

# PHASE 1 – RAPPORT INTERMEDIAIRE EVALUATION

---

## AMÉLIORER LA DISPONIBILITÉ ET L'UTILISATION DES SERVICES DE LUTTE CONTRE LA VIOLENCE SEXUELLE ET BASÉE SUR LE GENRE AU KASAÏ CENTRAL : UNE ÉVALUATION MULTI-PHASE DU PROJET KANANGA

---

**NOVEMBRE 2022**

Cette publication a été produite à la demande de MSF OCB sous la direction de l'Unité d'Évaluation de Stockholm.

Elle a été préparée indépendamment par [Cady Nyombe Gbomosa](#), [Nished Rijal](#), [Manizha Ashna](#), [Meg Braddock](#) et [Angel M. Foster](#).

### 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

Abréviations .....	2
Résumé exécutif.....	3
Introduction .....	5
Contexte du projet Kananga .....	6
Description de l'initiative de décentralisation .....	7
Portée et objectifs de l'évaluation.....	9
Approche et méthodologie de l'évaluation .....	10
Cadre théorique .....	10
Cadre d'évaluation.....	11
Méthodes.....	12
Analyse des données.....	12
Résultats.....	13
Pertinence.....	13
Cohérence.....	17
Efficience.....	20
Efficacité.....	21
Impact .....	24
Durabilité .....	24
Intégration de la dimension de genre et des droits de l'homme .....	25
Limites .....	26
Recommandations .....	27
Conclusions .....	29
Références .....	30
Annexes.....	35
Annexe A : Protocole de la revue documentaire .....	35
Annexe B : Guides d'entretien .....	37
Annexe C : Biographies des membres de l'équipe d'évaluation.....	42

## ABRÉVIATIONS

BCZ	Bureau Central de la Zone de santé
CS	Centre de Santé
CSK	Centre de Santé Kamuandu
DPG	Division Provinciale du Genre, de la famille, et de l'enfant
DPS	Division Provinciale de la Santé
ECZ	Equipe Cadre de la Zone de Santé
HGPRK	Hôpital Général de Référence Provinciale de Kananga
IST	Infections Sexuellement transmissibles
M&E	Suivi et évaluation
Minsanté	Ministère de la santé
MSF	Médecins Sans Frontières
OCDE	Organisation de Coopération et de Développement Economique
OCHA	Bureau des Nations Unies pour la Coordination des Affaires Humanitaires
ONG	Organisation Non Gouvernementale
ONU	Organisation des Nations Unies
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PAP	Plan d'Action Provincial
PF	Planification familiale
PPE	Prophylaxie Post-Exposition
RDC	République Démocratique du Congo
SNLVSBG	Stratégie Nationale de Lutte contre la Violence Basée sur le Genre
SSR	Santé Sexuelle et Reproductive
UES	Unité d'Evaluation de Stockholm
VSBG	Violence Sexuelle et Basée sur le Genre
ZS	Zone de Santé

## RÉSUMÉ EXÉCUTIF

### CONTEXTE ET JUSTIFICATION

La violence Sexuelle et Basée sur le Genre (VSBG) est très répandue en République Démocratique du Congo (RDC). Bien que la constitution et plusieurs conventions internationales et africaines ratifiées par le pays garantissent l'égalité des sexes et le droit à la santé sexuelle et reproductive (SSR) pour tous, les femmes et les filles dans les zones de conflit, de post-conflit et de non-conflit de la RDC sont victimes de la VSBG perpétrée par des auteurs connus et inconnus. Malgré la forte prévalence de la VSBG, l'écart entre la disponibilité et l'accès à des services de qualité pour les survivantes reste considérable. Plusieurs facteurs expliquent cet écart de services, notamment les faibles capacités institutionnelles aux niveaux national et local pour mettre en œuvre une approche complexe et exhaustive de prévention, de mitigation et de réponse aux VSBG. Depuis avril 2022, Médecins Sans Frontières (MSF) pilote l'initiative de décentralisation dans le centre de santé de Kamuandu (CSK) qui vise à : 1) améliorer l'accès aux soins en matière de VSBG, y compris la contraception et les soins complets d'avortement ; et 2) renforcer les capacités des prestataires des soins de santé à fournir un soutien médical holistique aux survivantes au niveau du CSK.

### ÉVALUATION DU PROJET

Ce rapport fait part des conclusions de la phase 1 d'une évaluation multi-phase de l'initiative de décentralisation, utilisant une approche développementale. Cette phase 1 a été conduite au Kasaï central en juillet 2022. Conformément aux termes de référence de l'unité d'évaluation de MSF Stockholm, la phase 1 visait à évaluer la conception et la planification de l'initiative de décentralisation pour le CSK et son processus de mise en œuvre prospective. Nous avons utilisé une méthode mixte concomitante de collecte des données, comprenant une revue documentaire, 17 entretiens semi-structurés face à face et à distance avec des personnels clés de l'équipe du projet MSF (n=6), des parties prenantes locales (n=5) et des bénéficiaires du projet (n=6), ainsi que l'observation des opérations au CSK. Nous avons abordé les questions principales de l'évaluation à travers sept critères : pertinence, cohérence, efficacité, impact, durabilité, et intégration du genre et des droits de l'homme.

### RÉSULTATS

La pertinence de l'initiative de décentralisation par rapport aux objectifs de la RDC et de MSF en matière de VSBG et aux besoins multisectoriels des survivantes et des membres de la communauté est élevée. Cependant, l'offre de soins complets d'avortement et la références des survivantes pour les besoins non médicaux, qui fait partie du paquet plus large de l'initiative de décentralisation, n'ont pas été entièrement mises en œuvre au niveau du CSK. En outre, l'initiative n'est que modérément pertinente dans la zone de santé de Tshikula, étant donné le nombre relativement faible de cas de VSBG.

La cohérence interne de l'initiative de décentralisation est relativement faible et il est nécessaire d'obtenir un plus grand consensus au sein du personnel de MSF sur ce qu'est l'initiative de décentralisation ; la cohérence externe est plus forte. Bien qu'il existe un cadre logique pour le projet Kananga plus large, l'initiative de décentralisation quant à elle n'en a pas un. Le paquet de soins de l'initiative de

décentralisation s'aligne sur les normes mondiales de soins et de gestion des VSBG ; cependant, il y a un manque de cohérence entre le protocole de prise en charge clinique de la VSBG et les mécanismes de gestion d'information en matière de VSBG de MSF et celui du gouvernement de la RDC.

Les ressources requises pour piloter l'initiative de décentralisation sont incorporées dans les prévisions budgétaires du projet Kananga plus large, ce qui rend difficile l'identification des ressources allouées à l'initiative et l'évaluation de ses perspectives d'efficience.

Les activités de renforcement des capacités et la mobilisation de la communauté ont le potentiel d'être efficaces. Cependant, il n'est pas encore clair si le transfert de l'initiative de décentralisation aux autorités sanitaires locales pourrait se faire de manière efficace à la fin de la période de 15 mois du projet. Pour cette évaluation de phase 1, nous ne sommes pas en mesure d'évaluer l'impact. Cependant, notre évaluation de l'initiative de décentralisation suggère que les perspectives d'impact sont modestes, en grande partie à cause de la courte durée de son implémentation. Certains éléments de l'initiative ont une forte probabilité de réplcation, mais le potentiel global de durabilité est modéré. Bien que l'initiative ait pris en compte les questions de genre et de droits de l'homme, les besoins de certaines sous-populations, notamment les adolescentes et les personnes handicapées, n'ont pas été explicitement abordés.

## LIMITES

Nous n'avons pas atteint la saturation thématique en raison du nombre limité de clients disponibles pour les entretiens au CSK. Bien que nous soyons convaincus que nos résultats sont transférables, nous nous efforcerons, pour la phase 2, d'interroger un plus grand échantillon de bénéficiaires provenant d'un plus grand nombre de zones géographiques. Notre évaluation de la phase 1 est également limitée à la fois par les documents et matériels existants de l'initiative de décentralisation et par notre accès à ces documents. Cependant, cette documentation limitée de l'initiative de décentralisation est également un résultat de notre évaluation et suggère une prochaine étape possible pour renforcer l'initiative de décentralisation et son impact potentiel.

## RECOMMANDATIONS

Pour la période restante du projet, nos principales recommandations sont que l'équipe de terrain examine les éléments de conception de l'initiative de décentralisation dans le but de : 1) développer une meilleure définition de la nature et de la portée de cette initiative ; 2) Définir des critères plus explicites pour la sélection des sites ; 3) Harmoniser et coordonner davantage avec les autorités nationales et provinciales en charge de la réglementation en matière de VSBG; et 4) développer un modèle logique post-hoc, faire quelques ajustements aux activités de mise en œuvre et utiliser une approche communautaire intégrée. En ce qui concerne la gestion du projet, nous recommandons de renforcer les mécanismes de suivi et d'évaluation et de développer un budget autonome pour l'initiative de décentralisation.

## INTRODUCTION

La violence sexuelle et basée sur le genre (VSBG) est très répandue en République démocratique du Congo (RDC). Bien que la constitution et plusieurs conventions internationales et africaines ratifiées par le pays garantissent l'égalité des sexes et le droit à la santé sexuelle et reproductive (SSR) pour tous,<sup>1</sup> les femmes et les filles dans les zones de conflit, de post-conflit et de non-conflit de la RDC sont victimes de la VSBG perpétrée par des auteurs connus ou non[1]. En 2021, le Bureau des Nations Unies pour la Coordination des Affaires Humanitaires (OCHA) a documenté 74.275 cas de VSBG, dont 94 % concernaient des femmes et des filles[2]. Les normes sociétales qui favorisent les hommes et les garçons et portent atteinte à l'égalité des sexes influencent le statut, les rôles et le pouvoir des femmes dans les relations, les foyers et les communautés[3,4]. La fragilité politique et socio-économique résultant de décennies de conflits armés et interethniques récurrents a exposé les femmes et les filles à la violence sexuelle et a affaibli l'autorité de l'État, exacerbant indirectement des vulnérabilités plus larges et intersectionnelles [5].

Cette fragilité de l'autorité de l'État a entraîné des faiblesses institutionnelles dans la mise en œuvre efficace des cadres réglementaires et des interventions visant à prévenir et à répondre à la VSBG. Malgré la forte prévalence de la VSBG, le signalement aux autorités, l'accès aux services de VSBG et leur disponibilité restent faibles dans les situations de conflit et de post-conflit [6]. Plusieurs facteurs peuvent expliquer ce faible taux de signalement, notamment la stigmatisation sociale, la honte et la crainte de représailles de la part de l'auteur de la violence [7]. Les services de soins et de soutien en matière de VSBG (y compris les soins de santé, l'assistance juridique et judiciaire, les services de réintégration socio-économique et le soutien à la protection) ne sont pas souvent disponibles ou ne sont pas d'une qualité conforme aux normes fixées par le Programme mondial conjoint des Nations unies sur les services essentiels pour les femmes et les filles victimes de violence, même si la stratégie nationale révisée de lutte contre la VSBG encourage une approche holistique et multisectorielle de la gestion. Plusieurs raisons peuvent expliquer ces lacunes dans la disponibilité de services de qualité en matière de VSBG, notamment la faible capacité de coordination multisectorielle et intersectorielle [10], le sous-financement des soins holistiques et des services de soutien aux survivantes [11], la rareté des intrants médicaux et le faible nombre de prestataires de soins de santé formés à la gestion des violences sexuelles [12].

Dans les quelques régions où des services de qualité en matière de VSBG existent, les survivantes sont confrontées à d'innombrables obstacles pour y accéder. Parmi ces obstacles, citons le manque d'information sur les services existants, la méfiance à l'égard du système de santé et les obstacles physiques d'accès aux services statiques de lutte contre la VSBG en raison des conflits, des déplacements ou de la distance considérable entre les communautés et les établissements de santé offrant des soins en

---

<sup>1</sup> Les articles 12, 13 et 14 de la constitution de la RDC contiennent la quasi-totalité des droits et libertés inscrits dans la Charte des Nations Unies (ONU) et la Déclaration universelle des droits de l'homme. Le pays est également parti à : 1) la Convention des Nations Unies sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes ; 2) la Déclaration sur l'élimination de la violence à l'égard des femmes (1993) ; et 3) la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples et le Protocole à la Charte africaine des droits de la femme en Afrique (Protocole de Maputo) (2003). Le Protocole de Maputo garantit la promotion, la réalisation et la protection des droits civils, politiques, économiques, sociaux (y compris sexuels et reproductifs) et culturels des femmes. Ce Protocole de Maputo est entré en vigueur en RDC en 2018 après sa publication au *Journal officiel de la République*. Cependant, en 2022, la mise en œuvre de son article sur l'accès à l'avortement n'est pas encore totalement réalisée.

matière de VSBG[8,12]. Par conséquent, les femmes et les jeunes filles qui ont survécu à la violence sexuelle et basée sur le genre courent un risque plus élevé d'avoir des effets néfastes sur la santé, tels que des grossesses non désirées, des avortements à risque et des naissances non désirées, en raison du manque d'accès à la contraception et à des soins d'avortement sans risque. [13,14]. Dans la province du Kasai central, les lacunes dans la disponibilité des services de soutien aux survivantes de VSBG se sont accrues ces dernières années en raison du désengagement de plusieurs organisations non gouvernementales (ONG) internationales pendant la pandémie de COVID-19.

## CONTEXTE 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 (voir la carte sur la Fig. 1) [15]. Initié pendant la rébellion de Kamwina Nsapu, le projet a débuté comme une clinique autonome de MSF située dans l'hôpital provincial de référence de Kananga (le niveau tertiaire de la pyramide sanitaire de la RDC). A cette 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 (interventions chirurgicales, malnutrition, soins primaires en cliniques mobiles, gestion des violences sexuelles, etc.).

En avril 2019, le projet a adopté une approche « verticale » en se concentrant uniquement sur la prise en charge médicale et psychologique des survivantes de violences sexuelles à l'hôpital général de référence de la province de Kananga (HGRPK). Des campagnes de sensibilisation de masse et des séances d'éducation par les pairs sur l'impact des VSBG et la disponibilité des services ont également été menées au niveau communautaire pour créer une demande de services de VSBG. La disponibilité des services en matière de VSBG au HGRPK, associée à cette stratégie de création de la demande à multiples facettes, a entraîné une augmentation substantielle de l'utilisation de ces services. Le nombre de survivantes (cas spontanés et référés) recevant des soins SGBV au HGRPK a augmenté à plus de 200 par mois entre 2019 et 2020 [15]. Cet afflux a entraîné un engorgement de l'établissement de santé.

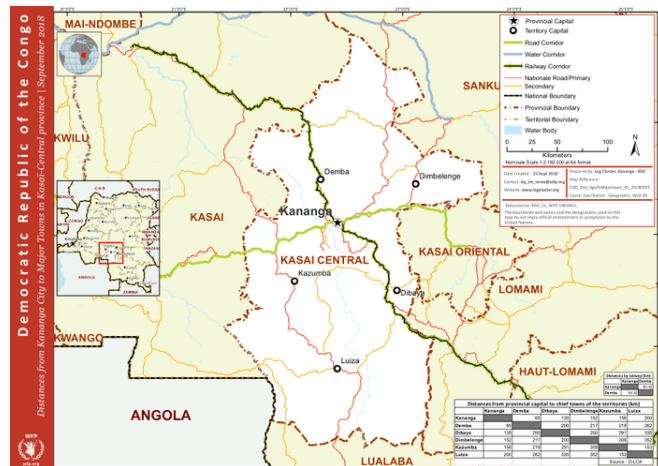


Figure 1. Carte de la province du Kasai central

## DESCRIPTION DE L'INITIATIVE DE DÉCENTRALISATION

En 2020, le projet est passé à une « approche décentralisée ». Cette approche consiste à intégrer les soins de santé liés aux VSBG dans les services de santé existants au niveau des centres de santé (CS) ; l'un des objectifs explicites cette décentralisation était de remédier à l'engorgement des services liés aux VSBG à l'HGRPK. Depuis janvier 2022, cinq centres de santé situés dans des zones de santé (ZS) urbaines (Kananga et Bobozo) et périurbaines (Tshikaji et Lukonga) ont été soutenus par MSF pour intégrer les soins liés à la violence sexuelle et basée sur le genre.

Les efforts de décentralisation initiaux dans ces cinq centres de santé n'étaient pas standardisés en termes de durée du soutien et d'activités. Par conséquent, l'équipe du projet a décidé de développer une « initiative » pour standardiser les efforts de décentralisation et faciliter sa réplique. L'initiative qui en résulte comprend cinq composantes d'intervention fondamentales, appelées « phases » dans la feuille de route 2022-2023 du projet Kananga (voir Fig. 2) [15]. L'initiative de décentralisation visait à : **1) améliorer l'accès aux soins en matière de VSBG, y compris les soins en matière de contraception et d'avortement ; et 2) renforcer les capacités des prestataires des soins de santé à fournir un soutien médical holistique aux survivantes au niveau des centres de santé.** Depuis avril 2022, cette initiative est pilotée au centre de santé de Kamuandu (CSK) dans la ZS de Tshikula, et devrait s'achever en mars 2023. Selon la feuille de route du projet Kananga, il est prévu de répliquer l'initiative de décentralisation dans deux autres centres de santé de la province du Kasai central (CS2 et CS3) d'ici juillet 2022[15]. La réplique s'appuiera sur les leçons tirées de la phase pilote.

### Terminologie relative à la décentralisation

La décision d'adopter une approche décentralisée au sein du projet global Kananga est désignée par une variété de termes dans différents documents de projet. Ces termes incluent *modèle, approche, pilote, sous-projet* et *activité*. Le personnel de terrain se réfère également à cet effort comme au *projet Kamuandu* ou au *modèle Kamuandu*, étant donné son emplacement. Pour cette évaluation, nous utiliserons le terme *d'initiative de décentralisation* et nous appellerons ces premiers efforts la *phase pilote*.



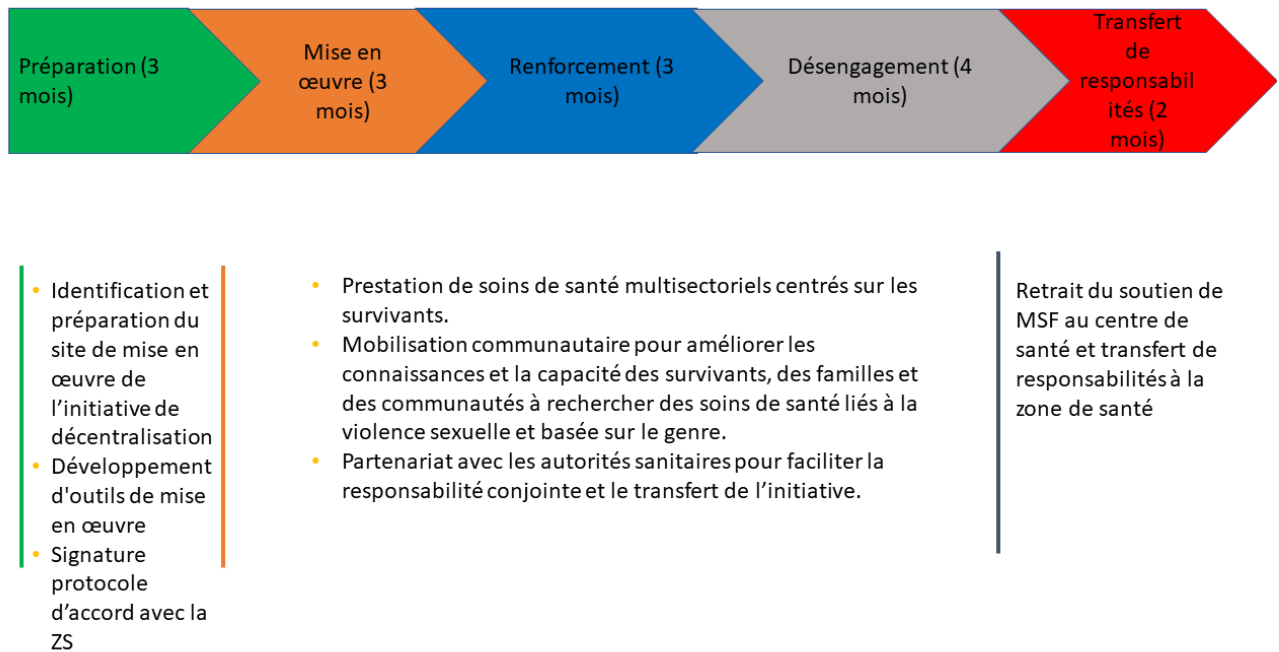


Figure 2. Phases de pilotage de l'initiative de décentralisation (2021)

**La phase de préparation** fait référence à la planification de l'intégration des soins en matière de VSBG au niveau du centre de santé. Elle comprend les activités clés suivantes : l'identification et la préparation des sites, l'élaboration d'outils de travail et de directives en matière de 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** sont les composantes essentielles de l'initiative. Les activités à mettre en œuvre au cours de ces deux phases s'articulent autour des trois stratégies distinctes, mais interdépendantes suivantes :

1. Intégration de soins de santé multisectoriels, centrés sur les survivantes : Cela comprend

- a. *Soutien direct au CSK pour fournir des soins de santé holistiques de qualité, centrés sur les survivantes (première aide médicale et psychologique)*. Cela se fait principalement par le biais de la formation continue et de la supervision formative des prestataires de soins de santé afin de renforcer leur capacité à fournir des soins de qualité, centrés sur le patient. En outre, MSF apporte un soutien logistique (fourniture de matériel médical, réhabilitation d'infrastructures mineures, 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 fournit les intrants médicaux qui ne sont pas inclus dans le kit standard de prise en charge de la VSBG fourni par le ministère de la Santé (MiniSanté), à savoir les vaccins contre l'hépatite B et le tétanos, ainsi que les intrants de prise en charge des infections sexuellement transmissibles (IST). Le paquet de soins médicaux essentiels offert aux victimes de VSBG au centre de santé de Kamuandu comprend : 1) la contraception d'urgence

- et les soins liés à l'avortement ; 2) la prophylaxie post-exposition (PPE) au VIH ; 3) la PPE aux IST ; 4) les vaccins contre l'hépatite B et le tétanos ; et 5) un soutien psychosocial essentiel.
- b. *Evaluation et orientation des survivantes vers un soutien non médical.* Les prestataires de soins de santé, formés par l'équipe du projet, évaluent les risques actuels et les besoins de soutien non médical des clients (y compris l'aide juridique, l'assistance matérielle et un abri sûr). Par la suite, les clientes qui nécessitent un soutien social sont informées sur le lieu et la manière d'accéder aux ressources non médicales en matière de VSBG. La collecte et la documentation des preuves à des fins juridiques sont également effectuées.
2. Mobilisation communautaire pour améliorer les connaissances et la capacité des survivantes, des familles et des communautés à rechercher des soins de santé liés aux SGVB : Les relais communautaires, formés par l'équipe du projet, effectuent des visites de porte-à-porte pour sensibiliser la communauté à la VSBG, à son impact sur la santé et aux endroits où des services sont disponibles. Ces visites permettent également aux relais communautaires de recueillir des informations et de répondre aux questions/rumeurs sur les VSBG.
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) sont effectuées tous les trimestres au CSK afin de faciliter le développement des compétences des prestataires de soins de santé, d'accroître leur connaissance des directives en matière de VSBG et de soutenir leur développement professionnel.

**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 sont la supervision conjointe avec l'Equipe Cadre de la Zone de Santé (ECZ) et le personnel du projet, les réunions entre l'ECZ et le Référent médical du Projet (PMR) en vue du transfert de l'initiative de décentralisation, la fourniture à la ZS d'un stock tampon de médicaments contre la VSBG pour 3-6 mois, et l'appui à la communauté pour activer le système de résilience.

## PORTÉE ET OBJECTIFS DE L'ÉVALUATION

Utilisant une approche développementale en plusieurs phases, cette évaluation a deux objectifs principaux

- **Phase 1 :** Évaluer la conception et la planification de l'initiative de décentralisation pour la CSK et son processus de mise en œuvre prospective. Cette phase avait deux objectifs spécifiques : 1) déterminer dans quelle mesure la phase pilote, tel qu'elle a été conçue et planifiée, est susceptible d'atteindre les objectifs escomptés (amélioration de l'accès aux services de VSBG, y compris les soins complets en matière de contraception et d'avortement, et renforcement de la capacité du personnel des centres de santé à fournir des soins de qualité aux survivantes) ; et 2) suggérer des ajustements à la conception et à la planification de l'initiative de décentralisation, si nécessaire.

- **Phase 2** : évaluer les résultats de la mise en œuvre de l'initiative de décentralisation dans la CSK, tirer les leçons de cette phase pilote et informer les prochaines phases de l'initiative (stratégie de sortie et de transfert pour la CSK et leçons apprises pour la mise en œuvre dans les CSs 2 et 3).

Les objectifs de cette évaluation sont les suivants :

- 1) Identifier les forces et les faiblesses dans la conceptualisation, la planification et la mise en œuvre de l'initiative de décentralisation.
- 2) Produire des leçons utiles et identifier les pratiques qui éclairent les stratégies réussies ou non pour atteindre les résultats ; et
- 3) Produire des recommandations claires et exploitables en identifiant les actions et les responsabilités concrètes que MSF devrait entreprendre pour étendre l'initiative de décentralisation.

## APPROCHE ET MÉTHODOLOGIE DE L'ÉVALUATION

Guidés par le rapport de démarrage dûment approuvé et les conversations initiales avec les membres de l'équipe MSF, nous avons utilisé une approche à méthodes mixtes concomitante pour cette phase 1. Nous avons trouvé que cette approche était appropriée étant donné les caractéristiques de l'initiative de décentralisation, notamment ses directives non restrictives (la possibilité de changer la stratégie d'intervention mise en œuvre). Nous avons également pensé que ce modèle nous permettrait de comprendre les éléments novateurs de la conception et/ou de la mise en œuvre de l'initiative de décentralisation et qu'il serait conforme à une approche d'évaluation développementale. En tant que telle, cette approche d'évaluation implique un processus d'apprentissage dynamique parce qu'elle donne aux utilisateurs des connaissances la possibilité de réagir en temps réel aux résultats de l'évaluation, de les utiliser pour ajuster leur programme, et donc d'apprendre de leurs expériences [16].

## CADRE THÉORIQUE

Étant donné l'intention explicite de l'équipe du projet Kananga de reproduire l'initiative de décentralisation après l'achèvement de la phase pilote [15] nous avons utilisé la théorie de Rogers sur la diffusion des innovations [17,18] comme cadre théorique pour cette évaluation. Nous supposons que la génération, la diffusion et l'adoption des leçons et des bonnes pratiques émergentes impliquent une progression par étapes, de la prise de conscience de la nécessité d'une nouvelle intervention, à la décision d'adopter (ou de rejeter) la nouvelle intervention et à l'utilisation continue de la nouvelle intervention. Nous prévoyons que quatre facteurs principaux influenceront l'adoption des leçons et des bonnes pratiques identifiées dans 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 par rapport aux valeurs, expériences et besoins des bénéficiaires du service, des adoptants potentiels et des autres parties prenantes.
- **Complexité** : Degré de difficulté à comprendre et/ou à utiliser la nouvelle intervention.
- **Observabilité** : La mesure dans laquelle la nouvelle intervention fournit des résultats tangibles.

Bien que ce cadre théorique sous-tende l'ensemble de l'évaluation, il est plus explicitement pertinent pour la phase 2.

## CADRE D'ÉVALUATION

Compte tenu des questions d'évaluation suggérées par l'Unité d'évaluation de Stockholm (SEU), nous avons basé l'évaluation de la phase 1 sur le cadre révisé de l'Organisation de coopération et de développement économique (OCDE) pour l'évaluation des actions humanitaires et de développement [[19]. Nous avons élargi ce cadre conceptuel pour y inclure des considérations liées au genre et aux droits de l'homme. Plus précisément, outre l'accent mis sur les femmes et les filles qui sont les victimes/survivantes les plus fréquentes de la VSBG (en particulier dans les situations de conflit), nous avons également examiné comment les minorités sexuelles et de genre (c'est-à-dire les lesbiennes, les homosexuels, les bisexuels et les transgenres) touchées par la VSBG sont incluses dans la phase pilote, ainsi que les hommes, les garçons et les personnes handicapées.

Nous avons conçu l'évaluation de la phase 1 autour de sept critères pour répondre aux questions suivantes :

- **Pertinence** : Les objectifs de l'initiative de décentralisation semblent-ils pertinents par rapport aux besoins, au contexte et aux priorités observés et exprimés de MSF et du gouvernement de la RDC (local et national, le cas échéant) et tiennent-ils compte des besoins des différentes parties prenantes et des bénéficiaires du projet ?
- **Cohérence** : Le processus de stratégie, de conception, de planification et de mise en œuvre prospective est-il cohérent compte tenu du contexte et des ressources existantes ? Comment l'initiative de décentralisation pourrait-elle devenir plus cohérente ?
- **Efficiences** : Quelles ressources la conception de l'initiative de décentralisation a-t-elle nécessitées, étaient-elles disponibles et auraient-elles pu être mobilisées plus efficacement ?
- **Efficacité** : L'initiative de décentralisation a-t-elle des chances d'atteindre ses objectifs et les résultats escomptés dans le délai imparti ?
- **Impact** : L'initiative de décentralisation doit-elle avoir un impact ?<sup>2</sup>
- **La durabilité** : Quelles sont les perspectives de transfert réussi de l'initiative de décentralisation aux autorités sanitaires ? Quelles sont les perspectives de répliquabilité dans d'autres centres de santé du Kasai central et au-delà ?
- **Intégration de la dimension de genre et des droits de l'homme** : Les perspectives de genre et des droits de l'homme ont-elles été intégrées dans la conceptualisation et la conception de l'initiative de décentralisation ? L'initiative de décentralisation, telle qu'elle a été conçue, peut-elle atteindre différents groupes ethniques, des populations de minorités sexuelles et de genre, et des personnes handicapées en termes de prestation de services et de promotion de la santé ?

---

<sup>2</sup> Comme indiqué dans le rapport initial, l'évaluation de la phase 1 ne s'est pas concentrée sur l'impact, car cette phase de l'évaluation est centrée sur la conceptualisation, la conception et la mise en œuvre précoce de l'initiative de décentralisation. Cependant, nous avons inclus certaines réflexions sur l'impact potentiel dans notre analyse et incluons donc cette dimension dans le rapport.

## MÉTHODES

Nous avons commencé l'évaluation de la phase 1 par l'élaboration d'un rapport de démarrage. L'élaboration de ce rapport a nécessité un examen préliminaire des documents disponibles, des entretiens initiaux avec le personnel sur le terrain et les commentaires du groupe de consultation. Ce processus nous a permis de développer nos questions d'évaluation primaires et secondaires, de rédiger des instruments de collecte de données et de nous engager avec les parties prenantes au début du processus d'évaluation.

Pour l'évaluation de la phase 1, nous avons utilisé plusieurs méthodes de collecte de données pour répondre aux questions primaires de l'évaluation. Ces méthodes comprennent :

- **Réalisation d'une revue documentaire** : Cette composante du projet comprenait l'examen des documents du projet, tels que la feuille de route, le budget, les plans opérationnels, les plans de suivi et les rapports mensuels ou autres. Nous avons également examiné des documents pertinents pour le contexte, publiés dans des revues à comité de lecture et par des ONG internationales et des agences de l'ONU, ainsi que des documents clés non publiés obtenus lors de notre visite sur le terrain au Kasai central. Nous présentons notre protocole de la revue documentaire à l'annexe A.
- **Conduite des entretiens** : Nous avons mené 17 entretiens semi-structurés face à face et à distance avec des membres clés de l'équipe du projet MSF (n=6), des parties prenantes locales (n=5) et des bénéficiaires du projet (n=6). Nous avons conduit la majorité des entretiens (n=15) en français ; nous avons également mené des entretiens avec deux survivantes de VSBG en Tshiluba. Nous avons obtenu le consentement éclairé verbal de tous les participants et, avec leur permission, nous avons procédé à un enregistrement audio de tous les entretiens, qui ont duré de 30 à 60 minutes. Nous incluons une copie des exemples de guides d'entretien à l'annexe B.
- **Observation des opérations** : Un membre de l'équipe d'évaluation a été basé au Kasai central pendant deux semaines en juillet 2022 afin de rassembler des documents pour la revue documentaire, de collecter des données primaires et d'observer le fonctionnement du CSK. Ces observations, ainsi que les commentaires issus d'une réunion en personne avec les membres de l'équipe MSF et les discussions en cours, ont alimenté notre analyse et nos recommandations.

Nous avons reçu l'approbation du comité d'éthique de la recherche de l'Université d'Ottawa pour mener cette évaluation et avons utilisé une approche tenant compte des traumatismes dans nos entretiens avec les survivantes.

## ANALYSE DES DONNÉES

Nous avons utilisé l'approche en cinq phases décrite par Levac et ses collègues [20] pour analyser les documents obtenus dans le cadre de la revue documentaire. Il s'agissait notamment d'établir des graphiques et des résumés des données et d'identifier les thèmes narratifs. Nous avons également analysé les données quantitatives obtenues dans le cadre de la revue documentaire en utilisant des statistiques descriptives pour identifier les pourcentages, les fréquences et les modèles temporels, géographiques et démographiques.

Nous avons analysé le contenu et les thèmes des données qualitatives primaires en utilisant des techniques inductives et déductives [21]. Nous avons codé les transcriptions verbatim, les notes de terrain et les résumés à l'aide 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 résultats émergents qui ne correspondaient pas à l'un de ces critères *a priori*. Nous avons triangulé les données provenant de différentes sources afin de garantir la crédibilité et la fiabilité des informations. Nous fournissons des informations sur l'équipe d'évaluation à l'annexe C.

## RÉSULTATS

Nous avons organisé les résultats autour des sept critères d'évaluation. Nous soulignons à la fois les points forts et les points à améliorer.

### PERTINENCE

Par pertinence, nous avons évalué l'alignement des objectifs de l'initiative de décentralisation sur son contexte de mise en œuvre, les besoins de ses bénéficiaires directs et les objectifs stratégiques de la RDC et de MSF en matière de SGBV au Kasai central. Selon la feuille de route 2022-2023 du projet Kananga, **l'initiative de décentralisation visait à 1) améliorer l'accès aux soins en matière de VSBG, y compris les soins en matière de contraception et d'avortement ; et 2) renforcer les capacités du personnel à fournir un soutien médical holistique aux survivantes au niveau des centres de santé.** C'est sur base de notre revue de la littérature sur les SGVB et des documents pertinents de MSF Kananga, ainsi que des entretiens avec le personnel de MSF Kananga et les bénéficiaires directs, que nous avons évalué la pertinence de l'initiative de décentralisation par rapport au contexte de mise en œuvre, aux besoins multisectoriels des survivantes, ainsi qu'aux objectifs de la RDC et de MSF en matière de SGVB dans la province du Kasai central.

#### **La pertinence de l'initiative de décentralisation dans le contexte de la ZS de Tshikula.**

La province du Kasai central sort d'un conflit qui a eu un impact dévastateur sur les institutions, l'économie et le tissu social. La province est en phase de transition post-conflit, mais la situation sécuritaire reste fragile en raison des incidents récurrents d'harcèlement des civils par des militaires et policiers, d'une augmentation des cas de vols à main armée nocturnes et de poches de conflits intercommunautaires pour l'accès au pouvoir traditionnel et à la gestion des ressources naturelles [22]. Dans ce contexte de transition post-conflit et de fragilité, la VSBG, et en particulier la violence sexuelle contre les femmes et les filles, reste à des niveaux inacceptables.

Les données cliniques de MSF ont révélé que 2.257 survivantes de violences sexuelles ont reçu des soins médicaux et psychosociaux dans le cadre du projet Kananga entre janvier et août 2021[15]. Ce chiffre est en contradiction avec l'objectif du gouvernement de la RDC de zéro violence basée sur le genre [16]. À la fin du mois de juillet 2022 (environ quatre mois après l'intégration des services liés aux VSBG au CSK), 20 survivantes ont été traités au CSK, comme en témoignent les données cliniques du CSK. Au niveau provincial, les statistiques de la Division provinciale du genre, de la famille et de l'enfant (DPG) pour 2021

font état de 20.791 incidents documentés de VSBG dans toute la province, soit 21 % de tous les cas signalés au niveau national [23]. Au cours du premier trimestre de 2022, la DPG a documenté 2.040 survivantes au

« Nous vivons dans une région très éloignée et la sous-station [de police] est très loin, à 17-18 km, et le poste de police est encore plus loin, à environ 80 km. Dans le passé, j'ai eu du mal à gérer cela [les agressions sexuelles], lorsque de tels cas m'étaient rapportés, je ne savais pas par où commencer pour les gérer. Je ne savais pas par où commencer pour les résoudre. Mais récemment, je commence à me sentir un peu soulagé... Je remarque la présence de Médecins Sans Frontières dans notre région. Si une personne a été violée, je l'envoie au centre où elle peut être soignée gratuitement. Je me sens un peu soulagé. »

Informateur clé du village de Kamuandu

niveau provincial [24]. La majorité des victimes/survivantes (46 %) étaient originaires de la ZS de Kananga, avec des pourcentages plus faibles dans les ZS de Dibaya (8 %) et de Masuika (8 %) et moins de 50 cas dans la ZS de Tshikula [24].

Ces chiffres, combinés à la situation sécuritaire fragile qui caractérise encore la province du Kasai central, démontrent qu'il est crucial de poursuivre et voir même d'intensifier les efforts de prévention, d'atténuation et de réponse aux SGVB. L'absence d'action significative contre la VSBG pourrait accroître la vulnérabilité des femmes et des filles aux risques de VSBG et à ses conséquences sanitaires et sociales délétères. Pourtant, l'écart dans la fourniture de services liés à la VSBG dans la province est actuellement considérable en raison du désengagement de nombreuses parties prenantes dans la lutte contre la VSBG dans le contexte de la pandémie de COVID-19 [25,26].

Compte tenu de ce contexte global, la feuille de route 2022-2023 du projet Kananga appelle à l'intégration des services liés aux SGVB dans les services existants au niveau des centres de santé afin d'améliorer l'accès durable aux soins pour les survivantes, ce qui est très pertinent. En effet, dans les contextes où les ressources sont limitées et où la couverture universelle des services liés à la violence sexuelle et basée sur le genre ne peut être assurée, il a été démontré que l'intégration des services liés à VSBG dans les services de santé existants (par exemple dans les services de lutte contre le VIH/les IST ou les soins maternels) peut être efficace [25-27-27]. Bien qu'il puisse être de fois utile de piloter des programmes de santé dans des contextes où les besoins sont relativement faibles, les données relatives à la mise en œuvre des programmes suggèrent que les interventions sanitaires devraient être intégrées là où elles sont le plus nécessaires, compte tenu du niveau de risque d'exposition et des coûts d'opportunité [28]. Sur la base des preuves disponibles, le fardeau de la VSBG est considérablement plus faible dans la ZS de Tshikula par rapport aux ZS de Kananga, Dibaya et Masuika. De plus, l'initiative de décentralisation a été développée dans le but d'être répliquée ailleurs ; puisque l'efficacité est un déterminant clé de la répliquabilité[29], une justification plus claire de la sélection du site pilote améliorerait la pertinence de l'initiative de décentralisation à son contexte de pilotage.

**La pertinence de l'initiative de décentralisation par rapport aux besoins multisectoriels des survivantes et des membres de la communauté.**

Les femmes et les filles touchées par la violence sexuelle et basée sur le genre, y compris celles qui vivent avec un handicap, ont besoin de soins holistiques et multisectoriels pour assurer leur bien-être physique, mental et social[30]. Une prise en charge holistique signifie que les soins sont adaptés aux besoins et aux préférences spécifiques exprimés par chaque survivante, en tenant compte des vulnérabilités et des spécificités de chacune(33).

Pour évaluer la pertinence du projet pilote par rapport aux besoins multisectoriels exprimés par ses bénéficiaires directs, l'équipe d'évaluation a interrogé un échantillon de membres de la communauté et de clientes du CSK afin de recueillir leurs points de vue. Comme le reflète la citation qui ouvre cette sous-section, ils ont confirmé à l'unanimité que leurs besoins en soins médicaux et psychologiques gratuits ont été satisfaits grâce au projet pilote.

Cependant, plusieurs bénéficiaires nous ont dit qu'ils avaient le sentiment que leurs besoins en matière de soins d'avortement n'étaient toujours pas satisfaits.

« Je suis âgée de 15 ans. J'ai été mise enceinte [violée] par deux hommes et ils se sont enfuis [...] Je n'avais pas l'argent pour venir me faire soigner [à temps]. Ce n'est qu'après [...] deux jours que j'ai commencé à être malade, mais je n'avais pas l'argent pour venir au centre [...] J'étais malade et je devenais trop pâle. Ce sont les gens de la communauté qui ont eu pitié de moi pour m'amener ici au centre de santé [...] J'avais une douleur au ventre et quand je suis venue, c'est [le prestataire spécifique] qui m'a examinée et a confirmé que j'étais enceinte [...] mais on m'avait dit de ne pas avorter. »

Cliente du CSK

Les expériences individuelles des survivantes ont été confirmées par le personnel de Kamuandu et un expert du ministère de la Santé que nous avons interrogé. Ils ont expliqué que le manque de diffusion du Protocole de Maputo constitue un obstacle important à l'intégration effective des services d'avortement au niveau du CSK.



« La prise en charge globale de l'avortement a d'ailleurs déjà été intégrée au niveau national. Mais au Kasai Central, nous ne l'avons pas encore fait [...] Pourquoi? Parce que la loi concernant la prise en charge globale de l'avortement pour les femmes n'a pas encore été promulguée ici [au Kasai central] ... Nous avons fait des enquêtes sur les pharmacies, nous avons fait des enquêtes sur les formations sanitaires pour voir comment la mise en œuvre des activités pouvait se faire. Juste après [cette étude], c'est resté lettre morte parce que la formation des formateurs provinciaux n'a jamais suivi. Alors que les formateurs provinciaux étaient censés former les gens localement, c'est pour cela qu'au Kasai central, cette activité n'est pas encore intégrée. »

Représentant du ministère de la Santé

Outre les lacunes en matière de soins liés à l'avortement, plusieurs clientes que nous avons interrogées ont exprimé un besoin non satisfait de services non médicaux. La référence vers des services non médicaux est un élément essentiel de l'initiative de décentralisation, car l'approche « guichet unique » ne relève pas de son champ d'application [15]. La distance et le manque de ressources appropriées constituent des obstacles à une référence efficace.

« Mon mari a décidé de me mettre à la porte de la maison. À la suite de cet acte, je n'ai malheureusement pas de parents ni d'endroit où aller. Ma mère est décédée lorsque j'avais 5 mois, mes beaux-parents m'ont demandé de quitter leur maison, je n'ai donc aucun endroit où aller. Je n'ai aucun parent vivant, je n'ai personne qui puisse s'occuper de moi ou supporter le poids [de la grossesse]. Il m'a abandonnée alors que j'étais enceinte, il m'a envoyé le message qu'il n'avait plus besoin de moi, et que je pouvais aller où je voulais. J'ai beaucoup pleuré, car je n'ai nulle part où aller en ce moment. Mes oncles vivent très loin, alors qui peut s'occuper de cette grossesse? C'est pourquoi je suis venue vous voir pour que vous puissiez plaider ma cause. »

Une cliente du CSK

Notre examen des résultats d'un exercice de cartographie des organisations vers lesquelles les prestataires du CSK sont censés orienter leurs clients pour des besoins non médicaux a révélé que toutes ces organisations sont situées à plus de 8 kilomètres (rayon) du centre de santé ; la norme nationale pour la disponibilité géographique des services étant fixée à moins de 8 kilomètres[32]. Les prestataires de soins de la CSK affirment qu'ils ont besoin de ressources appropriées (transport et crédits pour la communication) pour assurer la référence efficace des clients.

Sur la base des documents que nous avons examinés et des entretiens que nous avons menés, la pertinence de l'initiative de décentralisation par rapport aux besoins exprimés par les survivantes est clairement élevée car l'offre de soins et de soutien multisectoriels en matière de VSBG est incluse dans le paquet de prise en charge prévu de l'initiative. Cependant, les soins liés à l'avortement et la référence vers

des services non médicaux méritent des efforts de mise en œuvre supplémentaires, car la fourniture d'un paquet de soins fragmentés pourrait compromettre la prise en charge des victimes de violence sexuelle et basée sur le genre au fil du temps[33].

**La pertinence de l'initiative de décentralisation par rapport aux orientations stratégiques de MSF pour 2022-2023 et aux objectifs de haut niveau de la RDC en matière de VSBG.**

L'initiative de décentralisation contribue directement à la mise en œuvre de la Stratégie Nationale de Lutte contre les Violences Basées sur le Genre en RDC (SNVSBG) et de son plan d'action provincial (PAP) correspondant. La SNVSBG constitue le cadre normatif de référence pour tous les acteurs de la lutte contre les violences faites aux femmes, aux jeunes et aux filles en RDC. Construite sur la base de la stratégie globale, la SNVSBG comprend cinq composantes : 1) renforcer l'application de la loi et la lutte contre l'impunité ; 2) prévenir et protéger contre les violences sexuelles ; 3) réformer le système de sécurité et de justice ; 4) assurer la prise en charge multisectorielle des survivantes, qui couvre les aspects médicaux, juridiques et de protection, ainsi que la réintégration socio-économique et le rétablissement de la communauté ; et 5) gérer les données et les informations. Le paquet de prise en charge prévu de l'initiative de décentralisation comprend l'offre d'un soutien multisectoriel aux survivantes, par la fourniture sur place de soins médicaux et psychologiques holistiques, et la référence vers des services non médicaux. Ainsi, cela s'aligne sur la quatrième composante de la SNVSBG de la RDC. De même, l'initiative de décentralisation s'inscrit dans la continuité des efforts de réponse de MSF aux VSBG dans le Kasai central, comme indiqué dans la feuille de route de MSF Kananga pour l'année fiscale 2022-2023.

## COHÉRENCE

Pour évaluer la cohérence de l'initiative de décentralisation, nous avons examiné dans quelle mesure son processus de conception, sa stratégie de mise en œuvre, sa planification et son approche prospective de mise en œuvre s'alignent sur son contexte de mise en œuvre et les ressources existantes. Par ressources, nous entendons les intrants humains, matériels, médicaux et financiers ainsi que les outils et instruments nécessaires à la mise en œuvre dans la phase pilote.

Notre conclusion sur la cohérence de l'initiative de décentralisation sont basées sur la revue des documents pertinents de MSF Kananga [34,35], sur des entretiens avec le personnel de MSF (tant du projet Kananga que de l'unité de coordination médicale) et un retour d'information continu de leur part, ainsi que sur l'observation des activités sur le terrain. Sur la base de notre évaluation, nous concluons que la cohérence interne de l'initiative de décentralisation semble être faible bien que la cohérence externe soit plus forte.

#### L'avis du personnel de MSF sur ce qu'est l'initiative de décentralisation

« [Pour] soutenir la mise en œuvre des activités dans ce centre de santé. Donc fondamentalement [l'initiative de décentralisation n'est] pas quelque chose de nouveau que nous avons trouvé, mais le système que nous trouvions avant ne pouvait pas nous permettre d'améliorer ces soins. »

« Il s'agit de rapprocher les soins de santé de la communauté, de soutenir les centres de santé pour qu'ils fournissent des soins en matière de VSBG. La décentralisation a été faite pour faciliter l'accès aux survivantes qui venaient de loin pour accéder aux services. L'objectif de la décentralisation n'était pas seulement de désengager l'hôpital, mais aussi de réduire les obstacles physiques à l'accès aux soins. »

« Nous formons le personnel du Centre de santé, après ces formations, il y a aussi leur accompagnement. Des visites d'accompagnement qu'à chaque fois qu'on y va pour les superviser dans la [prestation] de soins. »

« C'est un modèle de renforcement des capacités des prestataires, avec différentes phases et chaque phase a une durée spécifique, avec des activités spécifiques. »

« Modélisation » signifie la mise en œuvre d'une approche systématique organisée autour de cinq phases pour une durée envisagée de 15 mois par centre de santé soutenu. »

#### **La cohérence interne de l'initiative de décentralisation est faible et il n'y a pas de consensus sur ce qu'est l'initiative de décentralisation.**

Il est nécessaire de développer une description complète de l'initiative de décentralisation afin d'informer sa mise en œuvre cohérente dans le temps et d'augmenter son potentiel à être évalué. A plusieurs reprises au cours de notre évaluation, nous avons observé que les différents membres du personnel de MSF voyaient l'initiative de décentralisation différemment (voir l'encadré ci-dessus). Conformément aux différents termes utilisés pour décrire l'initiative, certains perçoivent l'initiative de décentralisation comme un outil permettant d'aider les centres de santé à fournir des soins en matière de VSBG au niveau du centre de santé (en termes d'approvisionnement en intrants médicaux, de formation et de supervision). Pour d'autres, l'initiative de décentralisation est un modèle de planification des activités visant à renforcer la capacité des établissements de santé à fournir des soins aux victimes de SGVB de manière systématique. Pour d'autres, l'initiative de décentralisation est une activité du projet Kananga plus large.

Afin d'établir une compréhension commune au sein de MSF et au-delà, il est impératif de développer et de diffuser une description complète de l'initiative de décentralisation. Cela implique de définir l'étendue

et la portée de l'initiative et d'utiliser un langage cohérent sur l'objectif de la phase pilote. Sur la base de notre examen des documents de MSF Kananga et de nos observations sur la manière dont l'initiative est mise en œuvre sur le terrain, il ne fait aucun doute que l'initiative de décentralisation en cours de pilotage concerne la prestation de services de santé en matière de VSBG. Cependant, l'étendue et la portée de ce qui a été décentralisé en matière de prestation de services ne sont pas claires. De plus, bien que la réplique soit un objectif déclaré, il n'est pas clair s'il s'agit d'un modèle pour la prestation de services ou d'un modèle pour la gestion et les processus de décentralisation (par exemple, la prise de décision, l'allocation des ressources).

En outre, étant donné la rotation relativement fréquente du personnel au sein de MSF, une documentation complète de l'initiative de décentralisation pourrait favoriser sa compréhension commune et à soutenir sa mise en œuvre consistante dans le temps. Aussi, élaborer de définitions plus claires des critères utilisés pour identifier et sélectionner les sites prioritaires pour la réplique, cela pourrait contribuer à assurer un processus systématique et rigoureux pour la mise à l'échelle. Cela permettrait également d'améliorer le potentiel de l'initiative à être évaluée et la transférabilité des conclusions tirées durant la phase 2.

#### La cohérence externe de l'initiative de décentralisation

L'absence de cohérence interne ou d'une définition commune de l'initiative de décentralisation et de sa portée influence la cohérence externe. Cependant, dans le cadre de l'initiative de décentralisation, MSF compte collaborer étroitement avec les autorités sanitaires locale pour susciter leur redevabilité (Fig. 1). La redevabilité vise à décentraliser la gouvernance et l'autorité au niveau du district pour la prestation de services de santé en matière de VSBG[36-39-39]. Ceci représente une innovation importante. En effet, le transfert de l'autorité en matière de prestation de services liés à la violence sexuelle et basée sur le genre d'une ONG internationale (MSF) à l'autorité sanitaire du district afin d'améliorer l'utilisation des services dans une zone en post-conflit est un élément sous-exploré de l'organisation de systèmes de santé dans un contexte humanitaire et fragile.

Cependant, assurer la cohérence externe n'est pas sans poser de problèmes. Les prestataires de soins de santé que nous avons interrogés ont souligné des incohérences entre le protocole de la RDC pour la gestion clinique des survivantes et celui de MSF. Les deux protocoles diffèrent en termes de nombre de visites de suivi et d'ensemble de soins à proposer aux victimes de viol en ce qui concerne la prophylaxie post-exposition après 72 heures, la vaccination contre l'hépatite B et les soins complets en cas d'avortement. L'ensemble des soins proposés par MSF est plus complet et conforme aux normes internationales en matière de soins cliniques aux victimes de violences sexuelles[40]. A l'avenir, il sera important pour MSF de travailler avec les parties prenantes externes afin d'harmoniser les protocoles de soins standard pour s'assurer que des services complets continuent d'être disponibles ; cela impliquera probablement de continuer à travailler de manière proactive avec la partie gouvernementale et les partenaires pour étendre ces services. Comme les normes de MSF dépassent les normes locales, cela sera probablement difficile et la cohérence est donc modérée. Comme l'a déclaré un représentant de Fonds des Nations Unies pour la Population, « il est certain que l'accord [de Maputo] se situe au niveau international. Mais l'avortement est toujours interdit dans notre pays. De ce point de vue, je reste dubitatif ».

## EFFICIENCE

Afin d'évaluer l'efficacité, nous avons cherché à estimer le niveau des ressources qui ont été allouées pour piloter l'initiative de décentralisation au CSK et la mesure dans laquelle ces ressources étaient disponibles et auraient pu être mieux mobilisées. Par ressources, nous entendons les intrants humains, matériels, médicaux et financiers ainsi que les outils et instruments nécessaires à la phase pilote de l'« initiative de décentralisation ». Dans l'ensemble, nous avons constaté que l'efficacité de l'initiative était mitigée.

### L'efficacité de l'initiative de décentralisation

Sur la base de notre examen du budget et des discussions initiales et continues avec le personnel de MSF, il est clair que l'initiative de décentralisation n'a pas été conçue comme un projet ou une intervention financièrement distincte. Par conséquent, toutes les ressources nécessaires à la mise en œuvre de cette initiative ont été incorporées dans les prévisions budgétaires du plus grand projet Kananga. Il est donc difficile d'évaluer les ressources allouées au pilotage de l'initiative de décentralisation de manière spécifique. Cependant, nous avons identifié plusieurs façons de mobiliser les ressources de manière plus efficacement.

Les activités de sensibilisation de la communauté et l'orientation des clients de la communauté vers le CSK nécessitent une allocation appropriée de ressources financières et matérielles pour assurer une mise en œuvre optimale et une utilisation efficace des ressources humaines. À cet égard, les relais communautaires que nous avons interrogés ont déclaré avoir besoin de matériel et de soutien financier supplémentaires (dépliants, bannières, mégaphones, moyens de communication et de transport.) Comme l'a expliqué un relais communautaire de la ZS de Tshikula :

« Les difficultés que nous rencontrons ici [...] sont les distances entre le lieu de l'agression et celui où nous vivons. Il faut des ressources pour se rendre d'un endroit à un autre. Cela peut prendre six heures de temps, huit heures de temps. Si nous avons des moyens de transport, des moyens de communication, nous commencerions à effectuer ce travail correctement [...] Si nous avons des moyens de transport, nous serions allés vite, mais nous n'en avons pas [...] L'autre difficulté est que nous trouvons aussi dans ce travail [que] nous ne trouvons jamais même un savon [une rémunération minimale] ! Nous avons toujours été des bénévoles, il faut qu'ils commencent à penser à nous aider... [Et] j'ai besoin d'un mégaphone, d'un téléphone, de moyens de transport, d'un équipement qui montre que cette personne est un travailleur de telle ou telle organisation. »

Un relais communautaire de la ZS de Tshikula

Les coordonnées des organisations qui fournissent des services sociaux aux survivantes (aide juridique, hébergement et réintégration socio-économique) ont été mises à la disposition du personnel du CSK par MSF. Notre examen de cette liste de contacts a révélé qu'aucune de ces structures n'est située dans un rayon de moins de 8 kilomètres du CSK. Pour assurer le transfert efficace et effectif des survivantes vers ces établissements, les prestataires ont déclaré qu'ils avaient besoin de ressources financières

(remboursement des frais de transport et de communication). Les barrières géographiques et financières associées sont particulièrement lourdes pour les adolescents et les jeunes filles qui cherchent à initier ou à poursuivre des soins.

La gestion des informations sanitaires reste parallèle à celle mise en œuvre par le ministère de la Santé, ce qui pourrait entraîner une duplication des efforts et une utilisation non optimale des ressources humaines. Étant donné que l'initiative de décentralisation implique des partenariats avec les autorités des ZS afin de les rendre redevables de l'intégration des services de lutte contre la VSBG, travailler à l'harmonisation du système de gestion des données devrait être une priorité. L'élimination des registres faisant double emploi est également importante pour accroître l'efficacité.

Le manque apparent d'alignement entre MSF et le DPG en matière d'enregistrement, de comptage et de communication des données affecte la comparabilité des informations provenant de ces deux sources différentes. L'agrégation de données non comparables fausse la précision des statistiques sur la VSBG et pourrait entraver le développement et l'évaluation d'une réponse multisectorielle et intersectionnelle au niveau systémique. Comme l'a dit un représentant du gouvernement,

« MSF nous envoie un rapport chaque mois ; elle nous envoie son rapport en version papier, dans son propre format. Nous avons [également] des mécanismes de collecte de données. Nous avons des formulaires pour les survivantes que nos partenaires doivent remplir pour chaque client qu'ils signalent, et ces formulaires sont remplis en termes d'identifiants uniques et d'autres informations afin qu'une survivante ne puisse pas être signalée deux fois parce que si elle va ici et là, nous découvrirons qu'elle est déjà allée quelque part[...] Le coordinateur visite habituellement [les agences offrant des services aux survivantes de VSBG] une fois par mois pour s'assurer de ce que les ONG font sur le terrain, mais MSF n'a jamais accepté ; nous avons demandé au coordinateur de MSF [de faire des visites conjointes sur le terrain], mais ils n'ont jamais accepté. Ils ne nous envoient que des rapports, mais nous n'avons jamais effectué de missions de contrôle conjointes pour nous assurer que les chiffres qu'ils nous envoient sont corrects ou non, car nous devons effectuer des visites sur le terrain et voir, comme je le fais avec Caritas, PROSANI et le FNUAP, le PNUD, etc.

Un représentant du gouvernement

## EFFICACITÉ

Nous avons évalué dans quelle mesure l'initiative de décentralisation, tel qu'elle a été conçue et planifiée, est susceptible d'améliorer l'accès aux services de VSBG au CSK et d'améliorer les compétences du personnel pour fournir des soins de qualité aux survivantes de VSBG (les deux objectifs déclarés) dans le délai de 15 mois. Compte tenu de la brièveté du délai de mise en œuvre de l'initiative et de la complexité de la VSBG comme problème de santé de population, nous estimons que l'efficacité globale est mitigée. Nous avons fondé nos conclusions sur notre revue de la littérature relative à la VSBG et des documents

pertinents du projet Kananga [15,34] et sur des entretiens avec le personnel de MSF Kananga, le personnel du CSK et le personnel du ministère de la Santé.

La principale composante de mise en œuvre de l'initiative de décentralisation est axée sur l'intégration de soins de qualité, la mobilisation de la communauté pour changer les normes négatives en matière de VSBG, et le partenariat avec les autorités de la ZS pour susciter leur redevabilité dans l'offre de services de VSBG pour les survivantes. Les deux premières composantes découlent de l'expérience et des preuves et pourraient donner des résultats prometteurs en termes d'amélioration l'utilisation des services. Cependant, il existe peu de preuves que ce type de partenariat entre les ONG internationales et les autorités sanitaires locales a été couronné de succès ailleurs et il existe peu de modèles dans le domaine de la VSBG et de la santé sexuelle et reproductive.

### **L'efficacité potentielle des interventions de renforcement des capacités.**

Pour renforcer la capacité du personnel du CSK à fournir des soins de qualité centrés sur le patient, il est prévu de former tous les prestataires des soins de santé du CSK à l'approche multisectorielle de la prise en charge des VSBG, y compris la fourniture de soins médicaux et psychologiques holistiques, l'évaluation des besoins pour les services non médicaux et la référence vers les structures de prise en charge sociale habilitées, et la sensibilisation aux VSBG. Une supervision formative mensuelle (par le personnel de MSF) et une supervision conjointe trimestrielle (par le personnel de MSF et de Tshikula HZ) sont également prévues pour soutenir le développement des compétences. Parallèlement au renforcement des compétences, il est également prévu de fournir au personnel des outils de travail sur la gestion multisectorielle des SGVB, des subventions financières et des intrants médicaux pour leur permettre de travailler dans des conditions optimales. À cet égard, le personnel du CSK a déclaré que la formation et la supervision dont il a bénéficié jusqu'à présent, ainsi que la disponibilité d'intrants médicaux et d'outils de travail, ont amélioré leur confiance et leur aisance à fournir des soins en matière de VSBG. Cela indique des perspectives élevées d'amélioration de leur capacité à fournir des soins de qualité aux clients au cours de la période de 15 mois.

« En ce qui concerne la formation reçue, j'ai été formée à la prestation de services en matière de violence sexuelle et basée sur le genre, et j'ai également été formée sur la planification familiale par le partenaire MSF[...] Tous les services offerts dans notre centre de santé, nous pouvons les fournir si [l'infirmier] n'est pas présente ou si l'un des infirmiers n'est pas sur place ; nous pouvons fournir des services [VSBG] parce que nous avons acquis les compétences ; nous recevons une formation, un briefing et un accompagnement sur le terrain. En plus de MSF, il y a aussi l'UNFPA, qui nous a formés sur la violence basée sur le genre ; ils nous soutiennent avec des intrants médicaux telles que des kits de [contraception] et de PEP ; cela nous permet de bien travailler. »

Personnel du CSK

### **L'efficacité potentielle des stratégies de sensibilisation de la communauté.**

La littérature sur les interventions en matière de VSBG montre que les stratégies de mobilisation communautaire à facettes multiples, associées à la fourniture appropriée de services multisectoriels aux survivantes, peuvent accroître l'utilisation des services de VSBG. [41]. Il s'agit d'une composante forte et manifestement efficace de la conception de l'initiative de décentralisation. Cependant, l'intégration d'autres parties prenantes externes au projet dans cette composante de l'initiative n'est pas sans risque. Par exemple, les campagnes de sensibilisation de porte-à-porte sur les VSBG et sur l'existence de services de VSBG au CSK seront essentiellement menées par les relais communautaires sous l'autorité de la ZS de Tshikula. Si la supervision conjointe s'est avérée efficace pour améliorer la qualité des soins en améliorant la qualité des données pour la prise de décision et les compétences du personnel à fournir des soins dans le contexte de la RDC, le fait de s'appuyer sur des relais communautaires pour mener ces activités de sensibilisation interpersonnelle dans une zone rurale sur une base volontaire pourrait affecter les chances de succès [42]. En outre, il existe des dynamiques liées au genre et à l'âge (voir la section sur l'intégration du genre et de la dimension humaine ci-dessous) qui compromettent l'efficacité potentielle de cette composante de l'initiative.

L'initiative de décentralisation est axée sur la sensibilisation au niveau individuel. L'inclusion d'efforts qui se concentrent sur la sensibilisation de masse ou à large échelle de la communauté pourrait améliorer l'efficacité de l'initiative. Aussi, d'autres efforts de promotion de la santé culturellement acceptables, tels que des pièces de théâtre, des films et des émissions de radio communautaires ont été efficaces dans d'autres contextes [43,44]. Finalement, un représentant du ministère de la Santé a également souligné la nécessité d'accorder une plus grande attention aux efforts de promotion de la santé au niveau communautaire : « En matière de prévention, nous devons communiquer [par] des discussions de groupe thématiques et un dialogue avec les associations de jeunes, et c'est là tout l'enjeu de la prévention. Il est particulièrement nécessaire de déterminer quel est le véritable problème des jeunes, quels sont leurs véritables besoins. »

### **L'efficacité potentielle du transfert de l'initiative de décentralisation aux autorités sanitaires locales dans le délai prédéterminé de 15 mois.**

Rendre les autorités sanitaires redevables du coût, de la qualité et de l'équité des soins est un moyen important d'améliorer la prestation et l'utilisation des services. [[39]. La composante partenariat de la phase pilote de l'initiative de décentralisation comprend comme stratégie : 1) la signature de protocoles d'accord avec les autorités des ZS avant le lancement du processus ; 2) la réalisation de supervisions trimestrielles conjointes entre MSF et les autorités des ZS ; 3) la fourniture d'une réserve de trois-six mois d'intrants médicaux ; et 4) la tenue d'une réunion de transfert à la fin du processus. Il existe peu de preuves de l'efficacité de cette stratégie dans le transfert de l'initiative de décentralisation aux autorités sanitaires locales. Plusieurs informateurs clés ont remis en question le degré de priorité accordé à ce partenariat. Comme l'a expliqué un représentant du ministère de la Santé :



« Nous disposons de rapports de supervision que MSF effectue sur le terrain, mais notre préoccupation a toujours été que, lors de ces supervisions, le ministère de la Santé fasse partie de l'équipe. Pourquoi cela ? Parce que le jour où MSF se retirera, le gouvernement devra reprendre toutes les réalisations laissées par MSF. Je pense qu'un jour ils seront capables de le faire [mais pas encore]. »

Un représentant du ministère de la Santé

## IMPACT

La création et le renforcement des compétences du personnel de santé et la création d'une demande de services liés à la violence sexuelle et basée sur le genre, en plus de l'inclusion sociale et du bien-être économique des survivantes, ont le potentiel de réduire l'incidence de la morbidité et de la mortalité associées à la violence sexuelle et basée sur le genre [44]. Cependant, l'impact potentiel de ce type d'intervention est susceptible d'être déterminé par le contexte dans lequel il est mis en œuvre ainsi que par la conception de l'intervention elle-même. Cela demande également du temps. Pour cette évaluation de phase 1, nous ne sommes pas en mesure d'évaluer l'impact. Cependant, notre évaluation de l'initiative de décentralisation suggère que les perspectives d'impact sont modestes. Le plus grand défi semble être le calendrier de 15 mois ; il semble irréaliste que l'initiative de décentralisation ait achevé toutes les phases, en particulier le désengagement et le transfert (voir Fig.1), dans le délai prédéterminé.

## DURABILITÉ

Nous avons évalué les perspectives de transfert et de réplification de l'initiative de décentralisation. En tant qu'organisation humanitaire, nous reconnaissons que MSF ne donne généralement pas la priorité à la durabilité telle qu'elle est conceptualisée dans le secteur du développement [45,46]. Cependant, l'initiative de décentralisation vise spécifiquement à transférer l'initiative aux autorités de la ZS, à reproduire l'initiative dans d'autres centres de santé et à encourager l'adoption de l'initiative au sein et au-delà de MSF. Sur la base de la feuille de route 2022-2023 du projet Kananga, des entretiens et des observations de la mise en œuvre des activités sur le terrain, nous pensons que les perspectives de durabilité dans le délai de 15 mois sont modestes.

**Certains éléments de l'initiative ont une forte probabilité d'être répliqués, mais dans l'ensemble, le potentiel de durabilité est modéré.**

Les interventions efficaces et fondées sur des données probantes peuvent être répliquées, en particulier lorsque la planification, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation sont rigoureusement documentés [29,47]. Les composantes essentielles de l'initiative de décentralisation sont fondées sur des preuves et sont très pertinentes pour le contexte local. Cela renforce le potentiel de réplification.

Cependant, un certain nombre d'éléments de l'initiative de décentralisation, tel qu'ils sont actuellement conceptualisés et mis en œuvre, limitent la durabilité. Fondamentalement, le manque de clarté sur ce qu'est l'initiative de décentralisation constitue un obstacle à la durabilité. Outre l'élaboration de termes et de définitions cohérents, il est également important d'envisager et de détailler une théorie du changement. Bien que les théories du changement soient souvent plus utiles lorsqu'elles sont développées au début d'un projet ou d'une initiative[48], il peut être utile d'élaborer une théorie du changement a posteriori pour garantir une compréhension commune des concepts et objectifs clés.

De même, l'initiative de décentralisation manque un cadre logique. Bien qu'il existe un cadre de résultats pour le projet Kananga plus large [34], nous n'avons pas été en mesure d'identifier un cadre logique ou de résultats spécifiques à l'initiative de décentralisation. L'élaboration d'un ensemble d'indicateurs SMART et la fixation d'objectifs clairs augmenteraient son potentiel de reproduction, d'adoption et de mise à l'échelle. L'initiative de décentralisation manque également un processus systématique de documentation de la mise en œuvre, de l'allocation des ressources et des leçons apprises (apprentissage). Comprendre les coûts et l'efficacité de l'initiative et être capable de mener une analyse de la contribution de l'initiative améliorerait le potentiel de l'initiative à être évaluée et, en fin de compte, la réplique et la durabilité.

## INTÉGRATION DE LA DIMENSION DE GENRE ET DES DROITS DE L'HOMME

L'initiative de décentralisation vise à améliorer la fourniture et l'utilisation des services en matière de VSBG dans la ZS de Tshikula et dans le centre de santé de Kamuandu, en particulier. Ce projet se concentre explicitement sur les besoins des femmes et des filles qui sont majoritairement des survivantes de VSBG. Par définition, ce projet prend en compte les dimensions de genre et donc l'intégration globale du genre est élevée. Cependant, la dynamique de l'âge de la communauté où le projet est mis en œuvre n'a été que modestement prise en compte et les questions intersectionnelles (y compris le handicap et le statut de minorité sexuelle et de genre) n'ont pas été explicitement abordées.

### **Intégration globale de la dimension de genre et des droits de l'homme.**

Notre étude documentaire sur le profil des victimes de VSBG dans la province du Kasai central a révélé qu'environ 98 % des incidents documentés en 2022 ont été signalés par des femmes, des adolescents et de jeunes filles [24]. Les filles âgées de 12 à 17 ans sont touchées de manière disproportionnée par la VSBG. En effet, au cours du premier trimestre de 2022, les filles de cette tranche d'âge représentaient 44 % des 2.040 cas de VSBG signalés dans le Kasai central[24]. Au CSK, 10 des 20 survivantes (50 %) qui ont demandé des soins de santé jusqu'à la fin du mois de juillet 2022 avaient moins de 18 ans, comme le montrent les dossiers cliniques du CSK. Les viols et les agressions sexuelles figurent parmi les incidents les plus signalés ; la majorité de ces actes signalés seraient perpétrés par des membres de la communauté (68 %), par les forces armées et la police de la RDC (23 %), et par des hommes armés non autrement identifiés (19 %). Les membres de la communauté qui sont les auteurs de ces actes se répartissent en quatre catégories principales : inconnus (30 %), membres connus de la communauté (21 %), partenaires intimes (16 %) et enseignants (8 %). [[24]. Peu d'informations sont disponibles sur les hommes ou les garçons qui sont des survivants de la VSBG.

Notre examen des documents liés à l'initiative et les entretiens avec les informateurs clés indiquent que les messages de promotion de la santé et les campagnes de sensibilisation communautaire visent une population générale et ne sont pas adaptés à ce sous-groupe de survivantes plus jeunes [[48]. De plus, ces messages sont transmis par des agents de sensibilisation communautaire, dont la plupart sont des hommes, par le biais d'une approche de porte-à-porte. Cette dynamique sexospécifique — des hommes de la communauté faisant du porte-à-porte pour atteindre les femmes de la communauté et discuter de la VSBG et des services connexes — n'est peut-être pas le moyen le plus efficace de sensibiliser les gens, en particulier les adolescents et les jeunes filles. Si l'on ajoute à cela les obstacles géographiques et financiers que les adolescentes et les jeunes filles vivant dans des zones plus difficiles à atteindre doivent surmonter pour initier ou poursuivre des soins liés à la VSBG, il semble que l'initiative de décentralisation ne soit pas particulièrement adaptée aux survivantes de VSBG dans cette tranche d'âge.

L'initiative de décentralisation gagnerait également à être plus intentionnelle quant à la prise en compte des besoins intersectionnels des bénéficiaires, notamment en ce qui concerne les femmes vivant avec un handicap. Comme l'a expliqué un informateur clé du ministère de la Santé :

« Prenons le cas du [sourd-muet] — le prestataire qui le consulte a une barrière. En effet, il n'a pas été formé au langage des signes. La communication avec la survivante va donc poser un problème. Mais c'est un besoin ; nous avons élaboré [et soumis] une proposition à un partenaire pour demander s'il serait possible [...] au niveau de la ville, d'expérimenter des formations où les gens pourraient apprendre la langue des signes pour communiquer avec les [survivantes] sourds-muets. Ils sont là ! [L'activité n'a pas encore été financée]. »

Un informateur clé du ministère de la Santé

Bien qu'il faille du temps et des ressources pour s'assurer que les services sont plus inclusifs, l'initiative de décentralisation pourrait recueillir des informations de routine sur le statut de capacité/incapacité des survivantes de VSBG. La ventilation des informations en fonction de l'âge et du handicap permettrait de documenter les besoins différentiels et de renforcer l'intégration de la dimension de genre et des droits de l'homme.

## LIMITES

Nous avons pu effectuer la collecte de données sur le terrain pendant deux semaines en juillet 2022. Bien que nous ayons été bien accueillis par le personnel local, la collecte de données s'est heurtée à des difficultés. Tout d'abord, nous n'avons pas eu beaucoup de temps pour recruter et interroger les bénéficiaires directes de l'initiative (les survivantes de VSBG qui ont cherché à obtenir des soins grâce à l'initiative de décentralisation). Cela a limité le nombre de personnes avec lesquelles nous avons pu nous engager et nous n'avons donc pas atteint la saturation thématique. Bien que nous soyons convaincus que nos résultats soient transférables, pour la phase 2, nous nous efforcerons d'interroger un plus grand échantillon de bénéficiaires dans un plus grand nombre de zones géographiques. Notre évaluation de la

phase 1 est également limitée par les documents et matériels existants du programme et par notre accès à ces documents. Nous avons examiné tous les documents fournis à notre équipe d'évaluation, tant au début qu'au cours de la phase de collecte des données de cette évaluation. Cependant, il peut y avoir d'autres documents (par exemple, des courriels entre le personnel du programme) ou d'autres formes de communication interne (réunions de groupe/d'équipe et webinaires) où des informations sur l'initiative de décentralisation ont été communiquées et dont nous n'avons pas eu connaissance. Il se peut qu'il y ait une plus grande clarté sur ce qu'il faut appeler l'objet de cette évaluation (modèle, approche, initiative, sous-projet, activité) grâce à ces types de documents. Cependant, ce manque de clarté est aussi une conclusion de notre évaluation et suggère une prochaine étape possible pour renforcer l'initiative de décentralisation et son impact potentiel.

## RECOMMANDATIONS

Sur la base de notre évaluation, nous proposons un certain nombre de recommandations. Nous avons regroupé notre première série de recommandations en étapes de conception et de développement de projet : conception, mise en œuvre et suivi. Nous sommes conscients que certaines de ces recommandations, en particulier celles relatives à la conception, peuvent être « trop tard » pour l'initiative de décentralisation, puisque l'initiative a déjà été conceptualisée. Cependant, nous espérons que ces recommandations aideront l'équipe de MSF Kananga à identifier les moyens d'affiner la conceptualisation de l'initiative et de clarifier sa portée. Nous espérons également que ces recommandations seront utiles pour les futurs projets de MSF.

=> **Recommandation 1** : En ce qui concerne **la conceptualisation**, nous recommandons que l'équipe MSF Kananga travaillant sur l'initiative de décentralisation puisse :

- Mieux définir la portée de l'initiative. Cela renforcera la cohérence interne et la compréhension générale.
- Rendre plus explicites les critères de sélection des sites. Sélectionner la ZS en fonction de la vulnérabilité de sa population à la VSBG augmenterait la pertinence globale et serait plus sensible aux considérations de genre et de droits de l'homme.
- Développer une théorie explicite du changement et un modèle logique pour justifier le choix de l'initiative de décentralisation et de ses phases, stratégies et activités correspondantes. Cela permettrait d'améliorer l'efficacité, l'impact potentiel et la durabilité de l'initiative et d'assurer une compréhension commune par tous les partenaires.
- Ajuster son approche de l'intégration des soins dans le CSK en collaboration avec d'autres acteurs locaux. Cela renforcerait à la fois la cohérence externe et l'efficacité.
- Envisager d'utiliser une approche intégrée de promotion de la santé au lieu de s'en remettre au porte-à-porte pour la sensibilisation. Cela permettrait d'améliorer l'efficacité des activités de sensibilisation de la communauté.

Recommandations 1-4(de 4) →

=> **Recommandation 2** : En ce qui concerne **la mise en œuvre**, nous recommandons que l'équipe MSF Kananga travaillant sur l'initiative de décentralisation puisse :

- Envisager de signer un protocole d'accord détaillé sur la référence des survivantes avec les organisations partenaires afin de soutenir une meilleure assistance juridique et une meilleure protection des survivantes de VSBG. Cela permettrait de renforcer l'efficacité, l'impact potentiel et la durabilité de l'initiative.
- Envisager des approches de mise en œuvre coordonnées dans la ZS de Tshikula pour éviter la duplication des efforts. Cela permettrait d'accroître l'efficacité et l'impact.
- Mettre en place les comités de résilience prévus. Cela renforcerait les perspectives de durabilité.

=> **Recommandation 3** : En ce qui concerne **le suivi**, nous recommandons que l'équipe MSF Kananga travaillant sur l'initiative de décentralisation puisse :

- Renforcer le mécanisme de suivi et d'évaluation de l'initiative. Cela permettrait à l'équipe du projet de prendre des décisions basées sur les données probantes en temps réel, d'accroître l'efficacité et l'impact, ainsi que les possibilités de réplication de l'initiative.
- Envisager de mettre en place un système de suivi simple pour déterminer les résultats/issues de l'aide juridique apportée aux survivantes par les structures sociales vers lesquelles elles ont été référées, et le degré d'appropriation de l'initiative par les autorités sanitaires locales après le transfert. Ce système pourrait également être conçu pour documenter les facilitateurs et les obstacles à la recherche et à l'obtention de services liés à la violence sexuelle et basée sur le genre. Cela permettrait de renforcer l'efficacité et l'impact potentiel de l'initiative.

=> **Recommandation 4** : Nous avons formulé des recommandations supplémentaires concernant **l'allocation et la mobilisation des ressources, la coordination et le plaidoyer**. Ces recommandations peuvent s'appliquer tout au long du cycle de vie de l'initiative et peuvent également informer les futures initiatives de MSF. Nous recommandons que :

- L'équipe de MSF Kananga puisse développer un budget autonome pour l'initiative de décentralisation. Cela améliorera la transparence et l'impact potentiel et la durabilité de l'initiative.
- MSF puisse envisager d'investir dans une capacité de suivi et d'évaluation (S&E). Une capacité interne pourrait aider au développement du plan de suivi et d'évaluation pour le projet global ainsi que pour l'initiative de décentralisation, y compris la sélection d'indicateurs, la définition de cibles, l'établissement de rapports, la gestion de bases de données et le développement de plans de suivi et d'évaluation/de performance.
- MSF puisse envisager de se conformer aux exigences de transmission des données établies par le DPG afin de fournir des données/indicateurs dans un format compatible. Cela permettrait d'améliorer l'harmonisation et l'efficacité.
- MSF continue à plaider pour la diffusion et l'adoption du Protocole de Maputo afin de garantir que les survivantes de viols aient accès à des soins complets en matière d'avortement en RDC. Cela permettrait d'accroître l'harmonisation des protocoles de soins standard et d'améliorer à la fois l'efficacité et la durabilité potentielle.

## CONCLUSIONS

Les objectifs de cette phase 1 étaient d'évaluer les progrès de l'initiative de décentralisation, d'examiner si l'initiative telle qu'elle a été conçue est susceptible d'atteindre ses objectifs, et de formuler des recommandations afin de renforcer la mise en œuvre prospective de l'initiative de décentralisation. Grâce à cette évaluation, nous avons identifié un certain nombre de défis et d'opportunités spécifiques liés à la conception du projet, à l'impact des facteurs externes sur le projet et au processus de mise en œuvre. La décentralisation, dans son sens le plus large, comprend la prise de décision, l'allocation des ressources et la fourniture de services. Il s'agit d'un processus continu qui nécessite une bonne conception et l'adhésion de toutes les parties prenantes. L'initiative a pris un départ impressionnant, mais il existe un certain nombre de voies par lesquelles l'équipe du projet peut améliorer la mise en œuvre et renforcer la pertinence, la cohérence, l'efficacité, l'impact, la durabilité et l'intégration de la dimension de genre et des droits de l'homme.

## RÉFÉRENCES

1. 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; 13:2937–48. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7734039/>
2. ACAP. Democratic Republic of Congo: Humanitarian concerns in North Kivu, South Kivu, and Ituri. Briefing note July 2022. Available from: [https://www.acaps.org/sites/acaps/files/products/files/20220721\\_acaps\\_drc\\_humanitarian\\_concerns\\_in\\_north\\_kivu\\_south\\_kivu\\_and\\_ituri.pdf](https://www.acaps.org/sites/acaps/files/products/files/20220721_acaps_drc_humanitarian_concerns_in_north_kivu_south_kivu_and_ituri.pdf)
3. Lusey H, San Sebastian M, Christianson M, Dahlgren L, Edin K. Conflicting discourses of church youths on masculinity and sexuality in the context of HIV in Kinshasa, Democratic Republic of Congo. *Sahara. J Soc Asp HIVAIDS*. 2014;11.
4. Ingelaere B, Wilén N. The civilised Self and the barbaric Other: ex-rebels making sense of sexual violence in the DR Congo. *J Contemp Afr Stud*. 2017 Apr 3;35(2):221–39. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/02589001.2017.1311010>
5. Kabengele Mpinga, E., Koya, M., Hasselgard-Rowe, J., Jeannot, E., Rehani, S. B., & Chastonay, P. Rape in Armed Conflicts in the Democratic Republic of Congo: A Systematic Review of the Scientific Literature. *Trauma, Violence, & Abuse*. 2017; 18(5), 581–592. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/epub/10.1177/1524838016650184>
6. Médecins Sans Frontières. Sexual Violence in The Democratic Republic of Congo: The critical needs for a comprehensive response to address the needs of survivors. MSF field report. July 2021. Available from: [https://www.msf.org.br/wp-content/uploads/2021/07/relatorio\\_violencia\\_sexual\\_rdc\\_2021.pdf](https://www.msf.org.br/wp-content/uploads/2021/07/relatorio_violencia_sexual_rdc_2021.pdf)
7. Albutt K, Kelly J, Kabanga J, VanRooyen M. Stigmatisation and rejection of survivors of sexual violence in the eastern Democratic Republic of the Congo. *Disasters*. 2017 Apr;41(2):211–27. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/disa.12202>
8. Report of the United Nations Secretary-General. Conflict-related sexual violence. SG-Report March 2022. Available from: <https://www.un.org/sexualviolenceinconflict/wp-content/uploads/2022/04/auto-draft/SG-Report2021for-web.pdf>
9. 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.
10. Japan International Cooperation Agency (JICA). Country Gender Profile: The Democratic Republic of the Congo. Final report. March 2017. Available from: [https://www.jica.go.jp/english/our\\_work/thematic\\_issues/gender/background/c8h0vm0000anjqj6-att/drc\\_2017.pdf](https://www.jica.go.jp/english/our_work/thematic_issues/gender/background/c8h0vm0000anjqj6-att/drc_2017.pdf)

11. 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* [Internet]. 2012 Dec [cited 2022 Oct 14];6(1):1–9. Available from: <http://conflictandhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1752-1505-6-6>
12. 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 Oct 14];4(1):e001120. Available from: <https://gh.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmjgh-2018-001120>
13. 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* [Internet]. 2022 Feb 27 [cited 2022 Oct 12];22:403. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8882295/>
14. 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* [Internet]. 2012 Dec [cited 2022 Oct 14];6(1):6. Available from: <https://conflictandhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1752-1505-6-6>
15. Médecins sans Frontières. CD136\_OPS\_Feuille de route 2022-2023 Kananga\_VF.pdf. Document interne du projet Kananga.
16. Fagen MC, Redman SD, Stacks J, Barrett V, Thullen B, Altenor S, et al. Developmental Evaluation: Building Innovations in Complex Environments. *Health Promot Pract* [Internet]. 2011 Sep [cited 2022 Jun 18];12(5):645–50. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1524839911412596>
17. Dearing JW, Cox JG. Diffusion of Innovations: Theory, Principles, And Practice. *Health Aff (Millwood)*. 2018 Feb;37(2):183–90. Available from: <http://www.healthaffairs.org/doi/10.1377/hlthaff.2017.1104>
18. Sahin I. Detailed Review of Rogers’ Diffusion of Innovations Theory and Educational Technology-Related Studies Based On Rogers’ Theory. *Turk Online J Educ Technol*. 2006;5(2):10.
19. OECD. Applying Evaluation Criteria Thoughtfully [Internet]. OECD; 2021 [cited 2022 Oct 14]. Available from: [https://www.oecd-ilibrary.org/development/applying-evaluation-criteria-thoughtfully\\_543e84ed-en](https://www.oecd-ilibrary.org/development/applying-evaluation-criteria-thoughtfully_543e84ed-en)
20. Levac D, Colquhoun H, O’Brien K. Scoping studies: advancing the methodology. 2010 [cited 2022 Oct 12]; Available from: <https://tspace.library.utoronto.ca/handle/1807/72789>
21. Vaismoradi M, Turunen H, Bondas T. Content analysis and thematic analysis: Implications for conducting a qualitative descriptive study. *Nurs Health Sci* [Internet]. 2013 [cited 2022 Oct 14];15(3):398–405. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/nhs.12048>
22. OCHA. République Démocratique du Congo Note d’informations humanitaires pour la Région du Kasai 22 février 2022. Available from: [https://www.humanitarianresponse.info/sites/www.humanitarianresponse.info/files/documents/files/note-info\\_1\\_kananga\\_fevrier\\_2022\\_.pdf](https://www.humanitarianresponse.info/sites/www.humanitarianresponse.info/files/documents/files/note-info_1_kananga_fevrier_2022_.pdf)



23. Ministère du Genre, Famille et Enfant. Situation des VBG 2021 dans les provinces du grand Kasai.pdf. Final report.
24. Ministère du Genre, Famille et Enfant. Situation des VBG 2022 dans la province du Kasai central au premier trimestre 2022. Final report\_Division Provinciale du Genre.
25. Colombini M, Mayhew S, Watts C. Health-sector responses to intimate partner violence in low- and middle-income settings: a review of current models, challenges and opportunities. *Bull World Health Organ* [Internet]. 2008 Aug [cited 2022 Oct 14];86(8):635–42. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2649453/>
26. Strengthening Gender-Based Violence and HIV Response in Sub-Saharan Africa. Report of Workshop Organised by Liverpool VCT, Care and Treatment (LVCT) World Health Organization (WHO) Sexual Violence Research Initiative (SVRI) 30th - 31st July. Available from: <https://www.svri.org/sites/default/files/attachments/2016-02-02/LVCT%20Workshop%20report.pdf>
27. World Health Organization, UNAIDS. Addressing violence against women and HIV/AIDS: what works? 2010 [cited 2022 Oct 14];44. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44378>
28. Stanton B, Guo J, Cottrell L, Galbraith J, Li X, Gibson C, et al. The complex business of adapting effective interventions to new populations: An urban to rural transfer. *J Adolesc Health* [Internet]. 2005 Aug [cited 2022 Oct 14];37(2):163. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1054139X04002691>
29. Cunningham SD, Card JJ. Realities of replication: implementation of evidence-based interventions for HIV prevention in real-world settings. *Implement Sci* [Internet]. 2014 Jan 6 [cited 2022 Oct 14];9(1):5. Available from: <https://doi.org/10.1186/1748-5908-9-5>
30. United Nations Joint Global Programme on Essential Services for Women and Girls Subject to Violence. Essential Services Package for Women and Girls Subject to Violence Core Elements and Quality Guidelines. Available from: <https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/EN-Modules-AllInOne.pdf>
31. Jasemi M, Valizadeh L, Zamanzadeh V, Keogh B. A Concept Analysis of Holistic Care by Hybrid Model. *Indian J Palliat Care* [Internet]. 2017 [cited 2022 Oct 14];23(1):71–80. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5294442/>
32. Ministère de la Santé. Normes ZS Actualisées juillet 2012x.html.
33. Chynoweth SK, Buscher D, Martin S, Zwi AB. A social ecological approach to understanding service utilization barriers among male survivors of sexual violence in three refugee settings: a qualitative exploratory study. *Confl Health* [Internet]. 2020 Dec [cited 2022 Oct 14];14(1):1–13. Available from: <http://conflictandhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13031-020-00288-8>
34. Médecins sans Frontières. Copy of CD136\_Kasai Central\_Cadre logique\_T2\_2022\_PMR.pdf. Document interne du projet Kananga.
35. Médecins Sans Frontières. CD136\_OPS\_Feuille de route 2022-2023 Kananga\_VF.pdf.Document interne du projet Kananga.

36. Kigume R, Maluka S. Decentralisation and Health Services Delivery in 4 Districts in Tanzania: How and Why Does the Use of Decision Space Vary Across Districts? *Int J Health Policy Manag* [Internet]. 2018 Oct 27 [cited 2022 Oct 14];8(2):90–100. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6462210/>
37. Sreeramareddy CT, Sathyanarayana T. Decentralised versus centralised governance of health services. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2019 Sep 19 [cited 2022 Oct 14];2019(9):CD010830. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6752685/>
38. Saltman RB, Bankauskaite V, Vrangbæk K, editors. Decentralization in health care: strategies and outcomes. Maidenhead: Open Univ. Press; 2007. 298 p. (European observatory an health systems and policies series).
39. Seye Abimbola, Leonard Baatiema, Maryam Bigdeli. Impacts of Decentralization on Health System Equity, Efficiency and Resilience: a realist synthesis of the evidence. *Health Policy and Planning*, Volume 34, Issue 8, October 2019, Pages 605–617. Available from: <https://academic.oup.com/heapol/article/34/8/605/5543691>
40. United Nations Population Funds (UNFPA). The Inter-agency Minimum Standards for Gender-Based Violence in Emergencies Programming. Available from: [https://gbvaor.net/sites/default/files/2019-11/19-200%20Minimun%20Standards%20Report%20ENGLISH-Nov%201.FINAL\\_.pdf](https://gbvaor.net/sites/default/files/2019-11/19-200%20Minimun%20Standards%20Report%20ENGLISH-Nov%201.FINAL_.pdf)
41. 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>
42. World Health Organization. Strengthening the health system response to violence against women in Uganda: lessons learned from adapting and implementing WHO guidelines and tools. Geneva: World Health Organization; 2020 [cited 2022 Oct 14]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/336168>
43. Western Education. Center for Research and Education on Violence against Women and Children. Social Marketing and Prevention of Violence Against Women. Available from: [https://www.vawlearningnetwork.ca/our-work/issuebased\\_newsletters/issue-8/LN\\_Newsletter\\_Issue\\_8\\_2014\\_e\\_version.pdf](https://www.vawlearningnetwork.ca/our-work/issuebased_newsletters/issue-8/LN_Newsletter_Issue_8_2014_e_version.pdf)
44. Department For International Development (DFID). Violence against Women and Girls. A Practical Guide on Community Programming on Violence against Women and Girls. Available from: [https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/67335/How-to-note-VAWG-2-community-prog.pdf](https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/67335/How-to-note-VAWG-2-community-prog.pdf)
45. OXFAM. The Humanitarian-Development-peace Nexus What: does it mean for multi-mandated organizations? Available from: <https://oxfamilibrary.openrepository.com/bitstream/handle/10546/620820/dp-humanitarian-development-peace-nexus-260619-en.pdf>
46. Besiou M, Pedraza-Martinez AJ, Van Wassenhove LN. Humanitarian Operations and the UN Sustainable Development Goals. *Prod Oper Manag* [Internet]. 2021 [cited 2022 Oct 14];30(12):4343–55. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/poms.13579>

47. Paulsell D, Del Grosso P, Supplee L. Supporting Replication and Scale-Up of Evidence-Based Home Visiting Programs: Assessing the Implementation Knowledge Base. *Am J Public Health [Internet]*. 2014 Sep [cited 2022 Oct 14];104(9):1624–32. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4151918/>
48. Médecins Sans Frontières. Boite-à-image VSx + msg (2022.05).pdf. Document interne du projet Kanaga.

><

# ANNEXES

## ANNEXE A : PROTOCOLE DE LA REVUE DOCUMENTAIRE

### 1.0 Objectifs

L'objectif de cette étude documentaire est d'obtenir un aperçu des informations disponibles sur les services liés à la violence sexuelle et basée sur le genre (VSBG), y compris les soins de contraception et d'avortement associés, en République démocratique du Congo (RDC), en mettant l'accent sur la disponibilité et l'utilisation des services dans la région du Kasai central.

#### 1.1 Question de recherche primaire

- Que savons-nous de la disponibilité et de l'utilisation des services liés à la violence sexuelle et basée sur le genre, y compris la contraception et l'avortement, en RDC, en particulier dans la région du Kasai central ?

#### 1.2 Questions de recherche secondaire

- Quel est le contexte général de la VSBG en RDC ?
- Quelle est la disponibilité des services liés à la violence sexuelle et basée sur le genre, y compris les soins de contraception et d'avortement associés, en RDC ?
- Quels sont les facilitateurs et les obstacles à l'accès et/ou à l'utilisation des services liés aux SGVB, y compris les soins associés en matière de contraception et d'avortement, en RDC ?
- Quels sont les rôles et contributions du ministère de la Santé de la RDC, de Médecins Sans Frontières (MSF) et d'autres organisations humanitaires dans l'amélioration de l'accès et de l'utilisation des services liés à la violence sexuelle et basée sur le genre en RDC ?

### 2.0 Introduction

La RDC reste l'un des contextes humanitaires les plus complexes au monde. Des vagues de troubles politiques et de conflits armés, combinées à des urgences de santé publique sporadiques et à des catastrophes naturelles, continuent de provoquer des déplacements massifs de population à l'intérieur et à l'extérieur du pays. Les agences des Nations Unies (ONU), les organisations non gouvernementales internationales (ONG) et les agences de développement internationales opèrent dans le pays depuis des décennies.

Médecins Sans Frontières (MSF) travaille en RDC depuis 1977, à travers des projets variés à long terme, ainsi que des interventions d'urgence locales. En 2017, MSF a lancé le Projet Kananga pour fournir une assistance médicale d'urgence aux survivantes de VSBG dans la province du Kasai central, une région en proie à la crise sécuritaire. Le projet Kananga vise à : 1) Améliorer l'accès aux soins en matière de VSBG et de planification familiale complexe ; et 2) renforcer la capacité des prestataires de soins de santé à prendre en charge les survivantes de violences sexuelles au niveau des centres de santé. Dans le but de mieux comprendre si le projet a atteint les résultats escomptés et d'identifier les moyens d'améliorer le processus en vue d'une reproduction et d'une mise à l'échelle ultérieure, MSF a chargé une équipe de Cambridge Reproductive Health Consultants (CRHC) et de l'Université d'Ottawa (uOttawa) d'entreprendre une évaluation multiméthodes. Grâce à cette étude documentaire, l'équipe d'évaluation compilera les données secondaires existantes afin de documenter le contexte des VSBG en RDC, en général, et dans le Kasai central, en particulier, et de mieux comprendre la disponibilité et l'utilisation des services liés aux VSBG, y compris les soins de contraception et d'avortement associés.

### 3.0 Approche de l'étude documentaire

Nous avons conçu cette étude documentaire comme une étude de champ modifiée. Notre approche adhère au cadre méthodologique proposé pour la première fois par Arksey et O'Malley (2005), puis révisé par Levac, Colquhoun et O'Brien (2010).

#### 3.1 Identification de la question de recherche

Nous avons adopté nos questions de recherche à partir d'un examen préliminaire des documents du projet Kananga et de discussions au sein de l'équipe du projet. Ces questions guideront la portée de cette étude.

### 3.2 Identifier les sources de données pertinentes

Nous prévoyons de considérer un large éventail de matériel source dans cette revue. Nous prévoyons d'inclure toutes les études publiées évaluées par des pairs, les politiques, les rapports et les directives de soins standard du gouvernement de la RDC, ainsi que les rapports et documents de MSF et d'autres ONG pertinentes (voir ci-dessous). En outre, nous passerons en revue la liste de référence de toutes les études et rapports pertinents pour nous assurer que nous avons saisi d'autres sources pertinentes. Etant donné que la province du Kasai Central faisait partie de la province du Kasai occidental avant 2014 et que nous sommes particulièrement intéressés par la situation des VSBG après l'insurrection de Kamuina Nsapu en 2016, notre examen se concentrera sur les documents de référence. (Hoebeke, 2017) Dans le cadre de notre étude, nous nous concentrerons sur le matériel source de 2014 à 2022 (inclus). Nous inclurons la littérature publiée en anglais ou en français ainsi que les documents qui se concentrent sur plusieurs pays et/ou des études comparatives, y compris la RDC.

Tableau 1. Critères d'inclusion et d'exclusion

Population	Toutes les populations incluses
Concept inclus	Violence sexuelle et basée sur le genre, contraception, avortement
Contexte inclus	République Démocratique du Congo
Types de sources de preuves	Tous les types de sources sont inclus
Date d'inclusion et langues	2014-2022, Anglais, Français
Date et langues d'exclusion	Avant 2014, toute langue autre que l'anglais ou le français.

Pour la recherche de littérature grise, nous nous conformerons aux directives de l'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé. (ACMTS, 2019). Nous avons l'intention d'effectuer cette recherche par le biais de Google Scholar. Nous utiliserons les permutations des mots-clés « violence sexuelle et basée sur le genre » et « République démocratique du Congo » et chercherons dans les dix premières pages pour un total de 100 résultats de conclusions potentiellement pertinentes. Nous établirons un graphique des résultats et supprimerons les doublons. En outre, nous passerons en revue les sites web des organisations qui travaillent activement à la lutte contre la violence sexuelle et basée sur le genre, y compris la contraception et l'avortement, en RDC.

Les documents du projet Kananga en cours seront une source importante d'informations pour cette étude documentaire. Nous avons accès aux documents clés du projet par le biais de fichiers partagés et avons demandé des documents supplémentaires à l'équipe de MSF. Nous sommes également en train de collecter les données disponibles localement (auprès de MSF, des autorités sanitaires locales et d'autres acteurs humanitaires) sur le terrain (Kasai Central).

### 3.3 Résumer et rendre compte des résultats

Nous documenterons les caractéristiques des documents sources collectés (type de publication, langue, format, etc.) et nous produirons un résumé narratif des résultats en utilisant des techniques standard d'analyse de contenu, thématique et de discours. Nous rendrons compte des résultats en suivant les directives *PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR)*.

### 3.4 Consultation

Nous organiserons des ateliers/réunions de validation dans le cadre de l'évaluation générale. Nous y intégrerons les conclusions de l'étude documentaire afin d'obtenir un retour d'information des parties prenantes et d'identifier des sources supplémentaires.

## **4.0 Références**

- Arksey H., & O'Malley L. (2005). Scoping studies: towards a methodological framework. *Int J Soc Res Methodol* 8:19-32.
- ACMTS. (2019). *Grey Matters : Un outil pratique pour la recherche de littérature grise dans le domaine de la santé.* <https://www.cadth.ca/grey-matters-practical-tool-searching-health-related-grey-literature-0>

Hoebeke, H. (2017). *L'insurrection de Kamuina Nsapu s'ajoute aux dangers en RD Congo*. International Crisis Group.  
<https://d2071andvip0wj.cloudfront.net/21Mar2017%20Dangers%20in%20DRC.pdf>  
Levac D, Colquhoun H, O'Brien KK. (2010). Scoping studies: advancing the methodology. *Implement Sci* 5:69.  
PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation-Annals of Internal Medicine.  
<https://www.acpjournals.org/doi/10.7326/M18-0850/>

## ANNEXE B : GUIDES D'ENTRETIEN

### Guide d'entretien semi-structuré avec les parties prenantes externes

#### Introduction

Bonjour, je m'appelle Dr Cady Nyombe et je travaille pour Cambridge Reproductive Health Consultants et l'Université d'Ottawa. Merci de prendre le temps de me parler aujourd'hui. Nous aimerions vous inviter à participer à cette entrevue. J'aimerais en savoir plus sur vos connaissances et votre expérience en matière de services de soins de santé pour les survivantes de la violence sexuelle et basée sur le genre au Kasai central et sur votre collaboration avec le projet Kananga. L'entretien durera environ 30 minutes et j'aimerais l'enregistrer sur support audio afin de pouvoir saisir vos propos. Cependant, votre nom et les autres informations permettant de vous identifier ne seront pas communiqués à qui que ce soit, à l'exception des autres membres de l'équipe de recherche. Nous n'attribuerons pas non plus de citations ou d'autres informations à votre personne dans les rapports ou présentations résultants de cette évaluation. Vous pouvez demander à éteindre l'enregistreur à tout moment.

Consentez-vous à participer à l'entretien ?

Oui   
Non

Consentez-vous à ce que l'entretien soit enregistré ?

Oui   
Non

#### Informations générales

1. Veuillez commencer par me parler un peu de vous.

*Sondes/prompts : Rôle professionnel, expérience éducative, organisation/institutions affiliées, durée du travail au Kasai central spécifiquement ?*

2. Veuillez me parler (davantage) de votre travail lié aux questions de VSBG.

*Sondages/prompts : Expériences professionnelles, rôles, durée, etc.*

#### Sécurité et protection des femmes et des filles, des hommes et des garçons

Je voudrais maintenant vous poser une série de questions sur les conditions de sécurité et de protection des femmes, des filles, des hommes et des garçons dans le Kasai central.

3. Parlez-moi de la violence sexuelle et basée sur le genre dans cette communauté.

*Sondes/prompts : Prévalence de la violence sexuelle et basée sur le genre, types de violence, sexe/démographie des survivantes et des auteurs.*

4. A votre avis, quels sont les facteurs qui contribuent à la violence sexuelle et basée sur le genre dans cette communauté ?

*Sondes/prompts : Sexe, pauvreté, culture, statut d'handicapé, niveau d'éducation, etc.*

*Sondes/prompts : Facteur principal/le plus important*

5. Veuillez me parler des groupes spécifiques qui sont les plus exposés aux formes de violence que vous avez mentionnées.

*Sondes/prompts : Femmes, filles, tribus particulières ou communautés ethniques/religieuses, personnes handicapées, minorités sexuelles, etc.*

6. Veuillez me parler des groupes spécifiques qui sont les plus susceptibles d'être les auteurs des violences que vous avez mentionnées ?

*Sondes/prompts : Hommes, tribus particulières ou communautés ethniques/religieuses, personnel militaire, autres membres de la famille, autres groupes.*

### **Réponse communautaire à la VSBG**

7. Que font les communautés, les autorités locales et les organisations de la société civile (églises, mosquées, ONG) pour prévenir et répondre à la violence sexuelle et basée sur le genre ?

*Sondes/prompts : Interventions contre la violence sexuelle et basée sur le genre, principaux acteurs, politiques.*

8. Parlez-moi de ce qui arrive aux auteurs de VSBG dans cette communauté.

*Sondes/prompts : Famille, communauté, forces de l'ordre*

### **Comportements en matière de recherche de soins et préparation de la communauté**

9. Dites-moi ce que les gens font habituellement après avoir été exposés à la violence sexuelle et basée sur le genre ?

*Sondes/prompts : Centre de santé, institutions religieuses, famille, agent de santé, chef de village, travailleurs communautaires, police, etc.*

*Sondes/prompts : Types de violence*

10. A votre avis, qu'est-ce qui facilite la capacité des femmes et des filles à rechercher des services liés à la violence sexuelle et basée sur le genre dans cette communauté ?

*Sondes/prompts : Soutien familial, soutien communautaire, type de violence, éducation, niveau socio-économique, autres données démographiques.*

*Sondes/prompts : Disponibilité des services, accessibilité des services, connaissance des services, qualité des services, stigmatisation, peur.*

*Sondes/prompts : Est-ce différent pour les hommes et les garçons qui recherchent des services ? Des sous-populations spécifiques ?*

11. Selon vous, quels obstacles les femmes et les filles rencontrent-elles lorsqu'elles recherchent des services liés à la violence sexuelle et basée sur le genre dans cette communauté ?

*Sondes/prompts : Soutien familial, soutien communautaire, type de violence, éducation, niveau socio-économique, autres données démographiques.*

*Sondes/prompts : Disponibilité des services, accessibilité des services, connaissance des services, qualité des services, stigmatisation, peur.*

*Sondes/prompts : Est-ce différent pour les hommes et les garçons qui recherchent des services ? Des sous-populations spécifiques ?*

12. A votre avis, qu'est-ce qui facilite la capacité des femmes et des filles à signaler les cas de VSBG dans cette communauté ?

*Sondes/prompts : Soutien familial, soutien communautaire, type de violence, éducation, niveau socio-économique, autres données démographiques.*

*Sondes/prompts : Disponibilité des services, accessibilité des services, connaissance des services, qualité des services, stigmatisation, peur.*

*Sondes/prompts : Est-ce différent pour les hommes et les garçons qui cherchent à dénoncer ? Des sous-populations spécifiques ?*

13. Selon vous, quels obstacles les femmes et les filles rencontrent-elles lorsqu'elles cherchent à signaler des cas de VSBG dans cette communauté ?

*Sondes/prompts : Soutien familial, soutien communautaire, type de violence, éducation, niveau socio-économique, autres données démographiques.*

*Sondes/prompts : Disponibilité des services, accessibilité des services, connaissance des services, qualité des services, stigmatisation, peur.*

*Sondes/prompts : Est-ce différent pour les hommes et les garçons qui recherchent des services ? Des sous-populations spécifiques ?*

14. Veuillez me parler des mesures prises par la communauté/les autorités locales/les institutions religieuses pour protéger les personnes contre la violence sexuelle et basée sur le genre ?

*Sondages/prompts : Détection des cas, orientation, sensibilisation, etc.*

### **Disponibilité et accessibilité des services**

15. Parlez-moi des organisations/installations dans cette région qui fournissent activement une assistance aux survivantes de VSBG ?

*Sondes/prompts : Centre de santé, institutions/responsables religieux, famille, agent de santé, chef de village, police, etc.*

*Sondes/prompts : Type de violence*

16. Quels sont les services généralement proposés par ces organisations/installations aux victimes de VSBG dans votre communauté/zone sanitaire ?

*Sondes/prompts : Besoins des survivantes en matière de santé physique, sexuelle et reproductive, de santé mentale, de justice, de sécurité et de réintégration socio-économique.*

*Sondes/prompts : Type de violence*

17. Les services existants en matière de VSBG sont-ils accessibles à tous les membres de la communauté/zone sanitaire ? Veuillez expliquer.

*Sondes/prompts : Personnes vivantes avec un handicap ? Adolescents/jeunes filles ? Hommes et garçons ?*

*Autres sous-groupes ?*

18. Veuillez me parler de toute collaboration ou de tout partenariat dans ce domaine qui se concentre sur la prévention ou la réponse aux problèmes de VSBG.

*Sondes/prompts : Partenariats existants, partenariat avec MSF, opportunités/forums de partenariat.*

### **Programmes de prévention et de réponse à la VSBG au Kasaï central/RDC**

19. Quels changements, le cas échéant, avez-vous observés dans le « paysage » de la prévention et de la réponse à la VSBG au cours des cinq dernières années ?

*Sondes/prompts : nouveaux acteurs, financement, activités de sensibilisation, tout changement en termes de prévalence et de populations vulnérables ? Des changements en termes de profil des auteurs ?*

20. Pouvez-vous me décrire un programme ou une initiative qui a été particulièrement réussi ?

*Sondes/prompts : Détails*

21. Pouvez-vous me décrire un programme ou une initiative qui a particulièrement échoué ?

*Sondes/prompts : Détails*

22. Connaissez-vous le projet Kananga ?

*Sondes/prompts : Si oui, demander comment le participant en a entendu parler, s'il connaît quelqu'un qui a utilisé les services, ses opinions sur le projet, comment il pourrait être amélioré.*

*Sondes/prompts : Si non, fournir une brève description et demander l'opinion du participant sur le projet.*

### **Recommandations pour l'amélioration des services, y compris l'accès**

23. Selon vous, que pourrait-on faire pour améliorer les services liés à la violence sexuelle et basée sur le genre dans cette région ?

24. Selon vous, que pourrait-on faire pour améliorer le signalement de la VSBG dans cette région ?

25. Selon vous, que pourrait-on faire pour améliorer les collaborations et la coordination autour des programmes de prévention et de réponse à la VSBG dans cette région ?

### **Conclusion**

Merci beaucoup ! Ce sont toutes les questions que je me pose.

- Y a-t-il autre chose que vous souhaitez ajouter ?
- Y a-t-il quelque chose que vous auriez voulu que je vous demande, mais que j'ai omis ?
- Vous avez des questions à me poser ?

*Merci ! Ceci conclut notre conversation d'aujourd'hui. Nous vous remercions de votre participation. Toutes les informations que vous nous avez données aujourd'hui nous seront très utiles. Encore une fois, nous vous assurons qu'elles resteront confidentielles.*



## Guide d'entretien semi-structuré pour les clients du centre de santé de Kamuandu

### Introduction

Bonjour, je m'appelle Dr Cady Nyombe et je travaille pour Cambridge Reproductive Health Consultants et l'Université d'Ottawa. Merci de prendre le temps de me parler aujourd'hui. Nous aimerions vous inviter à participer à cet entretien. Nous aimerions en savoir plus sur votre connaissance et votre expérience des services liés à la violence sexuelle et basée sur le genre dans ce centre de santé. L'entretien durera environ 30 minutes et nous aimerions l'enregistrer sur bande sonore afin de pouvoir saisir ce que vous dites. Cependant, votre nom et les autres informations permettant de vous identifier ne seront pas communiqués à qui que ce soit, à l'exception des autres membres de l'équipe d'évaluation. Nous n'attribuerons pas non plus de citations ou d'autres informations à votre personne dans les rapports ou présentations résultants de cette évaluation. Vous pouvez demander d'éteindre l'enregistreur à tout moment.

Consentez-vous à participer à l'entretien ?

Oui   
Non

Consentez-vous à ce que l'entretien soit enregistré ?

Oui   
Non

### Informations générales

1. Veuillez commencer par me parler un peu de vous.

*Sondes/prompts : Âge, état civil, nombre d'enfants, niveau d'éducation, profession, tribu/ethnicité, région/lieu d'origine, etc.*

2. Où habitez-vous actuellement ?

*Sondes/prompts : Distance du centre de santé*

### Accès aux soins de santé généraux

J'aimerais maintenant vous poser quelques questions sur les soins de santé dans votre communauté.

3. Pour commencer, parlez-moi des problèmes de santé les plus importants dans votre communauté ?

4. J'aimerais maintenant que vous me parliez des services de santé disponibles dans cette communauté ?

*Sondes/prompts : Types de services, disponibilité des services, organisations fournissant des services.*

5. Comment les habitants de cette communauté sont-ils informés de la disponibilité des services ?

*Sondes/prompts : Sources d'information, activités de sensibilisation, bouche-à-oreille.*

6. A votre avis, qu'est-ce qui facilite la capacité des femmes et des filles à rechercher des services de santé dans cette communauté ?

*Sondes/prompts : Soutien familial, soutien communautaire, éducation, niveau socio-économique, autres données démographiques.*

*Sondes/prompts : Disponibilité des services, accessibilité des services, connaissance des services, qualité des services, stigmatisation, peur.*

*Sondes/prompts : Est-ce différent pour les hommes et les garçons qui recherchent des services ? Des sous-populations spécifiques ?*

7. À votre avis, quels sont les obstacles que les femmes et les filles rencontrent lorsqu'elles cherchent à obtenir des soins de santé ?

*Sondes/prompts : Soutien familial, soutien communautaire, éducation, niveau socio-économique, autres données démographiques.*

*Sondes/prompts : Disponibilité des services, accessibilité des services, connaissance des services, qualité des services, stigmatisation, peur.*

*Sondes/prompts : Est-ce différent pour les hommes et les garçons qui recherchent des services ? Des sous-populations spécifiques ?*

8. Veuillez me parler de toute lacune dans les services de santé disponibles dans cette région.

*Sondes/prompts : Santé sexuelle et reproductive, services pour des sous-populations spécifiques d'intérêt.*

### **Antécédents en matière de santé génésique**

J'aimerais maintenant vous poser quelques questions sur vos antécédents en matière de santé reproductive.

9. Comment décririez-vous votre santé reproductive en général ?

*Sondes/prompts : Problèmes/conditions actuels*

10. Veuillez me parler d'événements importants ou mémorables liés à la santé reproductive dans votre vie ?

*Sondes/prompts : Collectez les détails de chaque événement, y compris le nombre de grossesses, d'accouchements, d'avortements et de fausses couches.*

11. Où cherchez-vous habituellement des services de santé sexuelle ou reproductive ?

*Sondes/prompts : Centre de santé, hôpital, services des ONG, tradipraticiens/matrones, etc.*

*Sondes/prompts : Pourquoi choisissez-vous d'obtenir des services auprès de ces prestataires ?*

### **Expérience de la violence sexuelle**

Je crois savoir que vous avez récemment bénéficié de services dans le cadre du projet Kananga. Afin d'en savoir plus sur votre expérience de ces services, j'aimerais vous poser quelques questions sur la violence que vous avez subie avant d'utiliser ces services. Je sais qu'il faut beaucoup de courage pour parler de quelque chose d'aussi personnel et je tiens à vous remercier de partager votre histoire avec nous. Je tiens également à vous rappeler que vous pouvez interrompre l'entretien à tout moment et que vous n'êtes pas obligée de répondre à mes questions si vous ne le souhaitez pas. Nous pouvons également faire une pause si vous en avez besoin.

12. Parlez-moi de la violence que vous avez subie et qui vous a amené à consulter le centre de santé ?

*Sondes/prompts : Type de violence (sexuelle, physique, émotionnelle, etc.), date/année et lieu.*

*Sondages/prompts : Relation avec le ou les auteurs de l'infraction*

13. Avez-vous parlé à quelqu'un de la violence que vous avez subie ?

*Sondes/prompts : Si oui, avec qui et pourquoi ? Si non, pourquoi ?*

*Sondes/prompts : Réactions des personnes que vous*

### **Soins et soutien en matière de violence sexuelle**

Merci d'avoir partagé cela avec moi. Je voudrais maintenant vous poser quelques questions sur les soins liés aux VSS que vous avez reçus dans ce centre de santé.

14. Dites-moi ce qui vous a amené à vous faire soigner par ce centre de santé/projet Kananga ?

*Sondes/prompts : Comment avez-vous su que la prise en charge des VSS était disponible dans ce centre de santé ?*

*Sondes/prompts : Source d'information, référée par les ambassadeurs, les pairs (une autre victime), la police, etc.*

15. Comment avez-vous pris la décision de vous faire soigner ?

*Sondes/prompts : Sources de soutien entourant la décision de recourir aux soins de santé*

*Sondes/prompts : Types de soins nécessaires/désirés*

16. Parlez-moi des soins que vous avez reçus.

*Sondes/prompts : Passez en revue la première rencontre, discutez des rencontres suivantes.*

*Sondes/prompts : Explorer les services non médicaux — soutien juridique, protection, engagement familial.*

17. Que pensez-vous du service que vous avez reçu dans ce centre de santé ?

*Sondes/prompts : Les besoins et les attentes ont-ils été satisfaits ? Pourquoi/pourquoi pas ?*

*Sondes/prompts : Dites-nous ce que vous avez le plus aimé et pourquoi ?*

*Sondes/prompts : Dites-nous ce que vous n'avez pas aimé le plus et pourquoi ?*

18. Veuillez me parler des difficultés que vous avez rencontrées pour accéder aux services de ce centre de santé ?

*Sondes/prompts : Soutien familial, soutien communautaire, type de violence, éducation, niveau socio-économique, autres données démographiques.*

*Sondes/prompts : Disponibilité des services, accessibilité des services, connaissance des services, qualité des services, stigmatisation, peur.*

*Sondes/prompts : Questions d'intersectionnalité/sous-population*

19. Recommanderiez-vous ce centre de santé à d'autres personnes de votre communauté ?

*Sondes/prompts : Pourquoi/pourquoi pas ? Explorer les questions relatives aux sous-populations.*

### **Recommandations d'amélioration**

Merci beaucoup — nous avons presque terminé ! J'aimerais maintenant vous poser quelques questions sur la manière dont les services de lutte contre la violence sexuelle et basée sur le genre pourraient être améliorés dans votre communauté.

20. A votre avis, qu'est-ce qui pourrait être fait pour améliorer les services liés aux VSBG dans ce centre de santé ?

*Sondes/prompts : Disponibilité des services, accessibilité des services, connaissance des services, qualité des services, confidentialité.*

21. Selon vous, que pourrait-on faire pour améliorer les services liés à la violence sexuelle et basée sur le genre dans votre communauté ?

*Sondes/prompts : Disponibilité des services, accessibilité des services, connaissance des services, qualité des services, confidentialité.*

22. Selon vous, que pourrait-on faire pour prévenir la violence sexuelle et basée sur le genre dans votre communauté ?

*Sondes/prompts : Soutien communautaire, sensibilisation, soutiens socio-économiques*

23. Selon vous, que pourrait-on faire pour soutenir le signalement de la VSBG dans votre communauté ?

*Sondes/prompts : Soutien familial, soutien communautaire, sensibilisation, soutiens socio-économiques.*

*Sondes/prompts : Disponibilité des services, accessibilité des services, connaissance des services, qualité des services, stigmatisation, peur, services juridiques, services de réinsertion.*

### **Conclusion**

Merci beaucoup ! Ce sont toutes les questions que je me pose.

- Y a-t-il autre chose que vous souhaitez ajouter ?
- Y a-t-il quelque chose que vous auriez voulu que je vous demande, mais que j'ai omis ?
- Vous avez des questions à me poser ?

*Merci ! Ceci conclut notre conversation d'aujourd'hui. Nous vous remercions de votre participation. Toutes les informations que vous nous avez données aujourd'hui nous seront très utiles. Encore une fois, nous vous assurons qu'elles resteront confidentielles.*

## **ANNEXE C : BIOGRAPHIES DES MEMBRES DE L'ÉQUIPE D'ÉVALUATION**

L'équipe d'évaluation est composée de cinq évaluateurs externes ayant une expertise avérée dans la conduite d'évaluations de programmes dans des contextes humanitaires, la conduite de recherches participatives et appliquées, le développement de programmes pour répondre aux besoins des survivantes de la violence sexuelle et basée sur le genre (SGBV), et la diffusion des résultats à des publics divers.

**Cady Nyombe**, évaluatrice principale, est une candidate congolaise au doctorat 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 a 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 statistique et qualitative avancées. De langue maternelle française, le Dr Nyombe maîtrise également les langues locales parlées au Kasai (lingala et tshiluba), ce qui facilitera 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 les autres parties prenantes. Le Dr Nyombe sera responsable de la coordination de l'évaluation, de la gestion des opérations quotidiennes et de la liaison avec les parties prenantes locales et nationales. Elle dirigera également les efforts de collecte, d'analyse et de 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 du Népal en tant que superviseur de santé 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 servira d'assistant d'évaluation et soutiendra le développement des outils d'évaluation, la collecte et l'analyse des données, ainsi que l'interprétation et la diffusion des résultats.

**Manizha Ashna**, adjointe à l'évaluation, est une étudiante au doctorat en santé des populations à l'Université d'Ottawa. Originaire d'Afghanistan, elle détient un doctorat en médecine de l'Université de Balkh et une maîtrise en sciences de la santé de l'Université d'Ottawa. La Dre Ashna était auparavant responsable nationale des questions de genre au bureau de pays de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) en Afghanistan. Elle possède une expérience considérable dans la conduite d'évaluations multiméthodes et à méthodes mixtes, ainsi qu'une expertise dans la prévention et la réponse à la VSBG dans les contextes humanitaires. Elle parle couramment l'anglais et possède des compétences professionnelles en français. Elle servira d'assistante d'évaluation et soutiendra le développement des outils d'évaluation, la collecte et l'analyse des données, ainsi que l'interprétation et la diffusion des résultats.

**Meg Braddock**, conseillère technique principale, est une consultante indépendante qui possède une vaste expérience de la conception, du soutien technique et de l'évaluation de programmes relatifs à la santé et aux droits sexuels et génésiques et aux VSBG 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 en matière de VSBG au niveau de l'élaboration des politiques ainsi que de 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 apportera un soutien technique et une contribution à l'équipe pour la conception de l'évaluation, l'analyse des données et la rédaction des rapports.

**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'un baccalauréat de l'Université Stanford. Le Dr 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, et a rédigé plus de 120 publications et coédité 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 l'investigatrice principale internationale d'une étude multi-pays évaluant la faisabilité de l'établissement d'un ensemble d'indicateurs de base de la santé sexuelle et reproductive dans des contextes humanitaires, y compris en RDC, commandée par l'OMS. Le Dr Foster sera 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**

Publication préparée indépendamment par

Cady Nyombe Gbomosa, PhD(c), MD, MPH

Nished Rijal, PhD(c), MPH

Manizha Ashna, MD, MSc

Meg Braddock, MA(Oxon), MTech, MEcon, Dip Ed

Angel M. Foster, DPhil, MD, AM

(Novembre 2022)