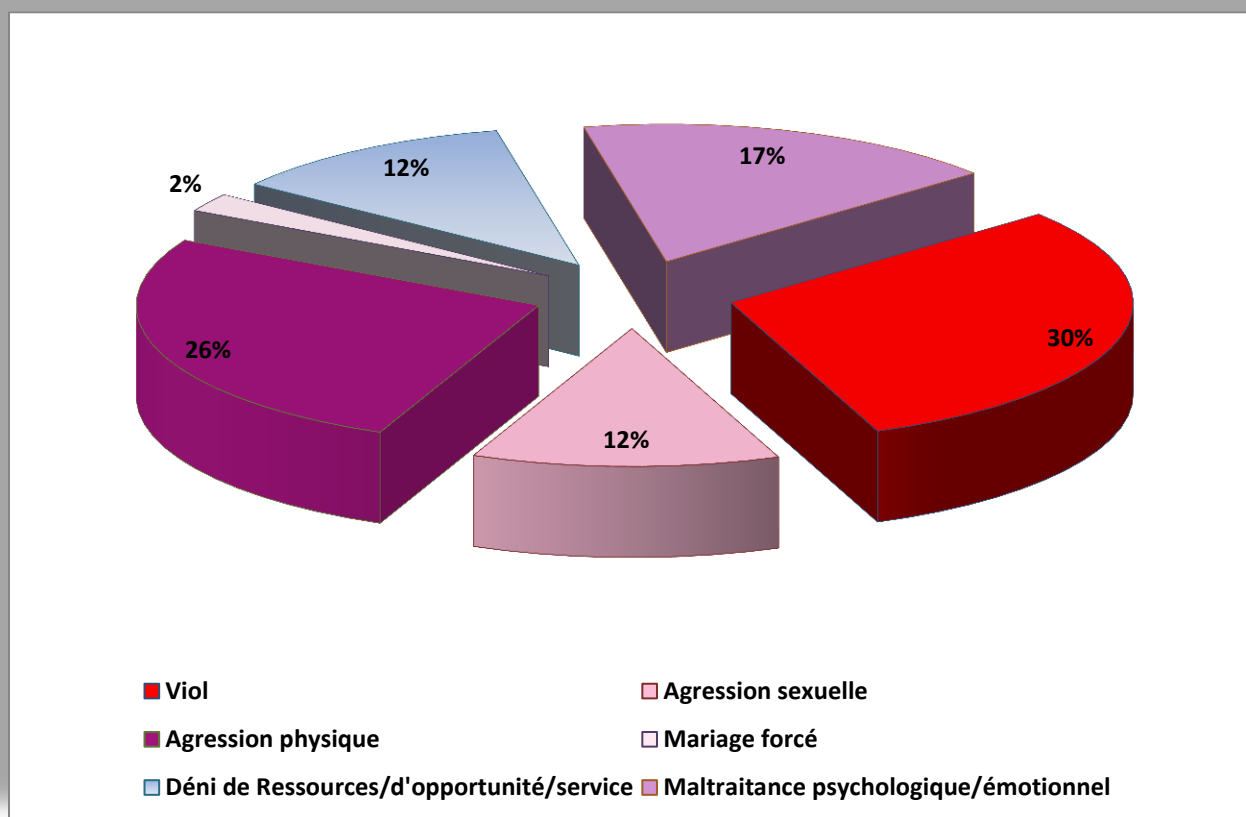


Concomitamment à ces activités de prise en charge directe, ont été sensibilisés sur les problématique de prise en charge et de réponse communautaires aux VSBG, un total de quatre-vingt-neuf mille cent trois personnes (89.103) qui se répartissent comme suit :



L'on constate que c'est la catégorie « filles adolescentes » qui représente la plus grande cohorte de personnes sensibilisées, suivie de celle des « femmes ».

Enfin, trois mille cinq cent trente-huit (3.538) personnes ont été directement reçues et « écoutées » par les APS à travers les 31 Cellules d'écoute à Bangui, Kaga Bandoro et Paoua. Comme le montre l'illustration ci-dessous, les problématiques exposées par ces personnes reçues au sein des cellules d'écoute par les APS sont respectivement par ordre d'occurrence (cf. graphique ci-dessous) : des cas de viol, d'agression physique, de maltraitance psychologique et de déni de ressources. Les cas d'union forcée bien que résiduels comparativement aux précédentes thématiques évoquées, représentent toutefois deux pour cent (2%) du total des problématiques exprimées par les 3538 personnes reçues dans les cellules d'écoute.



2.3. RESULTATS OBTENUS EN RAPPORT A L'OBJECTIF STRATEGIQUE 3 VISE « RENFORCEMENT DE LA CAPACITE DES COMMUNAUTES POUR LA PREVENTION ET LA REPONSE AUX VSBG »

2.3.1. Stratégie 8. Développement d'un réseau d'acteurs de lutte contre les violences sexuelles et basées sur le genre

Cette stratégie s'est principalement articulée autour des activités de : cartographie et d'audit institutionnelle des ONG et OBC dans les préfectures cibles et à Bangui – de l'identification des formations sanitaires impliquées dans la prise en charge des victimes de VSBG – de l'édification d'un annuaire des acteurs VSBG dans les localités – de la promotion des échanges et le dialogue entre les organisations du réseau et les autorités locales – du renforcement du système de collecte de données

sur les violences sexuelles suivi de la collecte de données sur les VSBG dans les aires de santé d'intervention. Enfin cette stratégie de développement d'un réseau d'acteurs de lutte contre les violences sexuelles a mis une emphase sur le renforcement des Capacités des ONG nationales de lutte contre les VSBG et la validation d'un protocole de prise en charge médicale des VSBG notamment à travers l'organisation d'ateliers participatifs et inclusifs. Ainsi, est-ce un total de quatre cent trente-six personnes (436) qui ont bénéficié de renforts de capacités en différentes thématiques relatives à la réponse aux violences sexuelles (cf. tableau ci-dessous).

Tableau N°1 Effectifs de ressources humaines nationales formées grâce au projet

CIBLES	SITES	#
* RELAIS COMMUNAUTAIRES	➤ Bangui	84
	➤ Paoua	35
	➤ Kaga Bandoro	35
* AGENTS PSYCHOSOCIAUX	➤ Bangui	12
	➤ Paoua	10
	➤ Kaga Bandoro	10
* PRESTATAIRES DE SOINS	➤ Bangui	25
	➤ Paoua	5
	➤ Kaga Bandoro	10
* GESTION FINANCIERE ET LOGISTIQUE DES HOPITAUX	➤ Bangui	25
* ONG LOCALES	➤ Bangui	185
⇒ TOTAL DE PERSONNES FORMEES		436

2.3.2. Stratégie 9 : Mise en place de mécanismes de prévention et de réponses pour les VSBG

Au-delà des activités de recrutement, de formation des RECO et des APS (sur la prévention des VSBG, le trauma-counseling, l'écoute et l'orientation des victimes et la réconciliation) et leur rémunération mensuelle, les activités majeures découlant de la mise en œuvre de cette stratégie ont consisté : *à la mise en place d'un réseau de trente et une (31) Cellules d'écoute et d'orientation des victimes de VSBG*(tel que précédemment décrit), mais également, *la mise en place d'un système de référence / contre-référence pour les victimes de VSBG*. Ce système de référence /contre référence a été efficient grâce à l'enrôlement d'une dizaine de Formations sanitaires comme l'illustre le tableau ci- après.

Tableau N°2 Formations sanitaires enrôlées pour le système de référence/ contre référence des VVS

LOCALISATION	FORMATION SANITAIRE	#
* COMMUNE DE BIMBO	➤ HOPITAL MAMAN ELISABETH DE BIMBO	1
* COMMUNE DE OUANGO	➤ CENTRE DE SANTE URBAIN OUANGO	1
* VILLE DE BANGUI	➤ COMPLEXE PEDIATRIQUE	1
	➤ HOPITAL DE L'AMITIE	1
	➤ CENTRE DE SANTE URBAIN DE BOYE RABE	1
	➤ CENTRE DE SANTE URBAIN DE BEDE COMBATTANT	1
	➤ CENTRE DE SANTE URBAIN DE LAKOUANGA	1
	➤ CENTRE DE SANTE URBAIN CNSS	1
* PREFECTURE DE L'OUHAM PENDE	➤ CENTRE DE SANTE URBAIN DE PAQUA	1
* PREFECTURE DE LA NANA GRIBIZI	➤ CENTRE DE SANTE URBAIN DE KAGA BAMBORO	1
⇒ TOTAL DES FORMATIONS SANITAIRES ENROLEES		10

2.3.2. Partenariat et contribution aux cadres de concertation et de coordination

Enfin le bon niveau des résultats et des indicateurs engrangés par le projet, l'ont été grâce aux partenariats noués avec diverses institutions contribuant à la réponse aux VVS en RCA. Ces partenariats noués dans la perspective d'une meilleure coordination et synergie d'action entre partenaires ont concerné des acteurs étatiques, des agences du système des Nations Unies, des ONG internationales, des associations et ONG centrafricaines. Ces partenariats ont été formalisés à travers la signature de convention ou de protocole d'accord.

Tableau N°3 Liste des partenariats noués et des cadres de concertation

PARTENAIRES DU PROJET	STRATEGIE DE PARTENARIAT
* MINISTERE DE LA SANTE (NIVEAU CENTRAL & PERIPHERIQUE)	⇒ Mise en place d'une stratégie multi partenariale intégrant les parties prenantes clés
* MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES	
* MINISTERE DE LA JUSTICE	
* UNFPA	⇒ Organisation des réunions de concertations multi acteurs ;
* UNHCR	
* OMS	
* OCHA	⇒ Coordination pour une meilleure synergie d'action avec les partenaires ;
* DIFFERENTS CLUSTERS (Genre - VSBG – Santé –Protection ...)	
* ONG NATIONALES	
* ASSOCIATION DES FEMMES JURISTES CENTRAFRICAINES	⇒ Chaque partenariat formalisé par un protocole ou une convention

3. MATRICE SWOT DES SIX (6) MOIS D'EXECUTION DU PROJET VSBG

La matrice ci-dessous met en perspective les *forces*, *faiblesses*, *opportunités* et *menaces* se rapportant au projet d'appui et de réponse aux violences sexuelles exécuté sur une période de six (6) mois dans les localités de Bangui, Kagga Bandoro et Paoua. Les forces est les faiblesses identifiées étant endogènes au projet, les opportunités et les menaces relevant de l'environnement et de facteurs externes au projet.

Matrice SWOT

FORCES

- Mobilisation, engagement & structuration des acteurs en charge de la réponse aux VSBG
- Existence d'un modèle pilote et efficient de détection, de sensibilisation, de référencement et contre référencement des victimes de VSBG
- Audit institutionnel des ONG nationales effectué
- Capacités des Ressources humaines nationales renforcées pour la prise en charge des VSBG
- Existence d'un protocole de prise en charge des VSBG spécifique à la RCA,
- Engagement et présence d'une expertise panafricaine (MDA, PALU) avérée pour la réponse aux VSBG

FAIBLESSES

- Zone et temps intervention limités
- Exécution non exhaustive des activités prévues
- Inexistence de système productif permettant une autonomisation des femmes
- Déficit RH/ infrastructures santé/éducation/routes/
- Code de la famille de RCA qui reste inégalitaire
- Non prise en compte des besoins spécifiques des femmes et des filles
- Déliquescence du système de santé, de la chaîne judiciaire et pénale
- Effondrement de l'Etat centrafricain, des pans entier du territoire où l'administration et l'état de droit reste absent

OPPORTUNITES

- Existence SNEEP/ PNEEPⁱ
- Existence d'une feuille de route des recommandations « Genre » du Forum de Bangui
- Amélioration de la réponse aux VBG avec de nombreux acteurs en RCA
- Appui de l'UA à travers la mise en place d'un bureau en RCA, d'un Conseiller genre et de mobilisation de ressources financières substantielles pour la réponse aux VSBG
- Appui de l'UA au Gouvernement centrafricain
- Engagement et appui financier des bailleurs de fonds du projet

MENACES

- Insuffisance des ressources financières
- Non applications des recommandations issues du Forum de Bangui et de la feuille de route « Genre »
- Non application de la résolution 1325 des NU relative à l'implication des femmes dans les processus de reconstruction post conflit.
- Reprise de la crise pour cause des processus électoraux et de DDRⁱⁱ ratés
- Impunité des auteurs d'exactions basées sur le Genre
- Prolifération des armes, des groupes armés auteurs d'exactions sur les femmes
- Persistance des camps de déplacés et de réfugiés en RCA et dans les pays frontaliers,
- Lassitude des bailleurs face à la chronicité des crises en RCA

4. SYNTHÈSE DES SIX (6) MOIS D'EXECUTION DU PROJET VSBG

En ayant :

- ☑ permis la prise en charge un total de mille deux cent cinquante (1250) victimes de violences sexuelles basées sur le genre ;
- ☑ sensibilisés trois mille cinq cent trente-huit (3.538) personnes quatre-vingt-neuf mille cent trois personnes (89.103);
- ☑ formé et rémunéré quarante (40) Agents Psychosociaux (APS) et cent quinze (115) Relais Communautaires (RECO) ;
- ☑ mis en place un réseau de 31 Cellules d'écoute dans trois (3) préfectures de la RCA, enrôlé seize (16) Formations Sanitaires ;
- ☑ renforcé les capacités de quatre cent quatre-vingt-six (486) nationaux en différentes thématiques relative à la réponse aux VSBG ;
- ☑ Mise en place un modèle pilote, adjoint d'un (1) protocole de prise en charge des victimes spécifique à la RCA ;
- ☑ entamé le processus de construction et de réhabilitation de deux (2) Centres de santé respectivement à Kaga Bandoro et Paoua, sur une durée de six (6) mois, le projet d'appui à la prise en charge et de réponse aux violences sexuelles basées sur le genre exécuté à Bangui, Kaga Bandoro et Paoua a rempli les objectifs qui lui étaient initialement dévolus.

Le résultat escompté relatif à la prise en charge de mille (1000) victimes de violences sexuelles a été largement dépassé. En effet c'est un total de mille deux cent cinquante (1250) victimes qui ont été médicalement et/ou psychologiquement pris en charge grâce au projet. Les valeurs ajoutées du projet précédemment énumérées sont patentes et unanimement reconnues par le Ministère de la Santé de la RCA, mais également par les acteurs des différents cadres de concertation et de coordination, en l'occurrence les membres des clusters « genre, santé, violences sexuelles basées sur le genre, protection des civils ».

4.1. LES LIMITES DU PROJET

Cependant si l'objectif principal a été atteint les retards accusés inhérents (i) aux aspects de construction et de réhabilitation des deux (2) Centre de santé et (ii) à la prise en charge juridique des victimes de violences sexuelles ont sensiblement obérés la complétude des résultats escomptés. L'on peut également déplorer le manque de promptitude et de réactivité du partenaire UNFPA RCA quant à la signature du protocole d'accord le liant au partenaire d'exécution MDA. Les aspects relatifs aux approvisionnements en médicaments, kits, et consommables médicaux. Enfin les limites de ce projet sont également inhérentes à sa durée d'exécution relativement restreinte d'un seul semestre.

5. RECOMMANDATIONS EN VUE D'AMELIORER LES PERFORMANCES FUTURES DU PROJET VSBG

Dans l'hypothèse où le projet ferait l'objet d'une reconduite, il serait opportun de prendre en compte les recommandations suivantes, dans une perspective d'amélioration des performances de celui-ci :

		A :
R.1.	Accélérer le processus de construction du Centre de santé de Kaga Bandoro ;	→ UA-SIEGE
R.2.	Reprendre le processus d'appel d'offre pour la réhabilitation du Centre de santé de Paoua ;	→ UA-SIEGE → UA-MISAC
R.3.	Diligenter l'intervention de l'ONG Panafrican Lawyer Union (PALU) en RCA afin de répondre aux besoins juridiques et judiciaires des victimes de violence sexuelle ; mais également contribuer au renforcement de la chaîne judiciaire et pénale ;	→ UA-SIEGE → UA-MISAC → PALU
R.4.	Identifier des stratégies permettant d'appréhender et de répondre à la problématique des VSBG parmi les femmes issues des minorités ethniques de RCA (les AKA et les Peulhs Mbororo) ;	→ MDA → UA-MISAC → MIN. SANTE → CLUSTER VSBG
R.5.	Faciliter le financement des activités relatives à la communication et la visibilité du projet, en promouvant une plus grande flexibilité d'action à partir du bureau de la MISAC-Bangui ;	→ UA-SIEGE
R.6.	Prévoir et budgétiser des Activités génératrices de revenus (AGR) pouvant favoriser l'autonomisation économique des victimes et par-delà, faciliter leur réinsertion ;	→ UA-SIEGE → UA-MISAC → MDA
R.7.	Mieux appréhender et négocier les dispositions contractuels liant MDA à l'UA, notamment entre autres concernant les aspects de véhicules, de logistique etc. ;	→ MDA
R.8.	Améliorer les mécanismes de justification des ressources décaissées par la MISAC afin de fluidifier les décaissements et les relations avec le département « finance » de la MISAC ;	→ MDA
R.9.	Rationaliser le système d'approvisionnement en médicaments, kits, et consommables médicaux à travers (i) l'accélération de l'obtention des exonérations fiscales à l'importation et (ii) une meilleure coopération de l'UNFPA	→ MDA → UA-MISAC → UNFPA
R.10.	Améliorer et pérenniser le système de référence / contre référence des victimes de violences sexuelles	→ MDA → MIN. SANTE

ANNEXES

ANNEXE 1 REPARTITION DES ECOUTES PAR TYPE D'AGRESSION

TYPES D'AGRESSIONS BANGUI (SEMAINE 1 A SEMAINE 19)	DEPLACES		RESIDENT		TOTAL	
	H	F	H	F		
Viol						613
Adultes	34	289	21	218	562	
Moins de 18 ans	2	18	2	29	51	
Agression sexuelle						251
Adultes	7	84	12	112	215	
Moins de 18 ans	1	13	3	19	36	
Agression physique						537
Adultes	123	147	121	101	492	
Moins de 18 ans	16	6	4	19	45	
Mariage forcé						44
Adultes	4	12	2	23	41	
Moins de 18 ans	0	3	0	0	3	
Déni de Ressources/d'opportunité/service						237
Adultes	55	92	16	56	219	
Moins de 18 ans	4	10	3	1	18	
Maltraitance psychologique/émotionnel						349
Adultes	17	133	49	131	330	
Moins de 18 ans	2	9	3	5	19	
HORS GBV						1507
Adultes	37	646	63	401	1147	
Moins de 18 ans	4	159	3	194	360	
Grand total						3538
Total adulte GBV	240	757	221	641	1859	
Total jeunes GBV	25	59	15	73	172	
Total GBV	265	816	236	714	2031	
Total hors GBV	41	805	66	595	1507	
TOTAL	306	1621	302	1309	3538	

ANNEXE 2 NOMBRE DE PERSONNES SENSIBILISEES SUR LES VSBG

SEMAINE	PERIODE	ADO FILLE	ADO GARCON	HOMMES	FEMMES	TOTAL
S1	16 au 22/02	248	62	86	842	1 238
S2	23/02 au 01/03	780	592	680	731	2 783
S3	02 au 08/03	940	770	450	580	2 740
S4	09 au 16/03	1100	655	349	837	2 941
S5	17 au 22/03	1717	1266	1695	1140	5 818
S6	23 au 29/03	2652	2461	2187	1282	8 582
S7	30/03 au 05/04	1863	1427	1971	1338	6 599
S8	06 au 12/04	3033	2486	3307	2035	10 861
S9	13 au 19/04	3128	2292	2090	3334	10 844
S10	20 au 26/04	2010	1894	1419	2128	7 451
S11	27/04 au 03/05	2115	1737	1146	1763	6 761
S12	04 au 10/05	491	361	396	618	1 866
S13	11 au 17/05	283	182	171	344	980
S14	18 au 24/05	508	395	403	588	1 894
S15	25 au 31/05	459	343	605	371	1 778
S16	01 au 07/06	892	764	653	860	3 169
S17	08 au 14/06	1207	963	854	1248	4 272
S18	15 au 21/06	1529	1348	978	1130	4 985
S19	22 au 28/06	1118	944	879	600	3 541
TOTAL		26 073	20 942	20 319	21 769	89 103

ANNEXE 3 NOMBRE DE VICTIMES PRISES EN CHARGE MEDICALEMENT & PSYCHOLOGIQUEMENT

SEMAINE	DATE	CELLULE D'ECOUTE	PEC MED	PEC PSY
S1	16 au 22/02	1152	36	36
S2	23/02 au 01/03	281	16	16
S3	02 au 08/03	423	28	28
S4	09 au 16/03	217	35	54
S5	17 au 22/03	171	25	21
S6	23 au 29/03	104	12	35
S7	30/03 au 05/04	158	70	56
S8	06 au 12/04	116	49	17
S9	13 au 19/04	194	60	112
S10	20 au 26/04	167	24	60
S11	27/04 au 03/05	134	28	46
S12	04 au 10/05	14	9	17
S13	11 au 17/05	12	0	0
S14	18 au 24/05	26	16	15
S15	25 au 31/05	33	13	7
S16	01 au 07/06	82	33	37
S17	08 au 14/06	85	12	54
S18	15 au 21/06	139	25	83
S19	22 au 28/06	30	31	39
		3 538	522	733

ANNEXE 4 TABLEAU DES ACTIVITES MENEES EN FONCTION DES STRATEGIES ET DES OBJECTIFS SPECIFIQUES ET TAUX D'ACHEVEMENT PAR ACTIVITE

ACTIVITÉS	M 9	TAUX D'ACHEVEMENT
OBJECTIF STRATEGIQUE (OS)1. DEPLOIEMENT D'UNE EQUIPE D'EXPERTS		
Stratégie 1. Mise en place du personnel MDA		
1.1 Déploiement du staff international	(M1)	100 %
1.2 Identification des partenaires stratégiques, mise en place des concertations et de la coordination avec les partenaires	(M1)	100 %
1.3 Officialisation du cadre administratif d'intervention	(M1)	100 %
1.4 Installation des bases d'intervention dans les 2 préfectures-cibles et à Bangui	(M4)	100 %
1.5 Recrutement et déploiement du personnel local	(M2-3)	100 %
Stratégie 2. Réhabilitation des formations sanitaires		
2.1 Enquête sur l'état des structures de santé, la qualité de l'offre de soins et l'état des besoins dans les zones-cibles	(M1)	100 %
2.2 Réalisation des petites réhabilitations ou construction des FOSA pour une meilleure prise en charge médicale	X	40 % (i)
2.3 Renforcement de capacité des gestionnaires des CS à la gestion optimisée des FOSA de base (Séminaire de formation)	X	50 % (ii)
OS2. REPONDRE AUX BESOINS URGENTS DES VICTIMES DE VIOLENCES SEXUELLES		
Stratégie 3 : Dotation des FOSA en médicaments et kits pour la prise en charge médicale de 1000 victimes de VSBG		
3.1 Fourniture de matériel médical de base, kits médicaux, matériel de soins d'urgence, kits et médicaments spécifiques	X	100 % (iii)
3.2 Supervision de la distribution et la consommation de ces médicaments	X	100 % (iii)
Stratégie 4 : Détection des victimes de VSBG et mise en place de protocoles de prise en charge		
4.1 Détection et constitution du dossier individuel de prise en charge	X	100 %
4.2 Triage selon la vulnérabilité	X	100 %
4.3 Référencement des victimes (santé, psychologie, juridique, appui économique)	X	100 %
Stratégie 5 : Prise en charge médicale des victimes		
5.1 Identification et formation du personnel de santé sur la prise en charge clinique des violences sexuelles	X	100 %
5.2 Prise en charge médicale des victimes des VSBG	X	100 %
Stratégie 6. Prise en charge psychologique		
6.1 Identification et fonctionnalisation des sites de prises en charge	X	100 %
6.2 Mobilisation et formation des professionnels pour une assistance aux familles et aux individus (APS)	X	100 %
6.3 Consultations psychologiques des victimes	X	100 %
Stratégie 7. Autonomisation économique		
7.1 Choix des AGR possibles	X	(iv)
7.2 Recrutement des formateurs	X	(iv)
7.3 Formation aux AGR	X	(iv)

7.4 Appui à la réinsertion socio-économique	X	(iv)
OS3. RENFORCEMENT DE LA CAPACITE DES COMMUNAUTES POUR LA PREVENTION ET LA REPONSE AUX VSBG		
Activité 8. Développement d'un réseau des acteurs de la lutte contre les violences sexuelles et basées sur le genre		
8.1 Cartographie et analyse institutionnelle des ONG et OBC dans les préfectures cibles et à Bangui	X	75% (v)
8.2 Identification des formations sanitaires impliquées dans la prise en charge des victimes de VSBG	(M1)	100%
8.3 Création ou actualisation d'un annuaire des acteurs VSBG dans les localités	(M1)	100%
8.4 Favoriser les échanges et le dialogue entre les organisations du réseau et les autorités locales	X	100%
8.5 Renforcement du système de collecte de données sur les violences sexuelles	X	100%
8.6 Collecte de données sur les VSBG dans les aires de santé d'intervention	X	100%
8.7 Renforcement des Capacités des ONG de lutte contre les VSBG	(M2-3)	100%
8.8 Atelier d'actualisation et de validation du protocole de PEC médicale des VSBG	X	0 % (vi)
Activité 9 : Mise en place de mécanismes de prévention et de réponses pour les VSBG		
9.1 Mobilisation et formation des RECO sur la prévention des VSBG, le trauma-counselling, l'écoute et l'orientation des victimes et la réconciliation	(M2-3)	100%
9.2 Mise en place d'un système de référence / contre-référence pour les victimes de VSBG	X	50%
9.3 Mise en place d'un réseau d'écoute et d'orientation des victimes des VSBG	X	100%
9.4 Campagnes de sensibilisation (écoles, lieux de culte, affichage, radio, porte à porte) sur les VS, VIH/SIDA, IST	X	100%
9.5 Organisation de focus groups avec la participation des RECO, des ONG et des acteurs de santé	X	0 % (vii)

-
- ⁱ Stratégie Nationale d'Égalité et d'Équité de Genre / politique Nationale d'...
- ⁱⁱ Démobilisation, désarmement, Réinsertion