
AMÉLIORER LA DISPONIBILITÉ ET L'UTILISATION DES SERVICES POUR VSBG

DU PROJECT KANANGA, AU KASAÏ CENTRAL, RDC
RÉSULTATS DE LA PHASE 2 DE L'ÉVALUATION

OCTOBRE 2023

Cette publication a été produite à la demande de Médecins Sans Frontières (MSF) – Operational Centre Brussels (OCB) sous la direction de l'Unité d'Évaluation de Stockholm (SEU).

Elle a été préparée indépendamment par Cady Nyombe Gbomosa, PhD(c), MD, MPH ; Nished Rijal, PhD(c), MPH ; Manizha Ashna, PhD(c), MD, MSc; Meg Braddock, MA(Oxon), MTech, MEcon, Dip Ed et Angel M. Foster, DPhil, MD, AM.

AVERTISSEMENT

Les avis des auteurs exprimés dans cette publication ne reflètent pas nécessairement les vues de Médecins Sans Frontières et de l'Unité d'Évaluation de Stockholm.

TABLE DES MATIÈRES

ACRONYMES.....	3
RÉSUMÉ EXÉCUTIF	4
INTRODUCTION	7
APERÇU DES VIOLENCES SEXUELLES ET SEXISTES EN RDC	7
HISTORIQUE DU PROJET KANANGA.....	8
L'INITIATIVE DE DÉCENTRALISATION.....	9
JUSTIFICATION ET OBJECTIFS DE L'ÉVALUATION.....	12
PRINCIPALES CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS DE LA PHASE 1.....	13
APPROCHE ET MÉTHODOLOGIE DE L'ÉVALUATION	14
CADRE THÉORIQUE	14
CADRE D'ÉVALUATION	14
MÉTHODES	15
ANALYSE DES DONNÉES.....	17
RÉSULTATS	19
ACTIVITÉS MISES EN ŒUVRE ET PRODUITS OBTENUS	19
PERTINENCE	20
COHÉRENCE	26
EFFICIENCE.....	ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.
EFFICACITÉ	32
PERSPECTIVES D'IMPACT	36
PERSPECTIVES DE DURABILITÉ	39
GENRE ET DROITS DE L'HOMME.....	42
LIMITES DE L'ÉVALUATION	44
RECOMMANDATIONS.....	47
RÉFÉRENCES	49
ANNEXES	53

LISTE DES FIGURES

Figure 1. Carte de la province du Kasai central	9
Figure 2. Phases de l'initiative de décentralisation	11
Figure 3. Nombre de cas de violences sexuelles pris en charge au CSK.....	33

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1. Analyse de la qualité des soins post-violence sexuelle au CSK	36
--	----

LISTE DES ANNEXES

ANNEXE I : TERMES DE RÉFÉRENCE	53
ANNEXE II : MATRICE D'ÉVALUATION.....	64
ANNEXE III : BIOGRAPHIES DES MEMBRES DE L'ÉQUIPE D'ÉVALUATION.....	73

ACRONYMES

CS	Centre de Santé
CSK	Centre de Santé Kamuandu
DHIS2	Système d'information sanitaire du district 2
ECZ	Équipe Cadre de la Zone Santé
FNUAP	Fonds des Nations unies pour la population
HGRPK	Hôpital Général de Référence de la Province de Kananga
MONUSCO	Mission de l'Organisation des Nations Unies pour la stabilisation du Congo
MoU	Protocole d'accord
MS	Microsoft
MSF	Médecins Sans Frontières
OCDE	Organisation de Coopération et de Développement Économiques
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
ONU	Organisation des Nations-Unies
PPE	Prophylaxie Post-Exposition
RDC	République Démocratique du Congo
SEU	Unité d'évaluation de Stockholm
SSR	Santé Sexuelle et Reproductive
STI	Infection Sexuellement Transmissible
USAID	Agence des États-Unis pour le développement international
VBG	Violence Basée sur le Genre
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine
VPI	Violence exercée par un partenaire intime
VSBG	Violence Sexuelle et Basée sur le Genre

RÉSUMÉ EXÉCUTIF

CONTEXTE ET JUSTIFICATION

La violence sexuelle et basée sur le genre (VSBG) est un phénomène très répandu en République Démocratique du Congo (RDC). En 2017, Médecins sans frontières (MSF) a lancé le projet Kananga afin de fournir une assistance médicale d'urgence aux personnes affectées par le conflit de Kamwina Nsapu dans le Kasai central. Pour s'adapter à l'évolution du contexte en 2020, MSF a lancé « l'initiative de décentralisation » qui : visait à 1) améliorer l'accès aux soins en matière de violence sexuelle, y compris l'accès à la contraception et aux soins complets d'avortement ; et 2) renforcer les capacités des prestataires des soins de santé à fournir un soutien médical holistique aux survivantes de la violence sexuelle au niveau des centres de santé. D'avril 2022 à mars 2023, MSF a piloté l'initiative de décentralisation au centre de santé de Kamuandu (CSK) dans la zone de santé de Tshikula. Avant l'initiative de décentralisation, le CSK n'avait pas formellement intégré les soins post-violence sexuelle.

ÉVALUATION DU PROJET

En 2022, l'Unité d'évaluation de Stockholm (SEU) a commandité une évaluation en deux phases de l'initiative de décentralisation, utilisant l'approche développementale. Menée de juillet à novembre 2022, la phase 1 a évalué la conception, la planification et la mise en œuvre prospective de l'initiative de décentralisation. La phase 2 de cette évaluation, qui fait l'objet du présent rapport, a été réalisée en juin 2023 et a évalué les résultats de la mise en œuvre et du transfert de la décentralisation. Nous avons utilisé une approche à méthodes mixtes concomitante, combinant une revue documentaire, une analyse secondaire des données de routine du CSK, l'étude de cas du CSK, et 18 entretiens semi-structurés avec des prestataires (n=4), des survivants (n=5), le personnel de MSF (n=7), et des parties prenantes externes (n=2). Nous avons procédé à l'analyse de contenu et thématique des données qualitatives primaires à l'aide de techniques inductives et déductives. Nous avons recouru aux statistiques descriptives pour analyser les données quantitatives secondaires. Nous avons examiné les principales questions de l'évaluation à travers sept critères : pertinence, cohérence, efficience, efficacité, impact, durabilité et intégration du genre et des droits de l'Homme.

PRINCIPAUX RÉSULTATS PRÉSENTÉS PAR CRITÈRE D'ÉVALUATION

Pertinence et adéquation

L'initiative de décentralisation était pertinente aux besoins locaux et aux priorités du gouvernement de la RDC en matière de VSBG, bien que son adéquation globale ait été modérée. Les activités liées au renforcement des capacités se sont alignées sur les besoins des prestataires de soins de santé de CSK. Cependant, une approche plus holistique donnant la priorité aux besoins médicaux et psychosociaux des survivants, ainsi qu'une planification et des ressources adéquates pour les activités liées à la mobilisation communautaire, auraient permis d'améliorer l'adéquation du projet pilote.

Cohérence

L'évaluation a mis en évidence l'alignement des objectifs du Pilote sur les priorités du gouvernement de la RDC et sur la stratégie nationale de lutte contre la violence sexuelle et sexiste, ainsi que la complémentarité avec d'autres programmes de lutte contre la VSBG mis en œuvre dans le Kasai central. La cohérence externe était donc élevée. En revanche, la cohérence interne du Pilote était plus mitigée. Certaines activités notables du modèle d'intervention du Pilote n'étaient pas alignées sur les résultats escomptés et le contexte de mise en œuvre.

Efficiences

Des ressources appropriées visant à garantir la gratuité des soins post-violence sexuelle au CSK ont été allouées à la composante clinique du Pilote. Toutefois, davantage de ressources auraient dû être allouées son volet promotion de la santé.

Efficacité

Les résultats de l'évaluation ont révélé une augmentation du nombre de survivantes accédant aux soins post-violence sexuelle au CSK et une amélioration de la capacité et de la confiance en soi des prestataires de soins de santé pour prendre en charge des survivantes. Toutefois, il était difficile de conclure catégoriquement que le Pilote avait pleinement atteint les résultats escomptés en l'absence d'indicateurs de performance et leurs cibles pour faire une quelconque comparaison.

Perspectives d'impact

L'impact potentiel du Pilote est relativement élevé, étant donné que sa conception incluait des stratégies ayant un potentiel avéré de transformation. Cependant, notre évaluation a identifié un certain nombre d'écueils au niveau de la planification et de la mise en œuvre, et les contraintes des systèmes de santé de la RDC ayant réduit les perspectives d'impact du Pilote.

Perspectives de durabilité

Les résultats montrent que le Pilote présentait un potentiel de durabilité limité. Les informateurs clés étaient sceptiques quant à la capacité du CSK à continuer d'offrir des soins gratuits et de qualité aux survivantes après la clôture du Pilote. Le manque de fournitures médicales et de soutien financier a été signalé comme un obstacle majeur à la continuité des soins. Les résultats de l'évaluation ont révélé une augmentation du nombre de survivants ayant accès aux soins post-violence sexuelle. Cependant, les caractéristiques spécifiques du contexte de mise en œuvre du Pilote (normes de genre qui alimentent la violence sexuelle et la vulnérabilité sociale des filles et des femmes) et la nature intrinsèquement complexe de la violence sexuelle et du changement de comportement en matière de santé ont constitué une menace immédiate pour la durabilité de ces résultats.

Considérations de genre, d'inclusivité et de droits de l'Homme

Le Pilote visait à améliorer l'accès et l'utilisation des services post-violence sexuelle. En tant que tel, il était clairement sensible à la dimension de genre. Toutefois, une attention particulière aurait pu être accordée à la question négligée des garçons et des hommes en tant que potentiels survivants. Des soins post-violence sexuelle de grande qualité ont été fournis à toutes les survivantes qui se sont présentés au CSK, indépendamment de leur identité sexuelle, de leur appartenance ethnique ou d'autres caractéristiques sociodémographiques. Cependant, peu d'éléments indiquent que le Pilote était explicitement inclusif pour tous les sous-groupes de bénéficiaires. Le Pilote a été conçu et mis en œuvre comme une intervention "adaptée à toutes", sans tenir compte explicitement des vulnérabilités croisées des survivantes, notamment le statut de handicap, l'âge et le niveau d'alphabétisation.

LIMITES

Nous n'avons pas pu atteindre la saturation thématique avec les survivantes, en partie à cause du nombre limité de clients disponibles pendant la période de collecte des données. L'absence d'un cadre de résultats et d'une théorie du changement spécifique au Pilote a limité sa capacité d'évaluation, en particulier son efficacité. En outre, nous nous sommes appuyés sur des données quantitatives de routine qui n'ont pas été collectées aux fins de la présente évaluation pour évaluer l'efficacité du Pilote. Cela a limité notre capacité à effectuer une analyse plus granulaire de son efficacité. Nous n'avons pu effectuer que des calculs approximatifs des coûts en raison du manque des données opérationnelles fiables. Enfin, il était prématuré d'évaluer l'impact du Pilote. Nous nous sommes contentés d'évaluer ses perspectives d'impact, ce que nous considérons comme une limitation majeure.

PRINCIPALES RECOMMANDATIONS

Nos principales recommandations au siège et au personnel de MSF sont les suivantes : 1) Envisager de développer une stratégie globale et une théorie du changement pour un programme/une réponse multisectorielle à la VSBG au sein de MSF; 2) Envisager de concevoir et de mettre en œuvre une intervention cohérente, multi-composante et basée sur une théorie de changement/modèle logique claire, qui corresponde à la réponse plus large du pays à la VSBG et à la stratégie globale de MSF (une fois élaborée) ; 3) Garantir une réponse collaborative et multisectorielle appropriée à la VSBG ; 4) Intégrer dès le départ et financer efficacement les initiatives communautaires, y compris en allouant suffisamment de temps à leur mise en œuvre ; 5) Élaborer un plan de suivi et d'évaluation spécifique pour les initiatives destinées à être pilotées et reproduites, ce qui augmentera leur capacité d'évaluation et la probabilité d'atteindre les résultats escomptés, et donc leur reproductibilité ; 6) Intégrer les droits de l'homme, l'équité en matière de santé et les questions intersectionnelles liées au genre dans toutes les phases du projet ; et 7) Tenir compte de la rotation du personnel de MSF et d'autres défis spécifiques aux systèmes de santé dans la planification du projet. Si possible, élaborer un plan de formation/induction qui prend en compte et tire profit de la rotation du personnel au sein de MSF.

INTRODUCTION

APERÇU DES VIOLENCES SEXUELLES ET BASÉES SUR LE GENRE EN RDC

La violence sexuelle et basée sur le genre (VSBG) est tout acte préjudiciable commis contre la volonté d'une personne en raison de son identité de genre ou de son adhésion perçue aux normes socialement définies de masculinité et de féminité [1]. La VSBG comprend la violence physique, psychologique et sexuelle, ainsi que le refus d'accès aux ressources ou aux services. Elle est très répandue en République Démocratique du Congo (RDC), que ce soit dans des contextes de conflit, de post-conflit ou de non-conflit. En 2014, une enquête nationale a révélé qu'une femme sur quatre en RDC avait subi l'une ou l'autre forme de VSBG au cours de sa vie. Plus de la moitié d'entre elles ont subi des violences physiques ou sexuelles [2]. En 2022, la Mission de l'Organisation des Nations Unies pour la Stabilisation de la RDC (MONUSCO) a rapporté 701 cas de violences sexuelles liées au conflit, dont environ 99% concernaient des femmes et des filles [3]. Toutefois, ce chiffre est loin d'être exhaustif, car la plupart des cas de VSBG restent cachés en raison de la peur et de la stigmatisation et ne sont donc pas signalés.

Le déséquilibre du pouvoir dans les relations et les normes du genre néfastes au sein de la communauté à l'égard des femmes et des filles contribuent aux taux élevés de VSBG en RDC. En outre, des décennies de conflit armé dans l'est de la RDC, l'insécurité récurrente dans diverses régions du pays et l'impunité rampante dans le secteur de la justice ont exacerbé les violences sexuelles à l'encontre des femmes et des filles [3]. La plupart des filles et des femmes sont victimes de groupes armés non étatiques, d'acteurs étatiques (forces armées de la RDC, police et agents de sécurité), de partenaires intimes et de personnes en position d'autorité (chefs des communautés, beaux-parents, enseignants, travailleurs humanitaires, etc.) [4,5].

Note sur la terminologie :

Une grande partie de la littérature existante et des documents relatifs aux projets utilisent soit le terme de VSBG, soit celui de violence basée sur le genre (VBG). Ces termes sont généralement utilisés de manière interchangeable pour désigner tout acte préjudiciable commis contre la volonté d'une personne en raison de son identité de genre ou de son adhésion perçue aux normes de masculinité et de féminité définies par la société. Nous comprenons que le langage évolue et que Médecins Sans Frontières et d'autres parties prenantes font de plus en plus la différence entre la violence sexuelle, la violence exercée par un partenaire intime (VPI) et la violence basée sur le genre. Tout au long de cette évaluation, nous avons préservé le langage du matériel source original et tenté de préciser lorsque les statistiques, les services ou la sensibilisation étaient spécifiquement liés à la violence sexuelle.

Dans le cadre de sa réponse aux VSBG, la RDC a élaboré une stratégie nationale de lutte contre les VSBG en 2009 (révisée en 2020) et a publié le Protocole de Maputo en 2018 au Journal officiel, garantissant aux victimes de viol le droit à l'avortement [6]. La stratégie nationale congolaise de lutte contre les VSBG prévoit des services gratuits, holistiques et multisectoriels (santé, aide juridique, protection et réinsertion socio-économique) pour les survivantes. Malgré ces engagements, des défis tels que le nombre limité de personnel de santé qualifié, le manque d'infrastructures pour assurer la protection de la vie privée et la confidentialité, la pénurie de médicaments, les tabous entourant les soins d'avortement et les systèmes de référence inadéquats sont à l'origine de lacunes considérables dans la disponibilité des services liés aux violences sexuelles [7-9]. L'insécurité et la fragilité des systèmes sociaux et de santé dans les zones de conflit constituent des obstacles supplémentaires à une réponse adéquate à la violence sexuelle et basée sur le genre [10,11].

Dans les régions où des services liés à la violence sexuelle existent, les survivantes sont confrontées à de nombreux obstacles, notamment la stigmatisation interne et externe, les longues distances à parcourir pour accéder aux services, le fait de devoir payer de leur poche les services et les soins, et l'accès limité aux ressources et aux opportunités socio-économiques pour les femmes et les filles [12-14]. Par exemple, moins de la moitié des survivantes de violences sexuelles signalées dans le pays en décembre 2022 ont reçu des soins dans la période critique de 72 heures après une agression sexuelle [15]. En raison de la disponibilité et de l'utilisation limitées des services de lutte contre les violences sexuelles, les survivantes courent un risque accru de souffrir de diverses séquelles mentales et physiques, notamment de la dépression, de grossesses non désirées et d'infections sexuellement transmissibles (IST)/virus de l'immunodéficience humaine (VIH) [16-19].

HISTORIQUE DU PROJET KANANGA

En 2017, Médecins sans frontières (MSF) a lancé le projet Kananga pour fournir une assistance médicale d'urgence aux personnes vivant dans la province du Kasai central en RDC (voir Fig. 1). Initié pendant la rébellion de Kamwina Nsapu [20], le projet a débuté comme une clinique MSF autonome au sein de l'hôpital général de référence de la province de Kananga (HGRPK). À l'époque, le projet de Kananga se concentrait principalement sur la réponse aux urgences médicales, y compris les urgences chirurgicales, générées par la crise sécuritaire liée à la rébellion de Kamwina Nsapu. Au fur et à mesure de l'évolution du contexte, le projet Kananga a connu de fréquents changements de stratégie et d'orientation.

les capacités des prestataires des soins à fournir un soutien médical holistique aux survivantes au niveau des centres de santé. D'avril 2022 à mars 2023, l'initiative de décentralisation a été pilotée au centre de santé de Kamuandu (CSK) dans la zone de santé de Tshikula (HZ). Situé dans une zone rurale, le CSK dessert environ 10 000 personnes, réparties dans 10 villages dans un rayon de 9 kilomètres. Avant l'initiative de décentralisation, le CSK n'avait pas formellement intégré les soins post-violence sexuelle. L'initiative de décentralisation comprend cinq composantes d'intervention essentielles, appelées « phases » dans la feuille de route 2022-2023 du projet Kananga (voir Fig. 2) [21].

La phase de préparation concerne la planification de l'intégration des soins liés à la VSBG au niveau du centre de santé. Elle comprend l'identification et la préparation des sites, l'élaboration d'outils de travail et de lignes directrices sur la VSBG, et la signature d'un protocole d'accord avec les autorités sanitaires locales.

Les phases de mise en œuvre, de renforcement et de désengagement constituent le principal paquet d'intervention de l'initiative. Les activités mises en œuvre au cours de ces trois phases s'articulaient autour de trois stratégies distinctes mais interdépendantes :

1. Intégration de soins de santé multisectoriels et centrés sur les survivantes :

- a. *Soutien direct au CSK pour fournir des soins de santé holistiques de qualité, centrés sur les survivantes (premiers soins médicaux et psychologiques).* Cela s'est fait principalement par le biais d'une formation en cours d'emploi et d'une supervision formative des prestataires de soins de santé afin de renforcer leur capacité à fournir des soins de qualité, centrés sur les survivantes. En outre, MSF a apporté un soutien logistique (fourniture de matériel médical, réhabilitation mineure des infrastructures, installation/restauration d'infrastructures d'hygiène, d'eau et d'assainissement, etc.) et financier (une subvention mensuelle pour le fonctionnement du centre de santé) directement au centre de santé. MSF a complété des produits médicaux non inclus dans le kit standard de prise en charge des violences sexuelles fourni par le ministère de la Santé, à savoir les vaccins contre l'hépatite B et le tétanos, les médicaments pour l'avortement (mifépristone et misoprostol) et l'azithromycine. L'ensemble des soins médicaux essentiels offerts aux victimes de violence sexuelle et sexiste au centre de santé de Kamuandu comprenait les éléments suivants 1) contraception d'urgence et soins complets d'avortement ; 2) prophylaxie post-exposition au VIH (PPE) ; 3) PPE pour les IST ; 4) vaccination contre l'hépatite B et le tétanos ; et 5) soutien psychosocial de première ligne.
- b. *Dépistage et orientation des survivantes vers un soutien non médical.* Les prestataires de soins de santé, formés par l'équipe du projet, examinaient les clientes pour déterminer les risques actuels de sécurité et les besoins de soutien non médical (y compris l'aide juridique, l'assistance matérielle et un abri sûr). Les clientes admissibles recevaient des informations orales sur les lieux et les modalités d'accès aux ressources non médicales. La collecte et la documentation de preuves à des fins juridiques étaient également effectuées.

2. **Mobilisation de la communauté** pour améliorer les connaissances et la capacité des survivantes, des familles et des communautés à rechercher des soins de santé liés à la VSBG : Les relais communautaires, formés par l'équipe du projet, faisaient du porte-à-porte pour sensibiliser la communauté sur la violence sexuelle, son impact sur la santé et sur les endroits où des services étaient disponibles. Ces rencontres étaient également une opportunité pour les relais communautaires de recueillir des informations sur la VSBG et de répondre aux questions/rumeurs à ce sujet. Le modèle de mobilisation communautaire du projet pilote comprenait également l'organisation de groupes de discussion avec les membres de la communauté et la mise en place de comités de résilience locaux pour promouvoir l'engagement de la communauté contre les violences sexuelles.

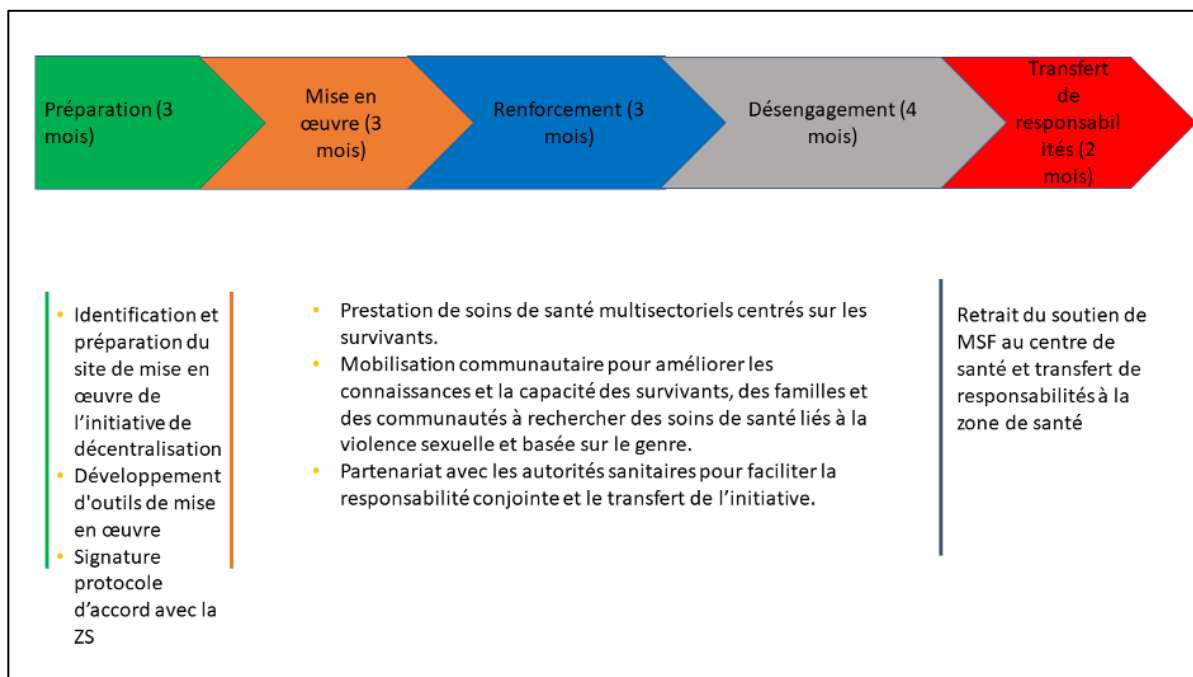


Figure 2. Phases de l'initiative de décentralisation (2021)

3. **Partenariat avec les autorités sanitaires** pour faciliter la responsabilité conjointe et le transfert du projet : des visites de supervision formative conjointes entre l'équipe du projet et les experts du ministère de la santé (division provinciale de la santé et zone de santé de Tshikula) devaient avoir lieu tous les trimestres au CSK pour faciliter le développement des compétences des prestataires de soins de santé, accroître leurs connaissances des directives de prise en charge de la VSBG et soutenir leur développement professionnel.
4. **La phase de transfert** correspond au retrait du soutien de MSF et au transfert du projet à la ZS. Les activités clés de cette phase comprenaient une supervision conjointe avec l'Équipe Cadre de la Zone de Santé (ECZ) et le personnel de MSF.

JUSTIFICATION ET OBJECTIFS DE L'ÉVALUATION

En 2022, l'Unité d'évaluation de Stockholm (SEU) et MSF ont commandé une évaluation en deux phases de l'initiative de décentralisation. Une équipe multidisciplinaire d'évaluateurs externes a dirigé les deux phases d'évaluation. La phase 1 de l'évaluation, menée de juillet à novembre 2022, visait à évaluer la conception et la planification de l'initiative de décentralisation au CSK et son processus de mise en œuvre prospective. Nous présentons en encadré un résumé des conclusions et des recommandations de la phase 1 de l'évaluation et le rapport complet est disponible [ici](#).

La phase 2 de l'évaluation, qui fait l'objet du présent rapport, s'est déroulée de juin à juillet 2023 et a couvert la mise en œuvre de l'initiative de décentralisation au CSK d'avril 2022 à mars 2023. Plus précisément, les objectifs de la phase 2 étaient les suivants :

1. Déterminer si l'initiative de décentralisation a atteint ses objectifs en évaluant les changements dans les domaines suivants.
 - a. L'accès et l'utilisation des services liés à la violence sexuelle, y compris les soins en matière de contraception et d'avortement, par les survivantes au niveau du CSK.
 - b. La capacité des prestataires de CSK à offrir un soutien holistique « de qualité » aux victimes de violences sexuelles
2. Évaluer le processus et les progrès de la mise en œuvre de l'initiative de décentralisation dans les CS2 et CS3.
3. Identifier les enseignements et les (meilleures) pratiques qui illustrent les stratégies de mise en œuvre et de réplification réussies ou non.
4. Formuler des recommandations claires et réalisables que MSF devrait mettre en œuvre lors de la prochaine phase du projet.

L'évaluation a également porté sur le processus de transfert, en mettant l'accent sur les réussites et les enseignements tirés.

PRINCIPALES CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS DE L'ÉVALUATION DE LA PHASE 1

PRINCIPALES CONCLUSIONS

- Le projet pilote était très pertinent par rapport aux priorités de la RDC en matière de VSBG et correspondait aux besoins des survivants en matière de soins primaires, mais des services spécialisés et des soins complets en matière de contraception devaient être mis en place.
- La conception du projet pilote doit être améliorée pour plus de cohérence.
- La mobilisation de la communauté a nécessité des ressources appropriées pour être pleinement mise en œuvre.
- Les activités de renforcement des capacités et la mobilisation de la communauté ont été potentiellement efficaces. L'efficacité du modèle de partenariat avec HZ est peu démontrée.
- Le délai d'un an pour la mise en œuvre pourrait entraver les perspectives d'impact du projet pilote.
- Certains éléments de l'initiative ont une forte probabilité d'être reproduits et pérennisés, mais le potentiel global de pérennisation des résultats est modéré.
- Les vulnérabilités croisées des adolescents et des personnes handicapées, ainsi que les dynamiques de genre dans le Kasai central, n'ont pas été explicitement abordées.

RECOMMANDATIONS

- Développer une compréhension plus claire de la nature et de la portée de l'initiative de décentralisation pour une plus grande cohérence et un consensus interne.
- Élaborer un modèle logique post hoc, en apportant quelques ajustements aux activités de mise en œuvre et en utilisant une approche communautaire intégrée.
- Renforcer les mécanismes de suivi et d'évaluation et élaborer un budget autonome pour l'initiative de décentralisation.
- Définir des critères plus explicites pour la sélection des sites.

APPROCHE ET MÉTHODOLOGIE DE L'ÉVALUATION

CADRE THÉORIQUE

Étant donné le désir explicite de MSF de reproduire l'initiative de décentralisation après l'achèvement de la phase pilote [21], nous avons utilisé la théorie de la diffusion des innovations de Rogers [22] comme cadre théorique pour cette évaluation. Nous supposons que la génération, la diffusion et l'adoption de leçons et de bonnes pratiques émergentes impliqueront une progression par étapes depuis la prise de conscience de la nécessité d'une nouvelle intervention jusqu'à la décision d'adopter (ou de rejeter) la nouvelle intervention, en passant par l'utilisation continue de la nouvelle intervention. Nous prévoyons que quatre facteurs principaux influenceront l'adoption des enseignements et des bonnes pratiques identifiés dans le cadre de cette évaluation :

- **Avantage relatif** : La mesure dans laquelle une nouvelle intervention est considérée comme meilleure que l'idée, le programme ou le produit qu'elle remplace.
- **Compatibilité** : Le degré de cohérence de la nouvelle intervention avec les valeurs, les expériences et les besoins des bénéficiaires des services, des adoptants potentiels et des autres parties prenantes.
- **Complexité** : Degré de difficulté à comprendre ou à utiliser la nouvelle intervention.
- **Observabilité** : La mesure dans laquelle la nouvelle intervention produit des résultats tangibles.

Bien que ce cadre théorique sous-tende l'ensemble de l'évaluation, il est plus explicitement pertinent pour la phase 2. Plus précisément, nous nous sommes appuyés sur ce cadre pour obtenir des informations approfondies sur les processus de transfert et de réplique, tant sur les réussites que sur les enseignements tirés.

CADRE D'ÉVALUATION

Compte tenu des questions d'évaluation suggérées par l'Unité d'évaluation de Stockholm (SEU) (voir les termes de référence à l'annexe I), nous avons basé la phase 2 de l'évaluation sur le cadre révisé de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) pour l'évaluation des actions humanitaires et de développement [22]. Les critères comprennent la pertinence, la cohérence, l'efficacité, l'efficacé, l'impact,² et la durabilité. Sur la base des enseignements tirés de la phase 1, nous sommes allés, au cours de la phase 2, au-delà de la pertinence (objectif général et finalité) du pilotage de l'initiative de décentralisation dans le contexte de l'aire de santé de Kamuandu pour évaluer de manière plus approfondie l'adéquation de son modèle d'intervention. Cela nous a permis de déterminer dans quelle mesure les activités mises en œuvre étaient adaptées aux besoins des bénéficiaires directs et, par

² Cette évaluation n'a pas examiné l'impact de l'initiative décentralisée *en tant que telle*, car il n'était pas possible de démontrer que le projet Kananga avait produit des effets de haut niveau au moment où se tenait cette évaluation. Cependant, elle a évalué son potentiel d'impact.

conséquent, renforçaient l'appropriation et la résilience des communautés locales [23]. En outre, nous avons élargi ce cadre conceptuel pour y inclure des considérations relatives au genre et aux droits de l'Homme afin de déterminer dans quelle mesure l'initiative de décentralisation a été sensible au genre et inclusive des minorités (minorités sexuelles et ethniques et personnes handicapées). Nous avons lié chaque critère d'évaluation aux questions qui s'y rapportent :

1. **Pertinence et adéquation** : La conception de l'initiative de décentralisation a-t-elle suffisamment pris en compte et répondu aux besoins et aux priorités des différentes parties prenantes (y compris les survivantes) ?
2. **Cohérence** : Le processus de stratégie, de conception, de planification et de mise en œuvre l'initiative de décentralisation est-il cohérent, compte tenu du contexte et des ressources existantes ? Comment l'initiative de décentralisation aurait-elle pu devenir plus cohérente ?
3. **L'efficience** : Quelles ressources la mise en œuvre de l'initiative de décentralisation a-t-elle nécessitées, étaient-elles disponibles et comment auraient-elles pu être mobilisées de manière appropriée ? Les ressources disponibles ont-elles été utilisées pour obtenir le meilleur rapport qualité-prix et le meilleur rendement ?
4. **L'efficacité** : L'initiative de décentralisation a-t-elle atteint ses objectifs et les résultats escomptés ?
 - Dans quelle mesure les réalisations répondent-elles aux normes de qualité et aux résultats attendus ?
 - Quelles sont les raisons (facteurs facilitants ou entravants, défis attendus ou inattendus) pour lesquelles l'initiative de décentralisation a atteint ou non les résultats escomptés ?
 - Si l'initiative de décentralisation n'a pas atteint les résultats escomptés, comment pourrait-il devenir plus efficace ?
5. **Perspectives d'impact** : compte tenu de la brièveté du délai, l'initiative de décentralisation pourrait-elle avoir un impact (effets négatifs et positifs, attendus ou inattendus) ?
6. **Perspectives de durabilité** : Quelle est la capacité des centres de santé locaux/gouvernement de la RDC à soutenir l'initiative de décentralisation (personnel formé, équipement, médicaments, logistique) après le retrait de MSF ? Quelle est la capacité et l'intention des « autres organisations médicales humanitaires » de répliquer le Pilote dans d'autres centres de santé du Kasai central et au-delà ?
7. **Considérations relatives au genre et aux droits de l'Homme** : Dans quelle mesure l'initiative de décentralisation a-t-elle été sensible à la dimension de genre et inclusive des minorités ? Le projet pilote a-t-il réussi à atteindre les différentes ethnies, les minorités sexuelles et les personnes handicapées en termes de prestation de services et de promotion de la santé ?

MÉTHODES

Nous avons commencé la phase 2 de l'évaluation par l'examen de l'ensemble de bases des données existantes et en organisant des discussions avec le personnel de terrain et le groupe de consultation afin d'obtenir leurs premiers commentaires. Ce processus nous a permis de mettre à jour les guides

d'entretien utilisés pour la phase 1 et de développer la matrice d'évaluation de la phase 2. Cette matrice détaille des indicateurs plus spécifiques, des sources de données et des méthodes utilisées pour la collecte et l'analyse des données (voir annexe II).

Pour la phase 2, nous avons utilisé une approche mixte pour collecter les données, compte tenu de la nature des questions d'évaluation et du désir de MSF de reproduire l'initiative de décentralisation ailleurs. Cette approche de collecte de données comprenait les éléments suivants :

1. **Revue des documents** pertinents du CSK et des parties prenantes externes.
2. **Analyse secondaire des données de routine** en matière de violence sexuelle rapportée dans la plateforme DHIS2 (District Health Information System 2) du ministère de la santé et dans la base de données du projet Kananga. Nous avons extrait les données de routine du DHIS2 et les avons exportées vers MS Excel®.
3. **L'approche de l'étude de cas a** permis d'obtenir des informations approfondies sur a) l'état de préparation du CSK à fournir des soins cliniques aux survivantes ; b) les pratiques des prestataires de soins de santé en matière de soins post-violence sexuelle ; c) l'auto-efficacité perçue des prestataires de soins de santé à prendre en charge les survivantes ; et d) les coûts estimatifs de la prestation de services post-violence sexuelle au CSK. Pour évaluer la capacité du CSK à prendre en charge les survivantes et estimer le coût de la prestation des services post-violence sexuelle, nous avons utilisé l'outil d'assurance qualité de la violence basée sur le genre (GBV), version minimale³ et le calculateur de coût de la violence basée sur le genre développé par le projet « Health Policies » financé par l'USAID⁴ [24, 25].
4. **Semi- Entretien semi-structurés** avec des prestataires de soins de santé du CSK (n=2), des membres de l'équipe cadre de la zone de santé de Tshikula (n=2), des survivants (n=5), des informateurs clés au sein de MSF (n=7) et des parties prenantes externes (n=2). La plupart des entretiens ont été menés en personne ; cependant, deux entretiens avec des informateurs clés de MSF ont été menés virtuellement. La plupart des entretiens (n=13) ont été réalisés en français et les survivantes (n=5) ont été interviewées en Tshiluba. Nous avons utilisé des guides d'entretien développés spécifiquement pour cette évaluation. Nous avons obtenu le consentement éclairé verbal de toutes les personnes interviewées (N=18) et, avec leur permission, nous avons enregistré tous les entretiens, qui ont duré entre 30 à 60 minutes.

³ La version minimale de l'outil énumère 25 normes pour la prestation de soins post-SGBV de haute qualité dans les établissements de santé dans les domaines suivants : 1) disponibilité et adéquation des services ; 2) préparation et infrastructure de l'établissement ; 3) identification des patients ayant subi des violences de la part d'un partenaire intime et/ou des violences sexuelles ; 4) soins cliniques et communication centrés sur le patient ; 5) système d'orientation et suivi des patients ; 6) formation et amélioration de la qualité ; 7) politique et fourniture de soins de santé ; et 8) systèmes de notification et d'information.

⁴ Le calculateur de coût de la violence liée au sexe est un outil MS Excel développé par le Projet Health Policies pour examiner le coût des services de lutte contre la violence liée au sexe fournis dans les établissements de santé. L'outil permet à l'utilisateur d'examiner les coûts totaux de la prestation de services et les coûts unitaires, de comparer les coûts de divers services et de déterminer les facteurs de coût pour un établissement de santé donné.

Dans le cadre de cette évaluation, les survivantes ont été amenées à discuter de leurs expériences en matière de recherche de soins de santé à la suite de violences sexuelles. Nous reconnaissons que cela a exposé les participants à un risque de malaise psychologique et à des problèmes de sécurité, comme c'est souvent le cas lorsque l'on étudie des sujets « sensibles » avec des populations vulnérables [26]. Nous avons utilisé des approches centrées sur les survivantes et tenant compte des traumatismes lors de nos entretiens avec les survivantes afin [27] de minimiser ces risques et de veiller à ce que les participants aient accès à un soutien approprié à la suite de l'entretien, s'ils le souhaitent et dans la mesure où ils étaient disponibles. Nous avons notamment calibré le guide et le processus d'entretien de manière à privilégier le confort des participants, souligné lors du processus de consentement éclairé la nature volontaire de la participation et le fait que les personnes interrogées pouvaient mettre fin à leur participation à tout moment, et rassuré les participants sur le fait que leur participation à l'évaluation ne serait pas liée à l'éligibilité à des services de santé actuels ou futurs. Nous avons accordé une attention particulière aux adolescentes survivantes en impliquant un prestataire de soins de santé de confiance dans la planification des entretiens et l'obtention de leur assentiment. Tous les entretiens ont été menés en face à face et dans des espaces sécurisés. Nous avons anonymisé toutes les données, y compris les citations, en expurgant ou en masquant le contenu potentiellement identifiable. Nous avons également respecté toutes les exigences énoncées dans l'Énoncé de politique des trois Conseils du Canada (2022) [28].

ANALYSE DES DONNÉES

Nous avons utilisé une approche itérative pour analyser les données qualitatives et quantitatives recueillies au cours de la phase 2. Nous avons analysé les données qualitatives primaires en termes de contenu et de thèmes en utilisant des techniques inductives et déductives [29,30]. À l'aide d'ATLAS-ti, nous avons codifié les verbatim des entretiens, les notes de terrain et les mémos en nous servant des sept critères d'évaluation (pertinence, cohérence, efficacité, impact, durabilité et intégration du genre et des droits de l'homme). Nous avons également pris en compte les thèmes émergents qui ne correspondaient pas à l'un de ces critères a priori.

L'analyse des données quantitatives s'est concentrée sur les indicateurs systématiquement collectés pour suivre l'initiative de décentralisation et rapportés dans le système DHIS2 du ministère de la Santé et/ou dans la base de données du projet Kananga. À partir des informations disponibles, nous avons sélectionné des indicateurs de performance clés pour détecter et suivre les changements dans l'offre et l'utilisation des services de lutte contre la violence sexuelle. Nous avons ensuite effectué des statistiques descriptives pour identifier les pourcentages, les fréquences et les schémas temporels, géographiques et démographiques dans la mesure du possible. Nous avons triangulé les données provenant de différentes sources quantitatives et qualitatives (c'est-à-dire que nous avons effectué une comparaison intra- et inter-catégories) afin de renforcer la crédibilité et la fiabilité des informations.

Nous avons également effectué une analyse de contribution afin d'établir une inférence causale concernant les résultats et les effets observés. Cette composante de l'analyse a consisté à s'engager dans la théorie « implicite » du changement du projet Kananga et à la relier aux résultats qualitatifs et quantitatifs. Cette analyse de contribution a également permis d'évaluer l'influence des facteurs externes pouvant expliquer les résultats et effets observés. Enfin, pour renforcer la crédibilité, la fiabilité et la transférabilité des résultats, nous avons triangulé les résultats des différentes composantes de la phase 2 et les avons mis en relation avec ceux publiés précédemment au cours de la phase 1.

Des informations sur l'équipe d'évaluation figurent à l'annexe III.

RÉSULTATS

Sur la base de notre revue des documents existants et des entretiens avec le personnel clé du projet Kananga et les personnes impliquées dans le Pilote, nous avons tout d'abord décrit les activités mises en œuvre et les produits obtenus. Nous avons recouru ensuite à toutes les sources de données utilisées dans le cadre de cette évaluation pour présenter en détail les résultats obtenus pour chaque critère d'évaluation. Nous nous sommes servis des progrès et des résultats obtenus pour chaque critère afin de mettre en évidence les points forts et les domaines à améliorer.

ACTIVITÉS MISES EN ŒUVRE ET PRODUITS OBTENUS

RÉSULTAT 1 : AMÉLIORER L'ACCÈS AUX SOINS LIÉS A LA VIOLENCE SEXUELLE

- Y COMPRIS AUX CONTRACEPTIFS ET A L'AVORTEMENT

Afin de promouvoir les soins post-violence sexuelle existants au CSK et d'augmenter la demande pour ces services, le Pilote s'est appuyé sur trois approches communautaires :

1. **Le personnel de MSF a formé des relais communautaires masculins pour mener des visites de sensibilisation de porte à porte avec les membres de la communauté et identifier et référer les survivantes potentielles.** Nous avons trouvé peu de documentation sur l'étendue de la sensibilisation au porte-à-porte (c'est-à-dire le nombre de relais communautaires formés, le nombre de visites de sensibilisation effectuées, le nombre de personnes touchées et leurs caractéristiques démographiques, etc.). Néanmoins, l'engagement des relais communautaires s'est avéré bénéfique, comme le montre la forte proportion (78 %)⁵ de survivants qui ont été orientés/accompagnés vers le CSK par les relais communautaires ou qui ont entendu parler des services par leur biais.
2. **L'équipe de promotion de la santé de MSF, en collaboration avec les relais communautaires, a mené des discussions de groupe thématiques avec les membres de la communauté.** En raison d'une documentation limitée, nous n'avons pas pu déterminer l'étendue de ces discussions (c'est-à-dire la fréquence, le lieu, le sujet, la cible et la portée). Toutefois, les relais communautaires ont indiqué qu'elles avaient eu lieu principalement dans les communautés proches du CSK, laissant de côté les villages éloignés et hors de portée.
3. **MSF a identifié environ 16 initiatives communautaires préexistantes menées par des femmes dans l'aire de santé desservie par le CSK, qui devaient constituer les comités de résilience pour les survivants.** Cependant, le personnel du projet que nous avons interrogé a indiqué que ces comités de résilience n'avaient pas été pleinement mises en œuvre.

⁵ Source : Dossiers médicaux des clients du CSK.

RÉSULTAT 2 : RENFORCER LA CAPACITÉ DES PRESTATAIRES DES SOINS DE SANTÉ

- À FOURNIR UN SOUTIEN HOLISTIQUE AUX VICTIMES DE VIOLENCES SEXUELLES DANS LES CENTRES DE SANTÉ

L'initiative de décentralisation a soutenu le développement de la capacité des prestataires de soins de santé de CSK à prendre en charge les victimes de violences sexuelles par le biais de trois activités et résultats clés :

1. **Les quatre prestataires de soins de santé du CSK ont reçu 16 sessions de formation documentées, offertes sur place au CSK, portant sur les connaissances et les compétences cliniques nécessaires pour répondre à la violence sexuelle.** Les prestataires ont reçu une formation de MSF sur les éléments essentiels des soins, y compris la fourniture d'un soutien de première ligne⁶ (à la fois médical et psychologique), les références vers ou la mise en lien des survivantes à d'autres services, la gestion des enfants et des adolescents ayant subi la violence sexuelle, les principes des soins centrés sur le patient, la façon de garantir la confidentialité et la vie privée, la collecte de preuves médico-légales de base, et les systèmes de collecte d'informations sanitaires sur la violence sexuelle.
2. **Les prestataires de soins de CSK ont bénéficié au total de 12 supervisions mensuelles documentées et de deux supervisions trimestrielles menées respectivement par MSF et conjointement par les superviseurs de MSF et de la ZS.** Le registre de supervision a révélé que ces visites ont porté principalement sur l'audit de la qualité des soins post-violence sexuelle et des pratiques de collecte de données sanitaires sur la violence sexuelle.
3. **Le CSK est un environnement inclusif et sûr qui promeut le bien-être des survivantes et fournit des soins et un soutien post-violence sexuelle gratuits et de qualité.** Le CSK a bénéficié d'un soutien logistique et financier de MSF afin d'améliorer sa capacité à prendre en charge les survivantes conformément aux normes reconnues en matière de soins post-violence sexuelle de qualité. Ce soutien comprenait des rénovations mineures des locaux du CSK afin de garantir l'intimité et la confidentialité et d'améliorer la sécurité, des subventions financières mensuelles pour fournir des soins post-violence sexuelle gratuits, et la fourniture de médicaments pour l'avortement (mifépristone et misoprostol), d'azithromycine pour les IST, et de vaccins contre l'hépatite B et le tétanos pour compléter le kit post-violence sexuelle fourni par la ZS.

PERTINENCE

Pour mesurer la pertinence, nous avons évalué si les objectifs généraux et le modèle d'intervention de l'initiative de décentralisation étaient conformes aux besoins locaux et aux priorités du gouvernement de la RDC. Pour compléter la pertinence, nous avons également cherché à déterminer l'adéquation du Pilote avec les besoins et attentes des bénéficiaires. Plus précisément, nous avons évalué si le modèle

⁶ Les soins essentiels en matière de violence sexuelle et sexuelle comprennent un soutien de première ligne, défini par l'OMS comme un conseil empathique de base fondé sur les principes LIVES (Listening, Inquiring, Validating, Ensuring safety et Support through referrals) : Écouter, Demander, Valider, Assurer la sécurité et Soutenir par l'orientation, la prophylaxie post-exposition au VIH et aux IST, la contraception d'urgence et l'orientation, selon les besoins [31].

d'intervention du Pilote — le paquet de soins post-violence sexuelle, les activités de renforcement des capacités et la mobilisation communautaire — étaient adaptés aux besoins des prestataires de soins de santé, des survivantes et des membres de la communauté, respectivement.

Notre évaluation a révélé que l'initiative de décentralisation était pertinente par rapport aux besoins locaux et aux priorités du gouvernement de la RDC en matière de VSBG, bien que son adéquation globale soit modérée. Les activités liées au renforcement des capacités se sont alignées sur les besoins des prestataires de soins de santé de CSK. Cependant, une approche plus holistique donnant priorité aux besoins médicaux et psychosociaux des survivants, ainsi qu'une planification et des ressources adéquates pour que les activités de mobilisation communautaire soient plus fonctionnelles, auraient amélioré l'adéquation du Pilote.

PERTINENCE PAR RAPPORT AUX PRIORITÉS DU GOUVERNEMENT CONGOLAIS

- ET DES AUTORITÉS SANITAIRES LOCALES

Notre analyse a prouvé que la décentralisation des soins de santé post-violence sexuelle au CSK correspondait aux priorités du gouvernement de la RDC et aux efforts de la ZS de Tshikula pour prévenir et répondre à la VSBG, en particulier la violence sexuelle. La stratégie nationale de lutte contre les SGVB en RDC préconise des soins et un soutien holistique et multisectoriel pour assurer la santé et le bien-être social des survivantes. Cependant, les faits montrent que le gouvernement congolais a encore besoin de ressources appropriées (techniques, financières et logistiques) pour fournir un ensemble complet de services aux survivants [10]. Cette lacune dans la fourniture de services post-violence sexuelle est critique à la fois dans les zones de conflit et dans les zones stables. Cependant, le discours dominant considère la violence sexuelle en RDC comme « une arme de guerre » et l'attention et les ressources se concentrent sur les zones de conflit, laissant les zones non conflictuelles et post-conflictuelles mal desservies [32]. En outre, la plupart des provinces font état de disparités importantes dans les services de lutte contre les SGVB entre les zones rurales et les zones urbaines ou périurbaines [10].

Dans le cas de la ZS de Tshikula (une zone rurale, en situation de post-conflit), MSF a été le seul acteur médical à offrir un soutien complet (technique, financier et logistique) à la zone de santé pour intégrer les soins post-violence sexuelle dans le CSK d'avril 2022 à mars 2023. De plus, lors de la collecte des données pour la phase 2, nous n'avons pas trouvé d'acteurs potentiels capables d'assumer ce rôle après le retrait de MSF.

Les autorités sanitaires locales ont jugé le Pilote pertinent aux efforts de la zone de santé de Tshikula à répondre aux violences sexuelles et ont plaidé pour la poursuite du soutien de MSF afin de maintenir les soins post-violence sexuelle au CSK. Un membre de l'équipe cadre de la ZS de Tshikula l'a fait remarquer en ces termes :

“C’est vrai que l’appui de MSF était limité au centre de santé de Kamuandu, mais ce que nous avons le plus apprécié, c’est que l’appui de MSF a permis aux plus vulnérables d’accéder gratuitement aux soins [post-violences sexuelles], et puis la qualité de ces soins était aussi bonne... Notre plaidoyer, c’est de voir MSF continuer son appui pour assurer la continuité des activités. Nous ne pouvons pas nier qu’avec le retrait de MSF, les soins [post-violences sexuelles] ne seront plus les mêmes... Personnellement, je souhaiterais que MSF poursuive son soutien.”

PERTINENCE PAR RAPPORT AUX BESOINS DES MEMBRES DE LA COMMUNAUTÉ

- Y COMPRIS LES ASSOCIATIONS COMMUNAUTAIRES ET LES RELAIS COMMUNAUTAIRES

Pour assurer l’efficacité et la durabilité du Pilote, MSF a prévu de travailler en liaison avec les initiatives communautaires existantes afin d’établir des comités de résilience. Cependant, il y a eu un certain décalage entre les priorités de l’initiative de décentralisation et les priorités des associations communautaires existantes, ce qui a nui à la pertinence du Pilote. Un personnel du projet Kananga a souligné que ces comités étaient censés jeter les bases du rétablissement, de la résilience et de l’autonomisation des survivantes. Toutefois, cet informateur clé a reconnu que les mécanismes de résilience auraient pu être plus fonctionnels s’ils avaient été mieux planifiés et dotés en ressources, et il a souligné que les priorités de ces initiatives communautaires, axées sur les moyens de subsistance, s’écartaient de la portée d’intervention du Pilote.

« En plus de la promotion des services et de la communication et de l’information pour le changement de comportement menées par les relais communautaires, il était important que nous ayons aussi une composante résilience dans l’initiative de décentralisation... Nous avons prévu de nous appuyer sur les associations communautaires existantes pour assurer l’intégration sociale des victimes de violences sexuelles. Nous pensions, mais je ne sais pas dans quelle mesure, que les activités génératrices de revenus menées par les membres de la communauté contribueraient à financer la fourniture de soins post-violence dans le CSK... Nous avons conçu ce modèle pour assurer la continuité de la fourniture de services post-violence sexuelle et de planning familial en l’absence de MSF... Dans le cas de l’aire de santé de Tshikula, les activités communautaires sont axées sur l’agriculture, ce qui ne correspond pas aux priorités de MSF... De plus, les membres de la communauté avaient l’impression que MSF financerait leurs activités, alors que nous nous attendions à ce qu’ils s’organisent eux-mêmes. Par exemple, l’une des associations espérait recevoir des intrants agricoles de notre part, alors que MSF n’est pas impliqué dans l’agriculture... Tant qu’il n’y aura pas de ressources pour

assurer le fonctionnement de ces associations communautaires, [nous] comprenons qu'elles ne peuvent pas bien fonctionner, malgré les bonnes idées et leur volonté évidente de s'impliquer. »

D'autre part, MSF a travaillé avec des relais communautaires bénévoles pour mener des actions de sensibilisation de porte à porte sur les violences sexuelles et identifier et référer/accompagner les survivantes potentielles au CSK pour des soins et un soutien. Tous les relais communautaires que nous avons interrogés ont exprimé leur engagement à lutter contre la violence sexuelle dans leur communauté. Cela reflète la pertinence globale du Pilote pour la communauté comme l'a indiqué un relais communautaire : « *Nous faisons un travail gratuit ; nous travaillons gratuitement parce que, en tant qu'relais communautaires, nous sommes chargés de mettre en relation les membres de la communauté avec les centres de santé. Nous faisons ce travail par amour pour notre communauté sans rien attendre en retour* ».

Toutefois, les relais communautaires ont également fait remarquer que MSF aurait pu envisager de les récompenser pour leur temps de travail et/ou de leur donner des ressources adéquates pour s'engager auprès de leurs communautés, ce qui aurait renforcé l'adéquation du Pilote au contexte local :

« [Nous avons rencontré des difficultés dans l'accomplissement de ce travail ; parfois, nous devons marcher de très longues distances et parfois nous devons aller faire ces sensibilisations sans compensation financière ni collation... Tout ce que nous avons reçu de MSF, c'était des dépliants, pas des mégaphones. Les mégaphones ont été donnés au centre de santé, pas aux relais communautaires. Nous pensons que les relais communautaires devraient recevoir une compensation financière, car tout travail mérite une compensation. Les projets doivent envisager de compenser le travail des relais communautaires, en nous donnant des tenues et du matériel pour travailler pendant la saison des pluies... si nous avons des bottes et des imperméables, cela pourrait également protéger les relais communautaires. Nous avons même manqué de stylos et de cahiers pour documenter et rapporter nos activités. »

PERTINENCE PAR RAPPORT AUX BESOINS DES PRESTATAIRES DE SOINS DE SANTÉ

- ET À LEURS ATTENTES

Pour évaluer la pertinence et l'adéquation de l'initiative de décentralisation aux besoins et attentes exprimés par les prestataires de CSK, nous avons interrogé deux prestataires. Tous deux ont estimé que le Pilote avait répondu à leurs attentes en matière de renforcement des capacités pour la fourniture de soins complets après les violences sexuelles, y compris les soins liés à l'avortement, et ont considéré que

le Pilote leur était approprié. Avant le Pilote, les deux prestataires avaient été formés à la prise en charge des cas de violence sexuelle et avaient reçu des produits médicaux pour la planification familiale et la violence sexuelle de la part d'un précédent intervenant. Cependant, ils estiment que le soutien global (technique, financier et logistique) du Pilote leur a été particulièrement bénéfique. En outre, les rénovations mineures du CSK leur ont permis de fournir des soins post-violence sexuelle dans le respect de la vie privés et de la confidentialité des clientes. Plus encore, les subventions mensuelles de MSF ont garanti à toutes les survivantes un accès gratuit aux soins post-violence sexuelle. Un prestataire des soins de santé a exprimé son point de vue sur l'adéquation du Pilote comme suit :

« Grâce au soutien de MSF, nous avons pu offrir gratuitement des soins de qualité aux victimes de violences sexuelles dans notre aire de santé. De plus, d'autres centres de santé nous envoyaient des survivantes car ils savaient que nous disposions des ressources et des compétences adéquates pour les soigner. Grâce à MSF, nous pouvions offrir aux survivantes des soins médicaux et psychosociaux, en utilisant un protocole de soins clair mis en place par MSF... Nous fournissions également des services de planning familial aux femmes et des services d'avortement aux survivantes qui souhaitaient interrompre une grossesse résultant d'un viol. »

PERTINENCE PAR RAPPORT AUX BESOINS ET AUX ATTENTES DES SURVIVANTES

Dans l'ensemble, le Pilote s'est aligné sur les besoins physiques et médicaux des survivantes, mais n'a pas répondu à leurs besoins psychosociaux. La plupart des survivantes interrogées ont estimé que le Pilote était pertinent compte tenu du contexte communautaire et qu'il répondait à leurs besoins médicaux. Par exemple, une survivante a déclaré : « *[Après l'agression sexuelle], j'avais mal au dos. Ils ont fait les tests et m'ont donné les résultats et les médicaments ; c'était le même jour [que je suis allée au CSK]. Plus tard, je suis revenue pour expliquer que j'avais trop mal à l'abdomen, surtout pendant la nuit. Ils m'ont donné le médicament et mon état de santé est redevenu normal. Ils traitent bien leurs patients. Un autre survivant a déclaré : "Je dirai [aux autres survivants] d'aller au centre. Ils les traitent gratuitement pour prévenir les conséquences [des agressions sexuelles] et d'autres maladies ; je peux leur donner mon exemple."*

Cependant, certaines survivantes, principalement les adolescentes, ont exprimé des besoins non satisfaits en matière de contraception et d'avortement. Une survivante de 16 ans a expliqué : *"Ma préoccupation [demande] est que vous ne puissiez pas m'aider pour les contraceptifs. J'avais peur [de demander au prestataire]. Je me suis dit qu'ils pourraient accepter ou refuser.* Une survivante de 13 ans a déclaré :

« Je suis venue au CSK à la fois pour la grossesse et pour les violences. Ils m'ont fait passer des tests pour voir si j'avais des problèmes de santé. Ils m'ont dit que j'avais perdu ma virginité et que j'étais enceinte. Ils [les prestataires de CSK] m'ont donné des produits pour que je reste enceinte. Ils m'ont dit de garder la grossesse [et que] si j'avortais, je mourrais. Le prestataire X m'a dit de ne pas avorter... [et] ne m'a pas informée de la possibilité d'avorter en toute sécurité. »

Bien que MSF ait formé les prestataires de CSK à la fourniture de soins complets en matière d'avortement et mis à disposition la mifépristone et le misoprostol, les tabous entourant les soins sexuels pour les adolescentes et les femmes non mariées et les attitudes négatives de certains prestataires de soins de santé à l'égard de l'avortement ont constitué des obstacles permanents à la fourniture efficace de soins complets au niveau des CSK.

En outre, si le Pilote a répondu aux besoins de la majorité des survivantes interrogées en matière de soins de santé, toutes les survivantes ont estimé que le Pilote aurait pu prendre davantage en compte leurs besoins en matière de soutien social, notamment en matière de justice, d'aide économique et de réinsertion sociale. Comme l'a expliqué une survivante adolescente : *'Depuis que j'ai été violée, personne ne m'a aidée à payer les frais de scolarité. Je devrais continuer mes études. J'ai arrêté à cause [du viol]. Je cherche simplement à obtenir votre aide'*. Une autre survivante a rapporté ce qui suit,

« Je me sens mal - il a détruit le foyer où je pouvais être soignée. Il a abusé de moi. Quand je le vois se promener [en liberté], je me sens mal. Je pensais qu'il pourrait être arrêté pour que j'aie le sentiment que justice a été faite. [Mais comme je ne suis pas du village, il a été relâché... Je cherche de l'aide pour élever mes enfants car je n'ai actuellement aucune ressource... Je me sens toujours mal. Je me sens toujours mal. Je pensais qu'il pourrait être arrêté. Même ma belle-mère me maltraite. Elle me dit : « Mon fils, qui pourrait me garder est parti à cause de toi ! ». J'ai pensé qu'il pouvait être arrêté... Le chef lui a demandé une chèvre, cinq poulets et 50 000 francs congolais. Je ne sais pas s'il a payé. »

Les orientations nationales et mondiales en matière de la violence sexuelle soulignent l'importance de donner la priorité aux droits, aux besoins et aux attentes des survivantes lors de la conception et de la mise en œuvre des programmes de lutte contre la violence sexuelle afin de répondre à leurs besoins complexes (aide juridique, abri/protection, soins de santé, soutien économique et réinsertion sociale) [33-37]. Un informateur clé de MSF a appelé à un changement de paradigme dans l'approche de MSF en matière de réponse à la violence sexuelle, d'une approche axée sur la médecine à une approche plus holistique et intégrée pour répondre aux besoins complexes des survivantes :

« [Les survivantes] étaient plus préoccupés par l'endroit où ils allaient... ce qu'ils allaient manger. Comment subvenir aux besoins de mon enfant parce que je ne peux pas rentrer chez moi ? Mais ces mécanismes de protection [sont] en quelque sorte confiés à d'autres acteurs... Ce que j'entends dans les comptes rendus ou dans les documents [c'est que] nous ne sommes pas complets, et le problème, c'est que notre organisation se concentre beaucoup sur les soins médicaux. Nous dirons donc que nous avons répondu aux besoins médicaux du patient, mais il ne verra peut-être pas qu'il a besoin d'un soutien psychologique parce que le logement, la nourriture et les questions économiques sont ce qu'il considère comme sa priorité. »

COHÉRENCE

Nous avons cherché à déterminer dans quelle mesure le processus de stratégie, de conception, de planification et de mise en œuvre de l'initiative de décentralisation était cohérent, compte tenu du contexte de mise en œuvre du Pilote et des ressources disponibles. Par ressources, nous entendons les apports humains, matériels, médicaux et financiers, les outils et le temps nécessaires à la mise en œuvre du Pilote. Notre évaluation indique que la cohérence externe du Pilote était élevée mais que sa cohérence interne était plus mitigée.

ALIGNEMENT SUR LA STRATEGIE NATIONALE DE LUTTE CONTRE LA VSBG

- ET RESPECT DES LIGNES DIRECTRICES NATIONALES POUR LA PRISE EN CHARGE CLINIQUE DES VIOLS

La stratégie nationale de la RDC pour lutter contre les VSBG appelle à une approche collaborative et multisectorielle pour répondre aux besoins multisectoriels et holistiques des survivantes qui comprennent la santé, l'aide juridique, la protection et la réintégration socio-économique. L'initiative de décentralisation, telle qu'elle a été conçue, était alignée sur ce mandat et le projet pilote a joué un rôle important dans la réalisation de la composante médicale de cette stratégie nationale dans le CSK. En particulier, l'initiative de décentralisation a permis de relever un certain nombre de défis auxquels fait face le système de santé congolais pour garantir la disponibilité des soins de santé relatifs à la violence sexuelle, grâce à des apports tels que la couverture des frais médicaux, la formation, la rénovation mineure des infrastructures et le mentorat clinique.

Cependant, notre évaluation a révélé quelques différences entre le protocole de MSF pour la prise en charge clinique de la violence sexuelle au CSK et le protocole du ministère de la Santé qui est prévalent dans le reste de la ZS de Tshikula. Entre autres, le protocole en vigueur au CSK garantit les soins d'avortement, les vaccinations contre le tétanos et l'hépatite B, et la fourniture de la PEP-VIH en dehors

de la fenêtre critique des 72 heures. Ces éléments ne font pas partie du protocole national de prise en charge clinique de la violence sexuelle. En effet, le protocole de prise en charge clinique du viol établi par MSF au CSK est plus complet et s'aligne sur les normes internationales en matière de soins cliniques post-violence sexuelle [36,37]. Cependant, étant donné que l'un des objectifs explicites du partenariat avec la ZS comprenait le maintien de l'initiative de décentralisation au CSK et sa réplication ailleurs, MSF aurait dû consentir des efforts supplémentaires nécessaires à l'harmonisation des deux protocoles. Un prestataire de soins de santé a fait part de son inquiétude à ce sujet :

« Nous nous demandons toujours comment nous allons continuer à offrir des soins de santé aux survivants car, comme vous le savez, notre partenaire nous a quittés. Jusqu'à présent, nous utilisons le stock de médicaments qu'il nous a laissé, mais nous nous demandons comment nous pourrions nous réapprovisionner. Il faut préciser que certains produits médicaux ont été fournis exclusivement par MSF et n'ont pas été inclus dans le kit national de prise en charge des violences sexuelles. Par exemple, le vaccin contre l'hépatite B, exclusif à MSF, n'est pas disponible auprès de notre ministère de la santé. Lorsque le stock sera épuisé, nous ne savons pas comment nous pourrions prendre en charge les survivantes. Un autre problème concerne les médicaments pour l'avortement, que seule MSF fournit. Lorsque ces médicaments seront épuisés, nous ne pourrions plus offrir de soins en matière d'avortement. Vous savez, il y a aussi l'azithromycine et le métronidazole 500 mg pour les IST, qui ne sont fournis que par MSF. Une fois son stock épuisé, nous serons coincés. Nous reconnaissons que le soutien de tout partenaire a un début et une fin, mais notre souhait était de pérenniser les acquis de Pilot et que la prise en charge des violences sexuelles se poursuive ici. »

Une autre conséquence inattendue de cette discordance est que la prise en charge de l'avortement au CSK s'est avérée être une activité cloisonnée. Les prestataires de soins du CSK ne consignaient pas les soins liés à l'avortement dans les registres et canevas officiels, ni déclaré les soins liés à l'avortement au système national d'information sur la santé, ce qui a laissé peu de place au contrôle ou à l'audit de leurs pratiques en matière de soins liés à l'avortement par les autorités sanitaires locales. En outre, certaines survivantes ont déclaré qu'un prestataire de soins de santé du CSK était réticent à offrir des soins d'avortement en raison de ses convictions personnelles et par crainte de représailles. Cette situation a conduit à une offre incohérente de soins en matière d'avortement par les prestataires du CSK, privant ainsi certaines survivantes de la possibilité d'exercer pleinement leurs droits sexuels et reproductifs. Les défis structurels liés à la fourniture de soins en matière d'avortement au Kasai central, à savoir le tabou entourant les soins liés à l'avortement et le manque de diffusion du protocole de Maputo, ont affectés négativement la cohérence externe du Pilote.

PARTENARIAT AVEC LES AUTORITES SANITAIRES LOCALES

- POUR FACILITER L'ENGAGEMENT ET SOUTENIR LA RÉPLICATION / INSTITUTIONNALISATION DU PILOTE

Des preuves solides montrent que MSF a entrepris un certain nombre de processus pour garantir l'engagement de la ZS dans l'initiative de décentralisation et ainsi assurer la continuité de la prestation de soins post-violence sexuelle à CSK après le retrait de MSF. Ces efforts comprenaient la signature d'un protocole d'accord avec la ZS au début de l'initiative de décentralisation, l'implication de l'équipe cadre de la ZS dans la sélection du site pilote et la supervision conjointe du CSK. En outre, MSF a utilisé la chaîne d'approvisionnement en médicaments préexistante dans la ZS pour approvisionner le centre CSK en produits médicaux.

Cependant, la dépendance excessive du système de santé à l'égard des donateurs externes a constitué un obstacle à l'adoption du Pilote que MSF n'a pas été en mesure de surmonter entièrement. Pour plus de cohérence, le Pilote aurait pu adopter ou développer une approche de collaboration plus susceptible de favoriser l'appropriation de l'initiative de décentralisation par les autorités sanitaires locales.

UNE INTERVENTION À PLUSIEURS COMPOSANTES

- EST NÉCESSAIRE POUR FAIRE FACE A LA COMPLEXITÉ DE LA VIOLENCE SEXUELLE

Dans le contexte post-conflit de l'aire de santé de Kamuandu, les survivantes que nous avons interrogées ont déclaré que leurs partenaires intimes ou des membres de la communauté en position d'autorité (enseignants et beaux-parents) étaient les auteurs des violences. Cette dynamique des membres de la communauté en tant qu'agresseurs constitue un obstacle important à la capacité des survivantes à rechercher des services post-violence sexuelle, y compris des soins de santé, par crainte de représailles et de rejet. Une survivante a fait part de son expérience en ces termes :

« Un jour, je revenais du champ et l'enfant de mon beau-père m'a touché le sein. Je l'ai chassé, mais il a insisté... Il m'a dit plus tard : « Tu es devenue belle, il faut qu'on commence à faire l'amour ». Je lui ai demandé : « Qu'est-ce que tu fais ? » ...Comme c'était un homme très fort, je n'ai pas eu la force de le fuir. Il a enlevé mes sous-vêtements et a commencé à me violer. Lorsque mon mari l'a appris, il a divorcé. »

Notre évaluation a montré que des adaptations avaient été apportées à l'initiative de décentralisation pour tenir compte de l'évolution de la dynamique des violences sexuelles dans le Kasai central après la fin du conflit de Kamwina Nsapu. MSF a adopté une approche à la fois clinique et communautaire dans le cadre du Pilote. Nous avons constaté que MSF a également tiré parti des liens étroits que les comités de

développement des aires de santé préexistantes⁷ entretenaient avec les membres de la communauté pour sensibiliser à la violence sexuelle [34], faire connaître les services disponibles et identifier les survivantes.

Cependant, des occasions ont été manquées de s'attaquer à la dynamique de la VSBG dans le Kasai Central par le biais d'une réponse à la violence sexuelle plus solide et mieux articulée autour de plusieurs composantes. Les résultats de la revue documentaire et de nos entretiens avec des informateurs clés de la ZS et les relais communautaires ont révélé que les composantes cliniques et communautaires du Pilote ont été mises en œuvre comme deux « interventions distinctes », avec des efforts et des ressources inéquitables et peu de liens entre elles. Plus précisément, il y a eu un déséquilibre dans la planification et l'affectation des ressources au volet communautaire du Pilote comparativement à son volet clinique, ce qui a conduit à une couverture limitée du volet communautaire.

Premièrement, nous n'avons trouvé que peu de preuves écrites du plan de mise en œuvre et de suivi des activités de sensibilisation des communautés, y compris ses audiences cibles, les objectifs, les indicateurs et les cibles de performance. Deuxièmement, les relais communautaires et les membres de l'équipe cadre de la ZS ont indiqué que le manque de ressources (compensation financière, vêtements et équipement, transport et matériel de communication) a limité la capacité des relais communautaires à mener des activités de sensibilisation de porte-à-porte, en particulier pendant la saison des pluies et dans les zones difficiles d'accès. Un relais communautaire a fait le commentaire suivant :

« Nous avons besoin de matériel pour travailler correctement... par matériel, j'entends le transport pour sensibiliser les villages qui sont trop éloignés du centre de santé de Kamuandu, des villages situés à deux ou trois heures de marche du centre de santé. Je vais sensibiliser ces villages et je tombe sur un cas de violence sexuelle, je parle ici des communautés vivant dans les forêts. Comment vais-je escorter le cas ? Je pense aussi que j'avais besoin de bottes, d'imperméables pour travailler par temps de pluie, et de primes de motivation ; tout cela, je pense, nous aurait beaucoup aidés. Nous avons fait de la sensibilisation, mais vous savez, notre aire de santé est composée de 10 villages... Comment pouvons-nous atteindre les villages de Katshioko et Katubue, qui sont si éloignés ? Nous avons sensibilisé uniquement le village de Kamuandu et ses environs, en ciblant les habitants présents lors de nos visites. Nous avons effectué ce travail sous la supervision de MSF, en ciblant au moins 20 ménages et en menant la sensibilisation sous la supervision des équipes MSF. »

⁷ Le mécanisme de participation communautaire dans les domaines de la santé en RDC est incarné par le Comité de Développement de l'Aire de Santé (CODESA), traduit ici par le Comité de Développement de l'Aire de Santé. Il s'agit d'un organe de participation communautaire, représentant tous les villages ou rues d'une aire de santé. Selon sa composition, le comité est multisectoriel et multidisciplinaire. Le CODESA est l'interface entre un centre de santé et sa population ; les relais communautaires volontaires sont des acteurs clés de cette composante de l'initiative.

Pour assurer une plus grande cohérence entre les volets clinique et communautaire du Pilote, le personnel du projet Kananga aurait pu les relier par une théorie du changement et/ou un modèle logique intégré, affecter des ressources adéquates aux deux volets, et/ou établir un plan de suivi et un mécanisme d'utilisation croisée des données pour éclairer la mise en œuvre des deux volets de l'initiative.

AUTRES FACTEURS INFLUENÇANT LA COHÉRENCE

MSF a contribué à la réponse du système de santé provincial à la VSBG en participant activement au sous-cluster VBG sous l'égide de l'UNFPA. Plus précisément, l'initiative de décentralisation a favorisé un effort intégré et efficace pour répondre à la violence sexuelle, en évitant la duplication d'efforts et le gaspillage des ressources. MSF a aligné sa chaîne d'approvisionnement au mécanisme préexistant de d'approvisionnement zones de santé en produits médicaux de prise en charge de la violence mis en place par le ministère de la Santé avec le soutien de l'UNFPA. De même, MSF a piloté l'initiative de décentralisation dans l'aire de santé de Kamuandu, qui n'a été pas appuyée par aucun autre acteur de la lutte contre la VSBG au cours du Pilote, afin d'éviter la duplication d'efforts.

MSF s'est également engagé à collaborer avec les parties prenantes du cluster protection dans le cadre de son approche multisectorielle de réponse à la violence sexuelle. En effet, MSF a élaboré la cartographie des services non médicaux vers lesquels les survivantes devaient être référées, incluant les noms et les coordonnées des prestataires de services spécialisés. Des documents émanant d'une organisation offrant un refuge aux femmes et enfants vulnérables à Kananga ont montré qu'au cours du Pilote, le personnel de MSF a escorté deux survivantes du CSK à l'hôpital provincial de Kananga pour un traitement médical plus approfondi. Ce service de protection les a hébergés pendant leur séjour à Kananga City pour des soins médicaux spécialisés.

Cependant, malgré cet engagement, l'initiative de décentralisation aurait dû bénéficier d'un mécanisme d'orientation plus formel pour relier les survivantes aux services spécialisés. Cela aurait permis une plus grande cohérence entre le programme et le contexte rural et isolé du CSK. Nous n'avons pas été en mesure d'identifier un outil établi pour évaluer l'admissibilité des survivantes aux services spécialisés ou des procédures opérationnelles normalisées de référencement, comprenant le « qui, quand, comment et où » orienter. De plus, tous les prestataires de services spécialisés figurant sur la cartographie des services spécialisés établis par MSF se trouvaient à Kananga, à plus de trois heures de route de Kamuandu, et il n'existe aucun transport public dans cette région.

Les conclusions de nos entretiens indiquent que l'absence des procédures opérationnelles normalisées et de ressources formelles pour assurer l'orientation des survivantes a rendu la mise en œuvre du mécanisme de référencement inefficace. Plus précisément, les prestataires de soins de santé du CSK ont

déclaré qu'ils utilisaient souvent leurs propres cartes de crédit et téléphones pour contacter des prestataires de services spécialisés. Ils ont également déclaré avoir hébergé dans leurs propres domiciles des survivantes présentant un risque de sécurité élevé.

« Nous avons fourni aux survivantes toute l'aide dont elles avaient besoin pour assurer leur santé et leur bien-être psychosocial. Comme vous le savez, le grand problème de notre communauté est que les victimes qui signalent des violences sexuelles sont ensuite rejetées par leur famille ou leur mari. Ici, à Kamuandu, nous n'avons pas de centre d'accueil ou de soins pour les victimes qui n'ont nulle part où aller. Dans de nombreux cas, j'ai dû héberger des victimes qui avaient peur de retourner dans leur famille. »

Outre les problèmes de référencement propres au projet pilote (à savoir l'absence de procédures opérationnelles normalisées et de ressources), la disponibilité limitée de ces services dans l'aire de santé de Kamuandu a compromis l'exhaustivité et la qualité de la réponse multisectorielle du Pilote à la violence sexuelle. *« Nous avons joué notre rôle en donnant aux survivants les coordonnées de services spécialisés dans la prise en charge sociale des survivants. Mais comme la plupart de ces organisations sont situées à Kananga, cela décourage les victimes. De plus, ces organisations ont des contraintes internes qui les empêchent de prendre en charge toutes les victimes qui leur sont référées ».*

EFFICIENCE

Pour mesurer l'efficacité, nous avons évalué le niveau des ressources allouées à l'initiative de décentralisation. Nous avons plus précisément examiné si ces ressources étaient suffisamment disponibles et si elles ont été utilisées pour obtenir le meilleur rapport qualité-prix et le meilleur rendement. Nous concentrons notre analyse sur les ressources financières, médicales, humaines et matérielles nécessaires pour la mise en œuvre du Pilote. Nos résultats suggèrent que davantage de ressources auraient dû être allouées à la composante promotion de la santé de l'initiative de décentralisation.

COUVERTURE DES COUTS LIÉS A LA VIOLENCE SEXUELLE ET SEXISTE AU CSK

Depuis l'année fiscale 2022, le projet Kananga a progressivement réduit ses opérations humanitaires au Kasai Central. Malgré cela, les subventions mensuelles de 250 USD allouées au CSK pour garantir la gratuité des services post-violences sexuelles sont restées inchangées. L'engagement constant de MSF à fournir un traitement gratuit aux survivants de violences sexuelles, comme l'exige le cadre normatif congolais pour la gestion des SGVB, a été un facteur clé dans l'amélioration de l'accès et de l'utilisation des services post-violence sexuelle. Cependant, nous n'avons pas été en mesure d'obtenir des données

opérationnelles précises ou complètes pour évaluer les coûts associés aux composantes spécifiques du Pilote (personnel médical, personnel de soutien, médicaments, équipement), le coût par survivante traitée, ou des informations plus granulaires sur le coût des différentes composantes de la prestation de services (prophylaxie post-exposition, tests, examens médico-légaux, renvois). Sans ces informations, il est difficile d'élaborer des modèles financiers pour guider la réplication ou le maintien l'initiative.

CONTRAINTES AU RENDEMENT

Notre évaluation suggère que plusieurs facteurs ont limité l'efficacité du Pilote. Notamment, MSF a donné la priorité à l'allocation de ressources au volet clinique de l'initiative et a beaucoup moins investi dans le volet promotion de la santé et engagement communautaire de l'initiative. L'affectation de certaines ressources à la rémunération et au soutien des relais communautaires aurait pu être un moyen adéquat d'améliorer l'efficacité des activités de promotion de la santé et d'engagement communautaire.

Par ailleurs, l'équipe de promotion de la santé de MSF a communiqué, coordonné et travaillé étroitement avec le comité de développement de l'aire de santé (également connu sous le nom de CODESA) pour mettre en œuvre la composante engagement communautaire du Pilote. Cependant, des occasions d'assurer une utilisation plus efficace des relais communautaires ont été manquées. Nos entretiens avec les relais communautaires ont révélé que l'équipe de promotion de la santé a assuré l'animation des discussions de groupe thématiques avec les membres de la communauté, alors que cette activité était censée faire partie intégrante de la stratégie du Pilote visant à renforcer l'engagement et la résilience de la communauté face aux violences sexuelles. Le fait de confier l'animation des discussions thématiques aux relais communautaires aurait pu soulager l'équipe de promotion de la santé, qui aurait alors eu plus de temps pour se concentrer à la supervision et au suivi des activités communautaires, ce qui aurait garanti l'atteinte des résultats du Pilote. En outre, le fait de confier l'ensemble des activités de mobilisation communautaire aux relais communautaires leur aurait permis d'acquérir des compétences appropriées et de renforcer l'engagement de la communauté dans la lutte contre les violences sexuelles, ce qui aurait permis de pérenniser les résultats du Pilote.

Enfin, nous avons également identifié des lacunes dans l'approvisionnement en médicaments et dans la gestion des kits de prophylaxie post-exposition.

EFFICACITÉ

L'absence d'un cadre de performance spécifique au Pilote, comprenant des indicateurs assortis des cibles initiaux et finaux a rendu l'évaluation de l'efficacité laborieuse. L'équipe d'évaluation a tenté d'utiliser les indicateurs plus larges du projet Kananga. Toutefois, ces indicateurs étaient davantage liés aux activités et aux produits qu'aux résultats et n'ont pas été adaptés au Pilote. Il est donc difficile de conclure catégoriquement si les résultats escomptés du projet pilote ont été pleinement atteints ou non, en l'absence d'un cadre de performance pour la comparaison. Cependant, notre évaluation a mis en évidence un accroissement du nombre survivantes accédant aux soins post-violence sexuelle au CSK et une

amélioration de la capacité et de la confiance en soi des prestataires de soins de santé pour s'occuper des survivantes.

RESULTAT 1 : AMELIORER L'ACCES AUX SOINS LIES A LA VSBG

- Y COMPRIS AUX CONTRACEPTIFS ET A L'AVORTEMENT

Les données DHIS2 antérieures à la mise en œuvre du Pilote indiquent que les soins post-violence sexuelle n'étaient pas offertes au CSK. Selon la même source, d'avril 2022 à mars 2023, 76 survivants ont bénéficié de soins post-violence sexuelle au CSK, soit une moyenne de 6 clients par mois (voir Fig.2). L'ensemble de ces survivantes (100%) étaient des femmes, mais nous ne disposons pas d'informations démographiques supplémentaires nous permettant de désagréger ces données. Sur les 76 survivantes soignées au CSK pendant le Pilote, 60 (79%) ont reçu le kit PEP complet dans le délai critique de 72 heures après l'agression,⁸ par rapport aux estimations de 49% et 61% aux niveaux national et provincial, respectivement [15].

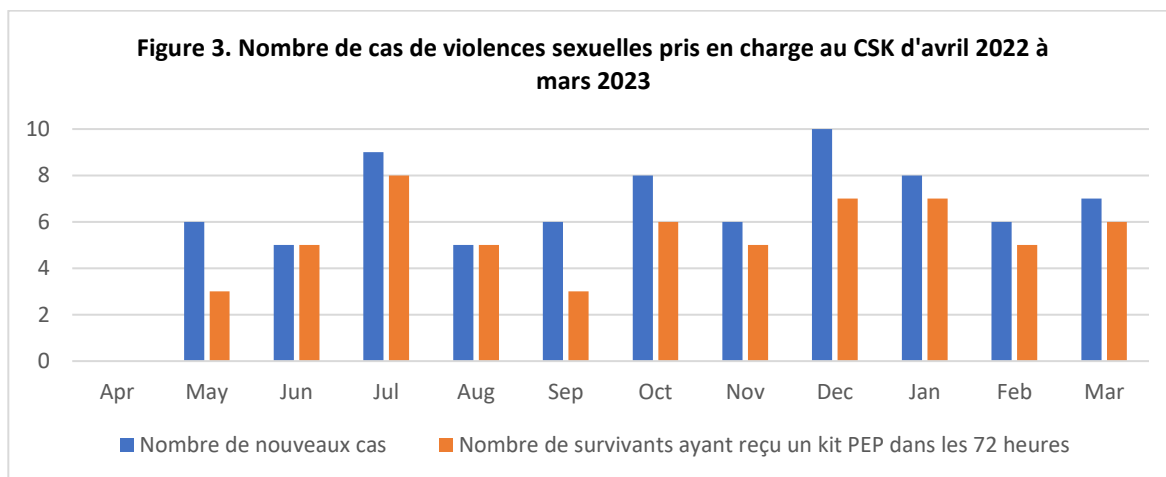


Figure 3. Nombre de cas de violences sexuelles pris en charge au CSK d'avril 2022 à mars 2023.
Source: DRC MoH's DHIS2 report from April 2022 to March 2023

Le Pilote a apporté une contribution substantielle aux efforts déployés par la ZS de Tshikula pour répondre aux violences sexuelles. En effet, les données du DHIS2 du ministère de la Santé de la RDC ont révélé que sur les 186 cas de violences sexuelles signalés dans la ZS entre avril 2022 et mars 2023, 41% ont été pris en charge au CSK.

⁸ Source : Données du DHIS2 du ministère de la santé de la RDC d'avril 2022 à mars 2023.

RÉSULTAT 2 : RENFORCER LA CAPACITÉ DES PRESTATAIRES DES SOINS DE SANTÉ

- À ASSURER LA PRISE EN CHARGE HOLISTIQUE AUX VICTIMES DE VIOLENCES SEXUELLES DANS LES CENTRES DE SANTÉ

Pour évaluer l'efficacité des activités de renforcement des capacités (formation, supervision et soutien logistique), nous avons utilisé comme indicateurs les pratiques cliniques et l'auto-efficacité perçue des prestataires de soins de santé, ainsi que le degré de préparation du CSK à répondre aux violences sexuelles [38-40].

PRATIQUES CLINIQUES DES PRESTATAIRES DE SOINS DE SANTÉ

Notre évaluation s'est concentrée sur les pratiques cliniques des prestataires de soins de santé en utilisant comme critère la proportion de survivantes ayant reçu une gamme de services en matière de violence sexuelle au CSK conformément au protocole de prise en charge clinique des violences sexuelles établi par MSF au CSK. Nous avons sélectionné au hasard 20 dossiers divers des survivantes (cliniques, médicaux et médico-légaux) ayant recouru aux soins post-violence sexuelle entre avril 2022 et mars 2023 pour évaluer les pratiques des prestataires. En outre, nous nous sommes assurés que ces dossiers impliquaient différents prestataires des soins de santé.

La proportion globale de survivantes recevant des soins post-violence sexuelle au CSK selon le protocole établi par MSF était de 94%, à l'exclusion des soins d'avortement.⁹ Les prestataires de soins de santé du CSK ont fait preuve de bonnes pratiques cliniques dans une gamme de services, comme le montre la proportion élevée de survivantes éligibles qui ont reçu une contraception d'urgence (90 %), une PPE VIH (92 %), une prophylaxie et un traitement des IST (96 %), une vaccination contre le tétanos (90 %), une vaccination contre l'hépatite B (90 %) et des premiers soins psychologiques (100 %) au CSK. En outre, les prestataires de soins de santé ont documenté les preuves médico-légales de base conformément au protocole établi dans chaque cas. En outre, 20 femmes, dont 4 survivantes, ont reçu des soins d'avortement au CSK.¹⁰ Notre évaluation suggère donc que la formation, l'appui technique solide du personnel de MSF et un système robuste de gestion des médicaments ont influencé positivement la capacité des prestataires du CSK à soigner les survivantes selon le protocole établi par MSF.¹¹ Cependant, comme nous l'avons déjà mentionné, le programme gagnerait à normaliser le système de référence des survivantes vers les services non-médicaux.

⁹ Nous ne savons pas combien de survivantes étaient éligibles pour des soins d'avortement ni le nombre de survivantes qui ont demandé des soins d'avortement et nous ne disposons donc pas d'un nombre de référence à partir duquel nous pouvons évaluer l'adhésion au protocole.

¹⁰ Les prestataires ne documentent pas les soins liés à l'avortement dans des dossiers individuels. Ils enregistrent plutôt les avortements pratiqués dans un format agrégé et précisent ceux qui sont liés à un viol.

¹¹ Avant le Pilote, le CSK n'intégrait pas formellement les soins post-violence sexuelle. Cependant, les prestataires ont également bénéficié d'une formation sur la prise en charge clinique des cas de VSBG selon le protocole national. Cette formation, menée par la ZS et UNFPA, a eu lieu vers juin 2022.

AUTO-EFFICACITÉ PERÇUE DES PRESTATAIRES DE SOINS DE SANTÉ

À partir de nos entretiens avec les prestataires de CSK, nous avons exploré trois dimensions de l'auto-efficacité : 1) l'expérience de la prestation de soins aux survivantes avant et après la mise en œuvre du projet pilote ; 2) les perceptions de la confiance des clients ; et 3) les connaissances et compétences auto-déclarées en matière de soins post-violence sexuelle.

Les prestataires que nous avons interrogés ont indiqué qu'ils se sentaient tous inexpérimentés dans la prestation de soins aux survivants avant le Pilote. Les prestataires des soins de santé interrogés ont spécifiquement mentionné l'importance de la formation et du mentorat continu du personnel de MSF comme ayant renforcé leur confiance en soi dans la prestation de soins post-violence sexuelle. Les personnes interrogées ont également mentionné le rôle essentiel que la disponibilité des produits a joué dans leur capacité à offrir des services et le fait que la qualité des soins et les subventions financières ont renforcé la confiance que les clients accordaient aux prestataires. En fin de compte, les prestataires ont déclaré avoir confiance dans leurs connaissances et leurs compétences en matière de la prise en charge clinique du viol et dans leur capacité à fournir des soins de haute qualité conformément au protocole de MSF. Ce niveau élevé d'auto-efficacité perçue par les prestataires semble être directement lié au Pilote et correspond en grande partie aux données sur leurs pratiques cliniques.

PRÉPARATION DU CSK A FOURNIR DES SOINS ET UN SOUTIEN AUX SURVIVANTS

Pour évaluer la qualité des services de soins post-SGBV existants, nous avons utilisé le « GBV Quality Assurance Tool Minimum Care Version » [25].¹² Nous avons mesuré la qualité des soins en analysant les services post-SGBV du CSK par rapport aux 23 normes de base. Notre analyse a montré que le CSK avait atteint un niveau de haute qualité pour toute une série de normes, comme le montre le tableau 1. La proportion globale d'adhésion aux normes établies était de 78% (18 sur 23), ce qui montre que les soins post-SGBV sont accessibles et disponibles, que l'infrastructure, l'équipement et les services essentiels sont en place, que les prestataires fournissent des soins respectueux et de haute qualité, que les politiques et procédures pertinentes sont suivies et que le personnel a la formation et les compétences appropriées pour fournir des soins.

¹² Conformément aux lignes directrices, nous avons utilisé la version minimale de l'outil car le CSK est situé dans un environnement aux ressources limitées et le service post-violence sexuelle était en cours de développement.

Tableau 1. Analyse de la qualité des soins post-violence sexuelle au CSK, d'avril 2022 à mars 2023, à l'aide de la version révisée 2021 de l'outil d'assurance qualité en matière de VBG (Minimum Care Version)

NORMES	NOMBRE DE CRITÈRES PAR NORME	NOMBRE DE CRITÈRES REMPLIS POUR LA NORME	% DE RÉUSSITE PAR NORME
Disponibilité et adéquation des services	1	1	100
Identification des victimes potentielles de violences sexuelles ou de VPI dans le cadre des soins de routine	2 ¹³	2	100
État de préparation des installations et infrastructures	2	2	100
Soins cliniques et communication centrés sur le patient	11	9	82
Politique et fourniture de soins de santé	1	1	100
Système d'information et de rapportage	2	1	50
Formation et amélioration de la qualité	2	2	100
Système d'orientation et suivi des survivantes	2	0	0
Nombre de critères pris en compte et résultats globaux	23	18	78

Cependant, nous avons également identifié plusieurs domaines dans lesquels des améliorations sont possibles : 1) Mécanisme de retour d'information permettant aux patients de signaler anonymement leur niveau de satisfaction ou tout grief concernant les services, y compris toute violation de leurs droits (par exemple, boîte à idées) ; 2) Documentation du consentement éclairé, en particulier pour les survivants mineurs ; 3) Évaluation et réponse au risque de violence ou de préjudice immédiat après la divulgation (par exemple, plan de sécurité) ; 4) Système d'orientation en place pour s'assurer que le patient est relié à tous les services nécessaires ; et 5) Suivi du patient pour les services ultérieurs.

PERSPECTIVES D'IMPACT

Bien qu'il existe de nombreuses définitions de l'impact, pour les besoins de cette évaluation, nous avons conceptualisé l'impact du Pilote comme suit : 1) la décision formelle des autorités sanitaires d'adopter le Pilote par le biais de politiques, de le répliquer ailleurs ou d'en étendre la portée en augmentant sa couverture et/ou ses ressources ; et 2) les effets transformateurs à long terme du Pilote sur les comportements de recherche de soins de santé en matière de violence sexuelle. En l'absence d'un cadre conceptuel formel pour mesurer l'impact de l'initiative de décentralisation, afin d'améliorer la capacité

¹³ Cette norme comprend 3 critères. Cependant, nous n'avons pris en compte que 2 critères, l'un d'entre eux n'étant pas applicable au CSK.

d'évaluation de l'initiative, nous avons défini l'impact du Pilote comme son effet transformateur sur la capacité des autorités sanitaires locales à répliquer l'initiative de décentralisation et son effet à long terme sur les comportements des survivantes en matière de recherche de soins de santé. Étant donné que nous avons réalisé cette évaluation trois mois après le retrait de MSF du CSK, nous n'avons pu évaluer que les perspectives d'impact du Pilote, car il est prématuré d'évaluer ses effets transformateurs à long terme à ce stade [32].

PERSPECTIVES D'IMPACT SUR LA CAPACITE DES AUTORITES SANITAIRES LOCALES

- À RÉPLIQUER L'INITIATIVE DE DÉCENTRALISATION

Le modèle de partenariat du Pilote avec les autorités sanitaires locales visait à créer une appropriation locale de l'initiative de décentralisation afin d'en assurer le maintien au CSK ou d'assurer sa répllication ailleurs. Ce modèle de partenariat comprenait, entre autres activités, la conduite d'une supervision conjointe par MSF et l'équipe exécutive de ZS une fois par trimestre et le transfert du centre de santé de Kamuandu aux autorités sanitaires à la fin du Pilote. Ce transfert s'est matérialisé par la tenue des réunions de clôture et la fourniture d'un stock tampon de six mois de produits médicaux au CSK. Toutefois, le modèle de partenariat avec les autorités sanitaires aurait pu être mieux élaboré en spécifiant clairement le résultat escompté (par exemple, qu'est-ce qui constitue exactement un processus de transfert réussi ?) et la voie causale pour atteindre un tel résultat (c'est-à-dire, comment et pourquoi ce modèle de partenariat aurait assuré la répllication du projet pilote ?). Nos entretiens avec les prestataires de soins du CSK et les informateurs clés de la ZS de Tshikula ont révélé qu'il est peu probable que ce modèle de partenariat puisse améliorer la capacité des autorités sanitaires locales à maintenir les acquis du Pilot au CSK et à soutenir sa répllication. Certaines spécificités aux systèmes de santé de la RDC (dépendance excessive à l'égard des financements externes des bailleurs de fonds pour répondre aux VSBG, dépendance à l'égard des médicaments importés, chaîne d'approvisionnement médiocre, non-diffusion du protocole de Maputo au Kasai central, etc.) constituent une entrave au maintien et à la répllication du Pilote. Bien que ces éléments échappent au contrôle de MSF, ils ne semblent pas avoir été pleinement pris en compte lors de la phase de transfert de l'initiative de décentralisation.

PERSPECTIVES D'IMPACT SUR LA CAPACITE DES SURVIVANTS

- À RECHERCHER DES SOINS ET UN SOUTIEN APRÈS UNE AGRESSION SEXUELLE

En ce qui concerne les changements de comportement en matière de recherche de soins de santé, la conception du Pilote comprend des stratégies qui se sont avérées très efficaces pour transformer la capacité des survivants à rechercher des soins après une agression sexuelle (c'est-à-dire les interventions communautaires de promotion de la santé, y compris les visites de sensibilisation porte-à-porte et les groupes discussions thématiques) [32,33]. Cependant, il existe un certain nombre d'écueils en matière de planification et de mise en œuvre, ainsi que des facteurs externes au Pilote qui, selon notre évaluation, ont réduit les perspectives du Pilote de modifier le comportement de recherche de soins de santé en cas de violence sexuelle.

Tout d'abord, le délai d'un an alloué au Pilote est probablement insuffisant pour modifier les rôles traditionnels assignés aux hommes et femmes qui alimentent la violence sexuelle, la stigmatisation qui entoure la violence sexuelle et les comportements de recherche de soins de santé parmi les survivants du Kasai central. Comme l'a expliqué un relais de la communauté :

« Dans la communauté, lorsque nous trouvons des victimes qui s'arrangent à l'amiable avec leurs agresseurs, nous insistons pour qu'elles se rendent au centre de santé pour se faire soigner. En dehors de ces arrangements à l'amiable, une autre difficulté majeure dans l'accès aux soins est le fait que les victimes ne dénoncent pas les violences sexuelles en raison du déséquilibre de pouvoir entre les hommes et les femmes. C'est l'emprise morale des agresseurs sur leurs victimes qui les empêche de porter plainte. Les hommes leur disent [aux survivantes] : écoutez, ne me dénoncez pas ; en échange, je vous donnerai tel ou tel cadeau. Ne le dis à personne. Avec un tel ascendant moral et la vulnérabilité économique des femmes dans cette communauté, les victimes choisissent de garder leur agression sexuelle secrète. La réaction violente des familles des victimes ; lorsqu'elles sont informées que leur fille a été violée, elles font du bruit et tentent d'attaquer les agresseurs, ce qui viole la confidentialité et décourage la dénonciation et la recherche de soins. »

Deuxièmement, la conception d'une intervention à composantes multiples nécessite d'ancrer les différentes composantes d'une telle intervention au sein d'une théorie du changement/un modèle logique exhaustif et intégré, comprenant les intrants, les activités, les produits et les résultats escomptés pour chacune des composantes de ladite intervention. La logique qui sous-tend le Pilote aurait pu être mieux articulée pour permettre une affectation appropriée des ressources et une meilleure consistance dans sa mise en œuvre, notamment en raison de l'importante rotation du personnel au sein de MSF. L'investissement relativement modeste dans la promotion de la santé et les activités communautaires a réduit la portée de la mobilisation communautaire et, par conséquent, ses perspectives d'impact. En outre, les perspectives d'impact auraient été meilleures si la composante « comité de résilience » de l'intervention avait été mise en œuvre comme prévu.

AUTRES FACTEURS INFLUENÇANT LES PERSPECTIVES D'IMPACT

Les dynamiques de genre au Kasai central, y compris la vulnérabilité sociale et économique des femmes et des filles, auraient dû être prises en compte de manière plus approfondie lors de la conception du Pilote afin d'en évaluer l'impact potentiel sur les comportements de recherche de soins après une violence sexuelle. À cet égard, le Pilote aurait également pu s'adresser aux femmes en tant que « championnes du changement » pour avoir un effet transformateur sur le déséquilibre des pouvoirs qui alimente la violence sexuelle et nuit à la recherche de soutien [12-14]. MSF a pris des mesures importantes pour adapter ses interventions de lutte contre la VSBG à la région du Kasai central, notamment en impliquant les relais

communautaires. Cependant, le manque d'intégration des femmes en tant qu'ambassadrices communautaires, les défis associés à l'engagement des membres de communauté dans des initiatives communautaires et l'absence de comités de résilience ont réduit les perspectives d'impact, car l'initiative est moins susceptible de s'attaquer aux obstacles profondément enracinés, tels que la réticence des survivantes à recourir aux services officiels.

L'impact de toute intervention sanitaire dépend de sa couverture et de son effet d'entraînement potentiel. Le Pilote a été mis en œuvre dans un seul centre de santé (sur les 40 établissements de santé de la zone de santé) et seuls quatre prestataires de soins ont été formés à la prise en charge clinique de la violence sexuelle. La mise en œuvre d'un modèle de formation des formateurs aurait pu avoir un effet d'entraînement considérable [43]. En effet, étant donné que l'un des objectifs explicites de l'initiative de décentralisation était de maintenir la prestation de soins post-violence sexuelle au CSK ou de répliquer l'initiative ailleurs, un tel modèle de formation aurait pu augmenter la masse critique de prestataires des soins de santé formés à la gestion de la violence sexuelle dans la ZS de Tshikula et fournir une main-d'œuvre formée disponible en cas de rotation du personnel au CSK ou lors de la réplification du Pilote.

PERSPECTIVES DE DURABILITÉ

Pour évaluer les chances de pérennité du Pilote, nous avons examiné dans quelle mesure les résultats obtenus par rapport aux objectifs immédiats pouvaient perdurer après le retrait de MSF. Plus précisément, nous avons porté notre jugement en tenant compte de la capacité perçue des autorités locales à reprendre le projet pilote (comme en témoignent les entretiens que nous avons menés avec les membres de l'équipe de direction de la ZH de Tshikula), du nombre de survivants accédant aux soins au CSK trois mois après la fin du Pilote, de la mesure dans laquelle les activités liées à la promotion de la santé ont été menées et le temps alloué à la mise en œuvre du Pilote. Les résultats montrent que le Pilote présentait un potentiel de durabilité limité. Les informateurs clés ont tous été dubitatifs quant à la possibilité pour le CSK de continuer à offrir des soins gratuits et de qualité aux survivants après la clôture du Pilote. Le manque de fournitures médicales et de soutien financier a été signalé comme un obstacle important à la continuité des soins.

RESULTAT 1 : AMELIORER L'ACCES AUX SOINS LIES A LA VSBG

- Y COMPRIS AUX CONTRACEPTIFS ET A L'AVORTEMENT

En tant qu'élément central de l'initiative de décentralisation, les activités liées à la promotion de la santé (les visites de sensibilisation porte-à-porte et groupes de discussions thématiques) ont aidé la communauté de Kamuandu à faire face à la violence sexuelle et à y remédier. Cela a permis de créer un environnement social favorable et de renforcer l'action communautaire et les compétences personnelles pour rechercher et utiliser les soins post-violence sexuelle au CSK. En fait, les données issues de l'examen des dossiers cliniques des clients ont révélé qu'environ 78 % des survivants avaient été orientés/accompagnés vers le CSK par les relais communautaires ou avaient entendu parler des services par ce biais. En outre, selon les données du DHIS2, 79 % des survivantes ont accédé aux soins dans le délai

optimal de 72 heures après l'agression sexuelle, dépassant ainsi la moyenne nationale estimée à 49%. Ces bons résultats peuvent être attribués à l'implication des relais communautaires dans l'identification des survivantes potentielles au sein de la communauté et à leur orientation/accompagnement vers le CSK pour une prise en charge précoce, ainsi qu'à la disponibilité de services post-violence sexuelle de haute qualité au niveau du CSK. Au moment de la collecte des données pour la phase 2, les tendances en matière d'utilisation des services post-violence sexuelle au CSK sont restées stables à environ 5 cas par mois, comme le montrent les données du DHIS2. Nous attribuons partiellement cette stabilité au stock tampon de 6 mois de produits médicaux laissé par MSF dans le cadre de la stratégie de sortie.

Cependant, les caractéristiques spécifiques du contexte de mise en œuvre du Pilote (normes de genre qui alimentent la violence sexuelle et la vulnérabilité sociale des filles et des femmes) et la nature intrinsèquement complexe de la violence sexuelle et du changement de comportement en matière de santé ont fait peser une menace immédiate sur la durabilité de ces réalisations. Les relais communautaires et les autorités sanitaires que nous avons interrogés ont tous reconnu que des efforts et des ressources supplémentaires, y compris du temps, étaient nécessaires pour garantir la durabilité des activités menées par les communautés. Comme l'a indiqué un relais communautaire :

« Nous avons besoin de plus de séances de sensibilisation à la violence sexuelle et à ses conséquences. Nous devons continuer à dire aux femmes que si elles gardent le secret sur leur agression, c'est mauvais parce qu'elles peuvent contracter des maladies [à la suite de leur agression sexuelle] et que ces maladies peuvent même entraîner la mort. Nous devons donc organiser davantage de séances de sensibilisation à l'intention des membres de la communauté. Nous devons également former les femmes à l'autonomie financière, car de nombreuses agressions sexuelles dans notre communauté se produisent lorsque les filles n'ont pas les moyens d'acheter des vêtements, du savon et des lotions de beauté. »

Les données relatives aux programmes de lutte contre la VSBG et à la promotion de la santé ont montré que les initiatives communautaires ont un impact considérable sur les normes de genre qui alimentent la violence sexuelle et les comportements de recherche de soins de santé [32,35]. Cependant, il faut du temps pour induire et maintenir un changement de comportement en matière de santé, un processus qui est compromis par le délai d'un an consacré à la mise en œuvre de l'initiative de décentralisation.

Enfin, la qualité perçue des soins par les utilisateurs est un facteur qui détermine leur accès et leur utilisation des soins de santé [36]. Les prestataires que nous avons interrogés préoyaient que l'absence de médicaments pourrait ultérieurement saper la confiance dans le service et l'utilisation future des services.

« La disponibilité des médicaments encourage l'utilisation des services, car les victimes viennent nous voir en sachant que des médicaments sont disponibles et qu'elles seront bien soignées... Les victimes qui sont satisfaites de nos soins les recommandent à leur tour à leurs pairs, en leur disant : « Allez-y, vous serez bien traités ». En raison de l'absence de médicaments, il sera difficile pour les survivantes d'obtenir des soins post-violence. Nous n'obtiendrons pas de mifépristone et de misoprostol auprès du HZ. »

RESULTAT 2 : RENFORCER LA CAPACITE DU PERSONNEL

- A FOURNIR UN SOUTIEN HOLISTIQUE AUX VICTIMES DE VIOLENCES SEXUELLES DANS LES CENTRES DE SANTÉ

Les participants étaient convaincus de la viabilité à long terme des compétences qu'ils venaient d'acquérir. Ils ont estimé que cela leur permettrait de continuer à fournir des soins post-violence sexuelle après le Pilote. Toutefois, ils ont souligné que le manque de ressources financières et de produits médicaux constituera le principal obstacle à la poursuite de la fourniture de soins post-violence sexuelle gratuits, de qualité et fiables au CSK. Comme l'a expliqué un prestataire :

« La formation que nous avons reçue de MSF a considérablement renforcé notre capacité à prendre en charge les survivantes de violences sexuelles... en particulier notre capacité à offrir des soins d'avortement aux survivantes qui en font la demande. Avec le départ de MSF, il sera très difficile d'assurer la continuité des soins aux survivantes de manière holistique. C'est dommage que MSF s'en aille parce que nous ne pourrions pas travailler correctement ! Où obtiendrons-nous le misoprostol et la mifépristone ? Aucun donateur n'a pris le relais après le départ de MSF, ce qui est vraiment triste ! »

Un membre de l'équipe de cadre de la ZS de Tshikula partage ce sentiment :

« [Le niveau de soins établi par MSF au centre de santé de Kamuandu ne peut être garanti... Le personnel en place est déjà formé et a acquis des compétences. Mais ce que je dis, c'est que les produits médicaux vont manquer. C'est de cela qu'il s'agit. Le centre de santé a un contrat d'achat de services [avec MSF] pour assurer la gratuité des soins [pour les survivantes de violences sexuelles], mais ce que nous voyons [prédit], ce sont des inquiétudes concernant l'avortement ; hé, pour la gestion des IST, les antibiotiques peuvent être disponibles, mais d'autres produits

médicaux peuvent ne plus l'être, comme le vaccin contre l'hépatite [B]... Je parle plus des produits médicaux parce que le personnel a déjà les compétences techniques. »

Un relais communautaire a fait part de préoccupations similaires concernant les perspectives de durabilité du Pilote :

« Je sais que les activités vont continuer parce que le personnel est formé et quand il y a un cas... les victimes vont continuer à venir au centre de santé pour se faire soigner... Je vais dire, cependant, qu'il faut fournir des médicaments au centre de santé pour que les soins continuent. De même, les prestataires de soins de santé doivent continuer à recevoir une compensation financière pour leur travail. »

La stratégie de sortie du Pilote aurait pu tenir compte de la capacité et de l'appropriation des partenaires au début de la période de mise en œuvre et de leur capacité à maintenir le financement et la disponibilité des produits médicaux (en particulier les médicaments abortifs et le vaccin contre l'hépatite B) à la fin de l'intervention.

CONSIDÉRATIONS SUR LE GENRE ET LES DROITS DE L'HOMME

CONSIDÉRATIONS SUR LE GENRE

Le Pilote visait à améliorer l'accès et l'utilisation des services post-violence sexuelle. En tant que tel, il était clairement sensible à la dimension de genre. Cependant, le Pilote s'est largement concentré sur les femmes en tant que « victimes » ou « survivantes » de violences sexuelles et ne les a pas considérées comme des « agents de changement » potentiels [37] . Les relais communautaires, presque tous des hommes, ont été formés pour mener des activités de sensibilisation de porte à porte sans tenir compte de la dynamique de genre au Kasai central.

En effet, étant donné que la stigmatisation et les coutumes néfastes qui entourent les violences sexuelles au Kasai central (dont la quasi-totalité est perpétrée par des hommes) compromettent également l'accès et l'utilisation des services post-violence sexuelle, le Pilote avait besoin d'activités, de produits et de résultats qui ciblent explicitement les hommes. Un informateur clé de MSF a indiqué que la participation des hommes aux discussions des groupes thématiques était inférieure à celle des femmes. La collecte et l'utilisation systématiques de données ventilées par sexe pour les activités menées par les communautés auraient pu combler cette lacune et/ou éclairer la mise en œuvre d'autres activités.

Enfin, l'initiative de décentralisation aurait pu prêter attention à la question négligée des garçons et des hommes en tant que victimes/survivants potentiels de la violence sexuelle. Un relais communautaire l'a fait remarquer en ces termes :

« Je pense qu'il est important que les jeunes garçons soient également sensibilisés [au fait qu'ils peuvent aussi être victimes], car j'ai eu à traiter le cas d'un jeune garçon qui avait été victime d'abus sexuels de la part d'une femme plus âgée. Ce jeune garçon était lui aussi victime de violences sexuelles et devait être pris en charge en tant que tel. »

CONSIDÉRATIONS SUR L'INCLUSION

Grâce au Pilote, toutes les survivantes qui se sont présentés au CSK ont reçu des soins post-violence sexuelle de qualité, indépendamment de leur identité sexuelle, de leur appartenance ethnique ou d'autres caractéristiques sociodémographiques. Toutefois, peu d'éléments indiquent que le Pilote a explicitement inclus tous les sous-groupes de bénéficiaires. Le projet pilote a été conçu et mis en œuvre comme une intervention « adaptée à tous » sans tenir compte explicitement des vulnérabilités croisées des survivants, y compris le statut de handicap, l'âge et l'alphabétisation. En effet, les améliorations physiques apportées aux installations du CSK n'incluaient pas d'adaptations visant à améliorer l'accessibilité pour les personnes à mobilité réduite. En outre, les relais communautaires (principalement des adultes) ont mené des actions de sensibilisation au sein de la communauté en utilisant la même technique (sensibilisation de porte à porte), le même message et la même version des supports de communication pour tous les publics cibles, y compris les adultes/parents, les enfants, les adolescents, les personnes handicapées et les analphabètes. Des efforts de sensibilisation ciblés et intégrés auraient été appropriés et auraient pu améliorer la pertinence, l'efficacité et l'impact potentiel du Pilote [23, 35].

ENSEIGNEMENTS TIRÉS

- Une stratégie globale de MSF et une théorie du changement pour lutter contre la violence sexuelle et basée sur le genre sont nécessaires pour soutenir la mise en œuvre de projets spécifiques, harmoniser la programmation dans divers contextes humanitaires et informer la conception de l'ensemble des interventions et du cadre de résultats pour tous les projets de MSF relatifs à la violence sexuelle.
- La violence sexuelle et basée sur le genre est un problème complexe qui nécessite des interventions à long terme et à composantes multiples. Des telles interventions doivent être élaborées conséquemment.
- Les interventions à composantes multiples doivent être conçues, planifiées et mises en œuvre de manière appropriée. Le volet engagement communautaire du Pilote n'a été entièrement mis en œuvre et a révélé la nécessité d'ancrer les composantes du projet dans une théorie du changement/un modèle logique intégré afin d'éclairer l'affectation des ressources, la mise en œuvre appropriée des activités et guider l'évaluation.

- Une approche collaborative et multisectorielle de la lutte contre la violence sexuelle et basée sur le genre est essentielle pour répondre aux besoins holistiques des survivants. Pour être efficace, une telle réponse nécessite des interventions bien planifiées et dotées de ressources suffisantes, ainsi qu'une approche collaborative solide entre les différents acteurs de la lutte contre la violence sexuelle et basée sur le genre.
- Un programme efficace de sensibilisation de la communauté est un élément clé d'une stratégie holistique de lutte contre la VSBG. Toutefois, pour être efficace, le volet « promotion de la santé » doit être adapté aux publics cibles.
- Un cadre solide de suivi et d'évaluation comprenant des indicateurs et leurs cibles était nécessaire pour informer la mise en œuvre du projet pilote et garantir son évaluation.
- La violence sexuelle et basée sur le genre est à la fois un problème de santé publique et un problème social qui nécessite une approche holistique et intégrée. Plus précisément, il est nécessaire de quitter paradigme médical de la réponse à la VSBG pour s'attaquer à la violence sexuelle et basée sur le genre de manière appropriée.
- Le modèle de mise en œuvre d'un an s'est avéré prometteur. Toutefois, il est peu probable qu'un délai aussi court permette de s'attaquer aux normes traditionnelles de genre et à la stigmatisation qui empêchent les survivantes de rechercher des soins de santé et de l'aide. Une programmation à long terme et continue est essentielle pour apporter des changements transformationnels dans le domaine des violences sexuelles.
- Le partenariat avec les autorités sanitaires locales est essentiel pour garantir la mise à échelle et la réplique des programmes de santé initiés par les donateurs. Toutefois, il convient de donner la priorité aux modèles de partenariat fondés sur des données probantes et ayant fait leurs preuves en matière d'appropriation/changement de leadership.
- L'évaluation précoce du Pilote a permis d'identifier des résultats prometteurs et leurs médiateurs potentiels, ainsi que les menaces immédiates qui pèsent sur le succès/atteinte des résultats. Cependant, un certain degré de flexibilité dans la programmation est nécessaire pour s'assurer que la phase initiale de l'approche d'évaluation développementale sert à informer la mise en œuvre des interventions humanitaires.
- Les acteurs humanitaires sont confrontés à de multiples exigences et délais pour répondre aux crises actuelles et émergentes. Cependant, l'investissement de ressources appropriées (y compris le temps et le personnel) dans le suivi et l'évaluation, et l'ajustement des interventions en cours à la lumière des résultats de l'évaluation, pourraient soutenir l'efficacité de l'action humanitaire et accroître la redevabilité envers les bénéficiaires.

LIMITES DE L'ÉVALUATION

Pour la phase 2 de l'évaluation, nous avons passé deux semaines sur le terrain afin de collecter des données. Le personnel local de MSF a coordonné la visite sur le terrain et nous avons pu mener la collecte de données comme prévu. Cependant, cette évaluation aurait bénéficié du point de vue d'un plus grand nombre de survivantes et de bénéficiaires de services ; nous n'avons pas atteint la saturation thématique avec ce groupe. Nous n'avons pas non plus interrogé de survivantes de violences sexuelles qui n'ont pas

utilisé les services du CSK et nous n'avons donc pas pu évaluer les besoins non satisfaits de ce groupe. Les évaluations futures pourraient bénéficier de périodes de collecte de données plus longues ou multiples. L'absence d'un cadre de résultats concret et d'une théorie du changement a limité la capacité d'évaluation du Pilote, et plus particulièrement notre capacité à évaluer son efficacité. En outre, nous nous sommes appuyés sur des données quantitatives de routine qui n'ont pas été collectées aux fins de la présente évaluation pour évaluer l'efficacité du programme pilote. Cela a limité notre capacité à effectuer une analyse plus granulaire de l'efficacité du Pilote. En l'absence d'informations détaillées ou d'un budget autonome, nous n'avons pu effectuer que des calculs approximatifs des coûts. Nous ne pouvons pas non plus faire d'inférences causales en raison de l'absence d'un comparateur. Enfin, comme nous avons réalisé cette évaluation peu de temps après la clôture du Pilote, nous n'avons pas été en mesure de mesurer son impact et avons plutôt évalué son potentiel d'impact, ce que nous considérons comme une limitation majeure.

BONNES PRATIQUES ÉMERGENTES

Qu'est-ce qui a favorisé la décentralisation de la lutte contre la violence sexuelle et sexiste au sein de la CSK ?

Le partenariat entre MSF et l'équipe cadre de la ZS de Tshikula a été la clé de voute de l'initiative de décentralisation. Ce partenariat a été formellement établi par la signature d'un protocole d'accord au début du Pilote, qui mettait l'accent sur la mise à contribution des atouts préexistants au sein de la communauté, tels qu'un centre de santé fonctionnel, une chaîne d'approvisionnement et le CODESA.

La solide réputation de MSF dans le contexte de la mise en œuvre a également joué un rôle important dans la réussite du Pilote. Les communautés bénéficiaires ont perçu MSF comme un acteur compatissant qui arrive le premier sur les lieux d'un conflit et repart le dernier. La présence de MSF dans un centre de santé a été perçue comme une garantie de qualité des soins par les communautés bénéficiaires, tout comme leur supervision formative continue des prestataires de soins de CSK. Le renforcement des capacités du personnel de MSF et le soutien à la coopération au sein du sous-groupe SGBV afin d'apporter des produits médicaux cohérents (y compris des médicaments pour l'avortement) à la zone de santé de Tshikula ont été des points forts essentiels du Pilote, tout comme le soutien financier apporté par MSF pour garantir la gratuité des services.

Enfin, l'engagement de MSF auprès des associations communautaires, et plus particulièrement du CODESA, par le biais des relais communautaires, a facilité l'identification des cas de violence sexuelle et la mise en place rapide de soins post-violence sexuelle pour les survivantes. En outre, les points focaux de MSF pour la lutte contre la violence sexuelle et sexiste comprenaient à la fois des hommes et des femmes.

Qu'est-ce qui a entravé la mise en œuvre et le transfert ?

Le contexte de la mise en œuvre du Pilote a posé des défis. Par exemple, l'environnement juridique de la RDC, en particulier le manque de diffusion du protocole de Maputo au niveau provincial, rend difficile le maintien des soins en matière d'avortement au CSK. Le changement d'attitude des partenaires prend

également du temps. Le passage d'une gouvernance pilotée par les donateurs pour répondre à la VSBG à un leadership des autorités sanitaires locales était nécessaire pour assurer la réplique du projet pilote et pérenniser ses résultats. La dépendance excessive des systèmes de santé fragiles à l'égard des donateurs externes pourrait entraver le transfert et/ou la réplique du pilote. Les défis systémiques et institutionnels ont également créé des obstacles à la capacité du programme à fournir des services gratuits et à continuer à assurer un approvisionnement stable en produits médicaux essentiels à la prise en charge de la violence sexuelle.

L'adoption d'une « nouvelle intervention » nécessite une approche structurée et progressive, conformément à la théorie de Roger sur l'adoption des innovations. MSF a entrepris un processus structuré de construction de preuves de l'efficacité du Pilote, notamment en commandant une évaluation développementale en deux phases. Cependant, la sensibilisation aux avantages du projet pilote doit être menée parmi les adoptants potentiels, y compris la ZS de Tshikula et le secteur de la VSBG, par le biais de canaux de communication appropriés. La documentation limitée du modèle d'intervention du Pilote, de sa théorie du changement/modèle logique et des résultats escomptés pourrait entraver son adoption par les utilisateurs potentiels.

Enfin, les ressources limitées et l'absence d'agence pour adapter ou introduire de nouvelles activités de lutte contre la violence sexuelle et sexiste au niveau de la zone de santé limitent l'impact potentiel et la durabilité. Le processus d'élaboration des politiques de santé en RDC suit une approche descendante. Le niveau central est responsable de l'élaboration de toutes les politiques de santé, tandis que la zone de santé est responsable de leur mise en œuvre. La décision d'adopter un modèle innovant de soins pour les survivantes de violence tel que le projet pilote, qui inclut la fourniture de soins d'avortement, va au-delà de la sphère d'influence de la ZS. MSF doit redoubler d'efforts en matière de plaidoyer pour faire évoluer les politiques, les pratiques et les mentalités.

RECOMMANDATIONS

⇒ **Recommandation 1:**

Envisager l'élaboration d'une stratégie globale et d'une théorie du changement du programme / réponse multisectorielle à la VSBG au sein de MSF. Cette théorie du changement doit clairement indiquer la voie causale des résultats pour chaque composante de l'intervention multisectorielle et doit être accompagnée d'un cadre de résultats et d'indicateurs complets qui peuvent être adaptés à différents environnements et contextes.

⇒ **Recommandation 2:**

Envisager la conception et la mise en œuvre d'une intervention claire, théorique, multi-composante et cohérente qui s'inscrit dans la réponse plus large du pays à la violence sexuelle et sexiste et dans la stratégie globale de MSF (une fois qu'elle aura été élaborée). Cela pourrait servir d'outil de communication au sein de MSF et au-delà. Il permettrait également d'orienter l'allocation des ressources de manière appropriée.

⇒ **Recommandation 3:**

Garantir une réponse appropriée, collaborative et multisectorielle à la violence sexuelle et basée sur le genre. Il convient de définir des canaux d'orientation clairs, transparents et efficaces entre les différents acteurs en identifiant les responsabilités de chacun avant la mise en œuvre. L'élaboration d'un outil succinct pour le dépistage et l'orientation des victimes de la violence sexuelle et sexiste peut également accroître la sensibilisation et l'utilisation des services.

⇒ **Recommandation 4:**

Intégrer dès le départ les initiatives communautaires et les doter de ressources efficaces, notamment en prévoyant suffisamment de temps pour leur mise en œuvre.

⇒ **Recommandation 5:**

Élaborer un plan de suivi et d'évaluation autonome pour les initiatives destinées à être pilotées et répliquées, ce qui augmentera leur capacité d'évaluation et la probabilité d'atteinte des résultats escomptés, et donc leur reproductibilité.

Recommandations 1-5 (de 7) →

⇒ **Recommandation 6:**

Intégrer les droits de l'Homme, l'équité en matière de santé et les considérations intersectionnelles liées au genre dans toutes les phases du projet. MSF peut jouer un rôle important pour l'attention sur la problématique négligée des hommes et des garçons victimes de violences sexuelles.

⇒ **Recommandation 7:**

Tenir compte de la rotation du personnel de MSF et d'autres questions relatives au système de santé dans la planification du projet. Si possible, élaborer un plan de formation qui tienne compte de la rotation préprogrammée du personnel de MSF et qui puisse en tirer parti.

RÉFÉRENCES

1. United Nation Human Rights. Office of the High Commissioner. Sexual_and_gender-based_violence in the context of transitional justice. October 2014. [cited 2023 Sep 19]. Available from: https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Issues/Women/WRGS/OnePagers/Sexual_and_gender-based_violence.pdf
2. Ministère du Plan et de la Mise en œuvre de la Révolution de la Modernité, ministère de la Santé Publique, International ICF. République Démocratique du Congo Enquête Démographique et de Santé (EDS-RDC) 2013-2014. 2014 Sep 1 [cited 2023 Sep 19]; Available from: <https://dhsprogram.com/publications/publication-fr300-dhs-final-reports.cfm>
3. United Nations Security Council. Conflict-related sexual violence. Report of the Secretary-General. June 2022. [cited 2023 Sep 19]. Available from: [file:///C:/Users/16132/Downloads/Conflict-related%20sexual%20violence%20-%20Report%20of%20the%20Secretary-General%20\(S-2023-413\)%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/16132/Downloads/Conflict-related%20sexual%20violence%20-%20Report%20of%20the%20Secretary-General%20(S-2023-413)%20(1).pdf)
4. Westendorf JK, Searle L. Sexual exploitation and abuse in peace operations: trends, policy responses and future directions. *International Affairs* [Internet]. 2017 Mar 1 [cited 2023 Apr 2];93(2):365–87. Available from: <https://doi.org/10.1093/ia/iix001>
5. Bartels S, Kelly J, Scott J, Leaning J, Mukwege D, Joyce N, et al. Militarized Sexual Violence in South Kivu, Democratic Republic of Congo. *J Interpers Violence* [Internet]. 2013 Jan 1 [cited 2021 Sep 18];28(2):340–58. Available from: <https://doi.org/10.1177/0886260512454742>
6. Mulunda JC. Policy Change for Women’s Rights: A Case Study of the Domestication of the Maputo Protocol in the Democratic Republic of The Congo.
7. Bress J, Kashemwa G, Amisi C, Armas J, McWhorter C, Ruel T, et al. Delivering integrated care after sexual violence in the Democratic Republic of the Congo. *BMJ Glob Health* [Internet]. 2019 Feb [cited 2022 Mar 17];4(1):e001120. Available from: <https://gh.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmjgh-2018-001120>
8. Glover AL, Kayembe P, Kaba D, Babakazo P. Assessing Readiness to Provide Comprehensive Abortion Care in the Democratic Republic of the Congo After Passage of the Maputo Protocol. *Int Perspect Sex Reprod Health*. 2020 Dec 14;46(Suppl 1):3–12.
9. Kohli A, Makambo MT, Ramazani P, Zahiga I, Mbika B, Safari O, et al. A Congolese community-based health program for survivors of sexual violence. *Conflict and Health* [Internet]. 2012 Aug 29 [cited 2023 Sep 21];6(1):6. Available from: <https://doi.org/10.1186/1752-1505-6-6>
10. Médecins Sans Frontières. Sexual Violence in the Democratic Republic of Congo. The critical need for a comprehensive response to address the needs of survivors. MSF Field report. July 2021. [cited 2023 Sep 21]. Available from: https://www.msf.org.br/wp-content/uploads/2021/07/relatorio_violencia_sexual_rdc_2021.pdf
11. Lugova H, Samad N, Haque M. Sexual and Gender-Based Violence Among Refugees and Internally Displaced Persons in the Democratic Republic of the Congo: Post-Conflict Scenario. *Risk Manag Healthc Policy*. 2020 Dec 9 [cited 2021 Sep 18]; 13:2937–48. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7734039/>
12. Kohli A, Tosha M, Ramazani P, Safari O, Bachunguye R, Zahiga I, et al. Family and community rejection and a Congolese led mediation intervention to reintegrate rejected survivors of sexual violence in Eastern Democratic Republic of Congo. *Health Care Women Int*. 2013;34(9):736–56.
13. Kohli A, Perrin N, Mpanano RM, Banywesize L, Mirindi AB, Banywesize JH, et al. Family and community driven response to intimate partner violence in post-conflict settings. *Soc Sci Med*. 2015 Dec; 146:276–84.

14. World Bank. Democratic Republic of Congo Overview. [cited 2023 Sep 25]. Available from: <https://www.worldbank.org/en/country/drc/overview>
15. United Nations Population Fund (UNFPA). Bulletin Santé Réproductive et Violence-Basée sur le Genre du Mois de Décembre 2022.[cited 2023 Sep 19]. Available from: https://drc.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/bulletin_finsrvbg_decembre_2022.pdf
16. Mukengere Mukwege D, Nangini C. Rape with Extreme Violence: The New Pathology in South Kivu, Democratic Republic of Congo. *PLoS Med* [Internet]. 2009 Dec 22 [cited 2021 Sep 18];6(12): e1000204. Available from: <https://dx.plos.org/10.1371/journal.pmed.1000204>
17. Davidson N, Hammarberg K, Romero L, Fisher J. Access to preventive sexual and reproductive health care for women from refugee-like backgrounds: a systematic review. *BMC Public Health*. 2022 Feb 27 [cited 2022 Oct 12]; 22:403. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8882295/>
18. Kohli A, Makambo MT, Ramazani P, Zahiga I, Mbika B, Safari O, et al. A Congolese community-based health program for survivors of sexual violence. *Confl Health*. 2012 Dec [cited 2022 Oct 14];6(1):1–9. Available from: <http://conflictandhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1752-1505-6-6>
19. Smith JR, Ho LS, Langston A, Mankani N, Shivshanker A, Perera D. Clinical care for sexual assault survivors' multimedia training: a mixed-methods study of effect on healthcare providers' attitudes, knowledge, confidence, and practice in humanitarian settings. *Conflict and Health*. 2013 Jul 3 [cited 2023 Jul 6];7(1):14. Available from: <https://doi.org/10.1186/1752-1505-7-14>
20. Rugiririza E. First trial in Kasai for crimes of the Kamuina Nsapu rebellion [Internet]. JusticeInfo.net. 2021 [cited 2023 Sep 21]. Available from: <https://www.justiceinfo.net/en/84096-first-trial-kasai-crimes-kamuina-nsapu-rebellion.html>
21. Médecins Sans Frontières. Projet Kananga. CD136_OPS_Feuille de route 2022-2023 Kananga_VF.pdf. Project Kananga internal document.
22. OECD/DAC. Applying Evaluation Criteria Thoughtfully. [cited 2023 Sep 21]. Available from: <https://www.oecd.org/dac/applying-evaluation-criteria-thoughtfully-543e84ed-en.htm>
23. Abdelmagid N, Checchi F, Garry S, Warsame A. Defining, measuring, and interpreting the appropriateness of humanitarian assistance. *Journal of International Humanitarian Action* [Internet]. 2019 Aug 28 [cited 2023 Sep 20];4(1):14. Available from: <https://doi.org/10.1186/s41018-019-0062-y>
24. Adesina, B., E. Rottach. 2015. Estimating the Costs of Delivering Services for Post-Gender-Based Violence Care at a Health Facility: Guidance Manual. Washington, DC: Futures Group, Health Policy Project.2015. Estimating the Costs of Delivering Services for Post-Gender-Based Violence Care at a Health Facility: Guidance Manual. Available from: https://www.healthpolicyproject.com/pubs/686_FINALGBVinterventioncostingguide.pdf
25. Jhpiego and the U.S. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Gender-Based Violence: Quality assurance tool — minimum care version [Internet]. [cited 2023 Sep 21]. Available from: <https://healthcluster.who.int/publications/m/item/gender-based-violence-quality-assurance-tool-minimum-care-version>
26. Cowles KV. Issues in Qualitative Research on Sensitive Topics. *West J Nurs Res* [Internet]. 1988 Apr 1 [cited 2022 Feb 18];10(2):163–79. Available from: <https://doi.org/10.1177/019394598801000205>
27. Jumarali SN, Nnawulezi N, Royson S, Lippy C, Rivera AN, Toopet T. Participatory Research Engagement of Vulnerable Populations: Employing Survivor-Centered, Trauma-Informed Approaches. *Journal of participatory research methods*. 2021;2(2).
28. TCPS 2: CORE-2022 [Internet]. [cited 2023 Sep 21]. Available from: <https://tcps2core.ca/welcome>
29. Denzin NK, Lincoln YS. *The SAGE handbook of qualitative research* [Internet]. 3rd ed. Thousand Oaks: Sage Publications; 2005 [cited 2023 Sep 25]. 1210 p. Available from: <https://www.loc.gov/catdir/toc/ecip053/2004026085.html>

30. Elo S, Kyngäs H. The qualitative content analysis process. *J Adv Nurs*. 2008 Apr;62(1):107–15.
31. World Health Organization (WHO). Caring for women subjected to violence: A WHO training curriculum for health care providers. Revised edition, 2021. [cited 2023 Sep 25]. Available from: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/349539/9789240039803-eng.pdf?sequence=1>
32. Hilhorst D, Douma N. Beyond the hype? The response to sexual violence in the Democratic Republic of the Congo in 2011 and 2014. *Disasters* [Internet]. 2018 [cited 2023 Sep 25];42(S1):S79–98. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/disa.12270>
33. Mukwege D, Berg M. A Holistic, Person-Centred Care Model for Victims of Sexual Violence in Democratic Republic of Congo: The Panzi Hospital One-Stop Centre Model of Care. *PLOS Medicine* [Internet]. 2016 Oct 11 [cited 2023 Sep 20];13(10):e1002156. Available from: <https://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1002156>
34. Bennett C, Banda M, Miller L, Ciza J, Clemmer W, Linehan M, et al. A comprehensive approach to providing services to survivors of sexual and gender-based violence in Democratic Republic of Congo: addressing more than physical trauma. *Development in Practice* [Internet]. 2017 Jul 4 [cited 2022 Nov 18];27(5):750–9. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/09614524.2017.1329400>
35. Keith T, Hyslop F, Richmond R. A Systematic Review of Interventions to Reduce Gender-Based Violence Among Women and Girls in Sub-Saharan Africa. *Trauma, Violence, & Abuse* [Internet]. 2022 Jan 20 [cited 2022 Oct 14];15248380211068136. Available from: <https://doi.org/10.1177/15248380211068136>
36. Inter-Agency Field Manual. on Reproductive Health in Humanitarian Settings. 2018. [cited 2023 Sep 25]. Available from: <https://iawg.wpengine.com/wp-content/uploads/2019/07/IAFM-English.pdf>
37. Inter-Agency Working Group on Reproductive Health in Crisis. Clinical Management of Sexual Violence Survivors in Crisis Settings. 2019. [cited 2023 Sep 21]. Available from: <https://iawg.net/resources/clinical-management-of-sexual-violence-survivors-in-crisis-settings>
38. Arora S, Rege S, Bhate-Deosthali P, Thwin SS, Amin A, García-Moreno C, et al. Knowledge, attitudes and practices of health care providers trained in responding to violence against women: a pre- and post-intervention study. *BMC Public Health* [Internet]. 2021 Nov 1 [cited 2023 Sep 25];21(1):1973. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12889-021-12042-7>
39. Zamani-Alavijeh F, Araban M, Harandy TF, Bastami F, Almasian M. Sources of Health care providers' Self-efficacy to deliver Health Education: a qualitative study. *BMC Med Educ* [Internet]. 2019 Jan 9 [cited 2023 Sep 25];19:16. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6327583/>
40. Colombini M, Mayhew SH, García-Moreno C, d'Oliveira AF, Feder G, Bacchus LJ. Improving health system readiness to address violence against women and girls: a conceptual framework. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2022 Dec [cited 2023 Sep 25];22(1):1–14. Available from: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-022-08826-1>
41. Michau L, Namy S. SASA! Together: An evolution of the SASA! approach to prevent violence against women. *Evaluation and Program Planning* [Internet]. 2021 Jun 1 [cited 2023 Sep 21];86:101918. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0149718921000136>
42. Jewkes R, Willan S, Heise L, Washington L, Shai N, Kerr-Wilson A, et al. Elements of the Design and Implementation of Interventions to Prevent Violence against Women and Girls Associated with Success: Reflections from the What Works to Prevent Violence against Women and Girls? Global Programme. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2021 Nov 1 [cited 2023 Sep 21];18(22):12129. Available from: <https://europepmc.org/articles/PMC8621962>
43. The U.S. Centers for Disease Control and Prevention (CDC) Understanding the Training of Trainers Model. Available from: https://www.cdc.gov/healthyschools/professional_development/documents/17_279600_TrainersModel-FactSheet_v3_508Final.pdf

44. Perrin N, Marsh M, Clough A, Desgropes A, Yope Phaniel C, Abdi A, et al. Social norms and beliefs about gender based violence scale: a measure for use with gender based violence prevention programs in low-resource and humanitarian settings. *Conflict and Health* [Internet]. 2019 Mar 8 [cited 2023 Sep 21];13(1):6. Available from: <https://doi.org/10.1186/s13031-019-0189-x>
45. Mosadeghrad AM. A Conceptual Framework for Quality of Care. *Mater Sociomed* [Internet]. 2012 [cited 2023 Sep 21];24(4):251–61. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3732361/>
46. Hilhorst D, Porter H, Gordon R. Gender, sexuality, and violence in humanitarian crises. *Disasters* [Internet]. 2018 [cited 2023 Sep 25];42(S1):S3–16. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/disa.12276>

ANNEXES

ANNEXE I : TERMES DE RÉFÉRENCE

Evaluation:	Kananga RDC
Date de début/fin:	Mars 2022 - mai 2023
Commissionnaire:	Responsable médicale pays, mission RDC, Kinshasa
Point focal:	Coordinatrice projet Kananga (back-up Référent Médical Projet)
Groupe de consultation:	Responsable médicale pays (Maria), Coordinatrice Projet (Loes), Référent Médical Projet (Droh), référente technique siège - Santé Sexuelle et Reproductive (Claire)
Candidature:	Les candidat(e)s intéressé(e)s sont invité(e)s à soumettre : 1) Une proposition décrivant comment l'évaluation sera menée (y compris un budget dans un fichier séparé) 2) CV (s) 3) Un exemple écrit d'évaluation déjà réalisée
Date limite pour postuler:	3 mars, 2022
Candidature à soumettre à:	evaluations@stockholm.msf.org sous référence "KANAN"
Considérations particulières:	Cette évaluation comprend deux phases principales, mais vise un feedback continu pour permettre l'adaptation du projet au cours de son implémentation. Le timing exact de l'évaluation est susceptible d'être ajusté en fonction de la réalité sur le terrain vs chronogramme défini, ainsi que de la méthodologie suggérée par l'équipe d'évaluation.

LE PROJET ET L'EVALUAND

Médecins Sans Frontières Centre Opérationnel de Bruxelles (MSF OCB) intervient en République Démocratique du Congo (RDC) depuis 1977, à travers différents projets à plus ou moins long terme, ainsi qu'un Pool local de réponse aux urgences (PUC).

Le projet de Kananga (Kasai Central) a démarré en 2017 et connu des changements fréquents de stratégie et de direction (chirurgie, malnutrition, soins primaires en cliniques mobiles, prise en charge des violences sexuelles) en lien avec l'évolution du contexte. A partir d'Octobre 2017, dans le cadre de ses activités médicales, MSF a engagé davantage la communauté, afin d'augmenter la connaissance des violences sexuelles (VSX) et des services MSF dans ce domaine. Les nouveaux cas pris en charge mensuellement ont rapidement atteint plus de 200 par mois. En Avril 2019, le projet s'est concentré uniquement sur la prise en charge médicale et psychologique pour les survivants de violences sexuelles au niveau de l'Hôpital Provincial de Référence de Kananga (HPRK). Le paquet de prise en charge comprend aussi la planification familiale (PF) pour tous les patients qui en font la demande au niveau de l'HPRK.

Le projet a ajouté en 2020 un volet de décentralisation de ses activités à l'HPRK dans l'optique d'une approche intégrée des activités VSX et PF dans les Centres de Santé de la ville de Kananga. La stratégie de décentralisation vise notamment à :

- Améliorer l'accès aux soins VSX / PF,
- Renforcer les capacités de prise en charge VSX/PF au niveau des centres de santé.

L'appui en décentralisation a été mis en œuvre progressivement à partir de juin 2020 dans quatre Centres de Santé dans les Zones de Santé de Kananga et Bobozo. Le projet s'est désengagé du Centre de Santé District Est au sein de la Zone de Santé de Bobozo au cours de l'année 2020, en raison du mauvais état de la structure sans possibilité de rénovation et du faible impact des activités médicales¹.

En 2021, l'appui a été étendu à deux nouveaux Centres de Santé dans les Zones de Santé périurbaines de Tshikaji et Lukonga. Durant le dernier trimestre 2021, 25% des nouveaux patients VSX (total de 752 nouveaux patients) ont reçu des soins dans les structures supportées par la décentralisation. Le projet a également constaté une augmentation du nombre de patients accédant aux soins dans les 72 heures suivant l'agression (43%, Q4 2021).

A partir de janvier 2022, le projet souhaite implémenter ces activités de manière décentralisée et intégrée dans un nouveau centre de santé (appelé CdS 1 dans ces Termes de référence), en adoptant une approche plus systématique, planifiée et concertée. Le Centre de Santé reste encore à identifier (début février), mais la zone de santé de Tshikula a d'ores et déjà été choisie. Un ensemble d'activités, d'outils et de formation seront mis en place dans CdS 1 par les équipes MSF, en vue d'augmenter les capacités des prestataires de santé pour une prise en charge VSX / PF de qualité, via le staff du Ministère de la Santé. Des activités de promotion de santé viseront également à faire connaître ces services auprès de la population et augmenter le recours à un service médical dans les 72h après un viol. La communauté et les autorités sanitaires provinciales seront associées au projet en tant que partenaires d'implémentation. En effet, il est clé qu'ils s'approprient l'approche intégrée afin que les

¹ Selon la "Feuille de route 2022-23 » du projet Kananga

services continuent d'être assurés et utilisés après la passation des activités de MSF vers le Centre de Santé. Il est également prévu, le cas échéant, des travaux de réhabilitation en fonction des besoins.

A partir de juillet 2022, le projet Kananga prévoit de suivre la même approche que dans CdS 1 dans deux autres centres de santé (CdS 2 et 3). A terme, l'objectif du projet est que les activités ainsi décentralisées et intégrées dans les centres de santé supportés par MSF soient reprises par le Ministère de la Santé, ou d'autres organisations médicales humanitaires, et idéalement répliquées dans d'autres structures de la Province du Kasai Central, et potentiellement au-delà. Le projet prévoit une fermeture en septembre 2023, après la passation des activités des CdS 1, 2 et 3.

Quinze mois sont prévus pour mettre en œuvre les activités dans chaque centre de santé : préparation (3 mois), implémentation (3 mois), renforcement (3 mois), désengagement (4 mois) et passation (2 mois).

	01-22	02-22	03-22	04-22	05-22	06-22	07-22	08-22	09-22	10-22	11-22	12-22	01-23	02-23	03-23	04-23	05-23	06-23	07-23	08-23	09-23
Nouveau CdS 1 - Pilote Modélisation		Préparation		Implémentation			Renforcement			Désengagement			Passation								
Nouveau CdS 2 - Modélisation							Préparation			Implémentation			Renforcement			Désengagement					Passation
Nouveau CdS 3 - Modélisation							Préparation			Implémentation			Renforcement			Désengagement					Passation

OBJECTIF ET UTILISATION ATTENDUE

Le but de cette évaluation est double :

- (1) Dans un premier temps, évaluer la conception du projet pour CdS 1, et dans quelle mesure elle semble pouvoir permettre de parvenir aux objectifs fixés, à savoir une meilleure prise en charge des patients et un transfert de compétences; suggérer des ajustements le cas échéant ;
- (2) Dans un second temps, évaluer les résultats de l'implémentation dans CdS 1, afin d'apprendre de cette première expérience et d'informer la suite du projet (notamment passation CdS 1 et implémentation dans CdS 2 et 3).

Cette évaluation comprend donc deux phases principales, mais vise un feedback continu pour permettre l'adaptation du projet au cours de son implémentation. Le timing exact de l'évaluation est susceptible d'être ajusté en fonction de la réalité sur le terrain vs chronogramme défini, ainsi que de la méthodologie suggérée par l'équipe d'évaluation. Ci-dessous, suggestion des différentes phases de l'évaluation.

	01-22	02-22	03-22	04-22	05-22	06-22	07-22	08-22	09-22	10-22	11-22	12-22	01-23	02-23	03-23	04-23	05-23	06-23	07-23	08-23	09-23
Nouveau CdS 1 - Pilote Modélisation		Préparation		Implémentation			Renforcement			Désengagement			Passation								
Nouveau CdS 2 - Modélisation							Préparation			Implémentation			Renforcement			Désengagement					Passation
Nouveau CdS 3 - Modélisation							Préparation			Implémentation			Renforcement			Désengagement					Passation

L'évaluation sera utilisée par le projet Kananga avant tout, afin d'optimiser son implémentation dans CdS 1, et en tirer les enseignements pour CdS 2 et 3, avant passation et fermeture du projet.

L'évaluation pourra également informer d'autres ou futurs projets VSX, en RDC ou ailleurs, MSF ou non MSF.

QUESTIONS D'ÉVALUATION

Première phase : Evaluation de la conception du projet pour CdS 1, et dans quelle mesure elle semble pouvoir permettre d'atteindre les objectifs fixés.

Feedback au cours du processus pour ajustement en temps réel le cas échéant. Restitution et rapport intermédiaire au plus tard juin 2022.

QE 0 : Description du projet et de son application prévue dans CdS 1 (activités et manière dont elles vont être mises en œuvre).

QE 1 : Les objectifs du projet semblent-ils pertinents compte tenu des besoins observés et exprimés, du contexte, et des priorités de MSF ?

QE 2 : La stratégie, la conception et la mise en œuvre du projet sont-elles cohérentes compte tenu du contexte et des ressources existantes ? De quelle manière l'approche pourrait-elle gagner en cohérence ?

QE 3 : La mise en œuvre du projet est-elle prévue en tenant suffisamment compte des différents acteurs ?

QE 4 : Dans quelle mesure la conception du projet tient-elle compte des leçons apprises et expériences de MSF, et si pertinent, d'autres acteurs ?

QE 5 : Quelle est la probabilité (*likelihood*) du projet d'atteindre ses objectifs, tel que conçu ?

QE 6 : Quelles sont les perspectives de répliquabilité du projet tel que conçu, et sous quelles conditions ?

Deuxième phase : Evaluation des résultats obtenus dans CdS 1.

Feedback continu ainsi que restitution et rapport final au plus tard mai 2023.

QE 0 : Description du projet tel qu'implémenté dans CdS 1 (activités et manière dont elles ont été mises en œuvre).

QE 1 : Les objectifs du projet étaient-ils pertinents compte tenu des besoins observés et exprimés, du contexte, et des priorités de MSF ?

QE 2 : La stratégie, la conception et la mise en œuvre du projet étaient-elles cohérentes compte tenu du contexte et des ressources existantes ? De quelle manière l'approche aurait-elle pu gagner en cohérence ?

QE 3 : La mise en œuvre du projet a-t-elle suffisamment tenu compte des différents acteurs ?

QE 4 : Le projet a-t-il atteint les résultats escomptés ?

- Dans quelle mesure les outputs sont-ils en adéquation avec les standards de qualité et les résultats escomptés ?
- Quelles étaient les raisons (facteurs facilitants ou empêchant, défis attendus ou inattendus) expliquant que les résultats escomptés soient atteints ou pas ?
- Comment le projet aurait-il pu gagner en efficacité ?

QE 5 : Quelles ressources le projet a-t-il nécessitées, était-elles disponibles, auraient-elles pu être mobilisées de manière plus efficiente ?

QE 6 : Le projet a-t-il eu un impact ?

- Dans quelle mesure le projet a-t-il atteint ses objectifs général et spécifique(s) ?
- Dans quelle mesure le projet a-t-il abouti à des résultats durables ?
- Quels sont les effets du projet tels que perçus par les patients et les autres contreparties ?
- Quelles sont les conséquences négatives et positives, attendues ou inattendues, de ce projet ?

QE 7 : Quelles sont les perspectives de répliquabilité, par MSF ou d'autres acteurs (MdS, autres organisations), et sous quelles conditions ? Quels sont les enseignements à prendre en considération pour les CdS 2 et 3 ?

RESULTATS ATTENDUS

1. Rapport de démarrage en français

Selon les standards de la SEU, après un examen préliminaire des documents et entretiens initiaux avec personnes clés. Il inclura une proposition d'évaluation détaillée, y compris au niveau de la méthodologie et du chronogramme.

Phase 1

2. Feedback continu

Feedback continu (modalités à proposer) afin de partager les observations avec l'équipe projet et le groupe de consultation, en temps réel. Ceci notamment afin d'informer les processus en cours et d'effectuer le cas échéant les ajustements jugés nécessaires, sans attendre le rapport.

3. Rapport intermédiaire en français (Phase 1) - Juin 2022 au plus tard

Selon les standards de la SEU, il répondra aux questions d'évaluation et inclura conclusions, leçons apprises et recommandations éventuelles (le cas échéant, et idéalement générées de manière collaborative, voir Session de travail).

Finalisation du rapport après avoir adressé les feedbacks reçus de la SEU et du groupe de consultation.

4. Présentation lors d'une séance de restitution.

Phase 2

5. Feedback continu (voir point 2 ci-dessus)

6. Première version du rapport final d'évaluation (Phase 2) - Mai 2023

Selon les standards de la SEU, il répondra aux questions d'évaluation et inclura conclusions, leçons apprises et recommandations éventuelles (le cas échéant, et idéalement générées de manière collaborative, voir point 6. Session de travail).

Ce rapport reviendra également sur la première phase de l'évaluation et dans quelle mesure les conclusions du rapport intermédiaire ont été adressées.

7. Session de travail

Avec la participation du commissionnaire et des membres du groupe de consultation. Cette session fait partie intégrante du processus d'écriture du rapport final : le(s) évaluateur(s) présenteront les conclusions, afin de recueillir les premiers retours des participants, ainsi que d'entamer une discussion sur celles-ci, les leçons apprises et les recommandations (le cas échéant, et idéalement générées de manière collaborative).

8. Rapport final en français (la SEU organisera la traduction en anglais)

Après avoir adressé les feedbacks reçus durant la session de travail, ainsi que les commentaires écrits du Manager de l'évaluation (SEU) et du groupe de consultation, finalisation du rapport.

9. Webinar présentant l'évaluation, suivi de questions/réponses et discussions (public MSF OCB tous staffs, et au-delà si jugé pertinent). D'autres activités de dissémination pourront être suggérées pendant l'évaluation, y compris par l'équipe d'évaluation.

OUTILS ET METHODOLOGIE

Outre la proposition soumise lors du processus de sélection (voir la section Profil du/des évaluateur(s) ci-dessous), un protocole d'évaluation détaillé devra être préparé par les évaluateurs durant la phase initiale de l'évaluation, et présenté dans un rapport de démarrage. Il inclura une explication des méthodes proposées ainsi qu'une justification sur base de théorie(s) validée(s). Ce protocole sera revu et approuvé à la fin de la phase initiale, sous la coordination de la SEU.

DOCUMENTATION RECOMMENDEE

- Documents de projet (narratifs, logframe, rapports mensuels et annuels, base de données médicales, organigrammes, présentations, rapports de visite, prise de décision etc)
- Contact direct avec responsable(s) de la collecte et gestion des données médicales et autres au niveau du projet.
- Sources MSF (orientations stratégiques, priorités opérationnelles, protocoles et politiques, recherche opérationnelle etc)
- Littérature externe, expériences similaires, autres acteurs, standards etc.

MISE EN OEUVRE DE L'ÉVALUATION

Nombre d'évaluateurs	à proposer
Calendrier de l'évaluation	Mars 2022-Mai 2023

Visite terrain pour collecte des données	Collecte des données sur le terrain à Kananga. Date(s) de la collecte des données à définir lors de la phase initiale de l'évaluation, en concertation avec la SEU et les parties prenantes de l'évaluation. La collecte des données devrait aussi tenir compte des possibles restrictions liées au Covid-19.
--	--

PROFIL DU (/DES) ÉVALUATEUR(S)

Exigences:

- Expertise démontrée en évaluation
- Expérience en gestion de programmes médicaux humanitaires axés sur la santé sexuelle et reproductive (SSR) et les violences sexuelles.
- Excellente maîtrise du français et de l'anglais. L'évaluation sera conduite en français.
- Adhésion aux principes humanitaires et valeurs de MSF.

Mérites:

- Expérience clinique et formation en SSR, spécialisation violences sexuelles.
- Formation en santé publique/mondiale.
- Expérience et/ou formation dans les systèmes de santé, et particulièrement dans le renforcement des capacités.
- Connaissance du contexte

DISSEMINATION ET UTILISATION DE L'ÉVALUATION

Ce tableau a pour but de donner des idées d'activités pouvant être mises en œuvre afin d'augmenter la portée et l'utilisation de l'évaluation. Indicatif et non exhaustif, à discuter et finaliser avec les parties prenantes au cours du processus d'évaluation.

WHEN	OBJECTIVE	ACTIVITY	TOOL	AUDIENCE (S)	BY WHOM?
Recommendations Response and Implementation					
Au cours de l'évaluation	Ajustement sur base des résultats préliminaires	Feedback continu	Par exemple : debriefing terrain après collecte données, sessions de travail	Projet et mission (et partenaires)	Equipe d'évaluation

			(idées à proposer par équipe d'évaluation)		
Session de travail	Présentation et discussion des résultats préliminaires, co-création des recommandations	Session de travail	Présentation et discussion	Groupe de consultation	Equipe d'évaluation
Une fois le rapport validé	Implémentation des recommandations et diffusion des leçons apprises	Lecture du rapport et appropriation des résultats, plan d'action pour recommandations	Rapport final + Management response	Groupe de Consultation - Projet et OCB	Commissioner (+ GC et Projet)
Dissemination of Evaluation Results					
Une fois le rapport validé	Partage des leçons apprises	Diffusion du rapport - publication sur evaluations.msf.org	Rapport final	OCB (et MSF ?)	SEU
Une fois le rapport validé	Partage des leçons apprises	Présentation de l'évaluation et discussion	Webinar	OCB (et MSF ?)	Equipe d'évaluation
Une fois le rapport validé	Partage des leçons apprises	Rapport partagé	Rapport	Mission RDC, autres OCBs, Projets VSX	Projet, mission
Une fois le rapport validé	Partage des leçons apprises	Information envers partenaires, staff CdS1, MdS	Flyer ? version courte ? Présentation	partenaires	Projet - support SEU / ET possible (à définir)
Une fois le rapport validé	Partage des leçons apprises	Information envers patients et communautés ?	Flyer ?	patients et communautés	Projet support SEU / ET possible (à définir)
Discussions and Further Reflections					
A proposer					

PROCESSUS DE CANDIDATURE

La candidature devra comprendre une proposition technique rédigée en anglais, une proposition financière, un curriculum vitae et un exemple d'évaluation menée. La proposition devra inclure une réflexion sur la manière d'inclure les standards éthiques d'évaluation tout au long du processus d'évaluation, ainsi que les différentes valeurs et perspectives des contreparties, ainsi que l'utilisation

de l'évaluation. Le(s) évaluateur(s) devront également faire preuve de compréhension des enjeux spécifiques au contexte et particularités du projet évalué, et les prendre en considération afin qu'ils soient reflétés dans la méthodologie suggérée, ainsi que dans le(s) profil(s) du/des évaluateur(s).

Les candidatures devront inclure un budget séparé, couvrant l'ensemble des services proposés, en euros (EUR). Le budget devra présenter les frais de consultance en fonction du nombre de jours suggérés pour la totalité de l'évaluation, exprimés en tarif journaliser et total. Les frais de voyage, le cas échéant, ne sont pas à inclure dans la mesure où la SEU se chargera de la gestion et du paiement ce ceux-ci. MSF ne verse *pas* de per diem.

Le niveau d'effort est à proposer par le(s) évaluateur(s) et la phase initiale de l'évaluation permettra de préciser le déroulement de l'évaluation. Le(s) évaluateur(s) ne seront pas engagés à temps plein sur la période.

Les candidatures seront examinées sur base de la proposition, et dans quelle mesure celle-ci démontre une bonne compréhension des Termes de Référence et suggère une méthodologie pertinente pour y répondre, volontiers de manière originale et innovante, ainsi que la capacité globale du/des évaluateur(s) de délivrer les résultats escomptés (CV, évaluations menées, parcours académique et certifications etc).

Les équipes ou individus intéressés soumettront leur dossier à evaluations@stockholm.msf.org sous référence « KANAN » au plus tard le 3 mars, 2022 à 2359hrs CET. Merci de soumettre les documents dans des fichiers distincts (proposition, budget, CV, exemple d'évaluation etc). Merci d'inclure les coordonnées dans le(s) CV(s).

ANNEXE II : MATRICE D'ÉVALUATION

CRITÈRES D'ÉVALUATION	DÉFINITIONS DES CONCEPTS	QUESTIONS D'ÉVALUATION PAR CRITÈRE/ QUESTION D'ÉVALUATION (QE) DANS LES TERMES DE REFERENCE	INDICATEURS/ MESURES	MÉTHODES DE COLLECTE DES DONNÉES	PRINCIPALES SOURCES DE DONNÉES/ INFORMATIONS	MÉTHODES D'ANALYSE DES DONNÉES
Pertinence et adéquation	<ol style="list-style-type: none"> 1. La mesure dans laquelle les objectifs et la conception de l'initiative de décentralisation sont adaptés aux besoins des bénéficiaires et aux politiques et priorités en matière de violence sexuelle et sexiste aux niveaux local et national. 2. La mesure dans laquelle les objectifs évoluent en fonction des circonstances/priorités changeantes 	<ol style="list-style-type: none"> 1. La conception, la planification et la mise en œuvre de l'initiative de décentralisation ont-elles suffisamment pris en compte et répondu aux besoins et aux priorités des différentes parties prenantes (y compris les survivants) ? 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Analyse des besoins et des lacunes en matière de violence sexuelle et sexiste 2. La mesure dans laquelle les parties prenantes estiment que la conception et les objectifs de l'initiative de décentralisation s'alignent sur les besoins locaux, la stratégie nationale de la République démocratique du Congo (RDC) et les priorités en matière de violence sexuelle et 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Revue de bureau 2. Entretiens avec des informateurs clés 3. Entretien semi-structuré avec les bénéficiaires 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Division provinciale du genre du Kasai central : Rapport annuel sur la violence sexuelle et sexiste, 2022 2. Stratégie révisée de la RDC sur la violence sexuelle et sexiste 3. Feuille de route du projet Kananga de Médecins Sans Frontières (MSF), 2022-2023 4. Données issues d'entretiens avec le personnel clé 	Analyse thématique et de contenu

			<p>sexiste, et si le ciblage était basé sur les besoins.</p> <p>3. Le degré d'adaptation de l'initiative de décentralisation aux besoins des bénéficiaires.</p>		<p>de MSF ⁽¹⁴⁾ et le personnel supérieur de la zone de santé de Tshikula (HZ).</p> <p>5. Données issues d'entretiens avec des bénéficiaires, des prestataires de soins de santé et des relais de la communauté</p>	
Cohérence	<p>1. La mesure dans laquelle d'autres interventions (et politiques en particulier) soutiennent l'initiative de décentralisation et vice versa (cohérence externe).</p> <p>2. La mesure dans laquelle la conception, la planification et la mise en œuvre de l'initiative de décentralisation s'alignent sur les</p>	<p>1. Compte tenu du contexte et des ressources existantes, la stratégie, la conception, la planification et le processus de mise en œuvre sont-ils cohérents ?</p> <p>2. Comment l'initiative de décentralisation pourrait-elle devenir plus cohérente ?</p>	<p>1. Évaluation qualitative de la conception et de la planification de l'initiative de décentralisation et de son alignement sur le contexte de mise en œuvre (normes culturelles en matière de violence sexuelle et</p>	<p>1. Revue de bureau</p> <p>2. Entretiens avec des informateurs clés</p>	<p>1. Feuille de route du projet Kananga, 2022-2023</p> <p>2. Données issues d'entretiens avec le personnel supérieur de Tshikula HZ, les parties prenantes externes en matière de violence sexuelle et</p>	Analyse thématique et analyse de contenu

¹⁴ Par MSF, nous entendons le personnel du projet Kananga, de la coordination nationale et du siège, tandis que le personnel du projet MSF se réfère uniquement au personnel du projet Kananga.

	<p>résultats escomptés (cohérence interne).</p>	<p>QE2 : <i>La stratégie, la conception, la planification et la mise en œuvre du projet étaient-elles cohérentes compte tenu du contexte et des ressources existantes ? Comment l'approche aurait-elle pu être plus cohérente ?</i></p>	<p>sexiste, contraintes des systèmes de santé, politiques, stratégies et interventions existantes en matière de violence sexuelle).</p> <p>2. Évaluation qualitative de la conception, de la planification et de l'alignement de l'initiative de décentralisation sur les résultats escomptés.</p>		<p>sexiste et le personnel clé de MSF</p>	
<p>Rendement</p>	<p>La mesure dans laquelle l'initiative de décentralisation produit, ou est susceptible de produire, des résultats de manière rentable et dans les délais impartis.</p>	<p>1. Quelles ressources la mise en œuvre de l'initiative de décentralisation a-t-elle nécessité, étaient-elles disponibles et comment auraient-elles pu être mobilisées de manière appropriée ?</p> <p>2. Les ressources disponibles ont-elles été utilisées pour obtenir le</p>	<p>1. Les coûts liés aux composantes spécifiques de l'initiative de décentralisation (personnel médical, personnel de soutien, médicaments, équipement).</p> <p>2. Coût par survivant.</p>	<p>1. Revue de bureau</p> <p>2. Entretiens avec des informateurs clés</p> <p>3. Entretien semi-structuré avec les bénéficiaires</p>	<p>1. Budget et données opérationnelles du projet Kananga pour l'année fiscale 2022-2023</p> <p>2. Données issues d'entretiens avec le personnel de direction de Tshikula HZ et le</p>	<p>1. Analyse thématique et analyse de contenu</p> <p>2. L'analyse des coûts dépend de la disponibilité des données opérationnelles.</p>

		<p>meilleur rapport qualité-prix et le meilleur rendement ?</p> <p>EQ4.3 : <i>Comment le projet aurait-il pu être plus efficace ?</i></p> <p>QE5 : <i>Quelles sont les ressources nécessaires au projet, ont-elles été disponibles et pourraient-elles être mobilisées plus efficacement ?</i></p>	<p>3. Coût des différentes composantes de la prestation de services (prophylaxie post-exposition, dépistage, examens médico-légaux, orientation).</p> <p>4. Évaluation qualitative de la rationalisation des ressources humaines.</p>		<p>personnel clé du projet MSF</p> <p>3. Entretiens avec les bénéficiaires, les prestataires de soins de santé et les relais de la communauté</p>	
Efficacité	<p>La mesure dans laquelle l'initiative de décentralisation a atteint ses objectifs et ses résultats, y compris les résultats différentiels entre les groupes</p>	<p>L'initiative de décentralisation a-t-elle atteint ses objectifs et les résultats escomptés ?</p> <p>1. Dans quelle mesure les réalisations répondent-elles aux normes de qualité et aux résultats attendus ?</p> <p>2. Quelles sont les raisons (facteurs facilitants ou entravants, défis prévus ou</p>	<p>1. Nombre de survivantes ayant accédé et utilisé les soins post-violence sexuelle au Centre de Santé Kamuandu (CSK) d'avril 2022 à mars 2023.</p> <p>2. Proportion de survivants ayant reçu le kit de prophylaxie post-</p>	<p>1. Analyse des données secondaires</p> <p>2. Revue de bureau</p> <p>3. Entretien semi-structuré avec les bénéficiaires</p> <p>4. Observation directe des opérations de CSK</p>	<p>1. Ensemble de données DHIS2 sur les violences sexuelles</p> <p>2. Ensemble de données du projet Kananga</p> <p>3. Examen du dossier du client</p> <p>4. Notes issues de l'observation directe du CSK</p> <p>5. Données issues</p>	<p>1. Statistiques descriptives (nombre et proportion)</p> <p>2. Nous avons sélectionné 20 dossiers au hasard parmi les différents prestataires (cliniques, médicaux et médico-légaux) afin d'évaluer la proportion de survivants ayant reçu des services</p>

		<p>inattendus) qui expliquent pourquoi les résultats escomptés ont été atteints ou ne l'ont pas été ?</p> <p>3. Comment l'initiative de décentralisation pourrait-elle devenir plus efficace si les résultats n'étaient pas atteints ?</p> <p><i>QE4 : Le projet a-t-il atteint les résultats escomptés ?</i></p> <p><i>a) Dans quelle mesure les produits sont-ils conformes aux normes de qualité et aux résultats escomptés ?</i></p> <p><i>b) Quelles sont les raisons (facteurs facilitants ou entravants, défis attendus ou inattendus) qui expliquent que les résultats escomptés n'ont pas été atteints ?</i></p> <p><i>c) Comment le projet aurait-il pu être plus efficace ?</i></p>	<p>exposition (PEP) dans le délai critique de 72 heures après l'agression.</p> <p>3. Proportion de survivants ayant reçu des services conformément au protocole de MSF sur la prise en charge clinique des violences sexuelles.</p> <p>4. Auto-efficacité perçue des prestataires de soins de santé du CSK pour s'occuper des survivants.</p> <p>5. La mesure dans laquelle les soins post-violence dispensés au CSK répondent aux normes de soins de bonne qualité.</p>		<p>d'entretiens avec des prestataires de soins de santé et des bénéficiaires</p>	<p>conformément au protocole établi.</p> <p>3. Analyse thématique et analyse de contenu pour explorer trois dimensions de l'auto-efficacité : a) expérience de la prestation de soins aux survivants avant et après la mise en œuvre de l'initiative de décentralisation ; b) perception de la confiance du client ; et c) connaissances et compétences autodéclarées liées aux soins post-violence sexuelle.</p> <p>4. Pour évaluer la qualité des services de soins post-SGBV existants, nous avons</p>
--	--	--	--	--	--	---

						utilisé la version minimale de l'outil d'assurance qualité GBV. ¹⁵
Perspectives d'impact ¹⁶	La mesure dans laquelle l'initiative de décentralisation a généré ou devrait générer des effets significatifs, positifs ou négatifs, voulus ou non, à un niveau plus élevé.	Compte tenu de la brièveté du délai, l'initiative de décentralisation devrait-elle avoir un impact (conséquences négatives et positives, attendues ou inattendues) ? <i>QE6 : Le projet a-t-il eu un impact ?</i> <i>a) Dans quelle mesure le projet a-t-il atteint ses objectifs généraux et spécifiques ?</i> <i>b) Dans quelle mesure le projet a-t-il obtenu des résultats durables ?</i> <i>c) Quels sont les effets du projet tels qu'ils sont perçus par les patients et les autres parties prenantes ?</i>	1. Documentation établie pour adopter l'initiative de décentralisation, la reproduire ou en étendre la portée et/ou les ressources. 2. Les effets transformateurs à long terme du projet pilote sur les comportements de recherche de soins de santé en matière de violence sexuelle.	1. Revue de bureau 2. Entretiens avec des informateurs clés 3. Entretien semi-structuré avec les bénéficiaires	1. Données issues d'entretiens avec le personnel supérieur de la zone de santé de Tshikula et le personnel clé de MSF. 2. Données issues d'entretiens avec des prestataires de soins de santé, des bénéficiaires et des relais de la communauté.	Analyse thématique et analyse de contenu

¹⁵ Conformément aux lignes directrices, nous avons utilisé la version minimale de l'outil parce que le CSK est mis en œuvre dans un contexte de ressources limitées et que le service post-violence sexuelle était en cours de développement.

¹⁶ Nous n'avons pas évalué l'impact de l'initiative de décentralisation en tant que telle, car il n'était pas possible de démontrer l'obtention d'effets transformateurs dans le cadre de cette évaluation. Cependant, nous avons évalué ses perspectives d'impact.

		<i>d) Quelles sont les conséquences négatives et positives, attendues ou inattendues, de ce projet ?</i>				
Perspectives de durabilité	La mesure dans laquelle les changements obtenus sont maintenus dans le temps	<p>Quelles sont les perspectives de reproductibilité ?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Quelle est la capacité des centres de santé locaux/gouvernement de la RDC à soutenir l'initiative de décentralisation (personnel formé, équipement, fournitures, logistique) ? 2. Quelle est la capacité et l'intention des « autres organisations médicales humanitaires » de reproduire l'initiative de décentralisation dans d'autres centres de santé du Kasai Central et au-delà ? 	<ol style="list-style-type: none"> 1. La capacité perçue des autorités locales et des autres parties prenantes à prendre en charge l'initiative de décentralisation. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Entretiens avec des informateurs clés 2. Entretien semi-structuré avec les bénéficiaires 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Données issues d'entretiens avec les responsables de la zone de santé de Tshikula, les acteurs externes de la lutte contre la violence sexuelle et sexiste et le personnel de MSF. 2. Données issues d'entretiens avec des prestataires de soins de santé, des bénéficiaires et des relais de la communauté. 	Analyse thématique et analyse de contenu

		<p>EQ7 : Quelles sont les perspectives de reproductibilité, par MSF ou d'autres acteurs (ministère de la santé, autres organisations) et dans quelles conditions ? Quels sont les enseignements à prendre en compte pour CdS 2 et CdS 3 ?</p>				
<p>Considérations sur le genre, l'inclusion et les droits de l'homme</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Le degré d'intégration d'une perspective de genre et de droits de l'Homme dans l'initiative de décentralisation. 2. La mesure dans laquelle les résultats obtenus ont contribué aux principes de non-discrimination et d'égalité des sexes et des droits de l'homme, en mettant l'accent sur les droits des femmes et l'inclusion des personnes handicapées et des personnes appartenant à des groupes 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dans quelle mesure l'initiative de décentralisation a-t-elle été sensible au genre et inclusive ? 2. L'initiative de décentralisation a-t-elle permis d'atteindre les différentes ethnies, les minorités sexuelles et les personnes handicapées en ce qui concerne la prestation de services et la promotion de la santé ? 		<ol style="list-style-type: none"> 1. Revue de bureau 2. Entretiens avec des informateurs clés 3. Entretien semi-structuré avec les bénéficiaires 	<ol style="list-style-type: none"> 3. Feuille de route du projet Kananga, 2022-2023 4. Données issues d'entretiens avec les responsables de la zone de santé de Tshikula et le personnel du projet MSF. 5. Données issues des entretiens avec les prestataires de soins de santé, les relais communautaires 	<p>Analyse thématique et analyse de contenu</p>

	minoritaires sur le plan sexuel et du genre.				res et les bénéficiaires.	
--	--	--	--	--	---------------------------	--

ANNEXE III : BIOGRAPHIES DES MEMBRES DE L'ÉQUIPE D'ÉVALUATION

L'équipe d'évaluation était composée de cinq évaluateurs externes ayant une expertise dans la conduite d'évaluations de programmes dans des contextes humanitaires, dans la recherche participative et appliquée, dans l'élaboration de programmes visant à répondre aux besoins des victimes de violence sexuelle et basée sur le genre, et dans la diffusion des résultats auprès de divers publics.

Cady Nyombe, évaluatrice principale, est une doctorante congolaise en santé des populations à l'Université d'Ottawa. Médecin de formation, elle est affiliée à l'École de santé publique de Kinshasa en tant qu'assistante d'enseignement et de recherche. Elle possède une connaissance approfondie du système de santé de la République Démocratique du Congo (RDC), a mené des évaluations de programmes de santé dans le contexte de la RDC et possède une expertise dans les méthodes de recherche statistiques et qualitatives avancées. De langue maternelle française, le Dr Nyombe maîtrise également les langues locales parlées au Kasai (lingala et tshiluba), ce qui a facilité la collecte des données et la communication avec l'équipe locale de MSF, les bénéficiaires du projet, les représentants du ministère de la Santé et d'autres parties prenantes. Le Dr Nyombe était chargée de coordonner l'évaluation, de gérer les opérations quotidiennes et d'assurer la liaison avec les parties prenantes locales et nationales. Elle a également dirigé la collecte, l'analyse et la diffusion des données.

Nished Rijal, assistant d'évaluation, est titulaire d'une maîtrise en santé publique de l'École nationale de santé publique de France et est candidat au doctorat en santé des populations à l'université d'Ottawa. Originaire du Népal, il a travaillé dans le cadre de la réponse d'urgence au tremblement de terre au Népal en tant que superviseur sanitaire sur le terrain pour Médecins du Monde. Il a également travaillé à la mise en œuvre et à l'évaluation de projets de santé sexuelle et reproductive au Népal et au Bangladesh. M. Rijal parle couramment l'anglais et possède des compétences professionnelles en français. Il a été assistant d'évaluation et a participé à l'élaboration des outils d'évaluation, à la collecte et à l'analyse des données, ainsi qu'à l'interprétation et à la diffusion des résultats.

Manizha Ashna, assistante d'évaluation, est candidate au doctorat en santé des populations à l'Université d'Ottawa. Originaire d'Afghanistan, elle est titulaire d'un doctorat en médecine de l'université de Balkh et d'une maîtrise en sciences de la santé de l'université d'Ottawa. Ashna a précédemment occupé le poste de responsable national de l'égalité des sexes au bureau national de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) en Afghanistan. Elle possède une grande expérience dans la conduite d'évaluations multiméthodes et mixtes, ainsi qu'une expertise dans la prévention et la réponse à la violence sexuelle et sexiste dans les contextes humanitaires. Elle parle couramment l'anglais et possède des compétences professionnelles en français. Elle a été assistante d'évaluation et a contribué à l'élaboration des outils d'évaluation, à la collecte et à l'analyse des données, ainsi qu'à l'interprétation et à la diffusion des résultats.

Meg Braddock, conseillère technique principale, est une consultante indépendante qui possède une vaste expérience de la conception, de l'assistance technique et de l'évaluation des programmes relatifs à la santé et aux droits sexuels et génésiques et à la violence sexuelle et sexiste en Afrique, en Asie et en Amérique latine. Elle a travaillé pour des agences des Nations unies, des gouvernements nationaux, des organisations non gouvernementales et des donateurs, et a participé à des programmes de prévention et de soutien de la violence sexuelle et génésique au niveau de l'élaboration des politiques ainsi qu'à la mise en œuvre sur le terrain dans les systèmes de santé et les communautés. Elle est titulaire d'une maîtrise en physique, en recherche opérationnelle et en économie. Elle a apporté un soutien technique à l'équipe dans la conception de l'évaluation, l'analyse des données et la rédaction du rapport.

Angel M. Foster, conseillère technique principale et chef d'équipe, est la fondatrice de Cambridge Reproductive Health Consultants et professeur à la faculté des sciences de la santé de l'université d'Ottawa. Elle est titulaire d'un doctorat de l'Université d'Oxford, d'un diplôme de médecine de la Harvard Medical School et d'une maîtrise et d'une licence de l'Université de Stanford. Mme Foster a dirigé des projets de recherche et des évaluations de programmes dans des contextes humanitaires en Asie, au Moyen-Orient et en Afrique du Nord, ainsi qu'en Afrique subsaharienne. Elle est l'auteur de plus de 120 publications et a codirigé trois ouvrages. De 2016 à 2018, le Dr Foster a dirigé le processus de révision du Manuel de terrain interagences pour la santé reproductive en situation de crise et est actuellement coprésidente du sous-groupe de travail sur les soins d'avortement sans risque du Groupe de travail interagences sur la santé reproductive en situation de crise (IAWG). Récemment, elle a été le principal investigateur international d'une étude multi-pays évaluant la faisabilité de l'établissement d'un ensemble d'indicateurs de santé sexuelle et reproductive dans des contextes humanitaires, y compris en RDC, à la demande de l'OMS. Le Dr Foster était responsable de la conception générale et de la mise en œuvre de l'évaluation, de la gestion de l'équipe de projet et de l'établissement des rapports.

Stockholm Evaluation Unit
<http://evaluation.msf.org/>
Médecins Sans Frontières

Préparé indépendamment par
Cady Nyombe Gbomosa, Nished Rijal, Manizha Ashna,
Meg Braddock et Angel M. Foster.

Octobre 2023