

Est-il nécessaire d'élargir un programme de victimes de violence sexuelle à d'autres conditions pour réussir ?

Rapport d'évaluation d'un programme MSF portant sur les violences sexuelles et infections sexuellement transmises à Mambasa , République démocratique du Congo (2016 - 2020)





Messages affichés au BCZ Mambasa
(Zone de santé de Mambasa) à destination du public
dans le but de promouvoir l'implication des hommes
dans le PF et les services VIH

Période de l'Évaluation : Décembre 2020 - Mars 2021

Date de Publication : Mai 2021

Réalisé par l'Agence Européenne pour le Développement et la Santé (AEDES)

Evaluateurs : Jaak-Labeeuw, Baganda Fakage et Quentin Baglione

© Photo Cover : Doris Burtscher/MSF, July 2017

© Photo Backcover : Natacha Buhler/MSF

Évaluation pilotée par l'Unité d'Évaluation de Vienne de MSF

Auteurs

Jaak Labeeuw est un évaluateur chevronné qui a commencé sa carrière comme médecin généraliste dans divers milieux tels que des camps de réfugiés en Thaïlande, médecin généraliste dans des hôpitaux de district et professeur pour des assistants médicaux en Zambie, et chef de mission d'un projet bilatéral de contrôle des IST au Kenya. Après un Master en politique de santé à LSE/LSTMH, il a travaillé en Belgique à l'Institut Scientifique de Santé Publique (maintenant Sciensano) et aux Services Publics Fédéraux Affaires Etrangères, où il était responsable de la politique de coopération SIDA et santé. Ensuite, en tant que consultant, il a mené de multiples formulations et des dizaines missions de suivi ainsi que d'évaluation de projets, programmes et appui budgétaire dans plus de 40 pays en Afrique francophone et anglophone, au Moyen-Orient et en Asie.

Baganda Fakage est diplômé d'un Master en santé publique, option « Santé et développement » délivré par la République Française, Université Henri Poincaré (Nancy), Faculté de Médecine, ainsi qu'un brevet en Administration des Programmes et Gestion des Projets délivré par la Fondation pour le Management du Développement (MDF) aux Pays-Bas. Il a mené plusieurs évaluations des projets et programmes pour les partenaires, et géré des projets en qualité de responsable de programme et facilité les formations. Il dispose également d'une vaste expérience dans la conduite des études sur le financement de la santé et la gratuité des soins. Il a travaillé au Kenya, en Tanzanie, au Burundi, au Rwanda, en Ouganda, au Congo, au Cameroun, au Gabon, en Zambie, au Congo-Brazzaville, et connaît particulièrement bien la RDC.

Quentin Baglione est économiste de la santé spécialisé en financement des hôpitaux et en évaluation économique, et compte plus de 10 années d'expérience internationale. Il mène des études en milieu hospitalier (étude de coûts et tarification forfaitaire, analyse financière et d'impact budgétaire, etc.) et des évaluations économiques : modèles de soins des maladies chroniques, méthodes de dépistage précoce du VIH, modèles de surveillance de l'accès aux traitements médicaux, impact des ruptures de stocks d'antirétroviraux, etc. Quentin Baglione participe aussi à la conception et au suivi des projets (analyse de la situation, estimation des besoins, cadre logique, budget, des modalités, de la structure de suivi, de la note conceptuelle, du protocole d'accord, etc., et évaluation des programmes).

Mots clés : évaluation, violences sexuelles, infections sexuellement transmises, planification familiale, République démocratique du Congo

Avertissement : Les auteurs tiennent à souligner que les opinions exprimées dans ce rapport sont basées sur leurs travaux et ne sauraient engager personne d'autre qu'eux-mêmes. Les opinions exprimées dans cette publication ne reflètent pas nécessairement celles de Médecins Sans Frontières ou de son Unité d'évaluation de Vienne.

The Vienna Evaluation Unit / L'Unité d'évaluation de Vienne

Depuis 2005, l'Unité d'évaluation de Vienne produit des évaluations de qualité qui contribuent à l'apprentissage et à la responsabilisation au sein de MSF. L'Unité effectue et supervise différents types d'évaluations, d'exercices d'apprentissage et d'études anthropologiques, en plus d'organiser des ateliers de formation. De plus amples informations ainsi qu'une version électronique des rapports d'évaluation et des rapports anthropologiques sont disponibles à l'adresse : <http://evaluation.msf.org>.

Abréviations et acronymes

BCZS	Bureau central de la zone de santé
CAC	Cellule d'animation communautaire
CAP	Connaissances, attitudes et pratiques
COVID-19	Maladie à coronavirus 2019, <i>Coronavirus disease 2019</i>
CS	Centre de santé
DCIP	Dépistage et counseling à l'initiative du prestataire
DHIS2	<i>District Health Information System</i>
DPS	Division provinciale de santé
FARDC	Forces Armées de RDC
FOSA	Formation sanitaire
HGR	Hôpitaux généraux de référence
HP	Promoteurs de santé, <i>health promoters</i>
IRA	Insuffisance rénale aiguë
IST	Infection sexuellement transmissible
IT	Infirmier/infirmière titulaire
ITA	Infirmier/infirmière titulaire adjoint(e)
IVG	Interruption volontaire de grossesses
MCZ	Médecin-chef de zone
MSC	<i>Most Significant Change</i> – le changement le plus significatif
MSF	Médecins Sans Frontières
MSP	Ministère de la santé publique
OCG	Centre opérationnel de Genève
ONG	Organisation non gouvernementale
OPJ	Officier de la police judiciaire
PEC	Prise en charge
PEP	<i>Post-Exposure Prophylaxis</i> , Prophylaxie post-exposition
PF	Planification familiale
PPT	Powerpoint
QE	Question d'évaluation
RDC	République démocratique du Congo
Reco	Relais communautaire
RFO	Réserve de faune à okapis
RHS	Ressources humaines pour la santé
SNIS	Système national d'information sanitaire
SR	Santé reproductive
TdC	Théorie de changement
TdR	Termes de référence
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
VS	Violence sexuelle
VSS	Violence sexuelle et sexiste
VVS	Victime de violence sexuelle
ZS	Zone de santé

Table des matières

1 Résumé	1
2 Introduction.....	5
2.1. Description du contexte	5
2.2. Description du projet	5
2.3. Objectifs et portée de l'évaluation.....	6
3 Méthodologie de l'évaluation	7
3.1. Cadre conceptuel de l'évaluation.....	7
3.2. Cadres logiques et théorie de changement du projet	8
3.3. Approche d'évaluation	8
3.4. Considérations éthiques.....	11
3.5. Limitations.....	11
4 Résultats	13
4.1. Critère 1 : Fidélité	13
4.2. Critère 2 : Dose.....	22
4.3. Critère 3 : Couverture.....	30
4.4. Critère 4 : Connectivité.....	39
4.5. Critère 5 : Réactivité des participants	41
5 Conclusions et recommandations	43
5.1. Conclusion	43
5.2. Recommandations.....	45
6 Annexes	47
6.1. Annexe 1 : Termes de référence	47
6.2. Annexe 2 : Cartes des ZS Mambasa, Nia Nia et Mandima	52
6.3. Annexe 3 : Liste des personnes interviewées	54
6.4. Annexe 4 : Code d'éthique de l'AEDES.....	55
6.5. Annexe 5 : Matrice d'évaluation	57
6.6. Annexe 6 : Bibliographies.....	62

Liste des figures

Figure 1 : Sites d'intervention de 2016 à 2020	6
Figure 2 : Les fonctions principales d'une évaluation du processus et leurs relations	7
Figure 3 : Proposition de théorie de changement du projet	10
Figure 4 : Nouveaux cas de VSS en 2019 par type d'agresseur	21
Figure 5 : Provenance de cas de VSS en 2019 et 2020 pour les ZS appuyées : BINASE.....	27
Figure 6 : Provenance de cas de VSS en 2019 et 2020 pour les ZS appuyées : PK25	27
Figure 7 : Nombre de nouveaux cas d'IST à Binase de juillet 2019 à décembre 2020	28
Figure 8 : Fréquence de nouveaux cas de VSS dans les trois CS visités.....	31
Figure 9 : Fréquence des nouveaux cas d'IST dans les trois CS visités	31
Figure 10 : Proportion des cas de VSS vus dans les 72 heures dans les trois CS visités	32
Figure 11 : Fréquence des nouvelles acceptantes PF dans les trois CS visités	32
Figure 12 : Rapport des taux d'utilisation des services aux VVS dans les trois CS visités versus leurs ZS.	33
Figure 13 : Rapport des taux d'utilisation des services IST dans les trois CS visités versus leurs ZS	34
Figure 14 : Rapport des taux d'utilisation des services de PF dans les trois CS visités versus leurs ZS.	34
Figure 15 : Nouveaux cas de VSS à Mambasa et Nia Nia.....	35
Figure 16 : Nouveaux cas d'IST à Mambasa et Nia Nia	35
Figure 17 : Nouveaux cas de PF à Mambasa et Nia Nia.....	36
Figure 18 : Nouveaux cas d'IVG pour tout le projet	36

Liste des tableaux

Tableau 1 : Liens entre les objectifs et les critères de l'évaluation	8
Tableau 2 : Comparaison des cadres logiques de 2016 et des deux versions 2019	16
Tableau 3 : Cibles et résultats obtenus pour 2018 et 2019.....	20
Tableau 4 : Nombre total de nouvelles consultations pour VS à PK25 avant et après le remboursement du transport et la sensibilisation	28
Tableau 5 : Rappel des objectifs et critères d'évaluation.....	43

1 Résumé

Le projet MSF Mambasa vise à réduire la morbidité et la mortalité liées à la violence sexuelle (VS), et aux infections transmises sexuellement (IST) dans trois zones de santé (ZS) : Mambasa, Nia Nia et Mandima. Cet objectif devait être atteint en garantissant l'accès aux soins de santé et la prise en charge des victimes de violences sexuelles (VVS) et des personnes atteintes d'IST, l'accès à la planification familiale, ainsi que le soutien au ministère de la Santé publique (MSP) en matière de surveillance épidémiologique. Le territoire de Mambasa dans la province de l'Ituri en République démocratique du Congo (RDC) est une zone particulièrement vulnérable à la violence et aux crises épidémiologiques, qui forcent des arrêts temporaires de services.

Le but de cette évaluation est de déterminer si l'approche adoptée a été optimale en vue d'une prise de décision éclairée sur la poursuite du projet avec un prochain cycle en 2021, et d'évaluer si des éléments sont transférables à d'autres interventions. Les quatre objectifs de l'évaluation sont i) déterminer les différences entre les résultats attendus et observés du projet et examiner les principales raisons de ces différences, ii) examiner comment le projet s'est adapté aux changements de contexte, iii) évaluer le degré d'intervention essentiel pour atteindre les résultats souhaités du projet et iv) analyser la perception qu'a la communauté des services fournis, ainsi que la perception de son engagement dans l'intervention. Les termes de référence précisent également cinq critères d'évaluation : fidélité (la mesure dans laquelle l'intervention a été mise en œuvre comme prévu), dose (l'adéquation de la quantité d'intervention), couverture (si/-comment le public visé a participé au projet ou à ses composantes spécifiques), connectivité (la mesure dans laquelle l'intervention est en rapport avec les capacités et les ressources locales) et réactivité des participants (perception par le public visé des résultats et de la pertinence du projet), avec à chaque fois deux à trois questions d'évaluation portant sur la mise en œuvre et les mécanismes de causalité.

La méthodologie consiste en une revue documentaire, des entretiens individuels et groupes de discussion avec des informateurs clés dont les autorités provinciales et zonales, le personnel du MSP et de MSF, l'administration de questionnaires au personnel du MSP (1 CS) et aux patients (25 anciens cas de VVS et 38 d'IST/de PF), un audit des dossiers de patients IST, PF et VVS et l'observation lors des visites terrain. Trois des cinq CS où le projet est resté actif ont été visités (Binase dans la ZS de Mambasa, et Afya et PK25 dans la ZS de Nia Nia). Enfin, les données DHIS2 (BCZS et DPS) et les données de projet MSF ont été collectées et analysées. La méthode du « changement le plus significatif » a également été utilisée lors des entretiens avec les personnels du MSP et les patients.

Les limites de l'évaluation sont i) au moment de l'évaluation, le projet est en veille et le personnel clé MSF n'est pas sur place, ii) seulement trois CS ont pu être visités, iii) le biais de réponse des informateurs clés (conflits d'intérêts), iv) l'absence d'une base de données MSF couvrant toute la période de l'intervention et v) les difficultés liées à la pandémie de COVID-19.

Critère 1 : FIDÉLITÉ (la mesure dans laquelle l'intervention a été mise en œuvre comme prévu)

Les activités réalisées sont l'appui aux trois ZS pour la provision de services VVS, IST et planification familiale (PF) gratuits et de qualité, l'interruption volontaire des grossesses (IVG) et la lutte contre les épidémies via la formation du personnel du MSP, la supervision, la promotion de la santé, le déploiement de personnel MSF dans les centres de santé (CS) appuyés, l'approvisionnement en intrants, l'enveloppe financière du CS pour les frais de fonctionnement et la motivation, le remboursement des transports pour les VVS et des appuis ad hoc (eau et assainissement, etc.).

Les défis concernaient la formation du personnel du MSP avec la rotation du personnel, la formation du personnel féminin pour la prise en charge (PEC) des VVS, la supervision commune avec les Bureaux centraux de zone de santé (BCZS), la promotion de la santé (rayon d'action limité des promoteurs de santé (HP) (insécurité)), l'approvisionnement de certains intrants (une rupture rapportée en intrants

IVG lors de la visite (janvier 2021)), et des barrières financières persistantes pour les VVS (VVS accédant aux services des hôpitaux généraux de référence (HGR) où les patients sont dirigés par l'office de police judiciaire (OPJ), le passage « payant » par la police (1^{er} contact) et les paiements illicites au CS (dans au moins un CS visité). Enfin, la difficulté d'assurer un appui de qualité à neuf CS a conduit le projet à réduire son appui à six CS.

Les adaptations apportées au cours du projet sont les modifications du cadre logique et l'introduction de cibles pour les indicateurs, les modifications des sites d'intervention et la réduction à six sites (au lieu de neuf), le déploiement d'infirmiers dans les CS, l'ajout d'activités supplémentaires (PF, IVG, épidémies, afflux de blessés), les services de proximité (cliniques mobiles et cases d'écoute) et les innovations telles que l'E-care pour la PEC des IST, Sayana Press[®] pour la PF, et le Dépistage et counseling à l'initiative du prestataire (DCIP) du VIH.

Le résultat majeur du projet, le nombre de VVS pris en charge reste constant en 2018 et 2019 autour de 70 % de la cible, ce qui est nettement en deçà des attentes. En revanche, leur proportion vue dans les 72 heures atteint 95 % de la cible (71 % versus 75 % des cas de VVS). L'implication des hommes comme porte d'entrée pour la PEC des VVS a échoué comme démontré par le nombre de consultations de partenaires exposés aux IST qui oscille entre 14 et 15 % (28 % et 30 % de la cible de 50 %). En 2019, le nombre de nouveaux cas d'IST pris en charge dépasse largement les attentes. Il est probable que ce succès soit dû au choix des nouveaux sites d'interventions en 2019, et donc à une meilleure couverture. Le grand succès de la PF est largement dû aux besoins non satisfaits criants en matière de PF - 23,4 % à Kinshasa et 27,7 % dans toute la RDC - principalement par manque de disponibilité ou d'accès financier.

Critère 2 : DOSE (l'adéquation de la quantité d'intervention)

Les composantes essentielles du projet ont été une stabilité minimale des services et du personnel MSF, la qualité et la complétude de la PEC, l'intégration des services dans les structures du MSP, l'approvisionnement sans interruption d'intrants de qualité et leur distribution jusqu'au dernier kilomètre, la sensibilisation par la radio, les relais communautaires (Recos), les promoteurs de santé, les sketches radio, etc.

Le retrait en avril 2020 a été mal conçu : une communication défaillante (communiqué trompeur, acteurs clés non informés, etc.), l'arrêt des Recos du MSP et l'arrêt du transport remboursé aux VVS.

Les services minimaux pour garantir la continuité des services en période de veille de projet sont i) une PEC complète et gratuite des VVS – incluant les transports, ii) la collaboration avec les autres acteurs du secteur, iii) l'approvisionnement en médicaments, iv) la formation, le coaching, la supervision renforcée et les enquêtes patients/ménages, v) la promotion de la santé, en particulier les HP et les Recos.

Les ressources humaines (RH) ont été globalement suffisantes. Les promoteurs de santé MSF ont été indispensables, et les équipes de supervision MSF étaient adéquates, mais n'ont pas suffisamment pu impliquer les équipes-cadres du BCZS et de la division provinciale de santé (DPS). Elles auraient pu être renforcées lors la veille du projet en 2020 afin de compenser le retrait du personnel MSF des CS. La forte rotation et l'instabilité du personnel MSF a eu un impact négatif. Le déploiement systématique et indifférencié d'infirmiers, psychologues et promoteurs de santé MSF dans les CS crée des problèmes de pertinence et de durabilité (personnel pléthorique dans certains CS, certaines ZS déjà appuyées dans la PEC psychologique des VVS.) Enfin, une enveloppe globale et unique pour le personnel est inéquitable et potentiellement contre-productive.

Critère 3 : COUVERTURE (si/comment le public visé a participé au projet ou à ses composantes spécifiques)

Les soins médicaux pour les VVS sont recherchés dans les 72 heures dans 60 % à 72 % des cas, se rapprochant de la cible de 75 %. La cible de 6.000 bénéficiaires par an des services IST a été largement

dépassée (8.662 cas en 2019). L'utilisation des services de PF et d'IVG a augmenté en flèche depuis leur introduction.

La ZS de Mambasa est relativement bien couverte avec le CS Binase en position centrale et fonctionnant bien - même en état de veille du projet. Les besoins en soins pour les VVS semblent diminuer et les besoins en soins pour les IST sont stables.

La ZS de Nia Nia a été très touchée par l'arrêt du projet entre 2017 et 2018, alors que les besoins en soins pour les VVS étaient similaires et les besoins en services IST largement supérieurs à ceux de Mambasa. L'arrêt de l'appui à la ZS de Nia Nia en 2017 n'était donc pas pertinent. Enfin, la ZS de Nia Nia devrait continuer à être appuyée compte tenu des besoins et de l'absence complète de partenaires (contrairement à Mambasa).

La remontée d'informations et de données fiables est aussi appréciée de la DPS, qui prône un appui de MSF à la surveillance des décès maternels dans la communauté.

La communauté indique être conscientisée sur les IST, la PF et les VSS, telle qu'en témoigne la forte augmentation des services comme la distribution de préservatifs et de méthodes contraceptives et la forte augmentation des VVS se présentant avant 72 heures.

La VS et les IST n'auraient sans doute pas été évoquées par la communauté au moment de l'identification : l'approche d'identification indépendante de MSF – sans grande concertation – a été bénéfique dans ce projet, non seulement pour la PEC, mais aussi pour la sensibilisation des communautés.

Enfin, certains groupes n'ont pas ou peu été atteints : la population des carrières et les Bambuti.

L'intervention a influencé les comportements de recherche de soins : i) l'espacement et la programmation des naissances sont un grand soulagement, ii) les VVS comprennent la nécessité d'obtenir des soins dans les 72 heures ; iii) les autorités coutumières et policières comprennent l'importance de la primauté des soins. Ce comportement favorable a également été facilité par la gratuité effective des intrants, des services et, pour les VVS, le transport. Le comportement des prestataires de services n'a pas toujours été favorable à la recherche de services. Enfin, certains individus et prestataires de services ne respectent pas toujours la primauté du choix individuel de la PF.

Critère 4 : CONNECTIVITÉ (la mesure dans laquelle l'intervention est en rapport avec les capacités et les ressources locales)

Les leaders communautaires ont été peu impliqués dans le choix des CS et des pathologies à appuyer. Cette approche verticale a probablement été plutôt bénéfique, car la VS et les IST n'auraient sans doute pas été évoquées à l'identification, car i) la VS n'est pas perçue comme un problème majeur, ii) les IST sont liées à la sexualité et donc tabou, et iii) elles n'entraînent pas de décès (contrairement à la santé maternelle et infantile).

L'appui de MSF est très bien perçu par la population, que ce soit dans l'accueil des patients et la confidentialité, la disponibilité des intrants et la gratuité des soins.

Les services cliniques sont globalement alignés sur les politiques nationales. Ils sont intégrés dans les structures du MSP, et les protocoles nationaux de PEC sont suivis. Le projet adhère insuffisamment à la politique nationale de santé communautaire qui ne prévoit pas les cases d'écoute et met l'accent sur les relais communautaires (Recos).

Une dualité de parcours des patients recevant des soins pour une IST et de la PF dans certains CS va à l'encontre de l'intégration des services et de l'équité dans l'accès (PEC à deux vitesses).

MSF est exemplaire dans l'application de la politique nationale de gratuité pour la PEC des VVS.

Une collaboration renforcée avec les organisations non gouvernementales (ONG) ou les organisations à base communautaire (OBC) qui opèrent dans le domaine de l'appui juridique et de la réinsertion socio-économique aurait été bénéfique.

Critère 5 : RÉACTIVITÉ DES PARTICIPANTS (perception par le public visé des résultats et de la pertinence du projet)

La communauté n'a quasiment pas participé à la conception et à la planification du projet. Le projet est généralement apprécié, bien que l'ajout d'éléments considérés prioritaires soit souhaité.

Enfin, la méthode du « changement le plus significatif » a permis de dégager quatre témoignages de membres du personnel du MSP et dix expériences de patients, qui illustrent les résultats dans les propres mots des bénéficiaires du projet.

CONCLUSIONS

Les cibles du principal résultat attendu- la raison d'être du projet, la PEC des VVS, ont quasiment été atteintes. Quant au deuxième résultat attendu du projet, la PEC des patients atteints d'une IST, la cible du nombre de bénéficiaires a largement été dépassée en 2019, mais le nombre de cas contacts ciblé n'a pas été atteint.

L'offre de la PF comble un grand besoin non satisfait et est donc un grand succès. C'est également le cas pour l'IVG. La communauté apprécie les services fournis même s'ils ne sont pas perçus comme prioritaires.

L'extension graduelle et les modifications des sites d'intervention témoignent d'une flexibilité et d'une résilience intéressante, et ont grandement contribué au succès du projet.

Certains aspects comme les difficultés au démarrage, la gestion des ressources humaines ou encore la stratégie de mise en veille en avril 2020 ont nui à l'atteinte des résultats.

La question clé posée dans l'évaluation est la suivante : « Est-il nécessaire d'élargir un programme VVS à d'autres conditions pour réussir ? » L'évaluation suggère que oui, il est nécessaire d'élargir un programme VVS à d'autres conditions, ici aux IST et à la PF. La question est surtout celle des services : IST, PF, paludisme, santé reproductive, etc. La surveillance épidémiologique sur les décès maternels dans la communauté est une demande pertinente de la DPS.

RECOMMANDATIONS

L'évaluation formule 11 recommandations. Les plus importantes étant :

1. Poursuivre le projet de Mambasa en raison des besoins et de l'appréciation de ces activités par la population.
2. Maintenir l'appui aux trois pathologies et au minimum à la ZS de Nia Nia et à la ZS de Mandima. Un appui plus léger peut être envisagé à la ZS de Mambasa.
3. Explorer une autre ZS et/ou d'autres appuis : surveillance des décès maternel dans la communauté, santé reproductive, etc.
4. Évaluer les besoins de chaque CS et adapter l'appui de MSF en conséquence, en particulier le personnel de MSF, le coaching/supervision et l'enveloppe financière.
5. Décentraliser les services au niveau des sites de soins communautaires et développer les cliniques mobiles.

2 Introduction

2.1. Description du contexte

Le projet à évaluer a été mis en œuvre sur le territoire de Mambasa, dans la province de l'Ituri en République démocratique du Congo (RDC), une zone particulièrement vulnérable et riche en or. Les capacités de résilience de la population sont fortes, mais les opportunités de maintenir les moyens d'existence restent faibles. C'est pourquoi un grand nombre d'acteurs, orpailleurs, criminels, groupes de bandits armés, braconniers, mais aussi les Forces Armées de RDC (FARDC) et policiers, évoluent et se déplacent, parfois en toute clandestinité, dans les carrières minières informelles, et la Réserve de faune à okapis (RFO) en fonction des opportunités, par exemple en saison sèche quand le rendement d'or est plus important. Cet environnement génère une économie clandestine, incluant la prostitution. Par ailleurs, la fréquentation très masculine et criminelle des carrières d'or informelles favorise les abus à l'encontre des femmes et des jeunes.

Le recours fréquent et souvent disproportionné à la violence à l'égard de la population vivant à proximité des carrières a des conséquences médicales et psychologiques importantes sur la population de cette zone, résultant de violences sexuelles et de traumatismes physiques. Le revenu limité de la population, combiné à des services de santé locaux insuffisants et souvent défectueux, ne permet pas une prise en charge acceptable de ces cas.

MSF est la seule ONG à appuyer la prise en charge des cas d'infections sexuellement transmissibles (IST) et de violences sexuelles (VS) dans les territoires de Nia Nia, Mandima, et Mambasa. Cette problématique est largement sous-estimée dans les structures du MSP non appuyées pour des raisons liées à la qualité de l'offre avec la rupture dans les intrants et l'inaccessibilité financière liée aux coûts.

2.2. Description du projet

À la fin d'un projet d'urgence à Nia Nia, MSF¹ a lancé le projet IST/VVS à Mambasa en 2016 pour une durée de quatre ans. Son objectif était de contribuer à la réduction de la morbidité et de la mortalité liées aux IST et aux VVS. Graduellement, la portée s'est étendue à la planification familiale et aux épidémies (y compris le virus Ebola), dans les zones de santé de Mambasa, Mandima et Nia Nia, une région dont la population totale est estimée à 294 305 personnes et qui se trouve dans la province d'Ituri en RDC.

Les résultats attendus ont évolué au cours de la mise en œuvre du projet, marqués par l'inclusion de l'interruption volontaire de grossesses (IVG) en 2016 comme projet séparé, l'E-Care appliqué aux IST en 2018, le développement de centres d'écoutes communautaires en 2017, de l'approche carrière, et l'appui à la prise en charge des accidents de route et des violences (2017).

Le projet a démarré avec un appui à neuf aires de santé (AS) réparties en trois zones de santé (ZS). Cet appui a rapidement été réduit à six AS réparties sur deux ZS, avant de se réétendre sur trois ZS. L'appui a aussi été marqué par des interruptions ponctuelles liées à la crise Ebola (Figure 1).

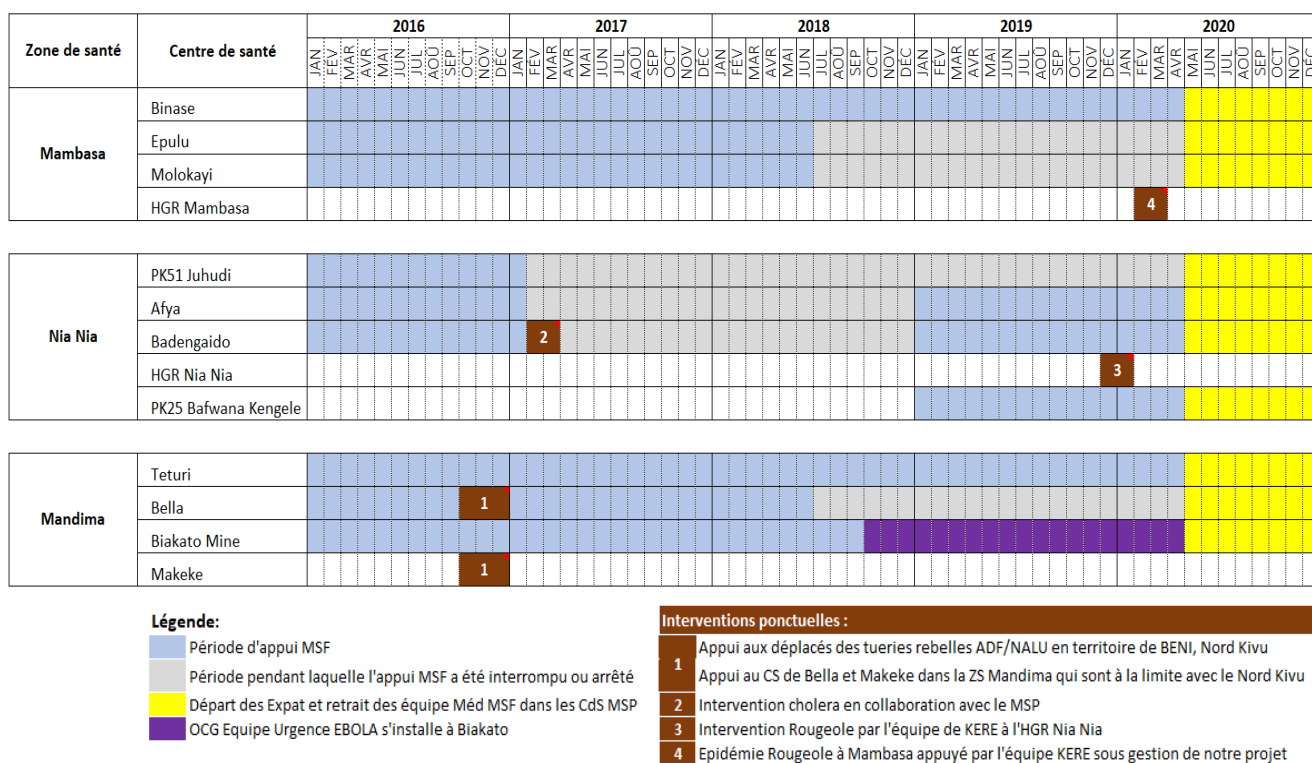
Les résultats attendus du projet tels que décrits dans les rapports MSF sont les suivants :

- R1 Les VVS bénéficient d'un accès rapide et adéquat à un traitement médical et psychologique et d'un système d'orientation gratuit lorsqu'une hospitalisation est nécessaire.
- R2 Les patients atteints d'une IST sont traités gratuitement selon l'approche syndromique et un test de dépistage du VIH est proposé à chaque patient.

¹ Particulièrement la cellule 3 de MSF-OCG à Genève.

- R3 L'accès à une prise en charge de qualité est disponible pour les l'IVG².
- R4 La planification familiale est accessible à tous dans les établissements de santé soutenus par MSF.
- R5 La riposte aux épidémies telle qu'Ebola, la rougeole, le paludisme (mise à disposition de médicaments durant les périodes de ruptures) et l'appui à la prise en charge des accidents de routes sont offerts.
- R6 Les communautés sont informées sur l'ensemble des soins et peuvent voir un intérêt à changer de comportement en termes de prévention et de consultation dans les structures soutenues³.

Figure 1 : Sites d'intervention de 2016 à 2020



2.3. Objectifs et portée de l'évaluation

Le but de l'évaluation est d'étudier si l'approche du projet a été optimale pour réduire la morbidité et la mortalité liées à la violence sexuelle, aux IST et aux épidémies dans la zone ciblée en vue d'une prise de décision éclairée sur la poursuite du projet avec un prochain cycle en 2021, et d'évaluer s'il y a des éléments qui sont transférables à d'autres interventions.

² Ce résultat attendu n'était pas explicitement inclus dans les termes de référence de cette évaluation pour des raisons diplomatiques puisque l'avortement est illégal en RDC, même si le pays a ratifié le Protocole de Maputo à la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples de l'Union africaine, 2013. Ce protocole stipule que les États membres devraient légaliser l'avortement au moins dans les cas de viol, d'inceste, de menaces à la vie et/ou à la santé de la mère, ou bien en cas de sévère malformation fœtale, et fournir aux femmes des services post-avortement de qualité, surtout dans les cas de complications résultant d'avortement à risque. Les États membres devraient aussi retirer les mesures punitives contre les femmes ayant subi un avortement.

³ Voir document projet IST/VVS Mambasa CD139, année 2020.

Les objectifs sont :

- i) Déterminer les différences entre les résultats attendus et observés du projet et examiner les principales raisons de ces différences.
- ii) Examiner comment le projet s'est adapté aux changements de contexte.
- iii) Évaluer le degré d'intervention essentiel pour atteindre les résultats souhaités du projet.
- iv) Analyser la perception qu'a la communauté des services fournis, ainsi que la perception de son engagement dans l'intervention.

Pour atteindre ces objectifs, l'analyse examinera le processus de mise en œuvre du projet par rapport à un cadre de référence qui prend en compte les critères de fidélité, de dose, de portée, de réactivité des participants et de connectivité.

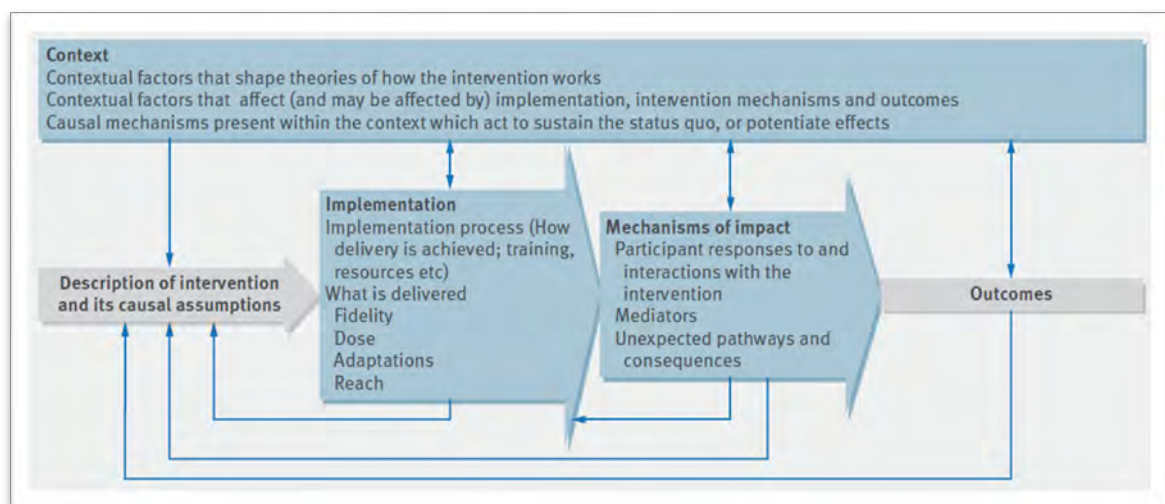
La portée de l'évaluation couvre tous les sites appuyés durant le premier cycle du projet depuis son lancement en 2016 jusqu'à fin 2020. La mission de terrain se concentre cependant sur deux sites du projet, PK 25 dans la ZS de Nia Nia et Binase dans la ZS de Mambasa (voir cartes en Annexe 2), aux vues de la diversité des contextes, la présence variable d'autres acteurs, et spécialement du contexte sécuritaire. Ce dernier critère exclut les zones en conflit et les mines et risque donc de limiter la validité et la fiabilité des analyses en profondeur puisque ces sites sont probablement les plus exposés à la violence sexuelle et aux IST.

3 Méthodologie de l'évaluation

3.1. Cadre conceptuel de l'évaluation

Les critères d'évaluation concernent l'étude du processus de mise en œuvre du projet qui se déroule dans des conditions difficiles. Les fonctions principales d'une évaluation du processus sont illustrées dans la Figure 2 ci-dessous.

Figure 2 : Les fonctions principales d'une évaluation du processus et leurs relations
(Les cases bleues désignent les composantes clés)



Source : Process evaluations of complex interventions: Medical Research Council Guidance, British Medical Journal, 2015

L'examen des composantes clés, le contexte, la mise en œuvre et les mécanismes d'impact, informe l'interprétation des résultats et est façonné par une description claire du projet, de préférence par le biais d'une théorie de changement. Les modalités de mise en œuvre sont couvertes par les critères suivant des TdR : la fidélité (qui inclut les adaptations de la Figure ci-dessus) ; la dose ; la portée.

La connectivité aux ressources locales y est ajoutée. Les mécanismes d'impact sont pris en compte par le critère de réactivité aux produits du projet, ainsi que l'étude des facteurs médiateurs et des conséquences et cheminements inattendus du projet.

3.2. Cadres logiques et théorie de changement du projet

Le projet a été élaboré sur la base d'un cadre logique dont au moins trois versions existent, une datant de 2016 et deux de 2019⁴ comme démontré sous la deuxième question d'évaluation.

Ces modèles logiques donnent une représentation synthétique et descriptive du projet avec une liste des composants. Une évaluation requiert plutôt une pensée critique du projet illustrant le cheminement du changement et vise à expliquer le « pourquoi » et le « comment », ce qui est exactement le rôle d'une théorie du changement. Idéalement, l'objectif de la formulation d'une théorie de changement (TdC) serait d'analyser sa plausibilité et sa solidité au cours du processus d'évaluation, notamment en analysant les principales hypothèses et les éventuelles lacunes dans les causalités. Malheureusement, les critères d'évaluation proposés dans les TdR qui traitent en premier lieu du processus de mise en œuvre, le manque de temps et l'inaccessibilité à une base de données couvrant toute la période du projet, font qu'il ne sera pas possible d'approfondir les hypothèses et les leviers d'impact d'une TdC. Il reste cependant utile de reconstituer une TdC pour mieux appréhender et visualiser la logique du projet, même si cela est toujours difficile après coup, d'autant plus que les objectifs, les résultats attendus et les activités ont constamment changés en termes de formulation et/ou de contenu comme illustré ci-dessus. La Figure 3, bien qu'imparfaite, peut servir de base.

3.3. Approche d'évaluation

La matrice d'évaluation proposée pour cette analyse (voir Annexe 5) lie les cinq critères d'évaluation aux quatre objectifs de l'évaluation comme suit :

Tableau 1 : Liens entre les objectifs et les critères de l'évaluation

Objectif d'évaluation	Critère d'évaluation
1. Déterminer les différences entre les résultats attendus et observés du projet et examiner les principales raisons de ces différences.	Dose et Connectivité, avec également un lien au critère Fidélité
2. Examiner comment le projet s'est adapté aux changements de contexte.	Fidélité
3. Évaluer le degré d'intervention essentiel pour atteindre les résultats souhaités du projet.	Couverture, et les deux premières questions du critère Dose
4. Analyser la perception qu'a la communauté des services fournis, ainsi que la perception de son engagement dans l'intervention	Réactivité des participants

Les critères et questions d'évaluation portent sur la mise en œuvre et les mécanismes de causalité. Globalement, les critères correspondent bien aux questions d'évaluation même s'ils peuvent chevaucher plusieurs objectifs, qui à leur tour ne peuvent pas être tout à fait couverts par le(s) critère(s) choisi(s). Cette approche reste cependant suffisamment solide pour cadrer l'évaluation. Par ailleurs, la réactivité réfère également au mécanisme d'impact par le biais du troisième objectif portant

⁴ Ces derniers sont donnés dans le dossier 2019_Mambasa Logframe.

sur l'atteinte des résultats de l'évaluation. Des cibles normatives pour les critères ont été employées là où elles étaient pertinentes et faisables.

Un design non expérimental mixte couvrant toute la durée du projet a été employé. Les méthodes incluent principalement la revue du processus du projet, ainsi que l'étude de cas.

Des données quantitatives et qualitatives, primaires et secondaires, ont été collectées. Les sources des données incluent les documents du programme et les recherches auprès des principaux bénéficiaires et parties prenantes du programme. Les méthodes de collecte incluent l'observation, l'examen de documents, l'administration de questionnaires (neuf membres du personnel du MSP, 25 patients VVS et 31 patients recevant des soins d'IST/de la PF), des entretiens individuels (dix membres du personnel du MSP, six travailleurs terrain MSF et quelques membres du personnel MSF hors terrain, trois BCZS et trois associations sociétés civiles), les groupes de discussion avec des informateurs clés, et la méthode des changements les plus significatifs (quatre membres du personnel du MSP et dix patients). Le nombre d'entretiens a été déterminé par la saturation des données.

Les parties prenantes contactées (données dans l'Annexe 3) incluent les autorités sanitaires, le personnel du MSP des sites visités⁵, des (ex-)employés de MSF, les personnes en charge du support psychosocial aux CS, des patients, des leaders communautaires (chef de chefferie, administrateur de territoire, point focal violences sexuelles et sexistes, représentant des musulmans, un abbé), des relais communautaires (Recos) et des membres de la cellule d'animation communautaire (CAC), et des groupes spéciaux (parlement des jeunes, chauffeurs de taxi-moto et de véhicules, associations de femmes, groupe marginalisé des pygmées). Toutes ces parties prenantes ont été impliqués tout au long de la phase de terrain. Le personnel MSF a également été impliqué lors de la rédaction du rapport de démarrage et du rapport final de l'évaluation.

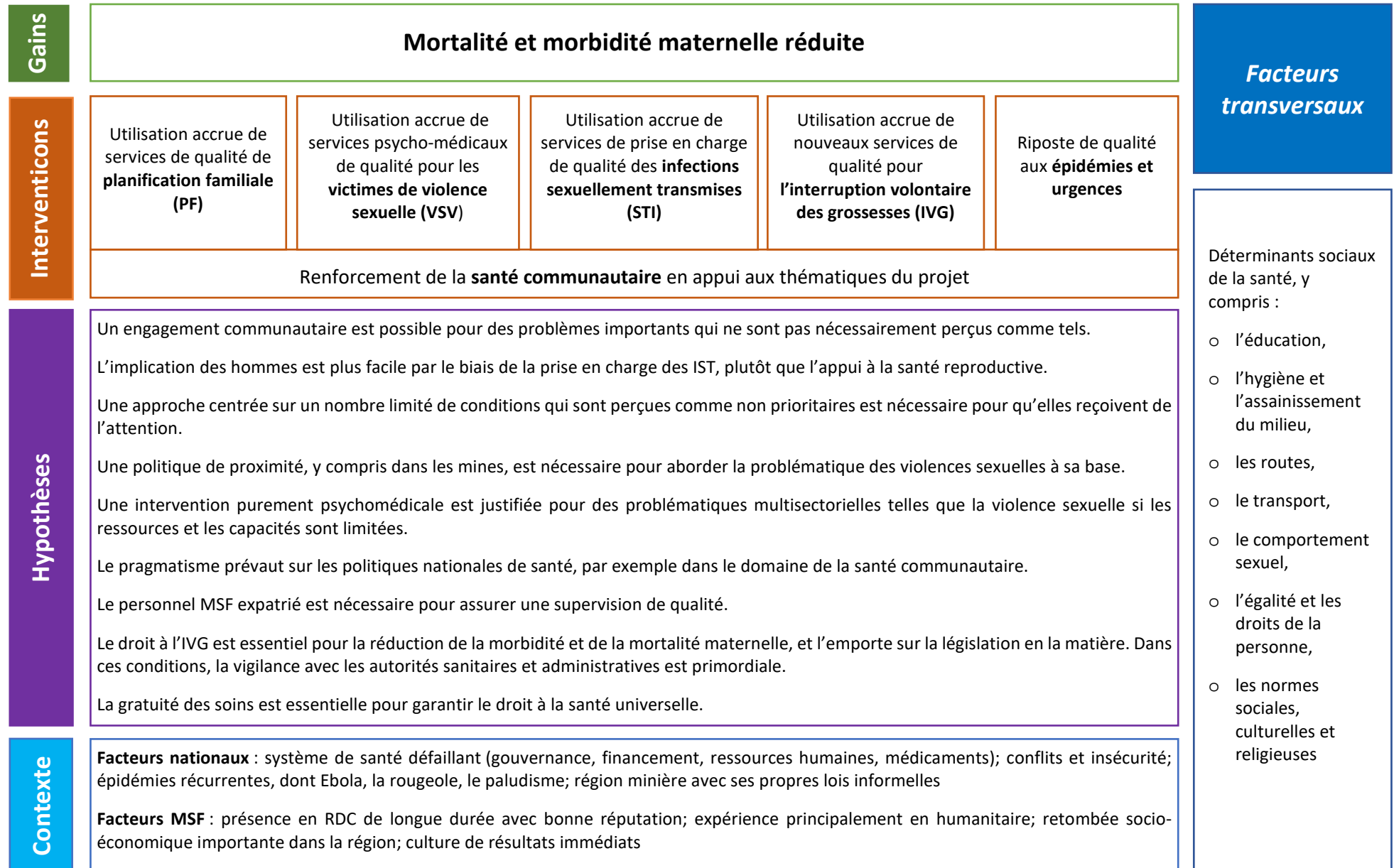
Les résultats de ces données primaires et secondaires ont été triangulés sous forme de contre-vérification, spécialement pour les données pour lesquelles il est difficile ou quasiment impossible d'avoir des données fiables à partir d'une seule source de données (VVS).

De plus, un audit des dossiers de patients/bénéficiaires de soins IST et VVS a été réalisé pour vérifier leur conformité aux protocoles de prise en charge du MSP (IST) et MSF (VVS). Pour des raisons de temps, 20 dossiers ont été sélectionnés sur une base aléatoire pour chaque condition à chaque centre de santé visité, dix durant et dix après la mise en veille du projet (avril 2020).

Trois des cinq AS où le projet est resté actif jusqu'en avril 2020 ont été visitées, Binase dans la ZS de Mambasa, et Afya et PK25 dans la ZS de Nia Nia, et un questionnaire personnel a été autoadministré au CS de Badengaido (ZS Nia Nia) et récupéré par l'équipe au retour de la mission. Les données du Système national d'informations sanitaires (SNIS) du système DHIS2 y ont été contrôlées et comparées à celles de MSF. Le cinquième CS appuyé par MSF (Teturi – ZS Mandima) n'a pas été visité du fait de l'insécurité et de la distance.

⁵ Cinq centres de santé ont été visités, trois dans la zone de santé de Nia Nia, Afya, PK25, Badengaido, et deux dans la ZS de Mambasa, Binase, et Epulu bien que ce dernier ait seulement été visité brièvement lors du passage.

Figure 3 : Proposition de théorie de changement du projet



Les résultats de l'évaluation et des recommandations préliminaires ont été discutés brièvement lors de la visite. Une brève discussion a été tenue avec chaque IT des CS visités et les MCZ. La phase de terrain a été clôturée par une restitution à la DPS. Pour des raisons évidentes, certains éléments n'ont pas été évoqués avec les partenaires et les autorités. Enfin, un debriefing rapide a eu lieu à Bunia avec le chef de mission adjoint, et une restitution a été organisée à la coordination de MSF à Goma avec le chef de mission⁶.

L'évaluation a été conduite de la mi-décembre 2020 à la mi-février 2021 (2 mois) en 4 phases : la phase préparatoire avec rédaction d'un rapport de démarrage ; la phase de collecte des données sur le terrain en RDC ; la phase d'analyse des données et la phase de rapport.

3.4. Considérations éthiques

Étant donné que les bénéficiaires du programme et les partenaires de mise en œuvre font partie de l'évaluation - certains étant considérés comme appartenant à des populations vulnérables, l'équipe d'évaluation a respecté les exigences éthiques en ce qui concerne l'obtention du consentement, la confidentialité et l'anonymisation de tous les commentaires. Elle a veillé à garantir un espace sûr pour les entretiens avec les personnes interrogées (en personne et en virtuel). L'équipe d'évaluation a respecté strictement le code d'éthique de l'Agence Européenne pour le Développement et la Santé (AEDES) (Annexe 4) et veillé à ce que les personnes participant à l'évaluation s'y conforment également.

L'équipe d'évaluation a documenté les entretiens semi-structurés dans des notes d'entretien. Ces notes d'entretien ne sont accessibles qu'à l'équipe d'évaluation.

3.5. Limitations

Limitations liées à la COVID-19

Avec l'évolution de la COVID-19, le public est de plus en plus préoccupé par les risques de transmission, notamment par le biais des interactions sociales. D'autres moyens ont été adoptés pour mener la collecte de données : i) tenir des consultations en petits groupes ii) diversifier les moyens de communication notamment en ligne et s'appuyer davantage les groupes de discussion, les plateformes, etc. et iii) utiliser les canaux de communication traditionnels tels que le courrier électronique, les lignes téléphoniques spécialisées ou la diffusion de SMS.

Limitations liées à la disponibilité et la fiabilité des données

Comme la mission n'a pas pu obtenir de bases de données MSF couvrant toute la période de l'intervention, la base de données utilisée a été limitée aux résultats atteints des rapports annuels 2019 et 2020, ainsi que les données DHIS2 du Système national d'information sanitaire (SNIS) pour les trois CS visités. Un contrôle a montré qu'elles sont comparables aux données MSF, sauf pour les consultations des partenaires exposés aux IST.

Limites méthodologiques

Seuls trois des neuf lieux de l'intervention ont été visités pour des raisons sécuritaires et logistiques. Le temps limité et la couverture géographique ont limité la capacité à s'engager avec toutes les

⁶ La coordinatrice médicale n'a pas pu se joindre à la restitution.

parties prenantes, les partenaires et les bénéficiaires représentant tout l'éventail des opinions et des voix.

Les biais de réponse particulièrement concernant la prolongation du projet ont probablement formé une limite majeure. Ce biais peut être causé tout aussi bien par le souci de sécurité d'emploi pour les (ex-)employés MSF que par les retombées socio-économiques et d'accès aux soins perçues par la communauté. Une attention particulière a donc été portée par l'équipe à ne pas faire des promesses dans ce sens. Ainsi, les questions portant sur une prolongation éventuelle ont été posées vers la fin des entretiens et au conditionnel.

4 Résultats

4.1. Critère 1 : Fidélité

QE (Question d'évaluation) 1.1 : Parmi les activités prévues, lesquelles ont été effectivement réalisées et quels ont été les défis rencontrés ?

En général, les activités ont été réalisées comme prévu, bien que la planification et la stratégie aient changé à plusieurs reprises au cours du projet. Il s'agit de l'approvisionnement en médicaments et consommables, la formation du personnel du MSP, la supervision, la promotion de la santé par les promoteurs de santé et les relais communautaires (Recos), et la gratuité des services et intrants.

Les défis ont principalement porté sur la stratégie de la promotion de la santé avec l'établissement des cases d'écoute, l'accessibilité des services pour les sites à haut risque comme les mines. Certaines barrières extra-médicales semblent perdurer.

Enfin, si les activités ont été réalisées, elles n'ont pas couvert les neuf CS comme prévu initialement, mais six CS (et la réduction de trois ZS à deux ZS pendant une année).

Bien qu'il soit difficile d'identifier les activités prévues en raison du manque de vision commune et des constantes modifications (voir QE1.2 et QE1.3), on peut retenir un nombre d'interventions et leurs défis. Il s'agit de l'approvisionnement en intrants, de la formation, des supervisions, de la gratuité des soins et du remboursement du transport aux VVS. Ces interventions et leurs défis sont décrits ci-dessous.

MSF a formé le personnel de santé dans la prise en charge médicale des VVS, la prise en charge des IST et la PF (quatre à cinq agents par CS appuyé) : l'IT, l'ITA et deux ou trois autres infirmiers, selon le nombre total d'employés dans le CS. Les infirmières (donc les femmes) ont été ciblées, spécialement pour la PEC des VVS. Les évaluateurs ont noté l'absence de femmes pour la PEC des VVS au CS PK25. Cette situation a été expliquée par la volonté de l'IT de former sa femme, bien qu'elle soit pharmacienne et donc de profil inadéquat pour la PEC des VVS. Il s'agit là d'une situation exceptionnelle et spécifique à PK25.

Les supervisions MSF des CS ont été efficaces et appréciées par tous les acteurs rencontrés. Il s'agit d'ailleurs d'un facteur clé de réussite du projet. Une équipe supervisait tous les centres de santé deux à trois fois par mois, et depuis avril 2020, mensuellement. Les visites concernaient la collecte des données avec vérification des registres et des fiches rapports hebdomadaires, l'appui à la qualité des soins par le coaching et l'audit des fiches de consultation en termes d'adhésion aux protocoles de PEC MSF/MSP avec coaching pour les écarts éventuels. Dans les activités de supervision, il y a eu un volet portant sur la gestion des intrants livrés par MSF. La DPS déplore en revanche la quasi-absence de supervision commune avec les BCZS. Notre compréhension est que MSF a en effet souhaité réaliser ces supervisions conjointes avec les BCZS, mais la faible disponibilité de ces derniers n'a pas permis de mener à bien cette activité (à l'exception d'une ou deux supervisions pour toute la durée du projet).

La promotion de la santé a été réalisée avec succès à travers les médias de masse, spécialement la radio, la communication interpersonnelle et le counseling lors des séances de thérapie, des séances

de sensibilisation avec des groupes cibles, comme les leaders communautaires, les motards, les hommes en uniformes, les femmes à haut risque d'IST dans le « Quartier Général », et par le biais des relais communautaires (Recos). Les promoteurs de santé apparaissent comme du personnel clé pour la sensibilisation et le succès du projet. Comme on le verra à la QE 1.2 les cases d'écoutes pilotées en 2018 ont plus ou moins échoué.

La conduite de deux études anthropologiques a permis d'approfondir la connaissance de la communauté. L'une portait sur les violences sexuelles et l'autre sur l'avortement. Ces études sont d'autant plus importantes que ces problématiques n'étaient pas considérées comme prioritaires et que les populations n'étaient pas ou peu impliquées dans la formulation du projet.

L'approvisionnement en intrants est adéquat par rapport aux besoins et aux cibles. Tous les acteurs indiquent qu'il n'y pas d'eu de ruptures en intrants. Globalement l'approvisionnement en intrants a été jugé très bon. Lors de l'évaluation, un des deux intrants (Misoprostol) pour l'IVG semble avoir été en rupture de stock pendant 3 semaines. Plusieurs facteurs ont contribué à cet état de fait exceptionnel : utilisation ponctuelle de ce médicament pour une autre indication (accouchements), changement de superviseur, retard de la visite du superviseur qui devait réapprovisionner, état des routes, etc.). Au moment de l'évaluation, six couples étaient en attente du médicament dans ce CS selon les dires du personnel du CS.

La gratuité des soins a été assurée comme prévu avec deux limites. D'abord, des dérives de paiements illicites ont été constatées dans certains CS par le passé (certains IT ont d'ailleurs été destitués) et les enquêtes patients menées dans le cadre de cette évaluation ont identifié deux VVS sur 25 qui ont dû payer directement le personnel de santé (mais aucun cas d'IST payant n'a été identifié). Ensuite, l'officier de la police judiciaire (OPJ) de Nia Nia réfère encore à l'HGR et les tentatives de MSF de le sensibiliser pour référer en premier lieu au CS Afya (à côté et supporté par MSF), ont échoué. La gratuité était donc efficace au CS Afya, mais la famille de la VVS a déjà payé la PEC partielle à l'HGR⁷. Dans ce contexte, un appui à l'HGR aurait été pertinent.

Par ailleurs, si globalement la gratuité effective des soins n'est pas remise en question, certaines barrières financières extra-médicales semblent perdurer. Si les patients souhaitent récupérer la réquisition médicale - établie par un médecin (bien qu'elle ne soit plus obligatoire et que le certificat suffise), ils doivent payer 10 USD à Nia Nia et 20 USD à Mandima, ce qui constitue une première barrière financière. Ensuite, les entretiens auprès des patients et du personnel du CS, ainsi que les discussions communautaires indiquent que les familles passant par la police doivent payer « un petit quelque chose ». À cet égard, on note que le rôle de l'autorité reste très présent dans la zone d'intervention, et l'évaluation semble indiquer un schéma différent en milieu rural et en milieu urbain ou semi-urbain. En milieu urbain, l'autorité se manifeste surtout par le passage auprès d'une autorité coutumière (trois sur 11 VVS) soit en premier contact soit en deuxième contact. Aucun des 11 patients VVS n'est passé par la police en milieu urbain. En milieu rural en revanche, trois VVS sont aussi passées par une autorité coutumière, mais surtout quatre VVS sont passées par la police (soit sept VVS sur 14 sont passées par une autorité en milieu rural).

⁷ La famille de l'auteur de la violence sexuelle doit normalement régler la facture de l'hôpital, mais notre expérience indique plutôt qu'en pratique, c'est à la famille de la VVS de payer la facture de l'HGR.

QE 1.2 : Quelles adaptations ont été apportées au cours de la mise en œuvre et comment ont-elles eu un impact sur l'obtention des résultats souhaités du projet ?

Le projet a constamment changé en termes de sites d'intervention et de résultats attendus. La provenance des cas de VSS, ainsi que la sécurité et les possibilités de supervision, ont affecté le choix des CS appuyés, alors que les multiples reformulations du cadre logique étaient plutôt dues à l'instabilité du personnel MSF. Seul le choix des nouveaux sites a eu un impact sur les résultats atteints.

Des cibles ont été établies en 2018 et 2019 seulement, dont certaines ont été excédées et d'autres restées nettement en deçà des attentes, particulièrement la PEC des partenaires exposés aux IST. Ceci indique un échec de la base conceptuelle ou de mise en œuvre du projet selon laquelle l'implication des hommes devrait former la porte d'entrée pour la PEC des VVS. Par ailleurs, les cibles concernant les VVS, la raison d'être du projet, n'ont également pas été atteintes, mais elles n'avaient pas été établies sur des bases objectives de besoin.

En 2016, le projet VVS a été lancé à la suite de quatre missions exploratoires et quelques réponses ponctuelles d'urgence sur le territoire de Mambasa en 2014-2015, et sous la pression du personnel sur le terrain, un projet a été développé pour répondre aux violences sexuelles. Cependant, il n'y avait pas encore de vision commune sur la nature du projet. C'est ainsi que certains responsables au siège concevaient le projet comme un projet pilote vertical limité à la PEC psycho-médicale des VVS, afin de développer un modèle de PEC des VVS, tandis que d'autres pensaient qu'il fallait intégrer la PEC des VVS dans une offre de services plus large⁸.

Au cours de la même année, en juillet 2016, tous les centres opérationnels (OC) de MSF présents en RDC ont lancé une composante IVG, avec Mambasa comme projet pilote phare. Les travaux préparatoires⁹ ont eu lieu de septembre 2016 à janvier 2017 quand la PEC des IVG a été ajoutée comme intervention supplémentaire à PK25, Binase, Badengaido, et Teturi. L'activité démarre réellement lors de l'arrivée de la sage-femme MSF, en appui à la formation et à la supervision des employés de MSF et du MSP. D'après les entretiens menés auprès des employés MSF et de certains membres du personnel du MSP, l'IVG répondait à un besoin réel sur le terrain – en témoignent les avortements pratiqués à la cité et la forte utilisation de ce service lorsqu'il a été rendu disponible - bien qu'évidemment une partie des autorités (religieuses notamment) n'y était pas favorable. La mise en œuvre de cette activité a été fortement dépendante de l'IT du CS et du contexte. L'IVG n'a - par exemple - jamais été pratiquée à Afya. La disponibilité des soins d'avortement médicalisés, surtout dans le contexte congolais, est un succès majeur du projet.

Le cadre logique du projet a été reformulé à plusieurs reprises, sans que cela ne réponde toujours aux exigences contextuelles ou opérationnelles. Ces modifications étaient souvent dues à l'instabilité et aux fréquentes rotations du personnel MSF. Les cadres diffèrent principalement en termes de titre du projet, d'objectifs généraux et spécifiques, et de résultats attendus. Les points saillants de cette évolution sont illustrés dans le Tableau 2 ci-dessous.

⁸ Communications lors des entretiens à MSF-OCG

⁹ Les travaux préparatoires ont inclus une réunion avec les équipes de coordination à Kinshasa et à Goma, une analyse des parties prenantes, une collaboration avec l'Ipas (www.ipas.org) pour développer un atelier de clarification des valeurs sur l'avortement par un atelier EVA (Explorations des Valeurs et Attitudes), l'élaboration d'un protocole d'étude pour une étude anthropologique sur les grossesses non désirées et l'avortement en RDC, la proposition d'un projet de film documentaire et le recrutement d'un coordinateur du groupe de travail IVG à plein temps dans le pays, basé à Bukavu, au Sud-Kivu.

Tableau 2 : Comparaison des cadres logiques de 2016 et des deux versions 2019¹⁰

	2016	2019 Version 1	2019 Version 2
Titre	PEC des IST et VVS et réponse aux urgences	Accès aux soins de santé sans référence aux IST, VVS, urgences	PEC curative et préventive des IST et VVS (pas urgences)
Objectif général	Réduction morbi-mortalité Qualité des soins liée aux VVS, IST et urgences humanitaires	Réduction morbi-mortalité Qualité des soins sans référence aux VVS, IST et urgences	Réduction morbi-mortalité liée aux IST et VS Qualité des soins non reprise
Objectif spécifique	Accès aux soins de santé suite à la violence, de santé sexuelle (IST) et de santé mentale Gratuité et qualité	Idem Gratuité et qualité non mentionnées ¹¹	Idem avec référence aux zones de conflits et mines ainsi que l'approche communautaire et l'E-Care Gratuité et qualité non mentionnées
Résultat 1	PEC médicale et psychologique des VVS	Accès à la PEC médicale et psychologique des VVS et IST Qualité ajoutée Gratuité non retenue pour les IST ¹¹	PEC de qualité, santé reproductive (SR) et paludisme Approche communautaire ¹² pilote combinée à l'appui à 6 CS : hommes, femmes, adolescents en termes d'éducation sexuelle, PF ¹³ , PEC médicale des VVS et traitement du paludisme PEC psychologique non retenue
Résultat 2	PEC médicale et gratuite des IST	Sensibilisation aux problématiques VVS et IST et connaissance de l'offre MSF	PEC des IST avec E-care et dépistage VIH Gratuité des soins IST
Résultat 3	Réponse aux urgences : maladies à potentiel épidémique et toute autre urgence Qualité non mentionnée	Surveillance épidémiologique et réponse rapide aux urgences Qualité non mentionnée	Accès à la PF et à l'IVG médicalisée pour femmes et adolescents se présentant aux équipes ¹⁴
Résultat 4			Surveillance épidémiologique de qualité et réponse aux urgences

¹⁰ À noter que seuls les éléments clés ont été extraits, et que ces cadres réfèrent à la zone de santé de Mambasa, bien qu'en 2016 le terme non approprié territoire était utilisé.

¹¹ La gratuité a cependant toujours été appliquée et la qualité recherchée.

¹² Le rapport annuel 2017 décrit un résultat séparé pour la santé communautaire comme suit : « Mettre en place une approche communautaire où les communautés sont informées sur l'ensemble des soins et peuvent voir un intérêt à changer de comportement en termes de prévention et de consultation dans les structures soutenues ».

¹³ Dans certains rapports annuels, la planification familiale était considérée comme un résultat à part.

¹⁴ Comme décrit plus loin sous cette QE, MSF a lancé en 2016 une initiative pour intégrer la PEC des IVG dans tous ses projets en RDC. Il suit que cette nouvelle intervention n'était initialement pas intégrée dans le cadre logique des projets individuels. En plus, il y a jusqu'à ce jour une certaine réticence de mentionner l'IVG par peur des répercussions politiques, comme le montre les TdR de cette mission d'évaluation qui ne mentionne pas l'IVG.

Les activités, les indicateurs et les cibles ont également changé en conséquence, bien que la première version 2019 n'était pas assortie d'indicateurs ni de cibles. De plus, les résultats de ces cadres logiques ne correspondent pas à leur formulation dans les rapports annuels. À titre d'exemple, le rapport annuel de 2017 et le document *projet IST/VVS Mambasa CD139, année 2020* considèrent la santé communautaire comme un résultat à part entière. Il en est de même pour la planification familiale dans plusieurs rapports.

Ces modifications étaient en premier lieu d'ordre sémantique. Cependant, elles ont affecté certaines interventions, comme une extension graduelle du champ d'action avec accentuation de la PF, l'introduction d'innovations, et l'approche santé communautaire avec des cases d'écoute. L'IVG qui a été lancée dès le début du projet n'était initialement pas incluse dans les cadres logiques pour des raisons pragmatiques.

L'extension graduelle du champ d'action témoigne d'une flexibilité et d'une résilience intéressante avec une recherche permanente d'agir là où les besoins étaient les plus pertinents. Dans une première phase, une intervention de huit mois, concentrée sur les soins médicaux et psychologiques aux victimes de violence sexuelle et les soins médicaux pour les IST a été prévue¹⁵. Les IST ont été prises en charge dès le début du projet sous l'hypothèse que cette approche faciliterait l'implication des hommes, ce qui n'est pas confirmé comme montré ci-dessous.

La planification familiale, et la réponse aux urgences épidémiques et selon les besoins les urgences routières ont été incluses pour répondre aux attentes locales. Les adaptations aux urgences, d'abord à Ebola puis à la COVID-19 montrent clairement la capacité du projet de s'adapter par rapport à d'autres priorités.

En 2018, trois innovations ont été introduites :

- **Le contraceptif injectable Sayana-Press qui favorise l'autonomisation des femmes.** Il peut être autoadministré à l'insu du mari et permet d'éviter les déplacements trimestriels parfois difficiles. Cette innovation a été très bien reçue et a contribué à accroître l'adoption et la continuité de la PF comme le montre la Figure 11 sous la QE3.1. Les effets secondaires comme les saignements, l'apparition de l'hypertension étaient d'abord traités aux CS puis par un changement de méthode si nécessaire. Ces consultations de suivi de la PF étaient gratuites.
- **Le logiciel sur tablette E-Care a fortement contribué à une PEC correcte des IST.** Ce logiciel a été conçu en réponse à une demande très claire du terrain et permet d'améliorer l'adhésion au protocole national de PEC syndromique des IST. Tous les centres de santé appuyés l'utilisent (à l'exception de Teturi, où selon nos informations, le personnel n'aurait pas encore été formé). Ainsi, l'E-Care était utilisé dans tous les CS visités et le personnel est très enthousiaste. L'observation lors des visites a permis de confirmer que même les médecins l'utilisent.
- **Le dépistage et counseling à l'initiative du prestataire (DCIP)** pour le VIH, qui est recommandé par l'OMS, n'a pas connu un succès sans équivoque puisqu'environ un tiers des patients (30-35 %) ne l'acceptent pas. Les analyses des registres montrent cependant que ce test est effectivement proposé par les prestataires à tous les patients atteints d'une IST.

La stratégie communautaire introduite en 2017 a échoué dans des points essentiels, comme les cases communautaires, et l'accès aux mines.

¹⁵ Document projet, 2015.

Les cases d'écoutes établies n'ont pas été efficaces. Ce volet communautaire a été planifié en plusieurs phases¹⁶. Une case était établie à Butama, Etabe et Kotakoli avec deux Recos choisis dans la communauté et formés par le projet. À Butama où le poste de santé n'était plus fonctionnel et ne disposait pas de site de santé communautaire à l'époque, la case était peu identifiable et peu accueillante avec des problèmes de permanence. L'hypothèse de travail était que le Reco ferait mieux que l'infirmier du poste de santé, et à moindre coût puisque l'infirmier aurait demandé une prime plus élevée que celle du Reco (20 USD par mois). Par ailleurs, l'infirmier aurait demandé des rénovations du poste alors que MSF préférerait construire une case. L'évaluation n'a pas permis de déterminer avec précision l'implication de la communauté dans ce choix. Il semble que, à l'instar des trois pathologies présentées aux autorités, MSF a approché les communautés avec le choix des cases et leur emplacement, qui ont été « validées » par la communauté. L'approche initiale, qui voulait que la communauté s'implique dans la construction des cases, n'a pas fonctionné : MSF a finalement construit ou réhabilité les cases, démontrant le peu d'implication et d'adhésion des communautés.

À Kotakoli et Etabe, la case était implantée à côté du poste de santé pour faciliter la supervision, mais du coup trop éloignée des besoins réels (il semble qu'un positionnement plus reculé, proche des sites de santé communautaires, aurait permis d'attirer plus de patients). Les cases ont été peu fréquentées. Elles ont finalement été arrêtées après une année de fonctionnement, en partie du fait de la faible fréquentation et de la crise Ebola.

La conception et la mise en œuvre des cases d'écoute sont les points faibles du projet. Elles ont été principalement élaborées dans le cadre des stratégies communautaires et d'accès aux mines par le siège OCG en 2016 et maintenues jusqu'à récemment. Ces cases d'écoute principalement dédiées aux VVS (et quelques activités de PF) avec un personnel non médical étaient stigmatisantes. Elles allaient à l'encontre des directives nationales de la stratégie de santé communautaire qui prône l'intégration des services communautaires dans les sites communautaires où les Recos prennent en charge la diarrhée, le paludisme et l'insuffisance rénale aiguë (IRA). Leur implantation proche des villages et éloignée des besoins hors villages et particulièrement des mines ne correspondait pas aux besoins des VVS. Par ailleurs, le projet Just Gold¹⁷ à Mambasa avait déjà des structures dans les mines avec lesquelles le projet aurait pu collaborer. Par manque de prospection préalable, MSF n'était pas au courant de leur existence.

Les tentatives d'accéder aux sites miniers ont échoué. L'évaluation indique que ces zones n'ont pas été atteintes ou rarement et partiellement atteintes (cliniques mobiles) dans le cadre de ce projet. La reprise des cliniques mobiles qui iraient plus loin et l'identification d'agences opérant dans ces lieux et leur collaboration deviennent déterminantes pour assurer une couverture optimale. Il n'a pas été possible d'y établir des sites communautaires ou des cases d'écoutes. Ceci est un défi réel puisque ces sites restent hors limites pour le MSP pour des raisons de sécurité et de transport¹⁸. Les cliniques mobiles à Butama et Some, offrant des services de traitement du paludisme, de l'IRA, de la diarrhée, ainsi que de PF, de soins IST et VSS avaient un certain succès, mais n'atteignaient pas les sites en détresse. Un des MCZ rencontré a déclaré qu'il ne savait absolument pas ce qu'il se passe dans les carrières et qu'en tant que MSP, il ne peut pas y accéder. Nous pensons donc que les carrières sont au cœur du mandat de MSF : apporter les soins là où personne d'autre ne peut aller.

¹⁶ Phase de développement du concept de janvier 2017 à octobre 2017; phase de développement de la stratégie (identification des aires de santé et des villages cibles) en novembre 2017; mobilisation communautaire et identification des personnes focales en décembre 2017; formation des personnes focales durant deux semaines en janvier 2018; mise en œuvre des activités, suivi et évaluations à partir de février 2018 ; capitalisation et décision de répliation selon la pertinence et la faisabilité en février 2019.

¹⁷ <https://impacttransform.org/en/work/project/just-gold/>, financé par le Canada et USAID. La coordinatrice du terrain avait découvert cette initiative durant son suivi Ebola.

¹⁸ Communication personnelle du Médecin Chef de la ZS de Mambasa.

La sélection de nouveaux sites d'intervention selon les besoins et les possibilités a été pertinente.

Le projet a démarré par un appui aux CS Epulu et Molokay en 2016 du fait du grand nombre de VVS (exactions des milices) et arrêté lors de la forte baisse des cas, pour transférer l'appui vers d'autres CS. Les critères de modification de l'aire appuyée incluaient la provenance des cas de VVS, les difficultés liées au transport pour les bénéficiaires et la facilité de supervision, la sécurité, et la riposte aux épidémies.

En 2017, la qualité de l'appui n'étant pas jugée suffisante, en particulier du fait de la zone à couvrir jugée trop grande par rapport aux moyens disponibles, l'appui à la ZS de Nia Nia (PK51, Badengaido et Afya) est arrêté, pour se concentrer sur deux ZS et six CS. La reprise de l'appui à la ZS de Nia Nia en 2018, soit un an après l'arrêt, soulève des questions quant à la planification de l'appui MSF et son impact sur la lisibilité de l'appui pour les partenaires et les patients, et la continuité des soins.

Si cette démarche de 2017 est compréhensible, elle suscite quand même deux remarques importantes :

- La logique aurait pu être inverse : augmenter les ressources pour répondre aux besoins identifiés initialement et aux objectifs fixés au démarrage, quitte à se concentrer sur six CS répartis en trois ZS afin de conserver une couverture géographique plus large. À notre connaissance, cela a été proposé par le personnel MSF du projet, mais refusé par le siège.
- Cette situation révèle surtout les difficultés de démarrage du projet, fortement poussé par le terrain, qui a donc eu peine à mobiliser les ressources. À notre connaissance, cette situation s'est même traduite par un démarrage efficace du projet avant validation officielle, résultant notamment en l'absence de cadre logique bien défini avec une base de référence claire en 2016.

Au final, plusieurs autres modifications ont suivi depuis :

- Dans la ZS de Nia Nia, le projet appuie en 2018-2020, PK25, Badengaido et Afya. En avril 2020, le projet devait redémarrer à PK51 (formations et donations avaient déjà eu lieu), car la société civile demandait d'appuyer PK51 du fait du nombre de cas et qu'une partie n'arrivait pas à PK25 (cet appui n'a pas démarré pour cause de mise en veille du projet MSF avec la COVID-19).
- Dans la ZS de Mandima, Biakato a été arrêté en 2019, Bela a été arrêté en 2017 à cause de l'insécurité, et Teturi a été maintenu.
- Dans la ZS de Mambasa, seul le CS Binase est maintenu. En 2020 le projet appuie donc un CS à Mambasa (Binase), un CS à Mandima (Teturi) et trois CS à Nia Nia (PK25, Badengaido et Afya). Cet appui constitue une bonne couverture géographique (les trois ZS sont couvertes) bien que la région Sud de la ZS de Mandima (Biakato) ne soit plus couverte.

Les interventions ponctuelles de riposte aux urgences ont été appréciées : le choléra à Badengaido en février 2017; la rougeole à Nia Nia en 2018 et à Mambasa en 2019; la prise en charge des blessés par balles à PK51 en 2016; Nia Nia en 2017 et 2018, et surtout la riposte globale à Ebola ont été saluées par l'ensemble des acteurs rencontrés. Beaucoup ont salué la neutralité et l'indépendance de MSF, facteur garantissant l'acceptabilité par la population et facteur clé pour la réussite de la lutte contre les épidémies – en particulier Ebola. En moyenne, l'intervention du projet Mambasa sur les épidémies (du fait de la surveillance par le BCZS et MSF) permettrait de gagner 1 à 2 semaines au démarrage de l'intervention par rapport au projet Kere basé à Kisangani.

Un calendrier de ces modifications et interventions ponctuelles est inclus dans la Figure 1.

Des cibles ont pour la première fois été établies en 2018 et 2019, souvent sans qu'elles soient fondées sur des données de base, et leur atteinte varie fortement. Ainsi, le nombre attendu d'IST

dans la communauté, ou les besoins non satisfaits de PF n'étaient quasiment pas pris en considération.

Certains résultats ont excédé les cibles, et d'autres ont échoué. Comme le Tableau 3 ci-dessous le montre, la PF et leur taux d'abandon, le taux d'abandon du suivi médical et psychologique des VVS, le nombre de nouveaux cas d'IST, et le nombre de bénéficiaires directs d'IVG ont excédé les cibles. D'autres résultats étaient inférieurs comme le nombre de bénéficiaires VVS (71 % et 67 %) ou même bien inférieurs, comme le nombre de partenaires exposés aux IST. Le reste oscille autour de la cible. Finalement 4 825 cas de paludisme ont été traités alors qu'il n'y avait pas de cible.

Tableau 3 : Cibles et résultats obtenus pour 2018 et 2019

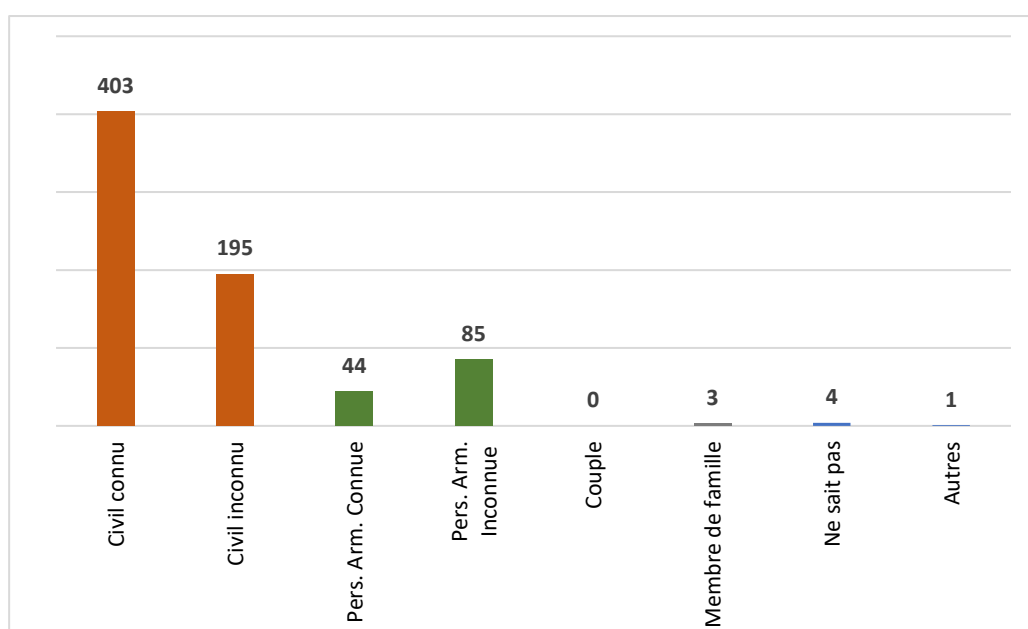
Indicateur	2018		2019	
	Cible/an	Résultat	Cible/an	Résultat
Résultat 1 : VVS et paludisme				
N ^{bre} attendu de bénéficiaires VVS directs	960	683 (71 %)	1100	733 (67 %)
% des cas VS venant avant 72 h dans la communauté			>40 %	
% des cas VS venant avant 72 h au CS	>75 %	71 %	>75 %	71 %
Si patient éligible, % de contraception d'urgence donnée	100 %	100 %		
Si patient éligible, % de vaccin hépatite B et VAT	100 %	100 %	100 %	99 %
Si patient éligible, % de PEP commencé			100 %	100 %
Taux d'abandon du suivi médical et psychologique	<30 %	58 %	<30 %	10 %
Nombre de cas de paludisme traités	-	-	-	4825
Résultat 2 : IST				
N ^{bre} attendu de bénéficiaires directs	500	460 (92 %)	6000	8662 (144 %)
N ^{bre} total de patients souffrants d'IST traités par tablette			>6000	
% consultation des partenaires	>50 %	14 %	>50 %	15 %
% DCIP fait à chaque consultation	>90 %	Non réalisé	>90 %	71 %
Résultat 3 : PF et IVG				
N ^{bre} attendu de bénéficiaires directs de PF	4800	972 (20 %)	4800	4156 (87 %)
% d'abandon de la PF	<30 %	ND	<30 %	0,5 %
N ^{bre} attendu de bénéficiaires directs d'IVG		84	120	200
% de PF débuté post-avortement	100 %	ND	100 %	85 %
Résultat 4 : Riposte urgences				
Ratio alerte/mission exploratoire	>50 %	972	>50 %	
Bulletin épidémiologique	Hebdo	Réalisé	Hebdo	

Source : Rapports annuels 2018 et 2019.

Notez que les cibles et résultats atteints mensuels ont été convertis en unités annuelles.

L'implication des hommes comme porte d'entrée pour la PEC des VVS a échoué comme démontré par le nombre de consultations de partenaires exposés aux IST qui oscille entre 14 et 15 % (28 % et 30 % de la cible de 50 %). Ces résultats sont courants dans la littérature sur les IST puisque l'implication des partenaires requiert un système de dépistage performant et un changement d'attitudes et de comportements des patients et de leurs contacts, ce qui est normalement un travail de longue haleine. Le siège a insisté sur la PEC des IST comme une approche délibérée et constante au fil du temps, mais celle-ci n'a pas été comprise ni travaillée par les équipes sur le terrain¹⁹. La « non-volonté » du siège d'élargir à la santé reproductive visait le développement d'une approche alternative de la PEC des VVS à celle qui est le plus souvent pratiquée. La porte d'entrée aux soins IST est certainement valable si la majorité des cas sont perpétrés par des personnes armées chez qui la prévalence des IST est souvent très élevée. Cependant, la Figure 4 ci-dessous montre qu'en 2019, 81 % des cas de VSS sont perpétrés par des civils dont 403 sont connus et 195 inconnus, et seuls 18 % des cas par des personnes armées, dont 44 sont connues et 85 inconnues. Bien que le projet ait démarré en réponse à la VS engendrée par les groupes armés dans la province, le graphique indique que la VS est maintenant majoritairement domestique et civile.

Figure 4 : Nouveaux cas de VSS en 2019 par type d'agresseur



Source : MSF, Dashboard du projet.

Les multiples modifications (hormis le choix de nouveaux sites d'intervention) ont à peine eu un impact sur les résultats rapportés par MSF. Les adaptations concernent le cadre logique et les objectifs et résultats attendus, les sites d'intervention, les offres de services, et l'appui en ressources humaines (voir QE 2.3). Les résultats varient fortement comme le Tableau 3 ci-dessus le montre.

- ✓ Le résultat majeur du projet, le nombre de VVS prises en charge reste constant en 2018 et 2019 autour de 70 % de la cible, ce qui est nettement en deçà des attentes. Par contre, leur proportion vue dans les 72 heures atteint 95 % de la cible (71 % versus 75 % des cas de VS²⁰).
- ✓ En 2019, le nombre de nouveaux cas d'IST prises en charge dépasse largement les attentes. Il est peu probable qu'on puisse attribuer ce succès à l'introduction de l'E-Care des IST qui

¹⁹ Communication du siège.

²⁰ Certaines personnes au siège ont exprimé leur doute quant à la fiabilité de ce chiffre qui ne correspondait pas à l'expérience du terrain.

touche surtout la qualité technique de la PEC, un aspect qui est peu perceptible pour le patient. Il est plus probable qu'il soit dû au choix des nouveaux sites d'interventions en 2019²¹, et donc à une meilleure couverture géographique.

- ✓ Le grand succès de la PF est largement dû aux besoins non satisfaits criants en matière de PF - 23,4 % à Kinshasa et 27,7 % dans toute la RDC²² - principalement par manque de disponibilité ou d'accès financier. L'introduction en 2019 de Sayana Press^{®23} (voir ci-dessous) n'explique pas le succès de la PF puisqu'elle atteignait moins d'un pour cent (36 sur 4.156) de toutes les méthodes utilisées.

Enfin, le projet n'a pas systématiquement contribué à la collecte et analyse des données par le MSP, même si ceci n'était pas un résultat attendu. Cet appui aurait contribué à la durabilité du projet. Selon la base de données DHIS2, le nombre de partenaires exposés aux IST pris en charge à Binase serait de 65 % (4.783 cas contacts sur 7.414 nouveaux cas) pour toutes les années, et oscillerait entre 48 % (2017) et 79 % (2020) de 2015 à 2020. Il est très probable que les données MSF reflètent mieux la réalité du terrain et que ces données DHIS2 ne soient pas fiables. Par ailleurs, ces données n'ont pas été rapportées dans le DHIS2 pour les deux CS visités, et celles de la ZS de Nia Nia n'ont pas été rapportées dans la base de données DHIS2, sauf pour Afya en 2020 (20 %), 223 contacts sur 1.116 nouveaux cas.

4.2. Critère 2 : Dose

QE 2.1 : Quelles composantes du projet ont été essentielles pour l'obtention des résultats souhaités et dans quelle mesure ont-elles été mises en œuvre ?

La mission a identifié plusieurs des points essentiels à l'obtention des résultats. Il s'agit d'une vision commune, une stabilité minimale des services et du personnel MSF, la qualité et la complétude de la PEC, l'intégration des services dans les structures du MSP, l'approvisionnement sans interruption d'intrants de qualité et leur distribution jusqu'au dernier kilomètre. La sensibilisation par la radio, les Recos, les promoteurs de la santé, les sketches radio, etc. a été efficace et essentielle pour la recherche des soins médicaux par les VVS dans les 72 heures. L'appui aux zones semi-urbaines et rurales a permis d'apprendre des leçons sur la contextualisation de la PEC des VVS, des IVG, de la PF et des IST.

Par contre, les données ne permettent pas de déterminer si le manque d'intégration des services dans l'offre de santé reproductive pose un obstacle à la couverture ni si la prise en charge des demandes considérées essentielles par la communauté aurait amélioré l'acceptabilité et donc l'utilisation des services offerts.

Une vision commune et une stabilité minimale des services et du personnel MSF sont essentielles. En effet, le démarrage du projet avant que les objectifs et résultats à atteindre soient bien cadrés, couplé à la forte rotation du personnel MSF, a causé des instabilités au détriment d'une couverture

²¹ Sortie des CS d'Epulu et Molokaye fin premier semestre 2018, démarrage d'activités à Afia, Badengaido en début 2019 et à PK25 en juillet 2019.

²² Enquêtes Démographiques de Santé (EDS) 2014.

²³ Toutefois, le nombre d'Années de Protection du Couple (CAP) qui estime le nombre de couples protégés en utilisant un moyen de contraception sur une période d'un an est un meilleur indicateur que la prévalence contraceptive (pourcentage de femmes mariées de 15 à 49 ans utilisant un moyen de contraception) puisque Sayana Press[®] protège pour trois mois.

de qualité des soins. Après avril 2020, avec la diminution des activités d'accompagnement, de la présence de MSF dans les structures de santé, la suppression du paiement de transport, les messages de sensibilisation, etc., le nombre de nouveaux cas de VVS dans les trois CS visités est tombé de 353 en 2019 à 261 en 2020. Une évaluation des données du SNIS sur un ou deux ans post-départ montrera l'impact global des stratégies d'intervention du projet.

La qualité et la complétude de la PEC qui est jugée relativement bonne, sont essentielles, même si des améliorations sont nécessaires. L'audit des dossiers d'IST, de VVS et de PF semble indiquer une adhésion en grandes lignes aux protocoles de prises en charge avec une certaine concordance entre l'historique, l'examen, le diagnostic et le traitement. La qualité de la prise en charge dépend cependant de beaucoup de détails que les dossiers de patients qui sont souvent très sommaires ne permettent pas d'élucider. La disponibilité et la qualité des médicaments ont été reconnus par tous les acteurs, y compris les patients, comme facteur de succès. L'utilisation de l'E-Care a également contribué à l'amélioration de la qualité directe des soins. Enfin, les prestataires soulignent l'approche globale de MSF dans la qualité de la PEC : MSF ne se concentre pas sur les médicaments et la gratuité, mais prend en considération l'ensemble des facteurs, dont l'accueil des patients, les locaux (réhabilitation, eau et assainissement, etc.) et la motivation des membres du personnel du MSP, souvent négligés par les autres acteurs, mais qui sont essentiels à la qualité de la PEC. L'observation d'un cas de VVS dans un CS a cependant révélé des insuffisances, bien qu'il soit impossible de généraliser ce cas à l'ensemble du projet, d'autant plus qu'il a été observé en janvier 2021, après la mise en veille du projet.

Le flux discriminatoire des patients a affecté la confidentialité et le respect du genre. Pour les VVS, la mission a observé à Nia Nia plusieurs lacunes dans l'accueil et la confidentialité. Le médecin consulte la patiente immédiatement dans son bureau pour ensuite l'envoyer à la réception où des signes vitaux sont pris, un circuit qui nuit à la confidentialité. L'IT adjoint (ITA) puis l'IT prennent ensuite part à la consultation, soit trois membres masculins du personnel pour la consultation d'une jeune femme nouvellement VVS. L'infirmière rentre à son tour dans le bureau pour récupérer un produit, puis le comptable pour déposer la fiche. Au total, la VVS qui consulte voit défiler 5 membres du personnel dans sa salle de consultation. Le seul membre féminin du personnel formé à la PEC des VVS est la pharmacienne qui n'est clairement pas impliquée dans la PEC²⁴. Le test syphilis n'était pas disponible.

L'approvisionnement sans interruption d'intrants de qualité et leur distribution jusqu'au dernier kilomètre sont fortement appréciés. Ainsi, la complétude et la continuité du kit PEP de MSF, bien supérieur au kit PEP d'IMA²⁵ par exemple, sont saluées par les acteurs, même si les modalités d'appui pourraient être affinées. Le projet pourrait optimiser la complémentarité avec d'autres ONG comme IMA qui fournit des kits PEP incomplets. C'est la même chose pour la PEC psychosociale ; une complémentarité avec les acteurs locaux pourrait être envisagée à Mambasa.

La sensibilisation par la radio, les Recos, les promoteurs de santé, les sketches radio, et des événements spéciaux a été efficace et essentielle pour la recherche des soins médicaux pour les VVS dans les 72 heures. L'absence de base de référence ne permet cependant pas de comparer les chiffres. L'évaluation semble indiquer que la sensibilisation par les HP et les Recos est plus efficace que les spots radio, comme en témoigne la forte baisse de l'utilisation des services à partir d'avril alors que les spots radio ont continué jusqu'en décembre. À ce titre, l'évaluation indique également que les HP se sont concentrés autour des CS appuyés (5 à 10 km pour des raisons de sécurité). Les acteurs

²⁴ Nous avons fait part de ces constats à l'IT, qui reconnaît les manquements, et explique que la PEC est habituellement meilleure.

²⁵ Les kits d'IMA ne contiennent pas le métronidazole, de vaccin, et seulement le test de grossesse, mais pas de la syphilis ou du VIH. Par ailleurs, seul le kit est disponible, rien n'est donc prévu pour les cas de VS remontant à plus de 72 heures.

estiment que le projet aurait pu avoir un impact encore plus grand si les HP et Reco avaient pu sensibiliser des populations plus éloignées des CS.

L'intégration des services dans les structures du MSP et l'appui à ces FOSA a été favorable, même si sa mise en œuvre n'était pas toujours parfaitement intégrée. Bien que MSF n'ait pas établi des sites indépendants du MSP qui aurait permis une comparaison de résultats, il est clair que l'intégration dans les structures du MSP favorise la soutenabilité et renforce le système national, en particulier pour des services bien ciblés comme les trois services appuyés. Vue sous cet angle, cette intégration a été essentielle. L'absence de stratégie de désengagement ou de retrait est en revanche une insuffisance majeure à ce stade. L'intégration de l'approche MSF au sein de la FOSA du MSP est saluée par les autorités et les personnels du MSP des CS appuyés.

L'appui aux zones semi-urbaines et rurales a permis de tirer des leçons sur la contextualisation de la PEC des VVS, des IVG, de la PF et des IST. Des évidences différenciées ont été collectées en termes de mentalités et donc de perceptions, de problèmes, et de rôle des autorités. Par exemple, dans les zones semi-urbaines les préservatifs sont plus utilisés lors des rapports sexuels avec un partenaire occasionnel, et les VVS y sont davantage orientées en premier lieu vers les CS plutôt qu'aux instances de réconciliation.

Les données ne permettent pas de déterminer si le manque d'intégration des services dans l'offre de santé reproductive pose un obstacle à la couverture. Plusieurs parties prenantes l'ont regretté, d'autant plus que cette intégration est prévue dans les directives nationales de la santé reproductive.

Il n'est pas clair si la prise en charge des demandes considérées essentielles par la communauté aurait amélioré l'acceptabilité et donc l'utilisation des services offerts. On peut citer l'offre minimum d'activité de santé reproductive, ou la PEC intégrée des maladies de l'enfant. Cette approche verticale a permis de concentrer les ressources sur les besoins réels des VVS, même s'ils n'étaient pas ressentis comme tels par une grande partie de la communauté avant l'intervention²⁶, et à promouvoir fortement le genre. À noter que l'ajout de la PF en 2018 et l'ajout ad hoc d'appuis en intrants pour le paludisme, la réhabilitation des FOSA, etc. a répondu en partie aux demandes de la communauté.

QE 2.2 : Quel ensemble de services minimum l'intervention doit-elle maintenir en période de veille du projet pour en assurer la continuité ?

MSF est la seule organisation appuyant la PEC médicale des VVS à Nia Nia et Mambasa, et depuis 2018, la PF. Il est crucial de coordonner les appuis avec les acteurs présents, tant dans le domaine pharmaceutique que la formation, qui reste par ailleurs nécessaire, et la supervision renforcée de l'offre et de la gestion de services. Cette supervision doit être couplée à un contrôle externe dont une enquête ménage. L'innovation E-Care pour les IST a fait ses preuves puisque les protocoles de prise en charge des IST étaient encore suivis six mois après la mise en veille de MSF et mérite d'être continué.

La gratuité des soins a montré ses mérites et est appréciée, ainsi que le remboursement des transports pour les VVS. Cet élément est particulièrement important pour les nouveaux cas de VS, puisque les VVS déjà exposées aux services

²⁶ Basé sur les entretiens personnels MSF, personnels MSP et la communauté.

de soins de qualité sont prêtes à fournir l'effort additionnel de payer le transport pour les soins de suivi (constat fait en 2020 alors que le transport n'est plus remboursé).

Finalement, l'arrêt ou la diminution des services doit être bien communiqué pour éviter les problèmes.

MSF est la seule organisation appuyant la PEC médicale des VVS à Nia Nia et Mambasa. À Mambasa, cet appui complète le maillon de l'appui psychologique, juridique et de réinsertion socio-économique offert par Caritas, Féconde, Club des Volontaires pour l'Appui aux Peuples Autochtones (CVAP) et autres. Aucun autre partenaire n'appuie la PEC des VVS à Nia Nia, bien que IMA y fait des dons de kit de PEP depuis juillet 2020.

Depuis 2018, seul MSF appuie systématiquement la PF. Oxfam avait offert quelques appuis ponctuels dans ce domaine, mais aucun ne subventionne les intrants en PF. Les CS non appuyés achètent les intrants de PF au tarif complet auprès du Centre de Distribution Régionale (CDR) à Bunia, Cadimebu, via le BCZS.

Il est crucial de coordonner les appuis avec les acteurs présents, tant dans le domaine pharmaceutique que la supervision et la formation. On peut citer l'exemple des kits pour les VVS incomplets d'IMA que le projet pourrait compléter. Les supervisions pourraient profiter de la mise en commun de certains transports selon la faisabilité ou de personnel, ou de per diem. Des modules de formation VVS/IST/PF pourraient être inclus dans les formations éventuelles d'autres intervenants ou même du MSP.

La continuité de l'approvisionnement en médicaments est essentielle et fortement appréciée. Le MSP n'est pas en mesure de garantir cette continuité alors que la disponibilité de médicaments est à la base de la qualité de la prise en charge. Avant avril 2020, MSF fournissait des intrants pour les VVS, IST et PF, et de manière ad hoc des kits pour les afflux de blessés et des kits contre la malaria lors de ruptures. Depuis lors, MSF fait des donations trimestrielles de médicaments pour les VVS, les IST ainsi que pour le paludisme, l'IRA et la diarrhée aux CS appuyés. Des kits sont également fournis de manière ponctuelle aux HGR (matériel et autres appuis ponctuels)

La formation continue reste nécessaire. Aux CS de Badengaido, l'IT et ITA initialement formés ont été transférés (et l'ITA au CS PK25). De nouveaux IT et ITA sont arrivés avant la mise en veille de MSF, mais après les formations MSF et ne sont donc pas formés. Cette formation est également nécessaire dans le domaine de la gestion des médicaments pour gérer la pharmacie unique du CS qui s'occupe maintenant des médicaments fournis par MSF, et pour promouvoir les comportements centrés sur les patients. Par ailleurs, il faut prévenir le phénomène connu de pertes d'apprentissage et d'enracinement de mauvaises habitudes de prise en charge.

Il est important d'assurer la continuité d'une supervision renforcée de l'offre et de la gestion de services. Ainsi, la qualité des services risque de se dégrader sans une supervision adéquate. La gestion des médicaments est un autre exemple. La « pharmacie MSF » étant intégrée dans la pharmacie du MSP avec gestion unique depuis la mise en veille du projet, devient plus exposée aux faibles capacités des gestionnaires et même à la fraude.

La supervision doit être couplée à un contrôle externe dont une enquête ménage. À PK25, deux des 14 VVS ayant fait l'objet d'une enquête durant la mission d'évaluation ont payé pour les services (de manière informelle). La situation est différente à Binase où aucune VVS n'avait payé pour les services. Cette différence par site montre par ailleurs l'importance du climat de travail et de l'attitude du personnel. Plus grave encore, nos entretiens avec les patients révèlent que dans un CS visité, l'IT aurait refusé à deux VVS l'accès aux soins sous prétexte de devoir passer par la police avant. Un de

ces deux cas a eu lieu en janvier 2020 (le soir) alors que MSF était présent (mais pas physiquement au CS au moment des faits supposés). Il est impossible de vérifier ces faits ni d'y attribuer une cause (tentative de l'IT de monnayer l'accès aux soins ou de forcer le passage à la police (collusion) ou autre). L'identification de deux cas sur moins de 15 patients interrogés laisse cependant penser à la véracité de cette situation. Le fait que ces deux présumées victimes (2 fillettes de 12 et 14 ans) ne soient pas allées à la police et ne soient finalement jamais revenues chercher les soins est dramatique et représente une leçon importante pour une intervention future.

L'innovation E-Care pour les IST a fait ses preuves puisque les protocoles de prise en charge des IST étaient encore suivis six mois après la mise en veille de MSF. En 2017, 25 % des diagnostics ne correspondaient pas aux symptômes et 50 % des thérapies ne correspondaient pas au diagnostic. En 2019, ces chiffres étaient 20 %.

La gratuité des soins a montré ses mérites et est appréciée. Sur 11 VVS interrogées à Binase, cinq ont affirmé qu'elles ne seraient pas venues au CS si les soins avaient été payants. Les 14 VVS interrogées au CS PK 25 ont déclaré qu'elles ne seraient pas venues au CS si les soins avaient été payants. Concernant les IST, 20 patients sur les 31 interrogés déclarent qu'ils ne seraient pas venus au CS si les soins avaient été payants.

Par ailleurs, à la question posée aux patients atteints d'IST « pourquoi avez-vous choisi de venir à ce CS en particulier ? », 18 patients sur 31 interrogés ont répondu « la gratuité » comme premier motif (suivi par la proximité du CS – huit patients).

La plupart des travailleurs de la santé et du personnel MSF ont par ailleurs cité la gratuité comme facteur de réussite et de pertinence du projet.

MSF assure également la gratuité des soins d'hospitalisation des VVS aux HGR, à condition qu'elles soient passées par un CS appuyé par MSF et y aient été référées. La plupart sont des PEC à l'HGR de Mandima qui est proche de la base MSF Mambasa de sorte que MSF peut facilement superviser la PEC.

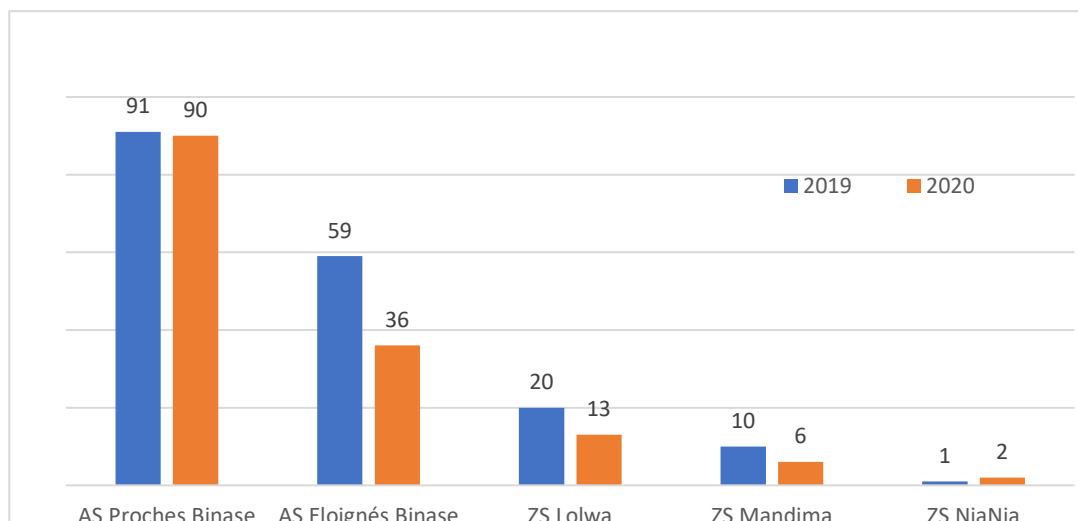
Le remboursement des transports pour les VVS est également essentiel et l'impact de son arrêt à partir d'avril 2020 le démontre. Les CS non appuyés réfèrent automatiquement les cas de VS au CS appuyé par MSF : les services aux VVS ne sont donc plus disponibles dans les autres CS. Si les VVS ne peuvent pas payer le transport (depuis avril) ou s'éloigner trop longtemps de la maison, alors elles n'ont plus accès aux soins. Il s'agit là d'une limite majeure de l'approche MSF, surtout depuis avril 2020 et le déremboursement des transports. En rendant les services aux VVS disponibles uniquement dans certains CS, MSF a en réalité créé une barrière à l'accès, en particulier depuis avril et le déremboursement des transports aux VVS. Dans le cadre de l'évaluation, on a rencontré l'IT d'un CS non appuyé par MSF situé à 25 km de Binase. Cet IT n'était pas informé du déremboursement des transports depuis avril 2020 et continue de référer les cas de VS au CS à Binase, en supposant que les transports sont toujours gratuits.

L'arrêt de cet appui au transport des VVS en avril 2020 aurait été motivé par la crainte d'un abus par les CS. En effet, les factures de transport à moto auraient été très élevées au début du projet à Binase, problème qu'on a pu résoudre par la création d'une échelle de remboursement selon les distances. L'introduction de cette grille était déjà un bon ajustement et aurait pu être complétée par la dotation d'un fonds de roulement à chaque CS avec apurement mensuel sur présentation de pièces de justification. Il est dommage que cette approche n'ait pas été acceptée, compte tenu de la faiblesse des montants en jeu pour MSF et de l'importance de cette composante pour l'accès aux soins aux VVS.

Cet arrêt a créé des problèmes avec les motards et les VVS aux mois d'avril et de mai par manque d'information. Pire - combiné à l'arrêt de la sensibilisation par les promoteurs de santé MSF et les Recos motivés par MSF, il a fortement réduit le nombre de nouveaux cas de VS provenant des aires

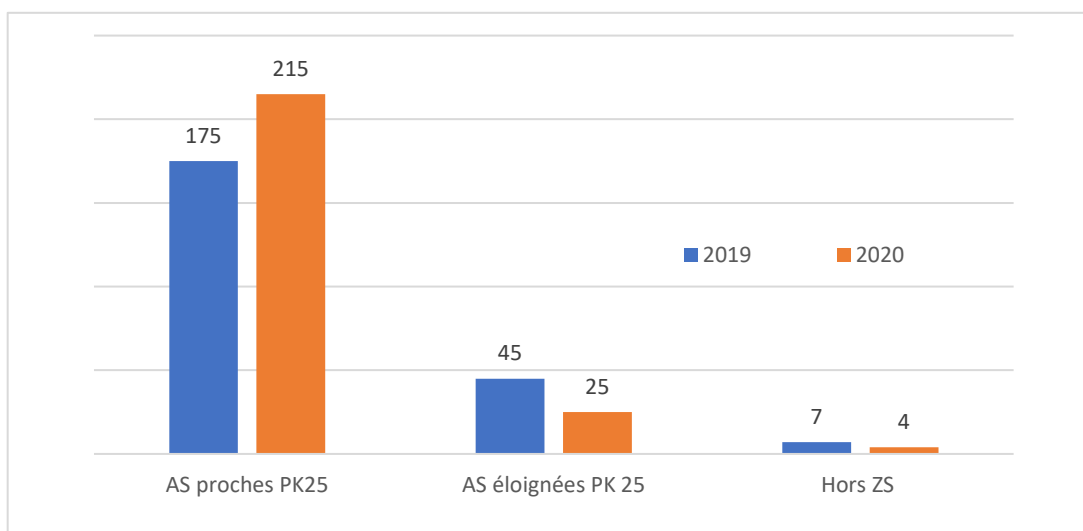
de santé éloignées (> 10km) comme indiqué dans les Figures 5 et 6 ci-dessous. L'arrêt a engendré une forte baisse des cas de VS provenant des AS éloignées de Binase et PK25, tandis que le nombre de cas venant de près (<10 km) a stagné à Binase et même augmenté à PK25²⁷ (où cette hausse a même compensé la réduction de ceux venant de loin, si bien que le total des cas y a encore augmenté en 2020 par rapport à 2019).

Figure 5 : Provenance de cas de VSS en 2019 et 2020 pour les ZS appuyées : BINASE



Source : Registres CS

Figure 6 : Provenance de cas de VSS en 2019 et 2020 pour les ZS appuyées : PK25



Source : Registres CS

Le Tableau 4 ci-dessous montre qu'à PK25, le nombre de nouveaux cas a diminué en juillet et août 2020 (12 cas) comparativement aux nouveaux cas en juillet et août 2019 (21 cas) soit une baisse de 43 % liée à l'arrêt des remboursements des transports et de la sensibilisation communautaire.

²⁷ Notez que les totaux pour ceux vivant près et loin diffèrent des données DSH2 : 147 cas en 2020 contre 181 en 2019 à Binase et 94 en 2019 contre 75 en 2020 à PK25.

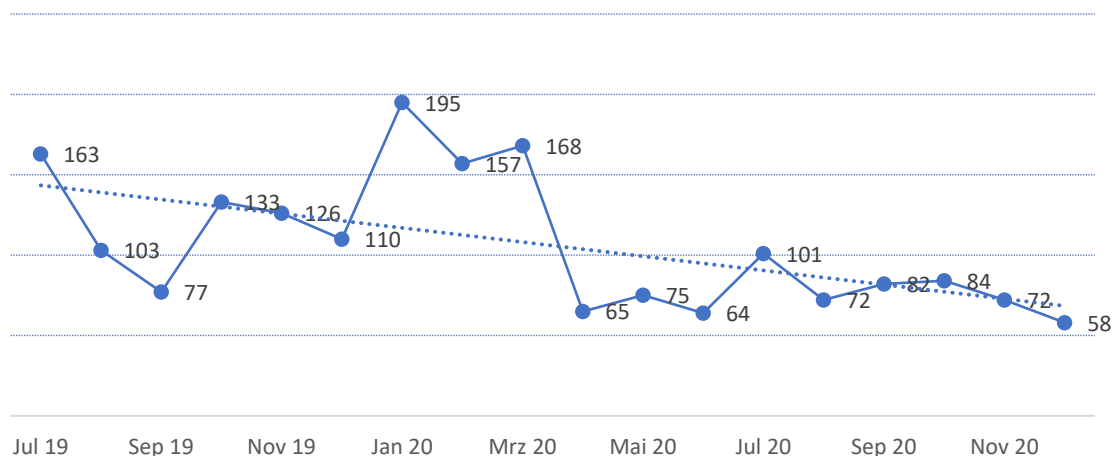
Il ne semble en revanche pas y avoir d'impact sur les taux de deuxième et troisième visite, ce qui suggère que les VVS déjà exposées aux services de soins de qualité sont prêtes à fournir l'effort additionnel de payer le transport pour les soins de suivi. L'investigation du lieu de résidence des nouveaux cas (voir plus haut) permet d'attribuer la majorité de la réduction du nombre de consultations aux problèmes de transport et en deuxième lieu à l'arrêt de la promotion et au communiqué MSF mal interprété.

Tableau 4 : Nombre total de nouvelles consultations pour VS à PK25 avant et après le remboursement du transport et la sensibilisation

	Nouveaux Cas	2 ^e visite (7 jours)	3 ^e visite (1 mois)
juillet août 2019	21	20	4
juillet août 2020	12	12	4

L'analyse des nouveaux cas d'IST à Binase depuis juillet 2019 à décembre 2020 montre également une forte chute à partir d'avril 2020, comme le montre la Figure 7 ci-dessous. À noter que pour les IST, le déremboursement des transports n'a aucun impact, car le transport n'était pas couvert pour les IST. L'évaluation montre que cette situation serait liée à l'arrêt de la sensibilisation par les promoteurs de santé MSF et les Recos incités par MSF, mais aussi le communiqué MSF informant de la mise en veille du projet MSF qui n'a globalement pas été compris par la population. L'analyse du communiqué par l'équipe suggère en effet que ce communiqué n'est pas clair et qu'il est trompeur²⁸. Par ailleurs, au moins deux IT n'étaient pas informés du communiqué.

Figure 7 : Nombre de nouveaux cas d'IST à Binase de juillet 2019 à décembre 2020



Source : Données MSF

Le retrait en avril 2020 était mal conçu. Même si ce retrait était nécessaire au regard des problèmes liés à la COVID-19, ce retrait n'a, selon nous, pas été bien conçu. D'abord, par la mauvaise communication (illustrée par le communiqué) : elle n'a pas atteint tous les principaux acteurs (notamment deux IT) et le message principal (retrait partiel, mais continuité des activités) n'est pas bien compris. Ensuite par l'arrêt de l'incitation aux Recos : les Recos du MSP auraient pu continuer à

²⁸ Le communiqué fait 1 page : 90 % est consacré à la présentation de MSF et à l'impact de la COVID-19 sur MSF. Une seule ligne – un NB, indique que la PEC des VVS continue, et rien n'est dit sur les IST et la PF. Pire encore, plus haut, il est indiqué que l'appui au MSP pour la PEC durera 3 mois.

être incités et compenser en partie le retrait des HP, surtout compte tenu des montants en jeu pour MSF (20 USD par mois par Reco). Ensuite, et surtout, l'arrêt des remboursements des motos pour les VVS est une erreur majeure selon nous, compte tenu que le service aux VVS n'est plus disponible dans les CS non appuyés par MSF et que les montants en jeu pour MSF sont très faibles. Le risque de « fraudes » paraît pourtant bien minime compte tenu i) des montants, ii) du faible nombre de CS et iii) du faible nombre de VVS utilisant la moto, iv) du passage régulier de la superviseuse MSF dans chaque CS. Enfin, en l'absence de personnel MSF dans les CS, la supervision aurait pu être augmentée de un à deux superviseurs (cela n'a été fait qu'en décembre 2020) dans le cadre du retrait avec maintien d'un minimum d'activité.

QE 2.3 : Dans quelle mesure les ressources humaines déployées sont-elles suffisantes pour mettre en œuvre les composantes prévues du projet en termes de nombre, de profil et de durée d'engagement du personnel ?

L'instabilité du personnel MSF a eu un impact négatif et a causé des interruptions subites de services et un manque de vision commune du projet. Les promoteurs de la santé ont fait leurs preuves tout comme les équipes de supervision et de formation MSF, bien que ces derniers n'aient pas pu impliquer les équipes-cadres des BCZS et la DPS.

La mise à disposition systématique et indifférenciée d'infirmiers et psychologues MSF dans les CS appuyés est questionnable. Il en est de même pour le déploiement de conseillères/psychologues uniformément dans tous les CS appuyés quelle que soit la ZS, ce qui pose question.

Une enveloppe globale de primes pour le personnel est inéquitable et potentiellement contre-productive.

La forte rotation et l'instabilité du personnel MSF ont eu un impact négatif et ont, entre autres, causé des interruptions subites de services, un manque de vision commune du projet, et des reformulations d'objectifs, de résultats attendus et de cadres logiques fréquents. Ces reformulations semblent plutôt dues à un langage peu soigné et peu constant des divers auteurs qu'aux exigences contextuelles. Cette instabilité s'explique en grande partie par les contrats de courte durée.

Les promoteurs de santé MSF ont été indispensables pour informer sur la disponibilité des services de prise en charge des VVS et promouvoir le changement de comportement vis-à-vis des VS et des IST. Ils ont renforcé durablement les capacités des Recos par le biais de formations, d'un suivi rapproché, de la mise à disposition d'intrants, de la motivation pécuniaire et de matériel approprié pour la sensibilisation. La présence de cette ressource tout au long du projet est donc d'une grande nécessité.

Les équipes de supervision et de formation MSF étaient adéquates, mais n'ont pas suffisamment pu impliquer les équipes-cadres du BCZS et de la DPS. Ces équipes assuraient un rythme de supervision de deux à trois visites par mois pour chaque CS avant avril 2020. En revanche, leur collaboration avec les BCZS et DPS, même dans des conditions de terrain difficile où ces équipes ne sont pas toujours disponibles, aurait été bénéfique.

La mise à disposition systématique et indifférenciée d'infirmiers et de psychologues MSF aux CS crée des problèmes de pertinence, de durabilité et d'efficacité. En effet, le personnel est déjà pléthorique dans la moitié des CS visités. La norme nationale prévoit six à huit personnes dans un CS avec maternité. Il se fait que dans les CS visités la moyenne du personnel varie entre 10 à 15. MSF a

déployé trois ou quatre personnes dans chaque CS appuyé, sans tenir compte de leurs besoins en termes du nombre de consultations de VVS ou des compétences locales en la matière, où ils se sont parfois substitués au personnel local.

Les conseillères/psychologues sont mal distribuées parmi les ZS. Ainsi, trois associations assurent déjà des appuis psychologiques à Mambasa, alors que ces services ne sont pas assurés à Nia Nia. Un appui différencié selon la présence de partenaires dans la zone aurait pu être imaginé. Par ailleurs, il est dommage que MSF n'ait pas approché ces partenaires pour prendre le relai de la PEC psychologique au CS Binase après la mise en veille en avril 2020.

Une enveloppe globale et unique pour le personnel est inéquitable et potentiellement contre-productive. L'enveloppe globale a été introduite en 2018 avec la mise en place du personnel MSF dans les CS. MSF verse une enveloppe globale de fonctionnement de 750 USD par mois, sans tenir compte du fait que certains CS comportent quatre infirmiers et d'autres 12 infirmiers plus un médecin, ce qui ne semble pas équitable. L'IT est chargé de l'utilisation de cette enveloppe, ce qui est compréhensible et souhaitable dans le cadre d'un achat de service. Cependant, cette pratique n'est pas pertinente dans un contexte de gouvernance défaillante : les IT prennent la part du lion et les autres infirmiers, en particulier ceux qui s'occupent de la PEC des VVS, des IST et de la PF au quotidien, sont frustrés et démotivés. L'entretien auprès des membres du personnel montre que dans au moins un CS, les infirmiers reçoivent 25 USD, alors que le CS ne dispose que de trois infirmiers + un IT, pour une enveloppe de 750 USD. Même en retranchant les primes aux autres membres du personnel et le fonctionnement du CS, il y a fort à parier que l'IT touche une bonne partie de l'enveloppe. Enfin, dans la même logique, les Recos reçoivent leurs primes via l'IT, et certains problèmes de paiement des primes nous ont été rapportés.

4.3. Critère 3 : Couverture

QE 3.1 : Dans quelle mesure les services fournis dans le cadre du projet ont-ils été utilisés par le groupe cible prévu ?

Les résultats d'utilisation ont presque été atteints pour les VVS et la PF, et même excédés pour les IST, comme il est décrit sous QE 1.2.

Parmi les trois CS visités, on observe la meilleure utilisation des services pour les VVS et les IST à Binase, et une chute importante à Afya et PK25 lors de l'interruption de l'appui en 2017 et 2018. L'utilisation des services PF a augmenté en flèche depuis leur introduction en 2017, sauf pour Afya où il y a eu une réduction en 2020.

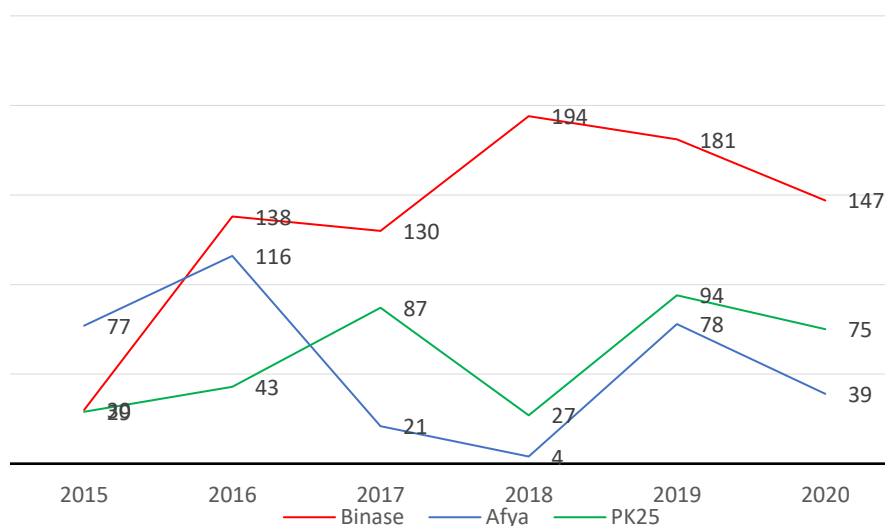
L'étude des taux d'utilisation des services dans les trois CS par rapport aux taux dans la totalité de la ZS permet de contextualiser les accomplissements du projet et montre des résultats mixtes. Les effets y sont considérables par rapport à leur ZS pour les VVS, et dans une moindre mesure pour les IST. Quant à la PF, le taux d'acceptantes de PF est le double à Binase de celui de la ZS Mambasa, mais nettement inférieur à la ZS dans les deux autres CS, bien que ce chiffre puisse être influencé par le CS appuyé de Teturi et dont on n'a pas les données. Il est probable que les VVS des aires de santé avoisinantes visitent le CS de Binase comme illustré en comparant le nombre de cas aux CS versus la ZS. À Nia Nia, cet effet n'est pas observé.

Les prestataires ont mis à profit la plupart des services offerts.

Parmi les 3 CS visités, on observe la meilleure utilisation de services pour les VVS et les IST à Binase, et une chute importante à Afya et PK25 lors de l'interruption de l'appui en 2017 et 2018. Les Figures 8 et 9 ci-dessous montrent l'évolution de la fréquence des consultations de VVS et les nouveaux cas d'IST :

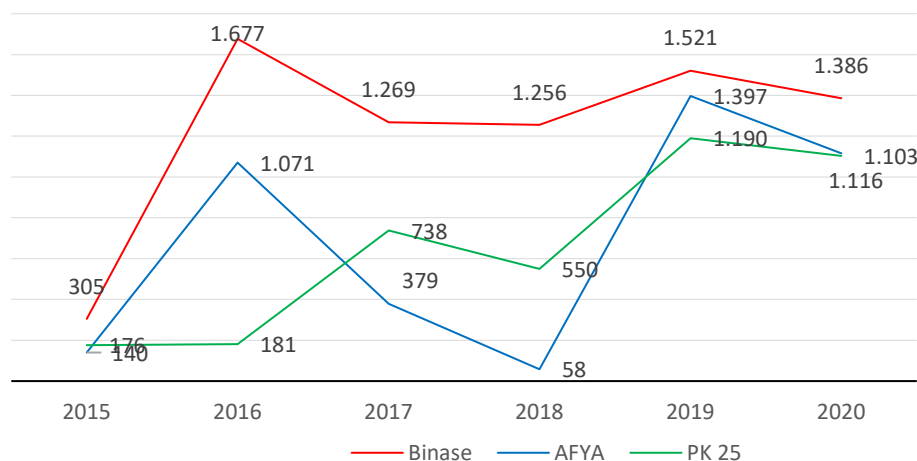
- À Binase, l'appui a continué sans interruption depuis le début du projet, et la fréquence des consultations IST y est restée plus ou moins constante depuis le début de l'intervention en 2016, tandis que les consultations de VVS y ont continuellement augmenté jusqu'en 2018, pour diminuer depuis.
- À Afya, l'appui a été interrompu de février 2017 à fin 2018, ce qui s'est manifesté par une chute dramatique de la fréquence des consultations IST et VVS durant cette période. Il aurait probablement été mieux de continuer un minimum d'appui comme les intrants et la gratuité.
- À PK25, la fréquence des consultations IST a augmenté depuis 2016, soit avant l'appui de MSF. En revanche, le projet semble avoir eu un impact sur les VVS dont la fréquence des consultations a réaugmenté en 2019. À noter que les chiffres extraits de DHIS2 sont parfois très éloignés de ceux collectés auprès des CS par l'équipe ou par le projet.

Figure 8 : Fréquence de nouveaux cas de VSS dans les trois CS visités



Source : DHIS2, RDC

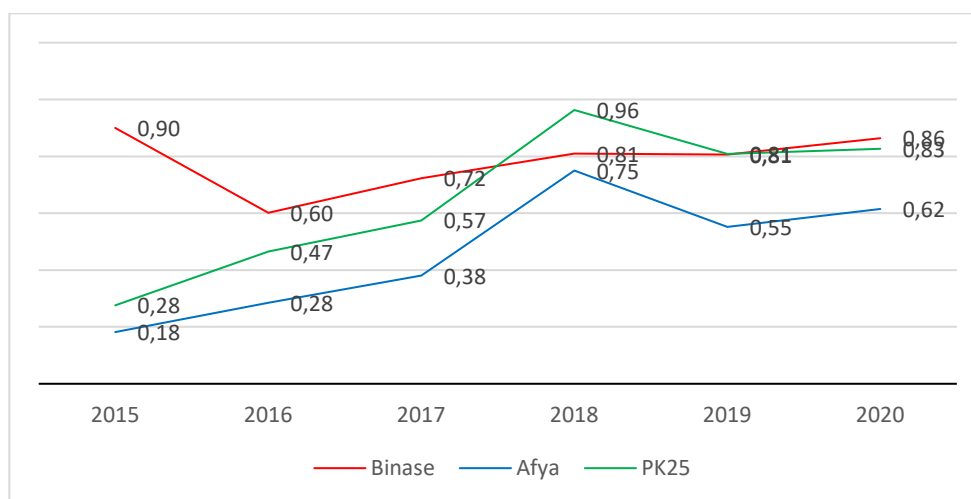
Figure 9 : Fréquence des nouveaux cas d'IST dans les trois CS visités



Source : DHIS2, RDC

Les soins médicaux pour VVS sont recherchés dans les 72 heures dans 60 % à 72 % des cas, rapprochant la cible de 75 %²⁹. La Figure 10 ci-dessous montre qu'à Binase et à PK25, la cible a été dépassée depuis 2018, tandis qu'à Afya, la cible n'est atteinte qu'en 2017, pour chuter de nouveau par après, ce qui n'est d'ailleurs pas étonnant vu les difficultés avec la gratuité des soins. La population est consciente que les soins médicaux passent en premier lors d'une VS, et qu'en tout cas, il faut consulter rapidement. Les autorités coutumières et la police réfèrent également rapidement quand les cas se présentent. La sensibilisation par la radio, les Recos, les promoteurs de la santé MSF, et les sketches y ont tous contribué.

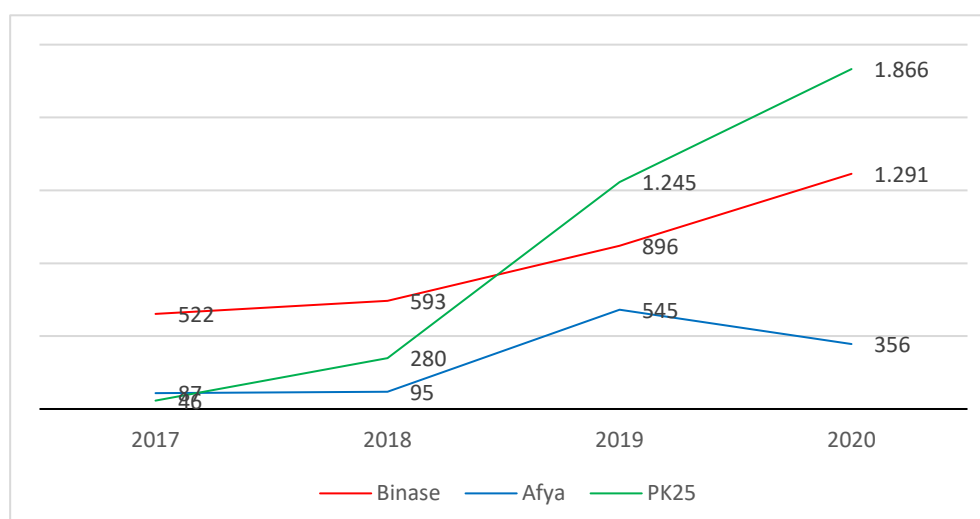
Figure 10 : Proportion des cas de VSS vus dans les 72 heures dans les trois CS visités



Source : DHIS2, RDC

L'utilisation des services PF a augmenté en flèche depuis leur introduction en 2017, sauf pour Afya où il y a eu une réduction en 2020, comme la Figure 11 ci-dessous le montre. Ce succès indique le grand besoin de ces services.

Figure 11 : Fréquence des nouvelles acceptantes PF dans les trois CS visités



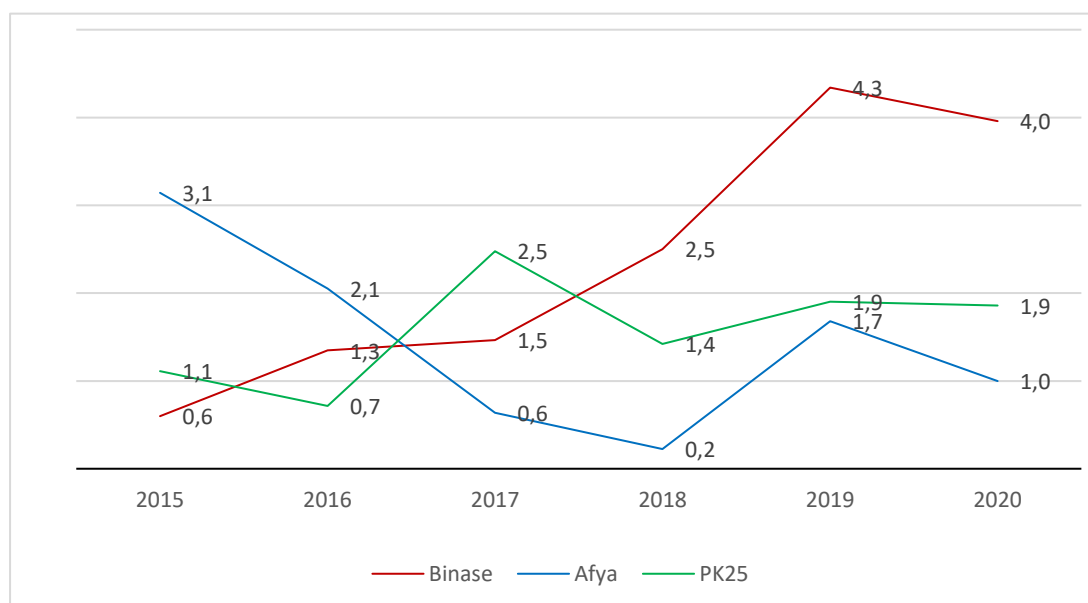
Source : DHIS2, RDC

²⁹ Source : rapports annuels 2019 et 2020 MSF

L'étude des taux d'utilisation³⁰ des services dans les CS par rapport aux taux dans la totalité de la ZS permet de contextualiser les accomplissements du projet et montre des résultats mixtes. Les Figures 12 et 13 ci-dessous illustrent les effets considérables pour les VVS, et dans une moindre mesure pour les IST dans les trois CS visités :

- À Binase, jusqu'à 4,3 fois plus de patients VVS sont vus sur base de sa population de couverture que dans toute la ZS de Mambasa, et jusqu'à 2,1 fois pour les IST.
- À Afya, depuis le début du projet en 2016, jusqu'à 1,7 fois plus de patients VVS sont vus que dans toute la ZS de Nia Nia sur la base de sa population de couverture. Il est cependant remarquable qu'en 2015, donc avant le début du projet, ce chiffre s'élevait à 3,1 fois dans la ZS. Pour les IST, le taux était seulement plus élevé en 2016, jusqu'à 1,7, pour chuter à 5 % des cas vus dans la ZS en 2018 lors de l'interruption du projet. Depuis, le taux de fréquentation est resté inférieur à celui de la ZS Nia Nia (70 % et 60 % en 2019 et 2020).
- À PK25, le rapport des taux de consultations de VVS versus Nia Nia était le plus élevé (2,5 fois) en 2017 lors de l'interruption du projet et est depuis resté constant entre 1,4 et 1,9 fois de plus qu'à Nia Nia. Par contre, le taux de fréquentation pour IST n'était qu'entre 20 % et 70 % des taux de la ZS dans sa totalité durant toute la période.

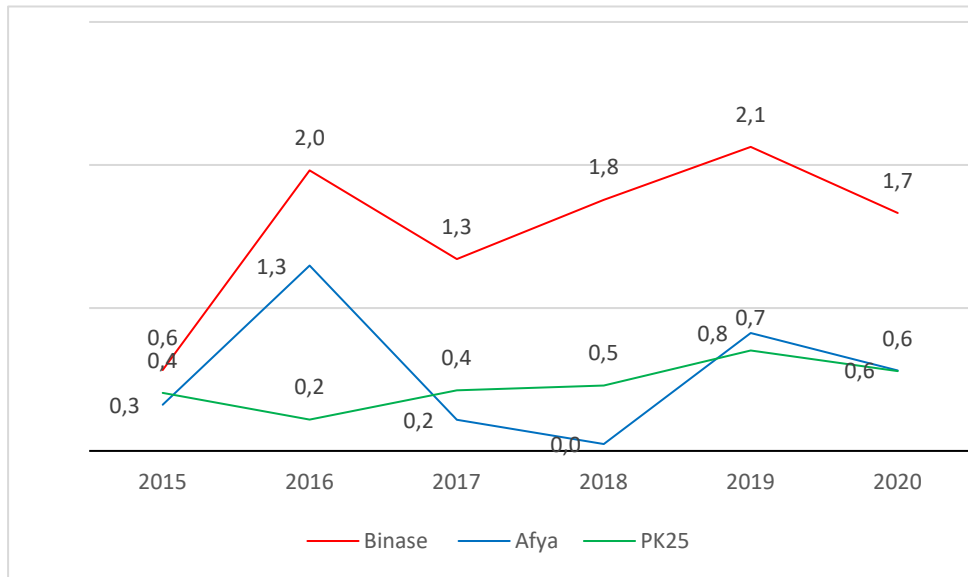
Figure 12 : Rapport des taux d'utilisation des services aux VVS dans les trois CS visités versus leurs ZS



Source : DHIS2, RDC

³⁰ Le taux d'utilisation est calculé en divisant la fréquence d'utilisation par le nombre d'habitants dans la zone de couverture. Le rapport des taux d'utilisation dans les CS versus les ZS est ensuite obtenu en divisant le taux du CS par celui de la ZS.

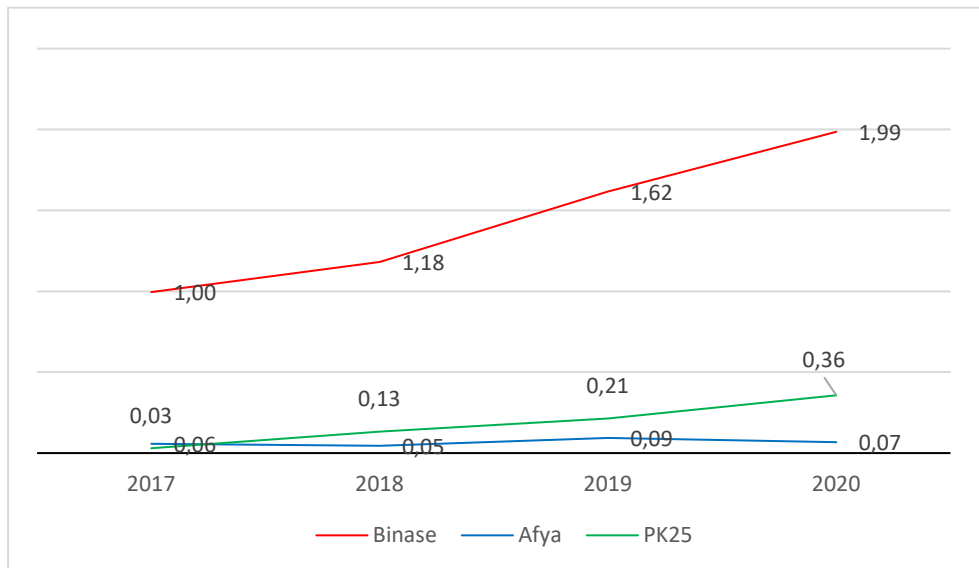
Figure 13 : Rapport des taux d'utilisation des services IST dans les trois CS visités versus leurs ZS



Source : DHIS2, RDC

La Figure 14 ci-dessous illustre ces rapports pour la PF. À Binase, le taux d'acceptantes de PF est le double de celui de la ZS Mambasa, mais nettement inférieur dans les deux autres CS. À PK25, un maximum de 36 % du taux de la ZS est atteint en 2020, avec cependant une progression nette depuis le début de l'intervention en 2017. À Afya, le taux n'atteint même pas un dixième de celui de Nia Nia.

Figure 14 : Rapport des taux d'utilisation des services de PF dans les trois CS visités versus leurs ZS

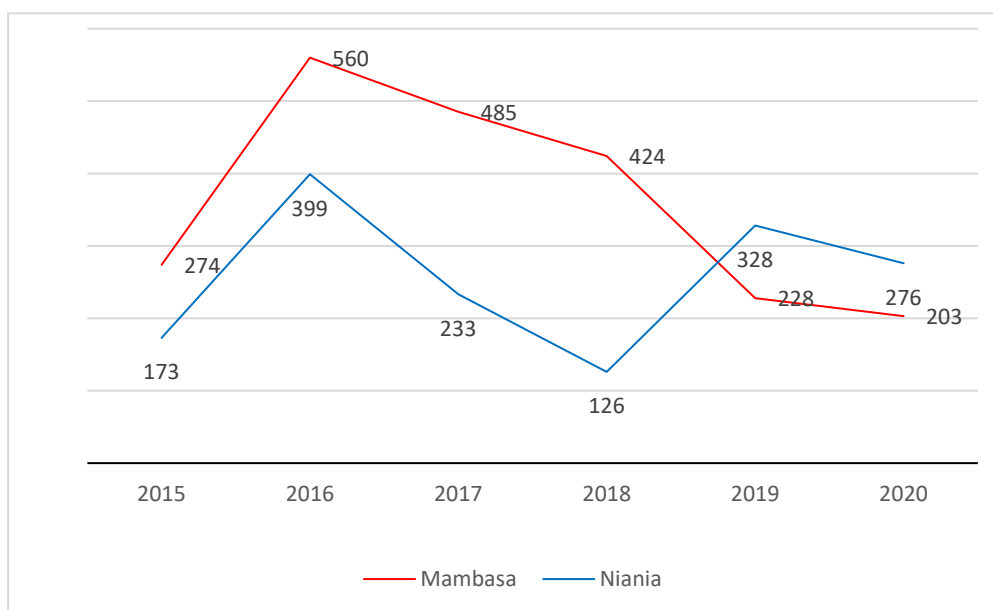


Source : DHIS2, RDC

Les VVS des aires de santé avoisinantes visitent le CS de Binase comme illustré en comparant le nombre de cas aux CS versus la ZS. La Figure 15 ci-dessous montre une réduction annuelle du nombre de VVS vues dans la ZS de Mambasa, alors qu'il reste plus ou moins constant à Binase. Cette observation est corroborée par l'examen des lieux d'origine des VVS visitant Binase, et par les entretiens qui révèlent un référencement des aires de santé avoisinantes.

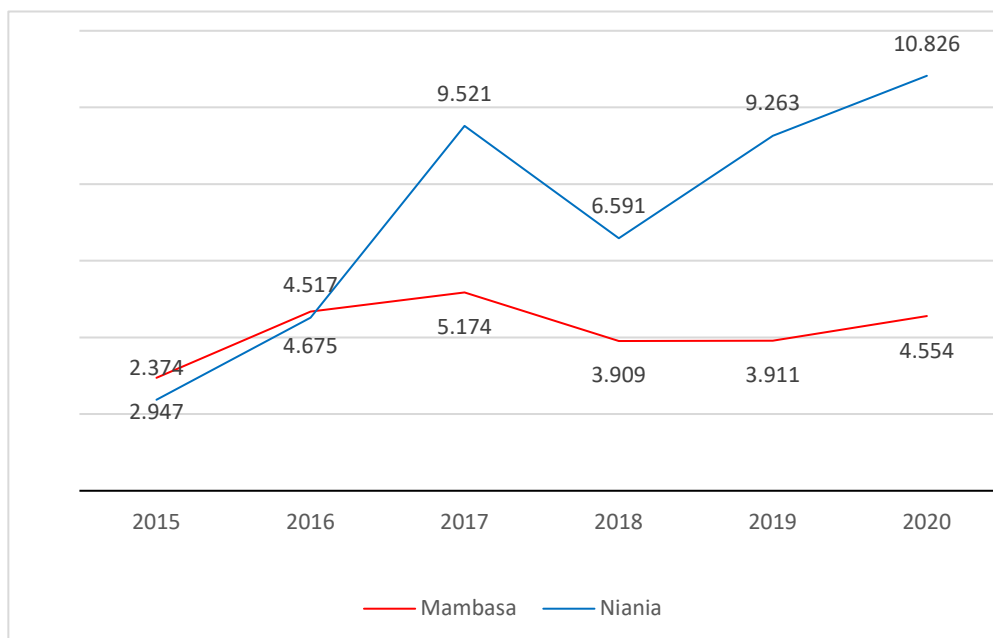
Les évolutions des IST à Mambasa et à Nia Nia (Figure 16) en comparaison des CS appuyés ne suggèrent pas des référencements. Il en est de même pour la PF (Figure 17).

Figure 15 : Nouveaux cas de VSS à Mambasa et Nia Nia



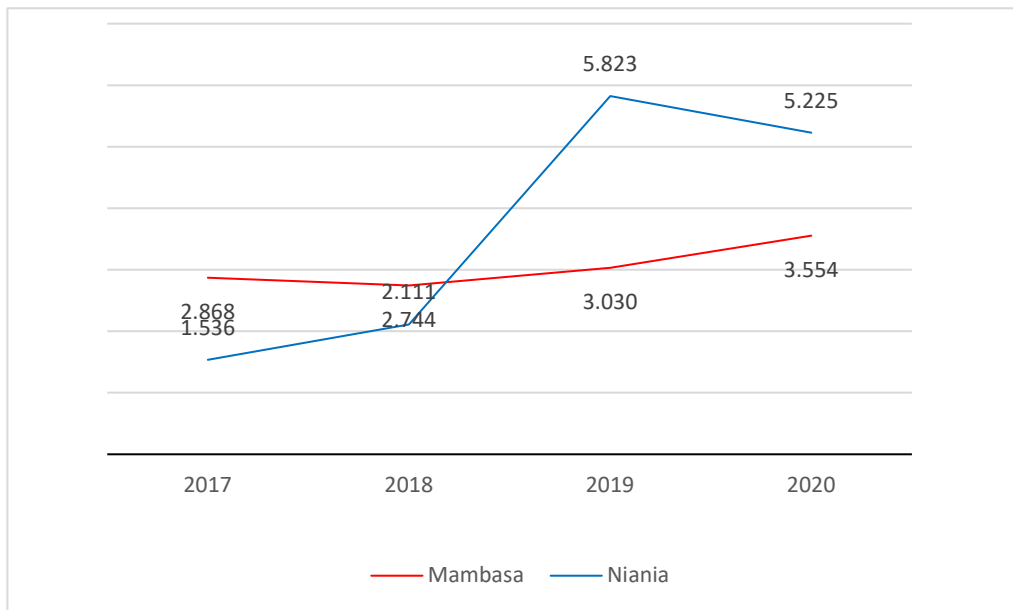
Source : DHIS2, RDC

Figure 16 : Nouveaux cas d'IST à Mambasa et Nia Nia



Source : DHIS2, RDC

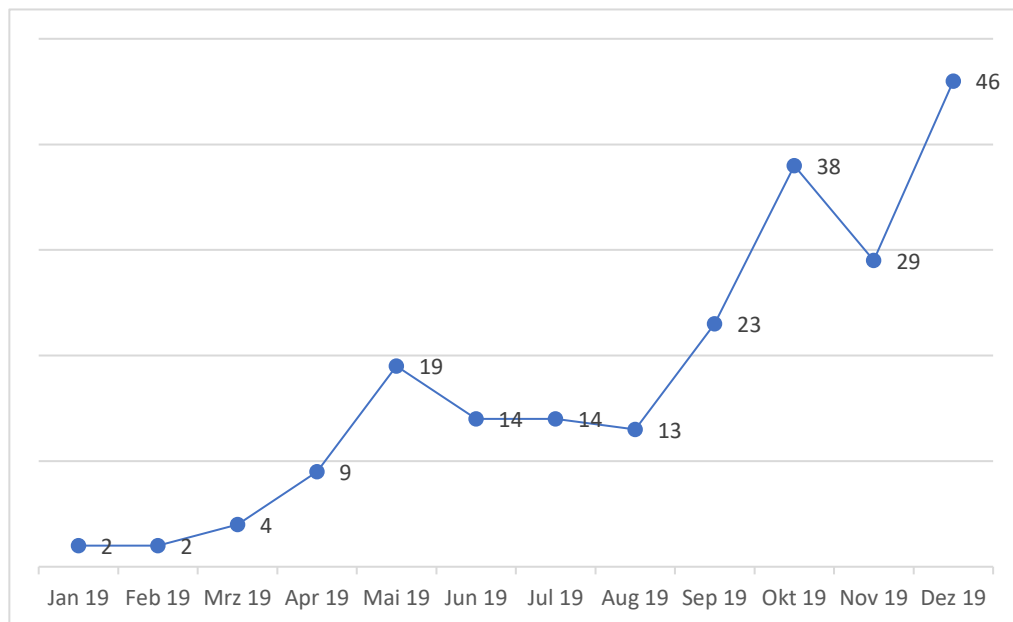
Figure 17 : Nouveaux cas de PF à Mambasa et Nia Nia



Source : DHIS2, RDC

La PEC des IVG a monté en flèche en 2019 (source : rapports MSF) comme la Figure 18 ci-dessous le montre³¹.

Figure 18 : Nouveaux cas d'IVG pour tout le projet



Source : MSF dashboard

Les prestataires ont mis à profit la plupart des services offerts. La formation, le coaching, et la supervision ont été appréciés et ont contribué à l'amélioration des compétences et la qualité des

³¹ La mission n'a pas retrouvé des données pour les autres années.

services³², ce qui n'a pas été suffisamment le cas pour l'appui du personnel MSF détaché aux CS appuyés. La remontée des informations fiables (nombre de cas, pathologies, consommation des intrants, rapports mensuels, etc.) des CS vers les BCZS et la DPS a été fortement appréciée, et est en quelque sorte un atout non prévu. À ce titre, la responsable du programme de SR à la DPS Ituri prône un appui de MSF à la surveillance des décès maternels, en particulier dans la communauté, plutôt qu'une intervention de MSF dans la fourniture de services de santé maternelle.

QE 3.2 : Dans quelle mesure le projet a-t-il influencé les connaissances et la sensibilisation des communautés en ce qui concerne les IST, la violence sexuelle et le planning familial dans la zone couverte par le projet ?

La communauté indique être conscientisée sur les IST, la PF et les VVS, bien qu'on n'ait pas de données d'enquête ménage prouvant cette assertion.

La mission n'a pas pu déterminer si l'utilisation accrue de la PF s'explique par une plus grande sensibilisation ou plutôt la simple offre des intrants comblant une demande non satisfaite. L'utilisation accrue des services aux VVS peut par contre être attribuée au moins partiellement à la sensibilisation puisque les services sont le plus souvent recherchés dans les 72 heures. L'importance de la PEC des VVS et des IST a graduellement été reconnue. Les attitudes envers l'IVG sont mixtes et la pratique est acceptée par certains, à minima tolérée par tout le personnel interrogé.

Certains groupes marginalisés n'ont pas été atteints. Bien que ce n'était pas un but, il est regrettable que le projet n'ait pas eu un effet transformatif sur le genre, qui est crucial pour réduire durablement les VVS.

La communauté indique être conscientisée sur les IST, la PF et les VVS. Durant les discussions en groupe, ils indiquaient utiliser plus fréquemment les préservatifs masculins et féminins. On n'a cependant pas de données d'enquête ménage prouvant cette assertion, et le biais en faveur des attentes de l'intervieweur est un phénomène bien connu. La mission n'a pas pu déterminer si l'utilisation accrue de la PF (voir QE 3.3) s'explique par une plus grande sensibilisation ou simplement que l'offre des intrants comble les besoins non satisfaits. L'utilisation accrue des services aux VVS peut par contre être attribuée au moins partiellement à la sensibilisation puisque les services sont aussi recherchés dans les 72 heures.

Lors du démarrage du projet fin 2016, la crise sécuritaire était déjà atténuée et la violence sexuelle intrafamiliale primait de nouveau, comme démontré dans la Figure 4 (voir QE 1.2). En plus, l'étude anthropologique et les entretiens ont démontré qu'en général, la VS n'est pas perçue comme étant problématique, sauf si infligée à des fillettes de très bas âge, moins de 10 ans ou comme arme de guerre. Les entretiens semblent aussi indiquer que la PEC des VVS n'était pas parmi les priorités de la population. À ce titre, l'approche indépendante d'identification en amont des problèmes sans grande consultation de la communauté a sans doute été bénéfique ici, puisque la population reconnaît maintenant la valeur ajoutée des services aux VVS. Il en va de même pour les IST, sujet tabou car touchant à la sexualité, qui n'aurait sans doute pas été évoqué en 2016 comme problème prioritaire, d'autant plus qu'elles n'entraînent pas de décès.

Les attitudes envers l'IVG sont mixtes. La pratique est acceptée par certains, à minima tolérée par tous les membres du personnel interrogés (MSF ou personnel du MSP) du fait des conséquences

³² Entretiens auprès des membres du personnel du MSP.

dramatiques si l'IVG médicalisée n'est pas offerte, comme le recours à des avortements clandestins à la cité ou des risques pour l'enfant à naître (consanguinité par exemple).

Plusieurs problèmes/incidents ont eu lieu lors de la mise en œuvre du projet, impliquant parfois l'Agence nationale de renseignements ou l'église.

Certains groupes marginalisés n'ont pas été atteints. Les Bambuti rencontrés par exemple n'ont encore jamais entendu parler de la violence sexuelle, de la PF, ni des IST et comme décrit sous la QE, les mines n'ont pas été atteintes.

Bien que ce n'était pas un but, il est regrettable que le projet n'ait pas eu un effet transformatif sur le genre. Ceci est crucial pour réduire durablement les VVS, tout en sachant que c'est un travail de longue haleine. Le projet n'a pas pu remettre en question et transformer les normes et les dynamiques de pouvoir inéquitables entre les sexes en valeurs positives qui renforcent directement l'égalité des sexes. Ainsi, la tolérance vis-à-vis de la violence sexuelle sauf si exercée comme arme de guerre ou chez les enfants de bas âge, qui avait été identifiée dans le rapport d'étude de 2017, a été confirmée lors des entretiens avec divers groupes communautaires. De même, l'enquête patients révèle que les populations continuent à avoir un mépris pour les VVS. Les maris continuent à refuser la PF pour des raisons culturelles ou religieuses. De même, le mari continue souvent à exiger son consentement à la PF.

QE 3.3 : Dans quelle mesure l'intervention a-t-elle eu un impact sur les comportements de recherche de la santé dans la zone de couverture du projet ?

L'intervention a eu un impact sur les comportements de recherche de soins. Ainsi, l'espacement et la programmation des naissances sont un grand soulagement, et les VVS comprennent la nécessité des soins dans les 72 heures. La sensibilisation y a contribué, ainsi que la levée de barrières financières.

Cependant, le comportement de certains prestataires de services (santé, police) ne favorise pas toujours la recherche de service, et le choix individuel de la PF n'est pas toujours respecté.

L'intervention a eu un impact sur les comportements de recherche de soins pour diverses raisons qui sont difficiles à démêler. Ainsi, l'espacement et la programmation des naissances sont un grand soulagement, et les VVS comprennent la nécessité des soins dans les 72 heures. La sensibilisation décrite ci-dessus sous la QE 3.2 y a certainement contribué.

Ce comportement favorable a également été facilité par la gratuité effective des intrants, des services et, pour les VVS, le transport, qui favorise l'adoption de la PF et des services pour les IST, VVS, et IVG. L'appui à la qualité des services peut également jouer un rôle important dans l'acceptabilité des services et donc la création de comportements favorables. La disponibilité soutenue de médicaments de qualité a été souvent évoquée durant les discussions communautaires et les enquêtes patients. Par contre, l'utilisation accrue dans les CS appuyés pourrait résulter de patients venant d'autres aires de santé plutôt que le changement de comportement.

Le comportement des prestataires de services n'a pas toujours été favorable à la recherche de services. Ainsi certains prestataires de services continuent à lever des barrières à la prompte recherche de soins médicaux. À PK25, les VVS passent encore souvent d'abord par la police retardant ainsi les soins médicaux, ce qui n'est plus le cas dans la ville de Binase à Mambasa. Cette différence pourrait s'expliquer par la mentalité rurale où la police ou les autorités coutumières ont encore plus de pouvoir.

Les autorités coutumières et policières comprennent l'importance de la primauté des soins, même si leur collaboration n'est pas toujours suffisamment garantie pour cause pécuniaire. L'atelier pour la police judiciaire (OPJ) des trois ZS a démontré l'importance de la recherche des soins pour les VVS dans les 72 heures et de la primauté des soins. Avant le projet, la police enquêtait les VVS avant de les référer au CS de sorte que les 72 heures n'étaient jamais respectées.

Certains individus et les prestataires de services ne respectent pas toujours la primauté du choix individuel de la PF, même si la politique nationale de la santé reproductive confirme ce droit. Un CS a en effet indiqué que la PF devait être délivrée en couple (donc en présence du mari) et non pas à la femme seule. Une dispute entre un mari mécontent que son épouse ait reçu une méthode contraceptive sans son accord et l'IT du CS a vu l'intervention de l'Agence nationale de renseignements qui a également demandé que la PF soit faite en couple.

4.4. Critère 4 : Connectivité

QE 4.1 : Dans quelle mesure le projet a-t-il été développé en collaboration avec les autorités locales et les centres de santé, et comment ont-ils perçu les activités de MSF ?

Les leaders communautaires ont été peu impliqués dans le choix des CS et des pathologies à appuyer et un processus de haut en bas a été suivi. Pour une fois, cette approche de haut en bas a probablement été plutôt avantageuse, vu la relative tolérance pour la violence sexuelle sauf pour les très jeunes enfants.

Les leaders communautaires ont été peu impliqués dans le choix des CS et des pathologies à appuyer. Un processus de haut en bas a été suivi. MSF fait plusieurs visites exploratrices dans les CS éligibles avec collecte de données après le feu vert du BCZS. Le BCZS informe alors les CS retenus que MSF y appuiera les soins pour les VVS et les IST, et depuis 2018 aussi la PF. Les leaders communautaires sont alors invités au démarrage de la formation du personnel du BCZS et du CS sur les pathologies ciblées. L'avis des IT n'a pas été demandé.

Pour une fois, cette approche de haut en bas a probablement été plutôt avantageuse, vu la relative tolérance pour la violence sexuelle sauf pour les très jeunes enfants. Ces derniers cas sont perçus comme choquant et sont rapportés directement à la police et le CS. La majorité des VVS seraient des filles âgées de 12 ans et plus, comme il a été confirmé par notre enquête, pour qui un arrangement à l'amiable est plutôt recherché, suivi de la police pour les échecs. Ceci ne découle pas seulement de la perception culturelle, mais aussi de l'absence de justice avec une probabilité minimale d'un procès. Notre enquête a aussi montré que les cas de VS sont encore largement mal considérés et rejetés par la communauté.

Globalement, les groupes de discussion communautaires et les questionnaires patients (voir aussi MSC) indiquent que **l'appui de MSF est très bien perçu par la population**, que ce soit dans l'accueil des patients et la confidentialité, la disponibilité des intrants et la gratuité des soins. Certains regrettent en revanche que l'appui ne soit pas étendu à d'autres services.

QE 4.2 : Dans quelle mesure les composantes du projet ont-elles été intégrées dans les structures et pratiques sanitaires locales ?

L'offre des services est plus ou moins alignée sur les politiques nationales, y compris l'accessibilité financière aux soins³³ et les protocoles nationaux de PEC, sauf en ce qui concerne la pleine intégration des soins aux VVS dans les offres minimum et complémentaire de santé reproductive et de santé communautaire, qui ne prévoit pas les cases d'écoute. Une dualité de parcours des patients atteints d'IST et en PF a été créée dans certains cas. Dans le domaine de l'avortement, MSF adhère au Protocole de Maputo.

La collaboration du projet avec les ONG ou organisations à base communautaire (OBC) qui fournissent un appui juridique et la réinsertion socio-économique prévue dans la politique nationale de PEC des VVS, aurait mérité d'être renforcée.

Les services cliniques sont plus ou moins alignés sur les politiques nationales. Ils sont intégrés dans les structures du MSP, et les protocoles nationaux de PEC sont suivis, sauf en ce qui concerne la pleine intégration des VVS dans les offres minimum et complémentaire de la santé reproductive.

Le projet adhère insuffisamment à la politique nationale de santé communautaire qui ne prévoit pas les cases d'écoute et met l'accent sur les Recos. Ainsi, les Recos auraient mérité d'être plus soutenus et utilisés. La question du paiement des Recos se pose alors. Le ministère de la Santé demande dans sa politique des soins de santé primaire que les activités des Recos soient bénévoles. L'incitation aux Recos n'est donc pas complètement alignée sur la politique nationale. D'un autre côté, l'addition de tâches par MSF et le pragmatisme suscitent des questionnements sur cette politique. Enfin, si MSF choisit de continuer à accorder des primes aux Recos, un paiement direct (hors CS) pourrait être envisagé afin de contourner les problèmes rapportés lors de l'évaluation.

Une dualité de parcours des patients IST et PF a dans certains cas été créée au cours de la mise en œuvre du projet, qui va à l'encontre de l'intégration des services. Jusqu'en avril 2020 et le retrait des équipes MSF, les VVS, les IST et la PF étaient parfois prises en charge par l'équipe MSF basée au CS, sans intégration avec les autres services. Ainsi, ces patients étaient parfois perçus comme étant la quasi seule responsabilité de MSF. À PK25, le patient est d'abord vu par un membre non médical du personnel à la réception qui recueille, devant tout le monde, les « plaintes » ou « problèmes » du patient pour ensuite l'orienter vers le circuit MSF ou général et renseigne dans le registre d'accueil « patient MSF » pour les IST ou la PF. Ces derniers n'ont pas de « jetons de passage », contrairement aux autres, et n'attendent pas. L'observation lors d'une visite a permis de se rendre compte que le laboratoire était fermé deux jours de suite, mais le personnel assure que si besoin l'IT mène lui-même les analyses pour les IST. Donc, les patients IST reçoivent un service gratuit et rapide y compris le laboratoire selon les besoins.

Les autres patients paient, attendent et n'ont pas toujours accès au laboratoire (triple peine). MSF aurait d'ailleurs accepté à PK25 de réhabiliter une salle pour les consultations des patients MSF à part. Nous avons retrouvé ce double discours dans les discussions avec certains membres du personnel du MSP (« nos patients » versus « patients MSF », « il faut mettre les patients MSF à part,

³³ La Politique sanitaire en RDC définit les soins de santé primaire comme tant des soins essentiels fondés sur des méthodes et des techniques pratiques, scientifiquement valables et socialement acceptables, rendus universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté avec leur pleine participation et à un coût que la communauté et le pays puissent assumer à tous les stades de leur développement dans un esprit d'autoresponsabilité et d'autodétermination.

dans une maisonnette », etc.). Ce système de PEC à deux vitesses ne semble pas acceptable pour l'équipe d'évaluateurs. Les patients sont des patients du CS, et tous devraient suivre le même circuit.

À noter que cette dualité du circuit malade n'a pas été constatée à Binase bien que le même discours y ait été retrouvé. Une des explications pourrait être que l'appui et l'accompagnement rapproché ont été de plus longue durée à Binase. Il peut aussi s'agir d'un biais de l'évaluation, soit parce que l'équipe n'a pas mis l'accent sur cet aspect à Binase, soit parce que l'équipe occupait physiquement le deuxième local qui sert d'habitude à la deuxième consultation.

MSF est exemplaire dans l'accessibilité financière à des services pour les VVS, les IST et la PF alignés sur les politiques nationales, alors que le MSP n'applique pas ses propres principes dans ce domaine par manque de moyens et de volonté politique³⁴.

Dans le domaine de l'avortement, MSF adhère au Protocole de Maputo, la Charte africaine des droits de la personne et des peuples. La RDC a signé et ratifié sans réserve ce protocole qui définit l'avortement comme un droit humain même si ses lois nationales n'ont pas encore été édictées.

Une collaboration renforcée avec les ONG ou les organisations à base communautaire (OBC) qui opèrent dans le domaine de l'appui juridique et la réinsertion socio-économique aurait été bénéfique. Cet appui compréhensif, prévu dans la politique nationale de PEC des VVS n'est pas toujours garanti, comme à Nia Nia. En revanche, à Mambasa, au moins trois autres organisations participent à la PEC psychologique, juridique et économique et sociale des VVS avec qui le projet aurait pu collaborer (au-delà d'échanges d'informations lors des réunions).

4.5. Critère 5 : Réactivité des participants

QE 5.1 : Dans quelle mesure la communauté, selon sa propre perception, a-t-elle participé à la conception, à la planification, à la mise en œuvre et à l'adaptation du projet ?

La communauté n'a quasiment pas participé aux différentes phases du projet.

Dans l'ensemble des discussions en groupes que nous avons dirigées, la communauté indique ne pas avoir participé à la conception, ni à la planification du projet, et même pas à l'adaptation du projet. Néanmoins, le groupe de motards et les relais communautaires reconnaissent avoir participé à l'exécution de certaines activités telles que la sensibilisation et la prise en charge communautaire des VVS, après avoir été formés en la matière.

L'évaluation n'a pas pu déterminer si cela a eu un impact négatif sur l'acceptation du projet. La réponse ponctuelle et ad hoc de MSF à des besoins bien identifiés (réhabilitation du CS, eau et assainissement, kits paludisme, etc.) au cours du projet a certainement facilité l'acceptation globale.

QE 5.2 : Les composantes et les services du projet sont-ils appropriés selon la perception (c'est-à-dire les besoins et les demandes exprimés) de la population cible ?

Le projet est généralement apprécié, bien que l'ajout d'éléments considérés prioritaires soit souhaité.

³⁴ La PEC des VVS et du VIH, qui est en théorie gratuite en RDC, et souvent payante en absence de partenaires.

Les personnes interrogées lors de cette évaluation apprécient MSF et souhaitent son retour pour la qualité des services offerts. Elle propose cependant d'ajouter aux composantes actuelles l'approvisionnement en eau et assainissement, la prise en charge des accouchements, la consultation prénatale et préscolaire, et la PEC des maladies des enfants (paludisme, IRA, diarrhée, malnutrition, etc.).

La méthode des changements les plus significatifs a permis d'extraire 4 témoignages de membres du personnel de santé et 10 témoignages de patients. Ces témoignages illustrent souvent les résultats de l'étude et les mettent en lumière dans les propres mots des bénéficiaires du projet.

N°	Personnel de santé
1	« Avant on ne savait pas PEC les VVS correctement, maintenant on est capable. Dans les autres CS de la ZS, ils réfèrent directement à Binase »
2	« Moi personnellement je ne savais pas comment prendre en charge une VVS, même les IST »
3	« Les patients ne donnent plus l'argent pour les médicaments et la PFA et VVS. Ils viennent spontanément »
4	« En carrière la 1re activité est la sexualité. MSF aide les femmes à recevoir les médicaments et à planifier les naissances désirables. Les VVS reçoivent les soins. Auparavant ils restent sans les soins. »

N°	Patients
1	« Mon mari à chaque fois qu'il voyageait à son retour il me contaminait, mais grâce aux médicaments de MSF je suis en bonne santé »
2	« MSF nous a aidés à diminuer le taux de transmission des infections »
3	« MSF nous a beaucoup aidés nous les jeunes on est victimes des IST et on arrive à se protéger »
4	« Le changement c'est la guérison, la gratuité aussi des médicaments nous facilite à s'habituer aller se faire soigner au CS »
5	« Le 1er changement c'est d'avoir accès à la gratuité des soins, la facilité de comprendre l'importance d'aller aux soins »
6	« Grâce à eux j'ai le courage de me faire soigner au travers leur sensibilisation »
7	« MSF m'a aidé, car chaque mois je contaminais ma femme, mais ces derniers temps je suis bien protégé »
8	« MSF c'est comme un libérateur parce que j'ai quitté chez moi j'avais très mal, mais après la sensibilisation de mon ami au travers cette ONG j'ai changé complètement »
9	« MSF a contribué dans mon foyer pour ne plus mettre au monde sans calcul donc PF et protégé ma femme contre IST »
10	« Chez moi MSF a stoppé la pauvreté, car je ne connaissais pas la PF mais grâce à MSF je sais gérer mes enfants »

5 Conclusions et recommandations

5.1. Conclusion

Le Tableau ci-dessous rappelle la correspondance entre les objectifs de l'évaluation et les critères d'évaluation.

Tableau 5 : Rappel des objectifs et critères d'évaluation

Objectif d'évaluation	Critère d'évaluation
1. Déterminer les différences entre les résultats attendus et observés du projet et examiner les principales raisons de ces différences.	Dose et Connectivité, avec également un lien au critère Fidélité
2. Examiner comment le projet s'est adapté aux changements de contexte.	Fidélité
3. Évaluer le degré d'intervention essentiel pour atteindre les résultats souhaités du projet.	Couverture, et les deux premières questions du critère Dose
4. Analyser la perception qu'a la communauté des services fournis, ainsi que la perception de son engagement dans l'intervention	Réactivité des participants

La mission n'a pas pu corroborer la théorie de changement par manque de temps et de données.

Malgré les difficultés citées dans la méthodologie, spécialement l'indisponibilité d'une base de données couvrant toute la période de l'intervention, il est possible de tirer des conclusions sommaires sur les quatre objectifs de l'évaluation à partir des critères d'évaluation, en se basant sur leurs liens tels qu'établis dans le Tableau 1 de la méthodologie.

1. Les résultats attendus n'ont pas été uniformément atteints, essentiellement suite à des déficiences conceptuelles et de connectivité avec le système national de santé et le manque d'une vision commune.

Les cibles du principal résultat attendu, la raison d'être du projet, la PEC des VVS, ont quasiment été atteintes. Il est cependant à noter que ces cibles, comme par ailleurs toutes les cibles, ont seulement été établies deux ans après le lancement du projet, sur des bases pragmatiques plutôt qu'une estimation des besoins.

Par contre, le deuxième résultat du projet, la PEC des patients avec des IST, et spécialement de leurs contacts n'a pas été atteint, alors que cette PEC visait l'implication des hommes comme porte d'entrée du projet. En effet, le projet a été conçu lors d'une flambée de violences sexuelles suite aux conflits armés combinée aux carrières, qui sont souvent accompagnées d'IST. En 2019, seuls 18 % des VS étaient perpétrées par des personnes armées, qui ont généralement une plus grande incidence d'IST que la population générale. En plus, le dépistage des partenaires exposés aux IST est toujours très problématique. Par ailleurs, la discordance entre la prévalence croissante des IST à Nia Nia et les taux de leur PEC dans les deux sites visités à Nia Nia confirme également cet échec.

L'offre de la PF comble un grand besoin non satisfait et a conséquemment été un grand succès. Il en est de même pour l'IVG, même s'il y a eu des problèmes avec certaines autorités religieuses et civiles. Finalement, la riposte aux urgences a été bien appréciée.

Le projet n'a pas pu développer une vision commune quant à l'intégration de la PEC des VVS dans l'offre des services reproductifs. En effet, il n'a pas été possible de déterminer avec les données disponibles si cette intégration qui est privilégiée dans la politique nationale de santé reproductive aurait contribué à l'efficacité du projet. Toujours est-il que cette approche peut réduire la stigmatisation et améliorer l'acceptabilité de la PEC des VVS.

La question clé :

« Est-il nécessaire d'élargir un programme VVS à d'autres conditions pour réussir ? »,

qui a été au cœur du débat tout au long du projet, tant au siège que sur le terrain, n'a pas pu être résolue avec certitude. Toutefois, l'évaluation suggère que oui, il est nécessaire qu'un programme VVS à d'autres conditions. Le programme VVS est plus pertinent et efficace lorsqu'il est combiné à des services bien ciblés comme les soins IST et la PF (facteur de succès) : les trois interventions actuelles (VVS, IST et PF) sont considérées comme essentielles et méritent un appui soutenu.

La question demeure donc plutôt celle de l'identification des services additionnels. Il n'existe ici pas de consensus au sein des membres de l'équipe. Si l'eau et l'assainissement font consensus, certains estiment que la santé de la reproduction devrait être appuyée par MSF, alors que d'autres estiment au contraire que MSF devrait se démarquer des appuis traditionnels en appuyant par exemple la surveillance épidémiologique sur les décès maternels dans la communauté.

Certains aspects de la gestion des ressources humaines ont nui à l'atteinte des résultats. L'instabilité du personnel MSF, le manque d'implication des équipes-cadres des BCZS et de la DPS, la mise à disposition systématique d'infirmiers et psychologues MSF dans les CS appuyés, la mauvaise distribution des conseillères/psychologues parmi les ZS, et l'utilisation d'une enveloppe globale de primes pour le personnel du MSP ont été problématiques.

La connectivité acceptable avec les capacités et ressources locales a facilité l'atteinte des résultats. Les interventions étaient, à quelques exceptions près, alignées sur les politiques et capacités nationales, et paradoxalement, la planification de haut en bas a probablement été plutôt avantageuse.

2. L'extension graduelle du champ d'action et les modifications des sites d'intervention témoignent d'une flexibilité et d'une résilience intéressante, tandis que les modifications constantes du cadre logique, troublantes pour la visibilité du projet, n'ont quasiment pas affecté les résultats.

Le projet a constamment changé en termes de sites d'intervention et de résultats attendus. La sécurité et les possibilités de supervisions ont affecté le choix des sites, alors que les multiples reformulations du cadre logique étaient plutôt dues à l'instabilité du personnel MSF. Seul le choix des nouveaux sites a eu un impact sur les résultats atteints.

En général, les activités ont été réalisées comme prévu, mais avec des défis qui ont principalement porté sur la stratégie de la promotion de la santé avec l'établissement des cases d'écoute, l'accessibilité des services pour les sites à haut risque comme les mines, et des barrières extra-médicales.

3. L'offre de services de qualité et accessibles est essentielle pour l'atteinte des résultats.

Les résultats d'utilisation montrent que les interventions étaient satisfaisantes. Les taux d'utilisation dans les CS appuyés étaient nettement supérieurs aux taux des ZS pour les VVS, ce qui

n'a pas été le cas pour les IST dans la ZS de Nia Nia. L'adoption de la PF et de l'IVG a également été satisfaisante.

L'offre de services de qualité acceptable et accessible, même si des améliorations restent possibles, est essentielle. Cette qualité est conditionnée par un approvisionnement en intrants et leur distribution au dernier kilomètre, la formation, la supervision, les innovations, la promotion de la santé, et la gratuité des services et intrants et pour les VVS également du transport. Ainsi, les arrêts de ce remboursement ont été suivis par une forte réduction des nouveaux cas de VS en provenance des zones éloignées.

4. La communauté apprécie les services fournis même s'ils ne sont pas perçus comme prioritaires, et déplore leur manque d'implication.

Les personnes interrogées apprécient MSF et souhaitent son retour pour la qualité et la gratuité des services offerts. Elle propose cependant l'ajout de services perçus comme prioritaires.

La communauté indique ne pas avoir participé au projet. Seuls des groupes spécifiques comme les motards et les relais communautaires reconnaissent avoir participé à l'exécution de certaines activités telles que la sensibilisation et la prise en charge communautaire des VVS.

5.2. Recommandations

L'évaluation suggère les recommandations suivantes :

- i) **Poursuivre le projet Mambasa** en raison des besoins et de l'appréciation de ces activités par la population locale et les autorités. MSF est le seul partenaire à appuyer la PEC médicale des VVS de manière complète et permanente dans les trois ZS appuyées. Il faudra cependant rapidement déterminer le temps prévu pour la gratuité, la transition et l'appropriation.
- ii) Une vision commune des objectifs, stratégies et résultats attendus doit être convenue entre les parties prenantes avant le démarrage d'un projet, ou au moins au cours de sa première année pour éviter des modifications constantes qui ne sont pas toujours dictées par de nouvelles données contextuelles. Une **stratégie pluriannuelle décidée au tout début du programme** apparaît essentielle.
- iii) **Promouvoir la création et la soutenance d'une mémoire institutionnelle** au sein du projet par le biais de la politique des ressources humaines et en évitant que des équipes MSF soient complètement renouvelées en même temps. La **gestion des données du projet** devrait également être améliorée. Ces données doivent être compilées, conservées et facilement disponibles lors d'une évaluation ou de toute autre étude.
- iv) **Améliorer la collaboration et la complémentarité avec les autres acteurs**, dans un souci de renforcement des acteurs locaux et de soutenabilité. Il existe des acteurs dans la PEC psychologique des VVS, notamment à Mambasa. Il existe également des acteurs dans les mines et dans les soins de santé communautaires, avec qui des complémentarités pourraient être trouvées.
- v) Concernant la couverture des services, nous recommandons de **maintenir l'appui aux trois pathologies** et au **minimum à la ZS de Nia Nia et la ZS de Mandima**. Le CS Binase fonctionnant déjà bien et assurant une relative bonne couverture de Mambasa pourrait être appuyé de manière plus légère. Une exploration dans une troisième ZS de la région

pourrait être envisagée, ou la partie Sud de la ZS Mandima (Biakato) ou MSF dispose déjà d'une base.

- vi) Concernant la nature de l'appui, nous recommandons **d'évaluer les besoins de chaque CS et d'adapter l'appui en fonction**. Le déploiement de personnel MSF soignant ne devrait pas être systématique et indifférencié (le CS Binase semble bien fonctionner sans personnel MSF depuis avril 2020). Un renforcement de la supervision et du coaching pourrait être une alternative dans certains CS. Enfin, l'enveloppe financière devrait varier d'un CS à l'autre, en fonction de l'activité et du nombre de membres du personnel. MSF devrait négocier un barème minimum par employé, et non pas laisser à l'IT seul le choix de la répartition.
- vii) Le modèle de case d'écoute – déjà abandonné, ne doit pas décourager la décentralisation des services VVS plus près des bénéficiaires. Nous recommandons **d'intégrer ces activités au sein des sites de soins communautaires**, afin d'intégrer les services, de réduire la stigmatisation et de mutualiser les ressources existantes, en s'appuyant sur les initiatives existantes ou aidant à son développement. L'initiative de **cliniques mobiles devrait continuer**, afin de se rapprocher des besoins suspectés.
- viii) **Appuyer les HGR de la Zone de santé** afin de leur permettre de jouer leur rôle dans la référence des cas. Cet appui apparaît aussi nécessaire quand l'OPJ continue à référer les cas de VS à l'HGR malgré la sensibilisation de MSF. Le **coaching et la supervision conjointement avec le BCZS** doivent être également renforcés.
- ix) Certaines **activités essentielles** comme le travail des **promoteurs de santé et des Recos, et les transports pour les VVS, doivent être maintenus** en tout temps, surtout compte tenu du faible risque financier que cela engendre pour MSF.
- x) **Un renforcement de la surveillance lors de suspicion de fraudes (à la gratuité notamment) et des enquêtes patients ou ménages** devraient être mis en œuvre.
- xi) **La gratuité de certains services comme les soins IST ou le PF pourrait être – à terme et pour un désengagement – remis en question avec un faible ticket modérateur**, afin de s'aligner aussi sur la politique nationale et assurer la soutenabilité à long terme.

6 Annexes

6.1. Annexe 1 : Termes de référence

Evaluation of the Mambasa Project (2016-2020) on Sexually Transmitted Infections / Victims of Sexual Violence

Commissioned by	MSF-OCG, Emergency Cell
Commissioner	Sylvain Perron, MSF Desk 4 Deputy Program Manager Trish Newport, MSF Emergency Desk Deputy Program Manager
Commissioned to	MSF Vienna Evaluation Unit
Time period evaluated	February 2016 – April 2020
Duration of evaluation	December 2020 – March 2021
Expected start date	December 14, 2020
ToR elaborated by	Hugues Robert and Trish Newport and the VEU

1. BACKGROUND

CONTEXT

The project to be evaluated has been implemented within Mambasa territory in the Ituri province of the Democratic Republic of Congo (DRC), an area particularly vulnerable to violence with several armed groups present in its mining quarries and the RFO, including poachers, FARDC, Mai Mai, and rangers. The main Mai Mai groups whose chief was called “Manu” were spreading terror in the gold quarries of the Nia Nia health zone. After their chief was assassinated in 2018, the FARDC dismantled them. Today members are dispersed in small groups of armed criminals who are difficult to control (no political agenda, only economic interests). The Mambasa-Beni axis remains very risky with banditry, hold-ups, kidnappings, and attacks originating from population movements and intercommunal conflict because of its proximity with North Kivu (Beni Territory). The numerous gold quarries and their small- but also large-scale exploitation has attracted many opportunists including individuals, armed groups, and mining companies.

Frequent and often disproportionate recourse to violence with respect to the civil population living near the quarries has important medical and psychological consequences on the local population in this zone, resulting from sexual violence, physical trauma, and kidnappings. Sexual violence involving women and young people is generally tolerated by the community. Young girls are married off and rape cases are settled amicably by the family; the notion of consent does not exist. The concept of witchcraft is pervasive and very young children are raped by men looking for gold as a purifying rite and to bring men luck and prosperity. Young girls going to fetch water or wood in the forest are the first to fall prey to sexual violence and they prefer not to speak of it for fear of guilt and marginalization.

Health services in the region are characterized by a local health system with major structural problems at all levels: few healthcare providers, no continuous learning, very low income, numerous

out-of-stocks, lack of equipment and hygiene. Families with financial means prefer seeking care in the private sector. The Ebola epidemic which the DRC has been facing for many months turned out to be a very dynamic epidemic, especially in the health zones of Mambasa and Mandima and as such it is difficult to foresee the evolution of outbreaks with certainty.

PROJECT DESCRIPTION

In response to this situation, in 2016 the Desk 3 of MSF-OCG launched an intervention called **STI/VSV Mambasa project**. The **main goal** of the project was to contribute to reducing morbidity and mortality related to sexual violence, sexually transmitted infections (STIs) and epidemics (including Ebola), in the health zones of Mambasa, Mandima and Nia Nia, a region with a total population estimated to 294,305 people and located in the Mambasa Territory of the DRC Ituri Province. This was to be achieved by ensuring access to healthcare and case management for victims of sexual violence (VSV) and for persons with STIs, access to family planning, as well as support to the Ministry of Health (MoH) in epidemiological surveillance.

The intervention aimed to achieve the following **results**:

- R1. VSVs receive quick and adequate access to medical and psychological treatment and free referral system when hospitalisation is required.
- R2. Patients with STIs are treated free of charge according to the syndromic approach and HIV testing is offered to each patient.
- R3. Family planning is accessible to all in health facilities supported by MSF.
- R4. Communities are informed about the package of care and can see an interest in changing behaviour in terms of prevention and consultation in supported facilities.

In terms of **implementation**, since its launch in 2016 the project evolved through the following stages:

2016: MSF team provided support to nine health centers in Mandima, Mambasa and Nia Nia health zones for VSVs, persons with STIs and mental health problems, in addition to health promotion activities following an exploration in Nia Nia and a 3-month intervention (primary and secondary care) with displaced populations in North Kivu.

2017: Activities focusing on the need to improve quality of care have been consolidated due to enhanced presence of MSF teams in the supported health centres. The project scope decreased from nine supported health centres to six, in two health zones instead of three: support to health centres in Nia Nia has been discontinued, with stock donations for three months before MSF left.

2018: Activities restarted in Nia Nia health zone but were stopped in the Molokay health centre of Mambasa health zone. Activities focused on the integration of two pilot concepts inherent to the project's operational strategy: E-Care STIs (i.e. finalized algorithms and tablets provided by the MSF Medical Department and agreement signed with the Provincial Health Department in Bunia), and care for VSV (via pharmacies in focal points identified in the quarries, the headquarters where sex workers live, and hotels; setting up three listening posts in Kotakoli, Etabe, and Butama). In addition, the progressive deployment of family planning activities in the supported health centres started. However, the project was unable to fulfil its ambitions because of the Ebola disease epidemic: activities were interrupted in August and began again towards the end of November with a relaunch

phase (contact, return of healthcare providers, etc). Nevertheless, the project team was able to propose DCIP (HIV test) to all patients with an STI.

2019: Mobile health promotion and patient education teams were deployed in strategic locations (villages near quarries), in order to offer an innovative portfolio of care at the community level (incl. sex education, family planning/contraceptive measures, PEP kits). E-Care for STIs has been implemented only in four health centres because of the ongoing Ebola epidemic. Sayana Press® for family planning was only partially integrated in to the supported health centres and their use at community level remained to be discussed with the Central Health Office Area involved. As for the care for VSV at community level, the model of “listening posts” failed because of stigma, too few people in the villages, and not being adapted to the context of the zone, while the mobile clinics that were to be deployed in order to identify focal points in strategic areas could not be put in place because of the Ebola epidemic. The epidemiological surveillance and EPREP to respond to influx of the wounded became integral part of the project.

2020: At the start of 2020 there was still Ebola in the area, which greatly limited the implementation of the project. Eventually the project was put on standby in April 2020. Since then, MSF gave monthly donations (e.g. drug supply for treatment of STI and VSV, family planning) to the health centers so that they could continue to provide the necessary treatments.

2. EVALUATION PURPOSE AND OBJECTIVES

With the forthcoming completion of the first project cycle (2016-2020), the implementation team would like to assess whether the project’s approach has been optimal for reducing morbidity and mortality related to sexual violence, STIs and epidemics in the targeted area. The **purpose** of the exercise is to take an informed decision on whether to continue the project with a next cycle in 2021, and assess if there are elements which are transferable to other interventions.

The **primary audience** of the evaluation is MSF Operational Centre Geneva, its Desk 4, the mission and the Operations Department more broadly, and the Medical Department. Broader audiences include medical departments and operational cells working in DRC from other MSF operational centres, as well as MSF Kinshasa coordination office. Efforts will be made to share the results with evaluation participants and the community in an appropriately tailored format.

The evaluation will focus on the following **objectives**:

- i) Determine the differences between the expected and observed project results and examine the main reasons for these differences.
- ii) Examine how the project has adapted to changes in context.
- iii) Assess the degree of intervention essential to achieve the desired project outcomes.
- iv) Analyse the community perception of the services provided, as well as the perception of their engagement in the intervention.

In terms of the scope, the evaluation will focus on three out of nine project locations: Nia Nia, Biakato, and Mambasa. The reason for focusing the evaluation on these locations are the different contexts and the varying presence of other actors. As for the time period evaluated, the analysis will cover the whole first project cycle, i.e. from its launch in 2016 until 2020.

3. EVALUATION QUESTIONS

To reach the above-mentioned evaluation objectives, the analysis will examine the project implementation process against a framework looking at the criteria of fidelity, dose, reach, participant responsiveness, and connectedness. For this, the evaluation will focus on the following evaluation questions:

1. Fidelity (i.e. the extent to which the intervention has been implemented as intended):
 - 1.1. Which of the planned activities were actually carried out and what were the challenges encountered?
 - 1.2. What adaptations have been made during the implementation and how did they impact the achievement of desired project results?
2. Dose (i.e. the adequacy of the quantity of intervention):
 - 2.1. Which components of the project have been essential for the achievement of the desired outcomes and to what extent have they been implemented?
 - 2.2. What minimum service package should the intervention maintain in periods of project standby to ensure continuity?
 - 2.3. Where the deployed human resources adequate for implementing the planned project components in terms of numbers, profiles, and length of staff involvement?
3. Reach (i.e. if/how the intended audience participated in the project or its specific components):
 - 3.1. To what extent have the services provided through the project been used by the intended target group?
 - 3.2. To what extent did the project influence communities' knowledge and awareness with regards to STIs, sexual violence, and family planning in the project catchment area?
 - 3.3. To what extent did the intervention impact health-seeking behaviour within the project catchment area?
4. Participant responsiveness (i.e. perception by the intended audience about the outcomes and relevance of the project):
 - 4.1. To what extent did the community, in their own perception, participate in the co-design, planning, implementation, and adaptation of the project?
 - 4.2. Are project components and services appropriate according to the perception (i.e. expressed needs and demands) of the target population?
5. Connectedness (i.e. the extent to which the intervention connects with local capacities and resources):
 - 5.1. To what extent was the project developed in collaboration with local authorities and health centres, and how did they perceive MSF activities?
 - 5.2. To what extent were project components embedded into the local health structures and practices?

4. METHODOLOGY

The evaluation should apply an implementation evaluation design with a mixed method approach as appropriate to each evaluation question and based on data availability. The implementation of the evaluation should pursue a high degree of engagement from the community targeted by the project, particularly in answering evaluation questions under the criteria of reach and participant responsiveness.

The inquiry will include:

- Review and analysis of project documents (implementation plans and reports, LogFrame, situation reports, annual reports, end of mission report, capitalisation reports).
- Analysis of available project quantitative data (eg. data on use of project services).
- Discussions/interviews/focus groups with key project stakeholders, including:
 - ✓ Patients/former patients and members of targeted communities.
 - ✓ Implementation team members; MSF headquarters staff who provided support to the project; expatriate and national staff involved in the project.
 - ✓ External partners including stakeholders from MoH and local associations.

The data collection process will require a field visit of maximum four weeks during January 2021, in two of the three project locations selected for the evaluation (Mambasa and Nia Nia; data collection from Biakato will be done from Mambasa).

5. DELIVERABLES (OUTPUTS)

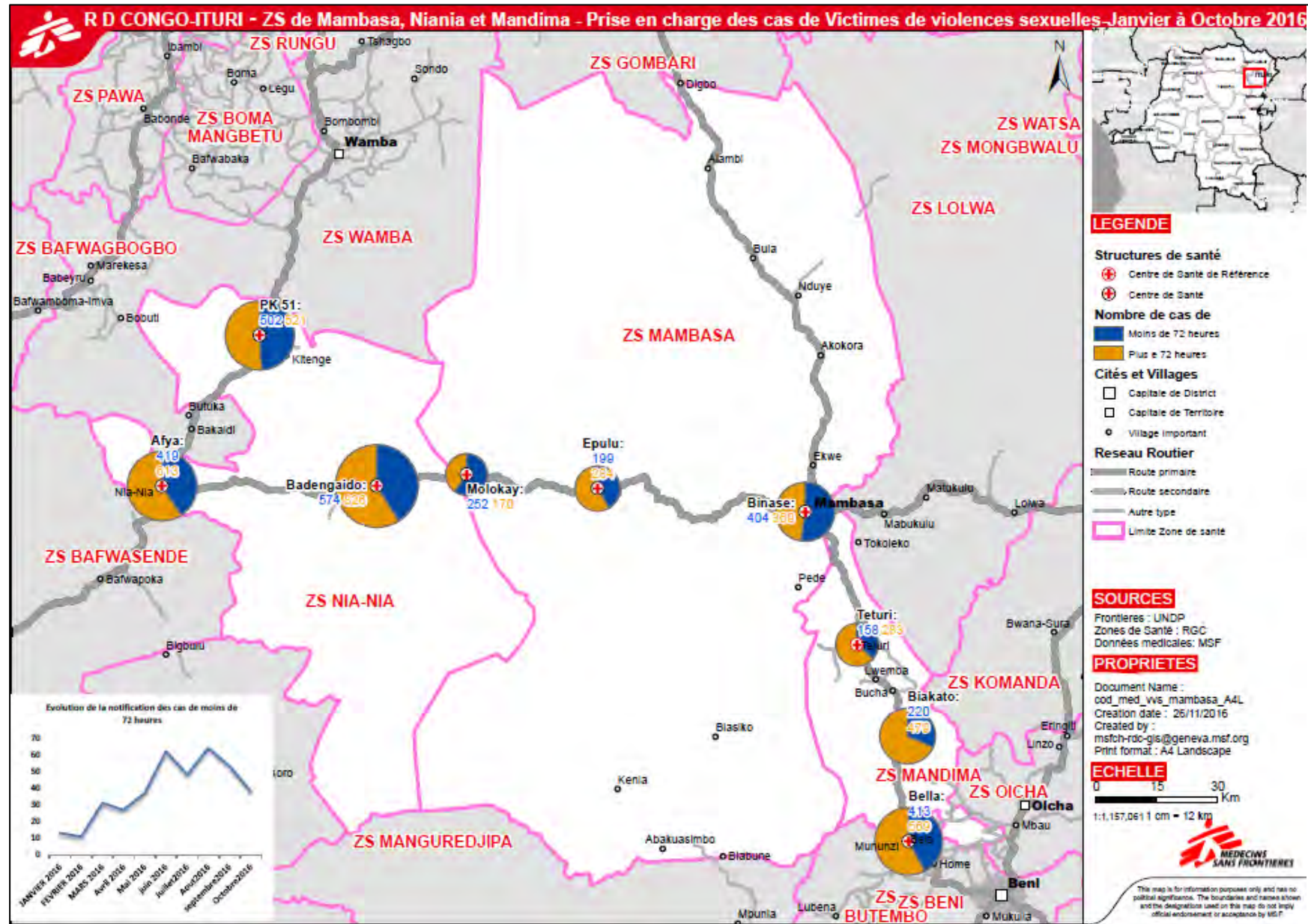
- **Inception report** that reconstitutes the project logic model and presents its underlying assumptions, elaborates the evaluation matrix and methodology, presents a detailed data collection and reporting plan, data collection tools (e.g. focus group/ interview guides and generic questions), and specifies evaluation travel/ logistical arrangements.

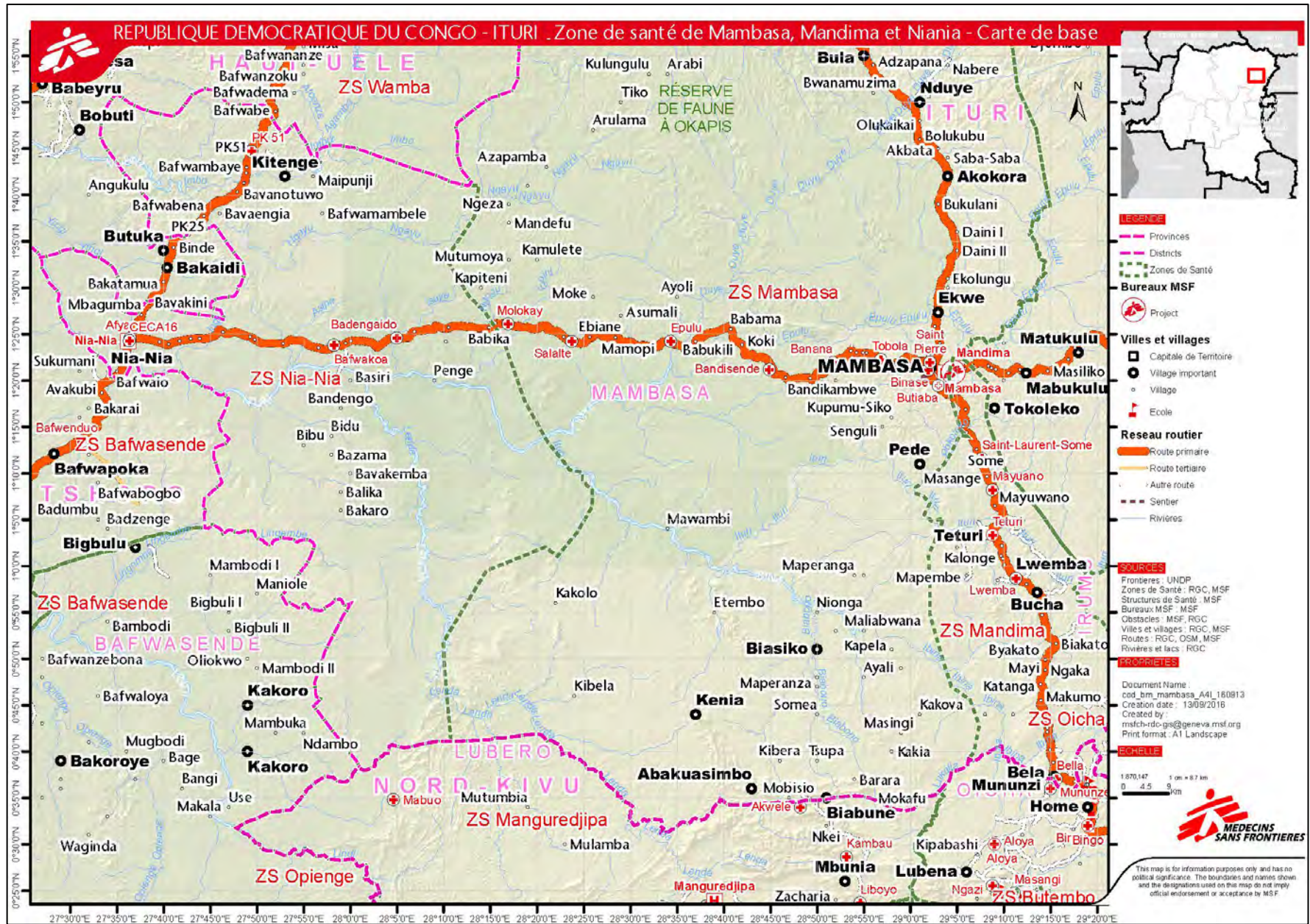
- **Debriefing workshop** to update stakeholders on the assessment progress and findings, check accuracy of data, confirm findings and assess feasibility of recommendations.

- **Draft- and final evaluation reports** (max. 30 pages, with a max. 2-page executive summary) prepared on the basis of VEU evaluation report requirements.

- **Dissemination outputs**, including PPT presentation on the evaluation and a poster summarising evaluation results.

6.2. Annexe 2 : Cartes des ZS Mambasa, Nia Nia et Mandima





6.3. Annexe 3 : Liste des personnes interviewées

No	Fonctions
Autorités sanitaires	
1	Médecin-chef de programme de la santé de la reproduction - Province d'Ituru
2	Chef de division de santé
3	Médecin-chef de zone de santé de Mambasa
4	Médecin-directeur de l'Hopital de Nia Nia (Intérim du MCZS)
5	Médecin-chef de zone de santé de Mandima
6	Infirmier titulaire du centre de santé Bagaido
7	Infirmier titulaire du centre de santé Afya
8	Infirmier titulaire de PK25
9	Infirmier titulaire du Centre de santé Binase
Leaders communautaires	
10	Président du Parlement des Jeunes de Mambasa
11	Représentant de la confession musulmane de Nia Nia
12	Délégué du Chef de la chefferie des Bandaka
13	Responsable des églises CECCA 16 de Nia Nia
14	Responsable du centre de santé AFYA de Nia Nia
15	Présidente de Genre et famille de Nia Nia
16	Présidente des Affaires sociales de Nia Nia
17	Coordinateur de la Société civile de Mambasa
18	Coordinatrice du réseau des Mamans de Mambasa
Autorités politico-administratives	
19	Point focal SGVB/Bureau territorial de Mambasa
20	Administrateur du territoire de Mambasa
21	Chef de la chefferie de Mambasa
22	Commandant de police chargé de la protection contre les violences sexuelles de Nia Nia

No.	Nom et prénom	Fonction
Personnel MSF		
23	Newport Trish	Référente médicale de programme, Cellule d'urgence
24	Wodon Sophie	Référente en promotion de la santé
25	Staderini Nelly	Responsable médicale, Unité de santé des femmes et des enfants - Conseillère SRH
26	Job Dorian	Responsable de programme, Cellule 3
27	Harivony Rahoelison Sanda	Coordinatrice terrain
28	Burnand Celia	Coordinatrice terrain
29	Ouedraogo Simone	Sage-femme
30	Raygasse Bernard	Coordinateur terrain

6.4. Annexe 4 : Code d'éthique de l'AEDES

AEDES Mission

AEDES is a consulting company specialised in public health. AEDES mission is to contribute to improve the access to quality health care and the food security of vulnerable populations around the world.

To this end, AEDES promotes the share and transmission of knowledge, by providing experienced human resources and consulting and management services in the field of health.

AEDES interventions are part of a quest for greater efficiency of health services, for social equity and for self-development, in industrialised, intermediate or low-income countries. AEDES clients are International Institutions, Government Agencies, parastatal and private Organizations.

Code of Ethics

AEDES is keen to promote the principles of sustainable development in its three dimensions: economical, social and environmental. From an economic standpoint, AEDES is seeking economically viable solutions by focusing on cost-effective solutions. Profitability is viewed as a necessary requirement to finance the human development and not as an end to make corporate profit alone.

From a social standpoint, AEDES conducts its affairs with honesty and integrity, while respecting the interests of all those with whom it has relations. AEDES forbids any act of corruption in order to promote its business or to obtain financial benefits. AEDES also refuses to engage in activities that may lead to conflicts of interest. AEDES expects from all its employees or partners to commit to respect these rules.

AEDES considers that its own development needs to integrate the quest for a better quality of life for the different communities benefiting of its services, its employees and its customers.

AEDES advocates the use of best environmental practices and seeks to ensure high standards for surveillance and mitigation measures of the environmental impact of its own operations and of the projects it supports.

Professional Commitment

AEDES considers business ethics as a fundamental element of professional practice. For AEDES to act ethically means at least to operate according to the letter and spirit of applicable laws in the countries where it works.

AEDES policy requires from its directors, collaborators, employees and representatives to adopt a professional conduct characterised by honesty, integrity and fairness.

AEDES means that communications and relationships with all parties concerned are characterised by sincerity and transparency. The working relationships are based on frankness and openness, treating each other with fairness and respect.

AEDES respects the right to protection and security of information it holds. It protects the confidential information available to it and uses this information only for its own professional activities and in compliance with the expectations of the owners.

AEDES is committed to provide services that meet the highest professional standards characterised by:

- Independence of mind;
- Probity and sense of humanity;
- Lack of bias based on gender, race, politics, social class and religion;
- High professional skill level;
- Careful attention and Listening to the clients' needs;
- Proposal of appropriate response;
- A guarantee of Quality Assurance

AEDES supports the core values of The UN Global Compact in the areas of human rights, labour standards, the environment, and anti-corruption:

Principle 1: Businesses should support and respect the protection of internationally proclaimed human rights; and

Principle 2: make sure that they are not complicit in human rights abuses.

Principle 3: Businesses should uphold the freedom of association and the effective recognition of the right to collective bargaining;

Principle 4: the elimination of all forms of forced and compulsory labour;

Principle 5: the effective abolition of child labour; and

Principle 6: the elimination of discrimination in respect of employment and occupation.

Principle 7: Businesses should support a precautionary approach to environmental challenges;

Principle 8: undertake initiatives to promote greater environmental responsibility; and

Principle 9: encourage the development and diffusion of environmentally friendly technologies.

Anti-Corruption

Principle 10: Businesses should work against corruption in all its forms, including extortion and bribery.

6.5. Annexe 5 : Matrice d'évaluation

Les + dans la dernière colonne réfèrent à la sévérité : très grand +++ ; Grand++ ; Peu +

I. Objectifs d'évaluation	II. Critères et questions d'évaluation	III. Informations requises et sources	IV. Analyse des méthodes de collecte de données, évaluation des questions	VI. Risques (R) ; Limitations (L) ; et Impact (I)
<p>1. Déterminer les différences entre les résultats attendus et observés du projet et examiner les principales raisons de ces différences.</p> <p>Notez que cet objectif est également lié au critère Fidélité</p>	<p>Dose : l'adéquation de la quantité d'intervention</p> <p>1. Quelles composantes du projet ont été essentielles pour l'obtention des résultats souhaités et dans quelle mesure ont-elles été mises en œuvre ?</p> <p>2. Quel ensemble de services minimum l'intervention doit-elle maintenir en période de veille du projet pour en assurer la continuité ?</p> <p>3. Dans quelle mesure les ressources humaines déployées sont-elles suffisantes pour mettre en œuvre les composantes prévues du projet en termes de nombre, de profil et de durée d'engagement du personnel ?</p>	<p>La contribution des appuis en termes de budget, RHS (nombre, profil et durée d'engagement), formations, outil E-care, médicaments, chaîne de distribution, transport aux composantes majeures du projet tel que la santé communautaire, l'IVG, la PF, le contrôle des IST, la riposte aux épidémies</p> <p>Les effets de synergie ou de compétition de ces appuis</p> <p>L'importance perçue, la faisabilité, les ressources requises et la contribution attendue comparative des composantes majeures du projet (la santé communautaire, l'IVG, VS, la PF, le contrôle des IST, la riposte aux épidémies) à la morbidité et mortalité maternelle</p> <p>→ Sources :</p> <p>Documents de projets, politiques et guides nationaux et de MSF, et littérature internationale mettant en évidence les meilleures pratiques</p>	<p>Questionnaire/module « Dose » pour les IT, Sages-femmes des CS et le MCZ des sites visités, des Bureaux de la DPS (gestion des ressources humaines ; appuis techniques aux zones de santé ; Informations sanitaires communautaires et recherche), et ex-employés MSF du projet. Échantillonnage : La totalité de cette population</p> <p>Analyse du contenu des entretiens.</p>	<p>R : faible taux de réponses au questionnaire ++</p> <p>Accès limité au personnel des centres d'écoute pour des raisons de sécurité/clôture</p> <p>L : Manque d'ouverture sur la thématique IVG +</p> <p>Manque d'intérêt VVS vu les normes et les effets du genre</p> <p>I : Compréhension incomplète du critère Dose ++</p>

I. Objectifs d'évaluation	II. Critères et questions d'évaluation	III. Informations requises et sources	IV. Analyse des méthodes de collecte de données, évaluation des questions	VI. Risques (R) ; Limitations (L) ; et Impact (I)
		<p>Guide d'entretien à la DPS et aux deux BCZS visités (10.1.1)</p> <p>Guide d'entretien personnel clé MSF (10.1.2)</p> <p>Guide d'entretien personnel non-clé MSF et MSP (10.1.3)</p> <p>Guide d'entretien personnel CS (10.2.2)</p>		
<p>2. Examiner comment le projet s'est adapté aux changements de contexte.</p>	<p>1. Fidélité : la mesure dans laquelle l'intervention a été mise en œuvre comme prévu</p> <p>1. Parmi les activités prévues, lesquelles ont été effectivement réalisées et quels ont été les défis rencontrés ?</p> <p>2. Quelles adaptations ont été apportées au cours de la mise en œuvre et comment ont-elles eu un impact sur l'obtention des résultats souhaités du projet ?</p>	<p>Évolution des ressources disponibles (RHS en nombre et durée, transport, médicaments, finances)</p> <p>Chronologie des crises conflictuelles et/ou épidémiologique par site</p> <p>Tendance des proportions du nombre de cas IST, IVG, VSV sur le nombre total de consultations</p> <p>Modifications aux plans opérationnels</p> <p>Qualité des interventions</p> <p>→ Sources :</p> <p>Collecte des plans opérationnels et rapports d'activités mensuels, trimestriels ou annuels aux niveaux des CS, ZS et DPS et de MSF et discussion avec les parties prenantes lors des visites sur site</p>	<p>Tableaux de comparaison ou chronologie des interventions prévues et mises en œuvre</p> <p>Analyse descriptive des proportions des tendances des IST, VSV, IVG, versus le nombre total de consultations et en relation avec la chronologie des conflits, épidémies ou ruptures d'intervention/stocks</p> <p>Échantillonnage : collecte de la totalité des données dans les 3 CS visités</p> <p>Audit des dossiers patient selon des listes de vérification.</p> <p>Échantillonnage : Chaque troisième dossier sera pris pour les VSV, IST, et IVG. Si le temps est restreint, l'examen sera limité à 10 fichiers par condition</p>	<p>R : Non-disponibilité des documents et statistiques requises +++</p> <p>L : Des plans opérationnels trop sommaires ++</p> <p>Accès limité aux dossiers patients, ou temps limité</p> <p>Difficulté, voir impossibilité d'extrapoler ces résultats au 6 CS non visités +++</p> <p>I : Compréhension incomplète du critère fidélité ++</p>

I. Objectifs d'évaluation	II. Critères et questions d'évaluation	III. Informations requises et sources	IV. Analyse des méthodes de collecte de données, évaluation des questions	VI. Risques (R) ; Limitations (L) ; et Impact (I)
		<p>Collecte de statistiques de la base de données DHIS2 et les rapports</p> <p>Comparaison des activités avec les résultats de monitoring</p> <p>Guide d'observation centre de santé (10.2.1)</p> <p>Audit sur dossier de patient de la prise en charge correcte des VSV, IVG, IST (E-Care) et la riposte aux épidémies selon ces guides, ou les standards IASC pour les VSV et OMS pour l'IVG (10.2.4)</p>		
<p>3. Évaluer le degré d'intervention essentiel pour atteindre les résultats souhaités du projet.</p> <p>(Notez que cet objectif est également lié aux deux premières questions du critère de la dose</p>	<p>Couverture : si/ comment le public visé a participé au projet ou à ses composantes spécifiques</p> <p>1. Dans quelle mesure les services fournis dans le cadre du projet ont-ils été utilisés par le groupe cible prévu ?</p> <p>2. Dans quelle mesure le projet a-t-il influencé les connaissances et la sensibilisation des communautés en ce qui concerne les IST, la violence sexuelle et la planification familiale dans la zone couverte par le projet ?</p> <p>3. Dans quelle mesure l'intervention a-t-elle eu un impact sur les comportements de recherche de la</p>	<p>Taux de fréquentation des services promotionnels, communautaires et cliniques IVG, VS, IST, PF, et des ripostes aux épidémies appuyées (paludisme, Ebola, accidents de la route, ???)</p> <p>Connaissances et sensibilisation communautaires</p> <p>Comportement de recherche de la santé</p> <p>→ Sources :</p> <p>Les rapports de projets, DHIS2 pour les taux globaux de consultations</p> <p>Questionnaire de sortie des patients CS (10.2.3)</p> <p>FG communautaire sur la VS (10.3.1)</p>	<p>Analyse descriptive des tendances de taux de fréquentation</p> <p>Comparaisons des taux de fréquentation avec les taux de consultations totales des sites et des besoins estimés sur base des prévalences, les normes nationales</p> <p>Entretiens : analyse contenu échantillonnage selon convenance jusqu'à saturation d'infos</p> <p>Une séance communautaire MSC par site</p>	<p>R : Difficultés d'accès pour les entretiens, spécialement sur les VSV et IVG pour des raisons psychosociales ++</p> <p>Des enquêtes ménagères CAP (connaissances, attitudes et comportement pas pertinent et faisable par manque de données de base et de temps pour conduire des enquêtes dans des sites de contrôle</p>

I. Objectifs d'évaluation	II. Critères et questions d'évaluation	III. Informations requises et sources	IV. Analyse des méthodes de collecte de données, évaluation des questions	VI. Risques (R) ; Limitations (L) ; et Impact (I)
	santé dans la zone de couverture du projet ?	<p>FG communautaire sur les services de naissance désirable et les IST (10.3.2)</p> <p>Entretiens individuels avec les VVS (10.3.3)</p> <p>Séances changements les plus significatifs (MSC) sans spécification de thèmes (10.3.4)</p>		I : La faiblesse de la preuve de l'impact sur la sensibilisation, et CAP +++
	<p>Connectivité : la mesure dans laquelle l'intervention est en rapport avec les capacités et les ressources locales</p> <p>1. Dans quelle mesure le projet a-t-il été développé en collaboration avec les autorités locales et les centres de santé, et comment ont-ils perçu les activités de MSF ?</p> <p>2. Dans quelle mesure les composantes du projet ont-elles été intégrées dans les structures et pratiques sanitaires locales ?</p>	<p>La conformité des interventions de projet aux politiques et normes nationales et internationales pour la prise en charge des VVS et de l'IVG</p> <p>L'intégration du projet dans les CS, ZS et DPS concernés en termes de planification et suivi, budget, RHS, transport, distribution médicaments, liste des médicaments</p> <p>La participation aux structures de coordination aux niveaux CS, ZS, DPS selon le modèle de participation de NORAD³⁵</p> <p>→ Sources :</p> <p>Documents de coordination et de planification</p> <p>Guides 10.1.1 – 3</p>	<p>Entretiens individuels et en groupes avec le personnel du MSP des sites visités</p> <p>Questionnaire avec ces groupes</p>	
4. Analyser la perception qu'a la communauté des	4. Réactivité des participants : perception par le public visé des	Perception communautaire (membres CAC, Recos, et leaders	Entretiens communautaires et en groupes de discussion modules	R: difficulté de trouver des VSV disposées à

³⁵ A Framework for Analysing Participation in Development, NORAD, 2013

I. Objectifs d'évaluation	II. Critères et questions d'évaluation	III. Informations requises et sources	IV. Analyse des méthodes de collecte de données, évaluation des questions	VI. Risques (R) ; Limitations (L) ; et Impact (I)
services fournis, ainsi que la perception de son engagement dans l'intervention.	<p>résultats et de la pertinence du projet</p> <p>4.1. Dans quelle mesure la communauté, selon sa propre perception, a-t-elle participé à la conception, à la planification, à la mise en œuvre et à l'adaptation du projet ?</p> <p>4.2. Les composantes et les services du projet sont-ils appropriés selon la perception (c'est-à-dire les besoins et les demandes exprimés) de la population cible ?</p>	<p>communautaires) sur leur participation</p> <p>Perception de la pertinence du projet par les bénéficiaires directs des services (VSV, IVG, patients IST, riposte aux épidémies)</p> <p>→ Sources :</p> <p>Guide d'entretiens individuels avec les bénéficiaires VSV (10.3.3)</p> <p>Groupes de discussion communautaires sur la violence sexuelle (10.3.1) et les services de naissance désirable et les IST (10.3.2)</p> <p>La narration (story telling) et les changements les plus significatifs (MSC, most significant changes) (10.3.4)</p>	<p>VSV, IVG, IST, et riposte aux épidémies</p> <p>Entretien individuel/en groupe avec les patients IVG, VSV sur la thématique en question</p> <p>Échantillonnage aléatoire (si faisable et sinon de convenance) des bénéficiaires des services sur base des registres de patients jusqu'à saturation des données</p>	<p>accorder un entretien +</p> <p>L : Difficulté ou impossibilité de discuter les IVG ++++</p> <p>I : Analyse incomplète de la problématique, spécialement des IVG</p>

6.6. Annexe 6 : Bibliographies

Rapports narratifs intermédiaires et annuels de MSF-Suisse

1. MSF -Suisse : 2020_Rapport annuel_RDC_CD1 Version courte EN _ VF
2. MSF-Suisse : Cadre logique 2018-2020 (28 mois)
3. MSF-Suisse : Copie de 2016_Mambasa Logframe
4. MSF-Suisse : Copie de 2019_Mambasa LogFrame
5. MSF-Suisse : 2019_11_CD139_SITREP
6. MSF-Suisse : 2020_01_CD139_SITREP Final
7. MSF-Suisse : 201912_CD139_Rapport_Annuel_MAMBASA
8. MSF-Suisse : 202002_Rapport Incident Binase_Fev20
9. MSF-Suisse : 20191030_CD139_Rapport_9 mois
10. MSF-Suisse : CH RDC_ITURI Rapport annuel 2017 Update
11. MSF-Suisse : Stratégie médicale CD139 v1
12. MSF-Suisse : 17 0621 - Rapport TF Visite appui terrain Mambasa FINAL
13. MSF-Suisse : Atelier de Revue Mambasa
14. MSF-Suisse : Rapport Evaluation MSF eCARE_Mambasa Sept 2019
15. MSF-Suisse : Rapport VS L&D unit RDC Août 2019
16. MSF-Suisse : 29 10 2019 Compil Activités 2018-2019 - CD139
17. MSF-Suisse : VF_Stratégie communautaire projet Mambasa_2018
18. MSF-Suisse : Enquête Mambassa
19. Division Provinciale de la Santé de l'ituri, BCZS de Mambasa et Nia Nia : Rapport DHSI2 2015-2020
20. MSF-Suisse : Analyse-Copie de Dashboard Projet Mambasa 2019 MSF

Publications et revues

1. [Process evaluation for public health interventions and Research](#) : Linnan, L. and A. Steckler (2002). San Francisco CA, Jossey Bass
2. [Process evaluation in the design of randomised controlled trials of complex interventions](#) : Oakley A, Strange V, [Bonell C](#), Allen E, Stephenson J & the RIPPLE Study Team. Process evaluation in the design of randomised controlled trials of complex interventions. British Medical Journal 2006; 332: 413-416
3. [Assessment of generalizability in trials of health interventions: suggested framework and systematic review](#) : [Bonell C](#), Oakley A, [Hargreaves J](#), Strange V, Rees R. Trials of health interventions and empirical assessment of generalizability: suggested framework and systematic review. British Medical Journal 2006; 333: 346-349
4. [Program integrity in primary and early secondary prevention: are implementation effects out of control?](#): Dane, U. A., & Schneider, B. H. (1998). Program integrity in primary and early secondary prevention: are implementation effects out of control? Clinical Psychology Review, 18(1), 23e45.
5. [The importance of implementation fidelity](#) : Mihalic, S. (2004). The importance of implementation fidelity. Emotional and Behavioral Disorders in Youth 4(4): 83–105.
6. [Implementation matters: a review of research on the influence of implementation on program outcomes and the factors affecting implementation](#) : Durlak, J. A., & Dupre, E. P. (2008). Implementation matters: a review of research on the influence of implementation on program outcomes and the factors affecting implementation. American Journal of Community Psychology, 41, 327e350.

7. [Complex interventions: how “out of control” can a randomised controlled trial be?](#): Hawe, P., Shiell, A., et al. (2004a). Complex interventions: how “out of control” can a randomised controlled trial be? *British Medical Journal*, 328, 1561e1563.
8. [Towards a general theory of implementation](#) : May, C. (2013) Towards a general theory of implementation. *Implementation Science*, 8, 1, 18.
9. [Mixed method designs in implementation research](#) : Palinkas LA, Aarons GA, Horwitz S, Chamberlain P, Hurlburt M, Landsverk J. Mixed method designs in implementation research. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*. 2011 Jan 1;38(1):44-53.
10. [Logic model development guide](#) : Kellogg Foundation, W.K. (2004) Logic model development guide, Battle Creek, MI: W.K Kellogg Foundation.
11. [A causal modelling approach to the development of theory-based behaviour change programmes for trial evaluation](#) : Hardeman, W., Sutton, S., Griffin, S., Johnston, M., White, A., Wareham, N.J. and Kinmonth, A.L. (2005) A causal modelling approach to the development of theory-based behaviour change programmes for trial evaluation. *Health education research*, 20, 6, 676-687.
12. [Theory of change: a theory-driven approach to the MRC framework for complex interventions](#) : [De Silva MJ](#), Breuer E, Lee L, [Asher L](#), Chowdhary N, Lund C, [Patel V](#). Theory of Change: a theory-driven approach to enhance the Medical Research Council’s framework for complex interventions. *Trials*. 2014 Jul 5;15(1):1

Livres

1. Key Resources For Learning About Process Evaluation: Craig P, Dieppe P, Macintyre S, Michie S, Nazareth I, [Petticrew M](#). Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance. *Bmj*. 2008 Sep 29;337:a1655.
2. Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance: Craig P, Dieppe P, Macintyre S, Michie S, Nazareth I, [Petticrew M](#). Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance. *Bmj*. 2008 Sep 29; 337: a1655

Documents de politiques

1. Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence : OMS
2. Protocole international relatif aux enquêtes sur les violences sexuelles dans les situations de conflit : William Hague Secrétaire d'État aux Affaires et du Commonwealth, ANGELINA JOLIE Envoyée spéciale du Haut-commissariat des Nations Unies pour les réfugiés, première édition juin 2014
3. Grossesses non planifiées et avortements à Kinshasa (République Démocratique du Congo) Défis et progrès : Université de Kinshasa, Ecole de santé publique, New York: Guttmacher Institute, 2019, <https://www.guttmacher.org/fr/report/unintended-pregnancy-abortion-in-Kinshasa-drc>
<https://doi.org/10.1363/2019.30887>
4. Rôles des agents de santé dans la dispensation des soins liés à l'avortement sécurisé et de la contraception post-avortement : OMS ISBN 978 92 4 254926 3 (Classification NLM : WQ 440) 2016
5. Politique nationale et plan directeur de développement de la santé de la reproduction : Ministère de la Santé publique, Novembre 2001
6. Recherche formative sur les services liés à l'avortement dans le Nord-kivu, RDC: conclusions tirées des résultats des structures soutenues et zones desservies par CARE dans les zones de santé de Kayna et Lubero, décembre 2017
7. Engagement of crisis-affected people in humanitarian action BACKGROUND PAPER
8. ALNAP 29th Annual Meeting 11-12 March 2014, Addis Ababa
9. Rapport : A Framework for Analyzing Participation in Development May 2013 Oxford Policy Management



The Vienna Evaluation Unit / L'Unité d'évaluation de Vienne

Depuis 2005, l'Unité d'évaluation de Vienne produit des évaluations de qualité qui contribuent à l'apprentissage et à la responsabilisation au sein de MSF. L'Unité effectue et supervise différents types d'évaluations, d'exercices d'apprentissage et d'études anthropologiques, en plus d'organiser des ateliers de formation. De plus amples informations ainsi qu'une version électronique des rapports d'évaluation et des rapports anthropologiques sont disponibles à l'adresse : www.evaluation.msf.org