

UNIVERSITE LIBRE DE BRUXELLES



ECOLE DE SANTE PUBLIQUE

Travail de fin d'études en vue de l'obtention du titre
*Master en sciences de la santé publique à finalité Politiques, systèmes et
promotion de la santé*

Analyse logique d'un projet visant le renforcement de la
participation communautaire : *cas des Groupes de
Réflexion de Kintambo en République Démocratique du
Congo*

OBEDI WABIKWA

Directrice : Pr. DE SPIEGELAERE Myriam
Promotrice : OLEFFE Amandine

Année académique 2019-2020

Remerciements

À ma Directrice de mémoire, Professeur Myriam De Spiegelaere, et ma promotrice de mémoire, Madame Amandine Oleffe, pour votre disponibilité, votre réactivité, vos relectures et vos précieux conseils qui ont nourri ma réflexion dans la réalisation de ce travail. Merci particulièrement pour vos mots d'encouragements.

À l'Académie de recherche et d'enseignement supérieur de la Fédération Wallonie-Bruxelles, pour votre soutien financier dans le cadre de votre politique de Coopération au développement. Merci d'avoir rendu mon voyage possible.

À l'équipe d'ULB-Coopération et Etoile du Sud pour votre accueil au sein de vos institutions durant mon stage. Je me suis sentie comme un membre à part entière de l'équipe. Merci d'avoir mis à ma disposition les documents du projet qui ont permis la rédaction de ce mémoire.

À mon maître de stage Docteur Serge Ngaima, à Monsieur Felix Vanderstricht, à Messieurs Roger Kakule Manzekele et Billy Mwangaza pour votre disponibilité, pour votre patience et pour le temps que vous m'avez accordé pour répondre à mes nombreuses questions.

À mes parents, à mes frères et sœurs, pour votre amour inconditionnel, pour votre soutien indéfectible tout au long de ces années d'étude. Merci d'avoir toujours été là pour moi et d'avoir cru en moi.

À Baptiste Marinelli, pour l'homme merveilleux que tu es. Merci d'être une épaule solide, d'être toujours à l'écoute et m'encourager même quand je n'y crois plus.

Enfin à mes amis, plus particulièrement Laura Cande, pour leur disponibilité à toute épreuve et leur soutien. Ce parcours d'étude n'aurait pas été pareil sans vous. Merci pour votre précieuse amitié.

Résumé

Obedi Wabikwa

Master en Sciences de la Santé Publique à Finalité Politiques, Systèmes et Promotion de la Santé
Année académique 2019-2020

Analyse logique d'un projet visant le renforcement de la participation communautaire : *cas des Groupes de Réflexion de Kintambo en République Démocratique du Congo*

Contexte : Dans une optique d'amélioration de l'accessibilité et de la qualité des soins à Kinshasa, L'ULB-Coopération a mis en place un projet santé destiné à renforcer la participation de la société civile au système de soins de santé par la création de Groupes de Réflexion et d'une plateforme des usagers. De ce fait, l'objectif de cette recherche était d'interroger et analyser les hypothèses qui sous-tendent la mise en place du projet de renforcement de la participation communautaire d'ULB-Coopération à Kinshasa et apprécier dans quelle mesure celles-ci reposent sur des évidences. Méthode : Nous avons utilisé l'analyse logique afin d'évaluer le projet mis en œuvre par ULB-Coopération. Nous nous sommes intéressé au modèle logique théorique du projet et avons examiné dans la littérature les évidences à la base de cette logique en élaborant un cadre intégratif. Celui-ci a été comparé au modèle logique initial afin d'en ressortir les forces, les limites ainsi que des recommandations pour l'amélioration du projet mis en œuvre. Résultats : Les résultats de notre étude montrent que la théorie du programme semble être appropriée pour l'atteinte des résultats du projet car elle tient compte de facteurs clés identifiés comme pouvant permettre au projet d'être efficace : l'éducation par les pairs, la prise en compte des facteurs contextuels et des besoins de la communauté, la formation des sensibilisateurs pairs par des professionnels de la santé, la sensibilisation dans les écoles mais aussi dans la communauté pour les adolescents non scolarisés ainsi que la sensibilisation auprès des responsables religieux. Conclusion : L'analyse logique s'est avérée être une méthode utile pour renforcer la base théorique de l'intervention et évaluer sa plausibilité pour l'atteinte des résultats escomptés

Mots clés : Analyse logique, Participation communautaire, Empowerment, République Démocratique du Congo, Kinshasa

Abstract

Obedi Wabikwa

Master's Degree in Public Health Sciences for Policy, Systems and Health Promotion
Academic year 2019-2020

Logical analysis of a project aimed at strengthening community participation: *the case of the Kintambo Reflection Groups in the Democratic Republic of Congo*

Context: With a view to improving the accessibility and quality of care in Kinshasa, ULB-Coopération has set up a health project aimed at strengthening the participation of civil society in the health care system through the creation of Reflection Groups and a users' platform. Therefore, the objective of this research was to question and analyse the hypotheses underlying the implementation of ULB-Coopération's project to strengthen community participation in Kinshasa and to assess the extent to which these hypotheses are based on evidence. Method: We used logic analysis to evaluate the project implemented by ULB-Coopération. We looked at the theoretical logic model of the project and examined the evidence in the literature that underlies this logic by developing an integrative framework. This framework was compared to the initial logic model to identify strengths, limitations and recommendations for improvement of the project implemented. Results: The results of our study show that the program theory seems to be appropriate for the achievement of the project's results because it takes into account key factors that were identified as allowing the project to be effective: peer education, consideration of contextual factors and community needs, training of peer sensitizers by health professionals, awareness raising in schools but also in the community for out-of-school adolescents, and awareness raising among religious leaders. Conclusion: Logic analysis proved to be a useful method for strengthening the theoretical basis of the intervention and assessing its plausibility for achieving the expected results.

Keywords: Logical analysis, Community participation, Empowerment, Democratic Republic of Congo, Kinshasa

Liste des abréviations

AS :	Aire de Santé
BCZ :	Bureau Cadre de Zone
BDS :	Bureaux de District de Santé
BM :	Banque Mondiale
CAC :	Cellule d'animation communautaire
CS :	Centre de Santé
CSP :	Comités de Santé Populaire
CoDeSa :	Comité de développement de l'Aire de Santé
COSA :	Comité de santé
DPS :	Divisions Provinciales de la Santé
EDS :	Etoile Du Sud
GDR :	Groupe de Réflexion
HGR :	Hôpital Général de Référence
IDH :	Indice de développement humain
IST :	Infection Sexuellement Transmissible
PUS :	Plateforme des Usagers
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
ONG :	Organisation non gouvernementale
PH-RDC :	Plateforme Hospitalière de la République Démocratique du Congo
PMA :	Paquet Minimum d'Activité
PNDS :	Plan National de Développement Sanitaire
ReCo :	Relais Communautaires
RDC :	République Démocratique du Congo
SRSS :	Stratégie de Renforcement du Système de Santé
ULB :	Université Libre de Bruxelles
ULB-C :	ULB-Coopération
ZS :	Zone de Santé

Liste des tableaux et figures

Figure 1. Échelle de participation citoyenne selon Arnstein de Hazgui M.

Figure 2. Spidergram pour mesure la participation communautaire de Baatiema et al.

Figure 3. Pyramide Sanitaire de la RDC selon le Ministère de la santé

Figure 4. Modèle logique de l'axe « Renforcement de la société civile »

Figure 5. Modèle de changement de l'activité de sensibilisation sur la santé sexuelle et reproductive

Figure 6. Modèle d'action de l'activité de sensibilisation sur la santé sexuelle et reproductive

Table des matières

1. Introduction.....	1
1.1. Contexte	1
1.2. Définition des concepts utilisés.....	2
1.2.1. Communauté	2
1.2.2. Participation communautaire	2
1.2.3. Système de santé	6
1.3. République Démocratique du Congo.....	7
1.3.1. Généralités	7
1.3.2. Contexte politique.....	7
1.3.3. Contexte économique.....	8
1.3.4. Contexte sanitaire	8
1.4. Le système de santé de la RDC	9
1.4.1. Structures d'interfaces	11
2. Présentation du « Projet Kinshasa ».....	13
2.1. ULB-Coopération	13
2.1.1. « Projet Kinshasa » : Généralités.....	13
2.2. Renforcement de la société civile et de la population	15
2.2.1. Contexte.....	15
2.2.2. Partenaire principal d'ULB-C dans le renforcement de la société civile.....	15
2.2.3. Travail effectué avant la mise en place des groupes de réflexion	16
2.2.4. Groupes de Réflexion	17
2.2.5. Plateforme des usagers.....	20
3. Objectifs et Question de recherche.....	21
4. Matériel et Méthodes	22
4.1. Analyse logique	22
4.1.1. Types d'analyse logique	23
4.1.2. Étapes de l'analyse logique	24
4.2. Stratégie de recherche	25
5. Présentation des Résultats.....	26
5.1. Construction du modèle logique	26
5.2. Choix de l'hypothèse à développer	28
5.2.1. Activités de sensibilisation sur la santé sexuelle et reproductive	28
5.3. Élaboration d'un cadre intégratif	32
5.3.1. Conscientiser les adolescents sur la santé sexuelle et reproductive	32
5.3.2. Promouvoir l'adoption de comportements favorables à la santé sexuelle et reproductive.....	38
5.4. Élaboration de la théorie des programme	41
5.4.1. Adéquation du cadre intégratif théorique avec les composantes du projet.....	41
6. Discussion.....	43
7. Conclusion	46
8. Bibliographie	47

1. Introduction

1.1. Contexte

La Conférence d'Alma Alta, la Déclaration d'Addis Abeba, le rapport de l'OMS sur la santé dans le monde ainsi que la Déclaration de Ouagadougou sur les Soins de Santé Primaires et les Systèmes de Santé en Afrique, centrés sur les soins de santé primaires, mettent en avant dans leurs textes la notion de participation communautaire (1) (3) (67).

Dans le rapport du comité régional de l'Afrique sur le renforcement des systèmes de santé, l'OMS met l'accent sur l'importance de donner aux communautés les moyens de prendre les mesures appropriées pour la promotion de leur propre santé (66). Les avantages de la participation communautaire sont divers, ceux-ci comprennent l'amélioration des résultats de santé, de l'accessibilité aux services de santé, de l'équité, l'amélioration de la pertinence, de l'acceptabilité par les usagers des différents services, de la qualité des services et de la réactivité du système de santé aux attentes des bénéficiaires. (67)

La participation communautaire en République Démocratique du Congo (RDC) rencontre de nombreux défis liés au manque d'accès à l'information, au manque de formations, à la pauvreté des habitants, aux conflits, à l'accessibilité socioculturelle, géographique et financière des soins souvent limitée, à un manque de qualité des soins etc. (28) (20). Il est primordial de repenser la dynamique communautaire au vue de ces nombreuses limites (20).

Dans une optique d'amélioration de l'accessibilité et de la qualité des soins, ULB-Coopération, l'ONG de l'Université libre de Bruxelles, a mis en place à Kinshasa (en RDC), un projet santé destiné à renforcer le secteur hospitalier, le première échelon de soins du système sanitaire du pays et la société civile (33). Le renforcement de cette dernière se fait par la création de Groupes de Réflexions et d'une Plateforme des Usagers, considérés comme étant une nouvelle approche de participation dans la zone de santé de Kintambo, à Kinshasa (38) (39).

1.2. Définition des concepts utilisés

1.2.1. Communauté

Dans la déclaration d'Alma Ata la communauté est définie comme étant « un groupe d'individus qui vivent ensemble dans des conditions spécifiques d'organisation et de cohésion sociales. Ses membres sont liés à des degrés variables par des caractéristiques politiques, économiques, sociales et culturelles communes ainsi que par des intérêts et des aspirations communs, y compris en matière de santé. » (1).

Doucet et Favreau dans leur ouvrage la définissent comme « un ensemble de personnes et de groupes disposant d'un dénominateur commun : des conditions de vie semblables, l'appartenance physique et sociale à un même espace géographique, l'identité de sexe, d'âge et de race. Plus souvent qu'autrement, ce dénominateur commun est fait non seulement de besoins, c'est-à-dire de problèmes sociaux partagés, mais aussi d'intérêts communs et de valeurs communes. » (2)

Les auteurs font une distinction entre la communauté locale qui se réfère à des dimensions démographiques et géographiques, à des dimensions psychologiques, culturelles et institutionnelles ; la communauté d'intérêts qui fait mention des intérêts particuliers de groupes d'individus spécifiques comme les associations de défense des droits de l'homme par exemple ; et la communauté d'identité qui fait référence à des segments particuliers de population ayant une appartenance culturelle, ethnique, religieuse, sexuelle, etc.. commune (2).

Dans le cadre de ce travail, le projet analysé cible principalement la communauté définie ci-dessus comme étant la « communauté locale ».

1.2.2. Participation communautaire

Le concept de la participation communautaire s'est principalement développé dans les années 70 et est devenu une approche de développement social par le biais du programme de participation populaire des Nations Unies (3).

La participation communautaire est définie selon les Nation Unies comme « la création d'occasions qui permettent à tous les membres de la communauté et à la société en général de contribuer activement, d'influencer le processus développemental ainsi que de partager équitablement les bénéfices du développement » (4).

Dans le domaine de la santé, l'OMS a défini, lors de la conférence d'Alma Alta, la participation communautaire comme étant « un processus dans lequel les individus et les familles d'une part prennent en charge leur propre santé et leur propre bien-être comme ceux de la communauté, d'autre part développent leur capacité de concourir à leur propre développement comme à celui de la communauté. Ils en viennent ainsi à mieux appréhender leur propre situation et être animés de la volonté de résoudre leurs problèmes communs, ce qui les mettra en mesure d'être des agents de leur propre développement au lieu de se cantonner dans le rôle de bénéficiaires passifs de l'aide au développement. » (1)

Il n'existe pas de consensus sur une définition de la participation communautaire, sa nature et ses expressions diffèrent selon les valeurs qui les sous-tendent ainsi que la finalité qui lui est donnée. Il existe, en effet, une diversité d'orientations et dimensions opérationnelles attribuées au concept (5).

La participation communautaire peut être considérée comme un processus permettant d'atteindre un objectif visé ou comme un but en soi. Dans le premier cas, la participation communautaire sera un moyen essentiel pour arriver au but précis sans pour autant être une perspective dans le long terme. Elle est ainsi considérée comme une stratégie de développement. Dans le deuxième cas, elle a une visée pérenne qui va au-delà de l'implantation de l'intervention. Elle permet ainsi un dynamisme communautaire créé par les participants, adapté à leurs besoins et à l'évolution du contexte socio-économique, politique et environnemental local (6).

Dans le cadre du projet de l'ULB-C et principalement dans son axe de « renforcement de la société civile et de la population », la participation communautaire a une visée pérenne, elle va au-delà de l'atteinte des objectifs fixés « d'amélioration de l'accessibilité et de la qualité des soins ». Elle crée un dynamisme dans lequel les communautés peuvent réfléchir, identifier et proposer des pistes de solutions aux problèmes liés au droit à la santé dans leurs communautés respectives.

Fournier et Potvin proposent trois logiques non exclusives à la base de la participation communautaire : utilitariste, démocratique et conscientisation ou renforcement de pouvoir (3).

La logique utilitariste fait référence à la préoccupation de nombreuses parties prenantes et intervenants d'une intervention de vouloir améliorer l'efficacité et l'impact de celle-ci parfois au détriment de la coopération et la motivation de la population. La logique démocratique souligne la nécessité de redistribution des pouvoirs en permettant à des groupes minoritaires ou défavorisés plus à risques d'être représentés et actifs dans la prise de décisions. Et enfin, la logique de renforcement de pouvoir met l'accent sur la conscientisation et le renforcement des capacités des individus pour

leur permettre de prendre le contrôle de leurs vies et modifier les structures pour qu'elles prennent en compte la réalisation de leurs besoins (3).

Cette dernière notion rejoint le concept d'empowerment. L'empowerment est une notion issue de deux mouvements : celui de l'action sociale des années 60 et de la perspective «self-help» dans les années 70 (7). « L'empowerment est un processus ou une approche qui vise à permettre aux individus, aux communautés, aux organisations d'avoir plus de pouvoir d'action et de décision, plus d'influence sur leur environnement et leur vie » (8). Il articule la dimension du pouvoir et celle du processus d'apprentissage qui permet d'y accéder (9).

William Ninacs propose trois typologies d'empowerment : l'empowerment individuel, communautaire et organisationnel. L'empowerment communautaire fait allusion à un état où la communauté a la capacité d'agir en fonction de ses propres choix et met en avant le pouvoir d'agir des membres qui la constitue. Quatre composantes sont nécessaires à son développement : la participation, les compétences, la communication et le capital communautaire. Notons que l'empowerment individuel favorise celui de la communauté (8).

L'empowerment de la population par rapport à la santé est l'un des deux aspects sur lequel L'ULB-C travaille en partenariat avec l'ONG locale Etoile du Sud (EDS) pour contribuer au renforcement de la société civile. La logique de renforcement de pouvoir est la logique de base ayant conduit à la création de Groupes de Réflexion (GDR) et d'une Plateforme des Usagers (PUS).

1.2.2.1. Mesurer la participation communautaire

Il existe différents outils de classification et de mesure de la participation communautaire (modèle de Bracht et Tsouros, Roark, Rifkin et al. etc.). Dans ce travail, nous avons retenu deux outils car ils permettent de catégoriser et d'identifier les domaines où la participation communautaire peut s'exprimer et ce particulièrement dans le cadre de projets ou de programmes (3) .

Arnstein a défini une classification de la participation communautaire sous forme de gradient à huit niveaux rassemblés en trois groupes suivant le niveau de pouvoir de la communauté. Le premier groupe correspond à la non-participation, le second à la coopération symbolique et le dernier au pouvoir effectif des citoyens (3) (10) . (Figure 1)

Ce cadre permet une conceptualisation de la participation communautaire (3).

Niveaux	Degrés	Définition
Non Participation	1 – Manipulation	Ces niveaux supposent un public passif à qui on fournit des informations pouvant être partiales et partielles.
	2 – Thérapie / Éducation	
Coopération symbolique	3 – Information	Le public est informé sur ce qui va se produire, sur ce qui est entrain de se produire et sur ce qui s'est déjà produit.
	4 – Consultation	Le public a la parole mais n'a aucun pouvoir dans la prise en compte de leur point de vue.
	5 - Réassurance	Les opinions du public ont quelques influences mais ce sont encore les détenteurs du pouvoir qui prennent les décisions.
Pouvoir effectif des citoyens	6 – Partenariat	Le public peut commencer à négocier avec les décideurs, incluant un accord sur les rôles, les responsabilités et les niveaux de contrôle.
	7 – Délégation de pouvoir	Délégation partielle des pouvoirs.
	8 – Contrôle citoyen	Délégation totale dans la prise de décision et de l'action.

Figure 1. Échelle de participation citoyenne selon Arnstein de Hazgui M.(11)

Le cadre de référence de Rifkin permet d'identifier les domaines où peuvent s'exprimer la participation communautaire. Il met en exergue cinq domaines d'expressions : l'identification des besoins, le leadership, l'organisation, la mobilisation des ressources et la gestion. Chacun d'eux étant appréciés à l'aide d'indicateurs spécifiques (3) (12) (13).

Une note de un à cinq est donnée de manière subjective sur un continuum à chaque facteur. Le un correspond à peu de participation et le cinq a une autonomie accrue de la communauté dans son développement . Sur le spidergram, chacun des cinq domaines est représenté par un axe et sont disposés en rayons (3). (Figure 2). Cet outil permet aux planificateurs d'évaluer les variations et les progrès d'une intervention, au regard de la participation, au fil du temps (12) (13).

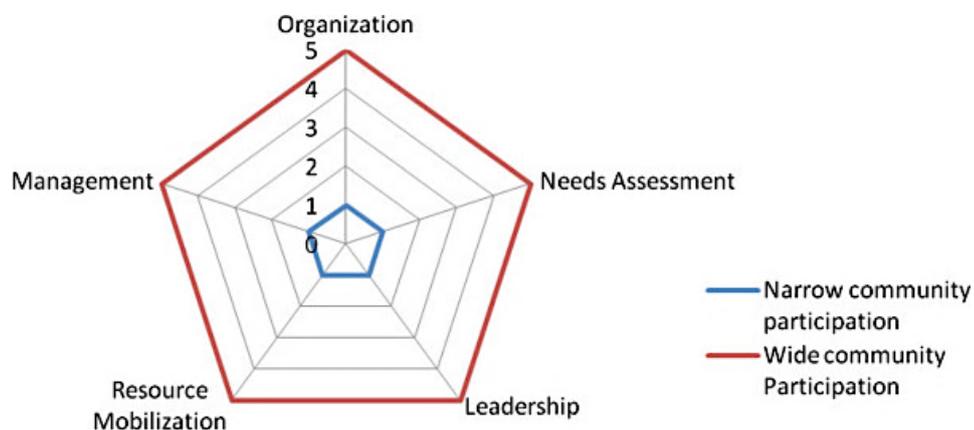


Figure 2. Spidergram pour mesure la participation communautaire de Baatiema et al.(14)

1.2.3. Système de santé

Selon l'OMS, « Le système de santé est l'ensemble des organisations, des institutions, des ressources et des personnes dont l'objectif principal est d'améliorer la santé » (15). Il comprend donc toutes les activités qui ont comme visée majeure la promotion, la restauration ou l'entretien de la santé « dans le cadre de soins de santé individuels, d'un service de santé publique ou d'une initiative intersectorielle » (16).

Dans une vision de santé publique, le système de santé se rapporte à tous les déterminants de la santé et est composé de différents « sous-systèmes » : les sous-systèmes politique, social, économique, culturel etc. Le système de santé est un construit social intimement lié au contexte dans lequel il est inséré. Plusieurs systèmes de santé peuvent cohabiter dans une même société (ex. cohabitation entre un système de santé plus "moderne", la médecine traditionnelle et un système de santé de type religieux) (16).

Les systèmes de santé poursuivent trois objectifs fondamentaux (16)(15):

- Améliorer la santé de la population desservie avec qualité et équité
- Répondre aux attentes de la population
- Répartir équitablement la contribution financière en assurant une protection financière contre les coûts de la mauvaise santé

L'OMS définit 6 éléments constitutifs d'un systèmes de santé (16) (17) :

- Le leadership et la gouvernance qui correspond au pilotage du système
- Le système de financement de la santé
- Le système d'information sanitaire
- Les ressources humaines pour la santé
- Les produits et technologies médicaux essentiels
- La prestation des services de santé

Les populations ou les bénéficiaires font partie des acteurs clés du système de santé et peuvent jouer cinq rôles différents en matière de santé : le rôle de patients ayant des besoins en termes de soins de santé ; le rôle de consommateurs ayant des attentes sur la manière dont le système devrait les traiter, de contribuables en finançant le système ; le rôle de coproducteurs de la santé à travers leurs comportements et enfin celui de citoyens ayant un droit d'accès aux soins (16) (18).

1.3. République Démocratique du Congo

1.3.1. Généralités

La République Démocratique du Congo (RDC) se situe en Afrique centrale et est le plus grand pays d'Afrique subsaharienne (19) (20). Le premier et dernier recensement de la population date de juillet 1984. Cependant les projections de l'Institut National de la Statistique (2014) estiment la population congolaise à 85.026.000 millions d'habitants (21). Kinshasa, la capitale, a une densité de plus ou moins 577 habitants au km² (22). Cette forte densité s'explique par l'exode rural de nombreux congolais à cause des conflits armés, de l'insécurité, de la diminution du niveau de vie et par conséquent, de la recherche de conditions de vie meilleures dans la capitale. De plus, à Kinshasa se concentrent les principales infrastructures administratives, politiques, économiques, universitaires et sanitaires (22).

En matière de capital humain¹, la RDC est classée 135 sur 157 pays avec un indice de capital humain de 0,37%, la moyenne des pays d'Afrique subsaharienne étant de 0,40 (19). L'indice de développement humain (IDH)² mesure la qualité de vie moyenne de la population du pays et va de 0 à 1. L'IDH de la RDC était estimé à 0,459 (développement humain faible) en 2018, le classant ainsi 179^e dans le monde sur 189 pays (23).

1.3.2. Contexte politique

La RDC est un État unitaire décentralisé qui compte actuellement 26 provinces suite à la réforme territoriale de 2006, entrée en vigueur en juin 2015 (20). Le transfert des compétences, des ressources ainsi que le souci de bonne gouvernance à travers la participation des communautés demeurent encore de véritables défis pour le pays (21).

La RDC est dirigée par le président Felix Antoine Tshisekedi Tshilombo depuis les élections présidentielles qui ont eu lieu le 30 décembre 2018, marquant ainsi la première passation de pouvoir depuis les 18 ans de mandat de l'ex-président Joseph Kabila (19).

L'indice de perception de la corruption de la RDC était de 19/100 en 2019 selon la publication annuelle de la Transparency International. Cet indice offre un aperçu annuel du degré relatif de corruption d'un

¹ Comprend 5 indicateurs: survie des enfants, scolarisation, qualité des apprentissages, développement en bonne santé et survie des adultes (19).

² Tiens compte de trois dimensions du développement : l'espérance de vie en bonne santé, le niveau de scolarisation et le standard de vie (24).

pays ; son échelle va de 1 à 100 , un score de 1 représentant le taux le plus haut de corruption (24).

1.3.3. Contexte économique

La RDC est dotée d'importantes ressources minérales, de matières premières, de ressources énergétiques, de vastes sols fertiles etc. Malgré cela, le pays est classé parmi les pays les plus pauvres du monde. Selon la Banque Mondiale, en 2018, 78% de la population du pays vivait avec moins de 1,9 dollar par jour et se trouvait en dessous du seuil de pauvreté multidimensionnelle (19) (20).

Dans le pays, l'économie informelle est un secteur important qui représente la moitié de l'activité économique du pays et près de 97% du secteur agricole (19).

1.3.4. Contexte sanitaire

En 2015, l'espérance de vie en RDC était de 54 ans pour les femmes et 51 ans pour les hommes. Le taux de mortalité brut était de 15,16 pour 10.000 habitants (20). Le paludisme est la première cause de morbidité et mortalité dans le pays et représente plus de 40% des causes de mortalité infantile. La malnutrition est un facteur de risque associé à 50% des cas de décès chez les personnes âgées de moins de 5 ans. Environ 43% des enfants souffrent de malnutrition chronique (20). La santé de la mère et du nouveau-né est également caractérisée par l'excès de mortalité souvent pour des causes évitables (grossesses précoces et non désirées chez les adolescentes, qualité faible des soins, accès limité aux planning familiaux etc.). Le pays est toujours confronté à de nombreuses épidémies : épidémie à VIH, choléra, rougeole et fièvre jaune (20).

La RDC a progressé dans la lutte contre l'épidémie d'Ébola qui sévit depuis près de deux ans. Ce virus touche principalement les provinces du Nord Kivu, du Sud Kivu et de l'Ituri et a fait plus de 2.200 victimes (19) (25). Depuis l'apparition du virus, c'est l'épidémie la plus grave qu'ait connu le pays (25). Depuis, mars 2020, la RDC fait également face à l'épidémie de COVID-19 (19). Cette pandémie devrait entraîner une récession économique de -2,2 % durant l'année 2020 due à la baisse des exportations (19).

Le pays est en phase de transition épidémiologique, il porte par conséquent le double fardeau des maladies transmissibles et l'augmentation de l'incidence des maladies non transmissibles. Cela a une répercussion sur les taux de mortalité et morbidité de l'ensemble de la population (20).

1.4. Le système de santé de la RDC

Le système de santé de la RDC peut être représenté sous forme de pyramide à trois niveaux (Figure 3.)

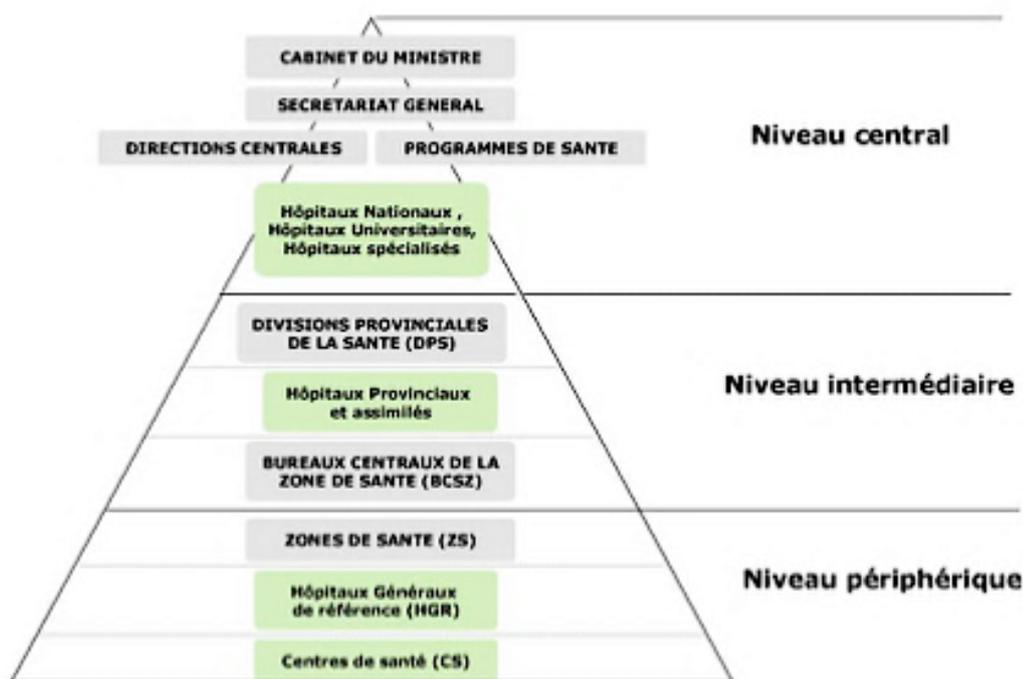


Figure 3. Pyramide Sanitaire de la RDC selon le Ministère de la santé (26)

Le premier niveau (base de la pyramide) est le niveau périphérique ou opérationnel. Celui-ci met en œuvre la stratégie des soins de santé primaires. Il est divisé en zones de santé (ZS). Chaque zone de santé est subdivisée en aires de santé, qui comprennent des centres de santé (CS). Un Hôpital Général de Référence (HGR) est présent dans chacune des zones (20) (22) (30).

La ZS est gérée par le Bureau central de la Zone (BCZ) composé de représentants de l'autorité locale, des infirmiers titulaires des CS, des comités de santé et des partenaires privés ou confessionnels ayant des structures de santé intégrées dans la ZS (20) (27). Le BCZ est supervisé par un Médecin chef de Zone. Ces autorités sanitaires assurent le relais entre le premier et le deuxième niveau, qui est le niveau intermédiaire (provincial). (20) (22) (27)

Le niveau intermédiaire ou provincial permet une opérationnalisation des directives élaborées au niveau central et un suivi de la mise en application de celles-ci à travers les Divisions Provinciales de la Santé (DPS) et les Bureaux de District de Santé (BDS) (26)(20). Il existe deux échelons au niveau intermédiaire : les Inspections Provinciales de la santé et les Inspections de District (27). Ce niveau joue également un rôle d'appui et de coordination aux ZS. (26)(20)(22)

Enfin, le niveau central ou national est le niveau stratégique dans lequel sont définies les orientations de la politique sanitaire nationale et les prises de décisions au sein du Ministère de la santé (22) (27). C'est ici que l'on retrouve des structures comme le cabinet du ministre de la santé publique, le secrétariat général à la santé ou même encore les directions centrales. (26) (20)

L'offre de soins est assurée par des structures publiques, qui comprennent les CS, les HGR, les hôpitaux provinciaux et nationaux, des structures paraétatiques comme le service médical des armées ou de la police ; des structures privées lucratives qui sont constituées de cabinets de consultation, de cliniques, de centres de diagnostic, de laboratoires et imagerie ; et enfin des structures privées confessionnelles et associatives qui représentent plus ou moins 40% de l'offre de soin du pays (20) (22). Ces structures sont régulées par les églises catholiques, protestantes, salutistes, kimbanguistes, etc. (20).

L'organisation de l'offre de soins se fait en quatre échelons de soins. Au niveau opérationnel, les structures sanitaires sont organisées en deux échelons : le premier échelon est assuré par les CS et le deuxième par l'HGR. Le terme « centres de santé » englobe tant les centres de santé en eux-mêmes que les maternités, les polycliniques et les dispensaires (20)(22)(30). Ces structures offrent à la population le Paquet Minimum d'Activités (PMA)³. Le niveau provincial offre des soins de troisième échelon par l'intermédiaire des hôpitaux provinciaux et le niveau national offre les soins de quatrième échelon via les hôpitaux nationaux. (20)(22)(26)(27)

La couverture universelle de soin de santé primaire en RDC est loin d'être suffisante, les contraintes économiques, sociales et sécuritaires réduisent considérablement l'accessibilité (socioculturelle, géographique et financière) et la qualité des soins de santé (20). Il existe peu de mécanismes de partage des risques et le système de protection sociale actuel ne concerne pas l'entièreté de la population (20).

Selon le Document de la Stratégie de Renforcement du Système de Santé 2010, la participation communautaire est un axe important de la stratégie des soins de santé primaires. Elle doit être considérée comme étant une dimension majeure dans l'amélioration de la gestion des CS (« unité opérationnelle »), de la qualité des soins et des services qui y sont prestés (27). Le Recueil des normes de la zone de sante 2006, le Plan de Développement Sanitaire 2010-2015, le Document de la Stratégie

³ Le PMA comprend des activités **curatives** : soins curatifs, dépistages, traitement maladies chroniques, réhabilitation nutritionnelle, accouchements eutociques etc. ; **préventives** : consultations prénatales, postnatales, supplémentation vitamine A etc. ; **promotionnelles, d'appui et autres** : formation continue du personnel, gestion de l'information sanitaire, encadrement des animateurs de santé etc.(38)

de Croissance et de Réduction de la Pauvreté 2011-2015, le Plan de Développement Sanitaire 2016-2020 sont d'autres exemples de documents qui mettent en avant l'importance de la participation communautaire.

Des organes de participation communautaire ou structures d'interfaces ont été mis en place permettant à la population d'être organisée et impliquée dans le processus de planification et de collaboration avec les services de santé. Ces organes sont coordonnés par le Ministère de la Santé Publique (20) (27). Il convient de signaler que la participation communautaire en RDC s'organise autour d'une aire de santé avec le concours de la population qui y vit (20). Elle peut prendre plusieurs formes : la participation à la décision avec les professionnels de santé, l'apport de ressources en fonction des besoins et des moyens dont elle dispose comme par exemple le paiement des actes médicaux, la construction des centres de santé etc. (27)

1.4.1. Structures d'interfaces

Les relais Communautaires (ReCo) sont des personnes volontaires, bénévoles, choisies par la communauté du village ou quartier qu'ils représentent. Selon la politique nationale, ils assurent le pont entre les individus, les familles et le service de santé (27). Ils ont pour rôle de faire connaître les services, d'orienter et de veiller à l'utilisation des services de santé par la population. Ils communiquent des messages éducatifs à la communauté pour permettre aux ménages de reconnaître les signes et symptômes d'une maladie et prévenir les pathologies émergentes (28). Ils sont ainsi considérés comme des agents promotionnels du développement de leur communauté. Les ReCo rendent visite aux ménages une à deux fois par mois et transmettent leurs observations à l'équipe du CS. Ils sont sous la responsabilité de l'animateur communautaire de la zone de santé et sont encadrés par l'infirmier titulaire du Centre de santé (28) (29).

L'ensemble des ReCo d'un village ou d'un quartier forment la Cellule d'animation communautaire (CAC). C'est à travers cette structure que les ReCo se réunissent et échangent sur les différents problèmes de santé de la population (28). La CAC a pour rôle de collecter les données du village ou du quartier (ex : données démographiques) et de les transmettre au comité de développement de l'Aire de Santé ; détecter précocement les épidémies, identifier les groupes non touchés par les interventions du PMA du CS, de détecter les phénomènes anormaux dans la communauté et en informer le CS ; sensibiliser et mobiliser la population par l'organisation de rencontres d'échanges éducatifs en lien avec les problèmes de santé de l'AS etc.(30) (29)

Le comité de développement de l'Aire de Santé (CoDeSa) ou Comité de santé (COSA) est la structure de participation communautaire et l'organe de représentation de la voix de la population au niveau de l'aire de santé (30). Le COSA est composé des délégués des CAC de l'aire de santé auxquels sont associés les leaders communautaires (trois délégués de la société civile) et l'Infirmier titulaire (30)(31). Le rôle du comité est de « développer le partenariat entre les communautés et le service de santé, de développer le partenariat avec les intervenants dans l'AS, d'implanter le Paquet Minimum d'Activité (PMA) communautaire dans l'AS, de mobiliser les ressources locales pour soutenir les activités de développement de l'AS, de garantir une meilleure utilisation des ressources affectées dans l'AS et de mettre en place les mécanismes de co-gestion dans l'AS. » (31)

De nombreux défis impactent le fonctionnement des structures d'interface et limitent ainsi leur capacité à exercer de manière optimale leur rôle. Citons par exemple le manque d'accès à l'information, le manque de formations en rapport avec les activités à mener, la dépendance à l'infirmier(e) titulaire, la charge de travail, la faible motivation des agents de la santé communautaire, le mode de désignation par convenance et non par la communauté, le non suivi par les équipes cadres, la non-rémunération, le manque de reconnaissance etc. (28).

Selon le Plan Nationale de Développement Sanitaire 2016-2020, il y a lieu de repenser la dynamique communautaire au regard de la dynamique de la décentralisation, d'élaborer et de mettre en œuvre une stratégie de participation communautaire commune aux différentes parties prenantes (20). Une des volontés étant d'augmenter le contrôle communautaire et le développement des zones de santé. Pour atteindre ces résultats, trois axes ont été retenus ; il s'agit : « (i) du renforcement de la dynamique communautaire, (ii) de la promotion des services de santé et (iii) de l'extension des sites de soins de santé communautaire » (20). La participation effective de la population permettrait d'identifier les problèmes et les besoins de santé de la population et de renforcer les structures de participation communautaire. Il faudrait cependant agir en priorité sur les facteurs qui limitent cette participation : conflits, pauvreté, accessibilité limitée aux services de soins, qualité des soins etc. Cela nécessite qu'un dialogue soit établi entre les parties prenantes (20) (28).

2. Présentation du « Projet Kinshasa »

2.1. ULB-Coopération

L'ULB-C est l'ONG de l'Université libre de Bruxelles actrice du développement et de la coopération Nord-Sud. Elle agit sur différents volets : la santé et les systèmes de santé, les territoires et ressources, l'éducation et la citoyenneté et enfin, l'entrepreneuriat et la gestion. Ses divers projets sont répartis dans 4 zones d'actions à savoir la Belgique, le Burkina Faso, la République Démocratique du Congo et le Sénégal (32).

Les différentes actions coordonnées par ULB-C sont élaborées en collaboration avec les bénéficiaires et les partenaires. Celles-ci visent à répondre aux besoins prioritaires des populations en apportant des réponses adaptées, durables, innovantes ; en développant une approche systémique et multidisciplinaire respectueuses des personnes, des cultures et de l'environnement (32).

En République Démocratique du Congo, ULB-C travaille à l'amélioration de la qualité et de l'accessibilité aux soins de santé. Elle travaille sur deux aspects : la question de l'empowerment de la population par rapport à la santé et le renforcement du système de soin de santé (32) (39). Dans le pays, l'ONG est active surtout dans deux zones géographiques, la ville-province de Kinshasa et la province du Nord Kivu par le biais du Projet d'Appui au Développement Intégré du Système de Santé (PADISS) (32).

2.1.1. « Projet Kinshasa » : Généralités

Le « projet santé Kinshasa » a été mis en place en 2017 par ULB-C dans la ville-province pour une durée de cinq ans avec comme objectif général : l'amélioration de l'accessibilité et de la qualité des soins des hôpitaux et du premier échelon, à Kinshasa et en particulier dans la commune de Kintambo, en travaillant sur les contraintes essentielles, avec l'ensemble des acteurs impliqués (33).

Le projet d'ULB-C se situe principalement au niveau périphérique du système de santé. Ce projet a été pensé en trois différents axes :

1. Le renforcement du secteur hospitalier par le soutien à la Plateforme Hospitalière de la RDC (en partenariat avec Chaîne de l'Espoir Belgique) et à l'Hôpital Général de référence de Kintambo.

La Plateforme Hospitalière de la RDC (PH-RDC) rassemble 32 structures hospitalières (publiques, privées, confessionnelles) qui travaillent sur le développement de leurs démarches qualité par un échange d'expériences permettant de garantir l'amélioration des pratiques au seins de ses hôpitaux membres (34)(35). La Plateforme joue également un rôle de bailleur de fonds en finançant des microprojets à hauteur de 5.000 euros maximum (35). Elle contribue à l'amélioration de la qualité des soins offerts par les hôpitaux membres de la PH-RDC en offrant un cadre d'échange d'expériences entre les structures, un accompagnement et un appui technique et financier aux hôpitaux ainsi que la mise à disposition de supports et outils standardisés pour leur permettre d'améliorer leur gestion. (34)

2. Le renforcement du premier échelon de soins

ULB-C appuie les propriétaires des structures privées et publiques, les gestionnaires et prestataires des centres de santé à travers la mise en place d'un Groupe de Réflexion du premier échelon dans la Zone de santé de Kintambo (36). L'objectif poursuivi étant de contribuer au développement des structures de santé du premier échelon pour une offre de soins accessible et de qualité en tenant compte du contexte urbain. Le Groupe de réflexion du premier échelon permet un échange d'expériences entre les propriétaires, gestionnaires et prestataires des différentes structures sanitaires dans le domaine de l'offre des soins de santé de base (37).

ULB-C met à disposition des structures un financement pour la mise en œuvre de microprojets « qualité » et un appui aux prestataires et propriétaires dans la rédaction de ces microprojets leur permettant d'obtenir un financement de l'ONG lors de l'appel à projet (37). Les appels à projets sont reçus par ULB-C et sont traités sur base de certains critères et, éventuellement sélectionnés pour financement. Des activités de formation permettent de suivre, d'orienter et d'améliorer le continuum de leurs micro-projets (37) (36). Citons par exemple des formations en élaboration de projet, en business plan, sur la prise en charge de maladies chroniques etc. Ces formations sont données par des intervenants extérieurs ou par les partenaires d'ULB-C selon la thématique (36).

3. Le renforcement de la société civile et de la population

ULB-C et Etoile du Sud (EDS) se sont alliés pour contribuer au renforcement de la société civile par la création de groupes de réflexion et d'une plateforme des usagers dans la commune de Kintambo, dans laquelle la vie associative n'était pas vraiment ancrée et le besoin de créer un projet communautaire se faisait ressentir (38)(39).

Les Groupes de réflexion et la Plateforme des usagers ont été mis en place pour réfléchir, identifier et proposer des pistes de solutions aux problèmes liés au droit à la santé dans leurs communautés

respectives. L'objectif étant de contribuer à l'amélioration de l'accessibilité, de la qualité et l'adéquation des soins dans la commune de Kintambo (40) (41).

Ce travail s'intéresse principalement à la composante « renforcement de la société civile et de la population » du projet Kinshasa d'ULB-Coopération.

2.2. Renforcement de la société civile et de la population

2.2.1. Contexte

En RDC, l'accessibilité et l'utilisation des services de santé par la population reste faible et les inégalités d'accès aux services sociaux de base demeurent. Ces inégalités ont un impact direct sur les conditions de vie et la situation sanitaire de la population (20).

Selon les acteurs de terrain, le système actuel ne contribue pas à l'amélioration de l'accessibilité et de la qualité de soin au niveau communautaire. Il existe des structures de participation (cf. Point 1.4.1) qui ont un rôle d'interface entre la zone de santé et la communauté mais ceux-ci sont très peu fonctionnels et les efforts de la communauté sont parfois mal encadrés (20) (34).

Ces structures sont dépendantes des autorités de la zone de santé qui parfois se limitent au simple constat de l'état sanitaire avec peu d'actions concrètes mises en place. Les mesures prises pour améliorer les soins de santé ne tiennent pas systématiquement compte des besoins de bases de la communauté car très peu de constats sont faits sur le terrain. De plus, une faible représentativité de la population est relevée dans les organes de concertations déjà existants (34).

C'est ainsi que les ONG ULB Coopération et Etoile du Sud se sont mises ensemble afin de partager leurs expériences et leur expertise communes dans le but de donner vie à une nouvelle approche de participation dans la zone de santé de Kintambo et de construire avec les bénéficiaires des solutions durables (39)(38). Etoile du Sud prodigue ainsi son expérience de participation communautaire et d'empowerment de la population dans des quartiers défavorisés et ULB-Coopération sa connaissance du fonctionnement du système de santé publique (42)(32).

2.2.2. Partenaire principal d'ULB-C dans le renforcement de la société civile

Etoile du Sud (EDS) est une ONG de droit congolais qui travaille depuis 2004 dans le domaine du droit à la santé et des déterminants sociaux de la santé auprès des communautés en vue de renforcer leur pouvoir d'action et de décision sur leur environnement (38)(39)(42). Elle organise et mobilise les

populations issues de divers quartiers défavorisés dans les provinces du Kivu, de Tshopo, de Maniema, dans la ville de Lubumbashi et dans la ville-province de Kinshasa (38).

L'ONG travaille depuis maintenant plusieurs années dans la capitale où elle appuie les initiatives locales, lutte pour assurer le développement et l'émancipation d'une société civile qui défend les intérêts de la population (39)(38). Elle a acquis une grande expérience dans le travail d'organisation et de mobilisation des communautés (39) (38). L'EDS est également active dans le travail d'enquêtes auprès des populations avec lesquelles elle interagit. Ces enquêtes concernent les réalités socio-économiques, sanitaires et environnementales auxquelles elles font face tous les jours (42).

La collaboration entre les ONG ULB-C et Etoile du Sud a commencé en 2015 avec le projet de développer un programme autour du renforcement de la participation populaire des communautés au sein du Système de Santé dans la ZS de Kintambo (39)(43). La vision de la participation communautaire mise en avant est davantage une approche participative et d'empowerment où la société civile et les usagers sont impliqués dans l'amélioration de l'accessibilité et de la qualité des soins de leur commune, une approche qui tient compte des déterminants sociaux de la santé (39)(40) (41).

Le but étant de donner le pouvoir aux communautés, de leur donner un lieu où leurs compétences pratiques dans le domaine du droit à la santé sont renforcées, dans lequel elles peuvent proposer des pistes de solutions aux problèmes sanitaires dans leurs communautés respectives et ainsi prendre en main leur propre santé (40)(41).

2.2.3. Travail effectué avant la mise en place des groupes de réflexion

Pour commencer une étude de faisabilité a été réalisée au courant de l'année 2015 via des enquêtes dans les 8 aires de santé de la zone de santé de Kintambo. Les membres d'Etoile du Sud ont rencontré divers acteurs de santé et des bénéficiaires de soins dans le but de faire une analyse multi-acteurs et favoriser le dialogue entre les différentes parties prenantes (39)(43). Ainsi, l'ONG a pu aller à la rencontre du personnel médical (que ce soit dans l'hôpital de référence ou les centres de santé), des chefs de quartiers, des relais communautaires, des responsables religieux, des associations, des vendeurs, des couturières, des enseignants, des bureaux de quartiers, etc. (39) (44) .

Grâce à ces échanges, un état des lieux de la zone de santé de Kintambo, des déterminants sociaux, de l'état de santé de la population et des problématiques sanitaires a pu être fait. Cette analyse a aidé à cerner les problèmes en lien avec l'offre et l'accès aux soins de qualité rencontrés par la population,

les potentialités de chacune dans la résolution de ces problèmes ainsi que les actions à mener dans le cadre de la mise en place et la consolidation des groupes de réflexion (39) (43)(45).

Les thématiques principales qui en sont ressorties furent (39) :

- L'empowerment des communautés
- Genre et santé
- Hygiène et salubrité
- Qualité et accessibilité aux soins
- Santé des jeunes et adolescents

Trois groupes de réflexions dans trois aires de santé furent créés suite à ces enquêtes : le Groupe de Réflexion Lubudi Luka, celui de Wenze et celui de Lisala (39) (43).

Ces groupes ont par la suite été structurés, initiés aux notions du droit à la santé et leurs compétences pratiques dans le domaine des dynamiques sociales ont été renforcées. L'EDS, en collaboration avec ULB-C a poursuivi la formation des membres de ces groupes de réflexion sur les thématiques suivantes : droit à la santé, déterminants sociaux de la santé et la participation communautaire (39) (43) (45).

A ce jour, toutes les 8 aires de santé de la Zone de santé de Kintambo sont couvertes en Groupe de Réflexion dans le cadre de la nouvelle dynamique communautaire : Lubudi Luka, Wenze, Lisala, Lubudi Nganda, Kilimani, Tshinkela, Itimbiri et Salongo (43) (45).

2.2.4. Groupes de Réflexion

(Les termes de références qui vont suivre ont été pensés par et avec les membres des groupes de réflexion)

« Le Groupe de réflexion est un ensemble de personnes organisées et engagées à la réflexion et à la recherche des solutions aux problèmes liés au droit à la santé qui se posent dans leur milieu (quartier, communautés). Il a pour mission d'identifier les problèmes ayant trait au droit à la santé et transférer les compétences aux communautés par la stratégie SOM (sensibiliser, organiser et mobiliser) afin de renforcer leurs capacités. » (40)

La stratégie SOM consiste à (39) (40) :

1. Sensibiliser les habitants des quartiers de Kintambo, les membres des organisations sociales et autres sur le droit à la santé ainsi que le rôle des déterminants sociaux de la santé.

2. Organiser la population autour d'actions communes dans des Comités de Santé Populaire (CSP) dans le but d'améliorer les déterminants sociaux de la santé dans les quartiers, et promouvoir l'empowerment.
3. Mobiliser les populations pour revendiquer leur droit à la santé et faire le plaidoyer auprès des autorités pour susciter leur participation afin d'améliorer les déterminants sociaux de la santé.

2.2.4.1. Objectifs des GDR

« L'objectif général des groupes de réflexion est d'améliorer les conditions de vie des communautés en ce qui concerne l'accès aux soins de santé de qualité.

Ils ont pour objectifs spécifiques l'identification des problèmes présents dans la communauté ; la création d'un cadre de concertation permanent entre les membres de la communauté et les services sociaux de base en vue de favoriser le dialogue entre les parties prenantes de la communauté » (40).

2.2.4.2. Modalités de fonctionnement des GDR⁴

Un groupe de réflexion est constitué au plus de 30 personnes avec au moins 30% de femmes parmi les membres. Ces personnes se réunissent de manière volontaire et bénévoles, elles ne sont donc pas rémunérées. Un comité est élu par les membres du GDR (pour un mandat de deux ans renouvelables) et composé d'un(e) président, un(e) vice-président, un(e) secrétaire, un(e) caissier(ère) et un(e) conseiller(ère) (40).

Les groupes se réunissent au moins une fois par mois et les thématiques des réunions sont choisies par rapport aux priorités discutées au début de chaque année en fonction des problèmes liés au droit à la santé identifiés (40).

Les thématiques peuvent être discutées au début de l'année ou au cours de l'année en lien avec les problèmes existants ou surgissant et sont donc susceptibles d'être changées après évaluation (qui se fait sur base trimestrielle). Ces thématiques identifiées sont liées aux déterminants sociaux de la santé : accès aux soins de qualité, accès à l'eau potable et à l'électricité, logement décent, sécurité alimentaire, environnement sain, éducation, etc. (40)

⁴ La partie qui va suivre est directement tirée des TDR élaborés avec la communauté mais rédigés par mes soins lors de mon stage.

Avant toute action, les groupes de réflexions font une réunion préparatoire, réunissent les ressources humaines matérielles et financières nécessaires (si l'action nécessite de l'argent, il peut y avoir une cotisation des membres). Ils passent ensuite à l'action après avoir ciblé le lieu et les bénéficiaires (40).

2.2.4.3. Activités réalisés par les GDR⁵

Les types d'actions menées par les groupes de réflexion sont :

Les actions communautaires

- La sensibilisation

Le mode de sensibilisation ainsi que la thématique sont définis sur base des enquêtes réalisées sur le terrain et des thématiques prioritaires choisies en début d'année. Une réunion préparatoire permet de définir les modalités d'organisation et d'action avant l'intervention. Ainsi, la sensibilisation peut se faire de porte à porte, en véhiculant le message par mégaphone ou en distribuant des messages écrits aux cibles ou aux bénéficiaires. La sensibilisation de la population peut être portée sur la gestion des déchets, la salubrité, les travaux communautaires (Salongo), l'hygiène des maisons, l'hygiène des aliments, la gestion des eaux, etc. (40) (39)

- L'éducation sanitaire sur les maladies chroniques, les maladies transmissibles et les différentes épidémies (40) (39).

Le plaidoyer

Le plaidoyer pour les actions communautaires se fait auprès des autorités, des prestataires, des acteurs ou responsables des services sociaux de base en fonction du problème identifié (40).

Les formations

Les membres des GDR sont formés sur les déterminants de la santé, les inégalités sociales de santé, le droit à la santé et la participation communautaire ainsi que d'autres thématiques actuelles en lien avec la santé. Ces formations sont données par les animateurs d'EDS, un membre du GDR compétent pour le sujet ou un intervenant externe en fonction de la thématique (40)(45).

Les membres des GDR formés peuvent à leur tour être formateurs dans la communauté lors d'une activité de sensibilisation par exemple.

⁵ La partie qui va suivre est directement tirée des TDR élaborés avec la communauté mais rédigés par mes soins lors de mon stage.

Les animateurs d'Étoile du Sud et ULB-C ont dans ces groupes, un rôle d'accompagnement mais l'objectif est de faire en sorte que les groupes de réflexion et la plateforme des usagers fonctionnent de manière autonome même après le départ des ONG. En effet, le projet d'ULB-C prendrait fin en 2021 (39). C'est pourquoi un travail sur la structure, la création de termes de références, ainsi que d'autres documents a été fait avec et par ces communautés pour favoriser leur appropriation du projet et par conséquent la durabilité des effets des actions mises en place.

2.2.5. Plateforme des usagers⁶

Conjointement aux initiatives des groupes de réflexion, une plateforme des usagers (PUS) a été mise en place. La plateforme des usagers est une coupole qui réunit les représentants des GDR pour permettre un dialogue avec d'autres acteurs de la communauté à savoir, les décideurs et le groupe de réflexion du premier échelon (41).

Elle a pour objectifs spécifiques : l'organisation de plaidoyer auprès des autorités par rapport aux problèmes de la communauté liés à la santé ou à ses déterminants afin d'améliorer l'accessibilité et la qualité des soins ; l'initiation d'un dialogue social entre différents groupes d'acteurs (prestataires, décideurs politiques, chefs de quartiers, médecins chefs de zone, bourgmestre, leaders religieux) ; la documentation et diffusion des actions de plaidoyer et de dialogue social (41).

2.2.5.1. *Modalités de fonctionnement de la PUS*

Les membres de la Plateforme sont des personnes désignées, mandatées par vote par les membres du Groupe de Réflexion qu'ils représentent. Le mandat est de deux ans renouvelables. La plateforme est composée de 24 personnes à raison de trois personnes mandatées par GDR dont 1/3 des représentants sont des femmes.

La modération des activités est assurée par un comité restreint élu par vote par les membres de la plateforme. Celui-ci est élu en plaque tournante par Groupe de réflexion, chaque GDR ayant ainsi l'occasion de modérer pendant 3 mois. Le comité est composé d'un coordonnateur, d'un secrétaire et d'un trésorier et les réunions sont tenues minimum une fois tous les trois mois (41).

2.2.5.2. *Activités réalisés par la PUS*

⁶ La partie qui va suivre est directement tirée des TDR élaborés avec la communauté mais rédigés par mes soins lors de mon stage.

Les types d'actions principalement menées par la plateforme sont le **plaidoyer** : l'argumentation, et la défense auprès des autorités compétentes en faveur de l'amélioration de l'accessibilité et de la qualité des soins ainsi que la réduction des inégalités sociales et le **dialogue social** : processus de négociation, de consultation ou de partage de l'information entre les autorités compétentes, les prestataires et les représentants de la communauté. Ces actions sont menées auprès des prestataires, décideurs politiques, chefs de quartiers, médecins chefs de zone, bourgmestre, leaders religieux. (41)

3. Objectifs et Question de recherche

Ce travail de recherche a pour objectif général d'interroger et analyser les hypothèses qui sous-tendent la mise en place du projet de renforcement de la participation communautaire d'ULB-C à Kinshasa et apprécier dans quelle mesure celles-ci reposent sur des évidences.

Nous tenterons de répondre à la question suivante :

Est-ce que la création de structures type groupes de réflexions et plateforme des usagers permet logiquement de renforcer la participation communautaire pour le développement du système de santé de la Zone de Santé de Kintambo en République Démocratique du Congo ?

Pour répondre à notre question de recherche, nous utiliserons l'analyse logique afin d'évaluer le projet mis en œuvre par ULB-Coopération.

Dans un premier temps, nous nous intéresserons au modèle logique théorique du projet décrivant les relations entre les ressources, les activités et les résultats, afin de pouvoir identifier la logique de celui-ci ainsi que ses différentes composantes.

Dans un second temps nous tenterons d'examiner dans la littérature les évidences à la base de cette logique en élaborant un cadre intégré.

Enfin, nous analyserons le modèle logique au regard du cadre intégratif afin d'en ressortir les forces, les limites ainsi que des recommandations pour l'amélioration du projet mis en œuvre.

Il est important de préciser que notre travail n'a pas pour objectif final de faire une évaluation du projet à proprement parler mais plutôt de mettre en place des balises qui permettront par la suite de mener d'autres évaluations comme par exemple une évaluation basée sur la théorie d'intervention du projet.

4. Matériel et Méthodes

4.1. Analyse logique

L'analyse logique est une approche d'évaluation basée sur la théorie (46) (47). Les "évaluation basée sur la théorie" sont des évaluations fondées sur un modèle, une théorie ou une philosophie en lien avec le fonctionnement du programme. Ce modèle indique les relations de cause à effet censées fonctionner et faire la différence dans le programme (48) (49). Ces évaluations décomposent le programme et sa théorie sous-jacente pour voir dans quelle mesure chaque étape de la séquence est effectivement confirmée (49). Différentes approches coexistent dans ces évaluations, par exemple l'évaluation fondée sur la théorie de Donaldson et Chen ou l'évaluation réaliste de Pawson et Tilley (48).

L'analyse logique utilise des connaissances existantes issues d'évidences dans la littérature scientifique ou issues d'avis d'experts du terrain dans le domaine d'application spécifique (48). Elle mobilise également les connaissances cumulées sur les principes d'actions et de changements qui ont été largement explorés (46). Ces connaissances permettent de porter un jugement sur le bien-fondé théorique d'un programme et évaluer la validité de la théorie d'intervention (48).

La plausibilité de la théorie d'intervention sera testée sur base d'un cadre théorique intégratif mettant en avant les mécanismes causaux et les liens entre les composantes de l'intervention, par lesquels le programme devrait produire les résultats souhaités (49). L'objectif n'est pas de tester de manière empirique tout le chemin causal identifié mais plutôt d'utiliser les connaissances existantes pour tester la validité de la théorie du programme (46).

L'analyse logique est ainsi un moyen d'analyser si l'intervention a été pensée et programmée de sorte à ce que celle-ci produise logiquement les résultats désirés (46). Elle permet d'anticiper le potentiel des actions mises en œuvre, d'avoir une meilleure compréhension des forces et faiblesses de l'intervention et d'identifier les alternatives adéquates pour atteindre les effets escomptés (48) (49) (50). L'analyse logique entraîne une réinterprétation de la conceptualisation de l'intervention et la genèse de nouveaux modèles théoriques contribuant à l'amélioration des modèles d'intervention qui avaient initialement été proposés (50). Cette méthode favorise aussi l'interaction entre diverses formes de savoirs pour ainsi soutenir la création et/ou l'amélioration de l'intervention (48).

4.1.1. Types d'analyse logique

Davidson décrit deux manières de conduire une analyse logique : l'analyse logique directe et l'analyse logique indirecte ou inverse (46).

L'analyse logique directe identifie les caractéristiques et les conditions issues du contexte et nécessaires pour permettre au programme de produire les effets désirés (49) (47). Elle juge de la conception et de l'adéquation de l'intervention et aide à déterminer si la théorie du programme est appropriée pour l'atteinte des résultats (46) (49). L'analyse logique directe fournit également des informations sur la manière dont l'intervention pourrait être améliorée et sur les éléments, issus des diverses connaissances, à inclure pour que celle-ci ait un plus grand impact (46). Cette analyse a une visée essentiellement formative en fournissant de l'information pour modifier, améliorer et renforcer l'intervention.

L'analyse logique directe a des points en commun avec l'examen réaliste. L'examen réaliste est issu de l'évaluation réaliste, elles aussi basées sur la théorie. Cette évaluation utilise une théorie d'intervention ayant une configuration spécifique « Contexte-mécanisme-résultat » (49) (46). L'examen réaliste peut lui aussi être utilisé pour comprendre et analyser les mécanismes et composantes de l'intervention par rapport aux théories et recherches déjà existantes (51).

L'analyse logique indirecte va dans le sens inverse en partant des effets escomptés et identifie les meilleurs moyens pour les atteindre. Elle étudie et explore les différentes alternatives d'actions et d'interventions possibles pouvant être mises en œuvre pour produire les résultats voulus (46) (49) (47). Ceci en concevant un modèle conceptuel des diverses composantes fondamentales pour aboutir aux objectifs identifiés dans la littérature ou selon des experts et ensuite à comparer si ces modèles sont adéquats (48). L'analyse logique inverse permet également d'identifier les conditions critiques nécessaires pour le bon déroulement de ces interventions (49).

Ce type d'analyse logique est principalement sommative permettant de confirmer ou d'infirmer la théorie d'intervention étudiée, d'en déterminer les effets en vue d'une utilisation pour d'autres questions ou dans d'autres contextes (46) (52).

La nature des informations à recueillir pour l'analyse logique résultera de l'orientation de l'analyse, si elle est directe ou indirecte car elles offrent chacune des résultats d'évaluation différents. Le choix de l'orientation dépendra des informations que les parties prenantes veulent avoir et de leur intérêt pour l'évaluation. Les résultats de l'évaluation seront, elles aussi, de différentes natures étant donné que les perspectives d'analyse diffèrent (46).

Dans le cadre de ce travail, nous nous orienterons vers une analyse logique directe car elle fournit des pistes permettant l'amélioration et le renforcement d'une intervention.

4.1.2. Étapes de l'analyse logique

La réalisation d'une analyse logique se fait en trois étapes.

1. Construire le modèle logique

La modélisation logique permet de représenter la théorie du programme de l'intervention (46). Elle indique les liens entre les ressources, les activités et les résultats et rend plus explicite les relations hypothétiques entre les composantes ainsi que les objectifs de l'intervention (48) (49). La construction du modèle logique aide également à l'organisation et à la systématisation des processus du programme permettant ainsi une compréhension de l'intervention commune à toutes les parties prenantes. (47)

Afin de construire le modèle, diverses sources de données peuvent être utilisées, notamment les documents internes de l'intervention et des entretiens avec les principales parties prenantes (46).

Une fois le modèle construit, l'évaluateur procèdera à une sélection de quelques questions/hypothèses plus spécifiques à explorer en détail dans l'analyse logique. Ces hypothèses sont choisies en fonction des intérêts et objectifs des parties prenantes ou des difficultés qu'ils rencontrent dans la mise en œuvre de l'intervention. (50) (47). Le but n'étant pas de simplifier le modèle, mais plutôt de mettre en lumière des thèmes particuliers qui intéressent les parties prenantes (46).

2. Développer le cadre conceptuel

Après avoir construit le modèle logique et sélectionné des hypothèses, l'évaluateur décidera soit d'examiner, dans le cadre d'une analyse logique directe, les principales composantes de l'intervention pour voir si les conditions optimales ont été réunies pour obtenir les effets souhaités ; soit en investiguant, pour une analyse logique indirecte, d'autres moyens d'obtenir ces effets (46).

Cette phase implique l'étude de la littérature qui analyse et documente des mécanismes similaires à ceux attribués à l'intervention. L'objectif n'est pas d'effectuer une revue systématique de la littérature mais plutôt de fournir une synthèse représentative des connaissances les plus récentes dans des

domaines de recherches pertinents et significatifs (49). Elle vise à s'assurer que les différentes composantes du programme et ses objectifs sont appuyés par les connaissances scientifiques actuelles ou issues des connaissances des agents du terrain (48). Dans cette étape, un cadre intégratif sera développé sous base de ces connaissances. Cela permet d'élaborer une représentation de la théorie de l'intervention (46).

Notons qu'il est rare qu'un évaluateur trouve une analyse déjà faite d'une intervention similaire à celle qui est évaluée. Néanmoins, les mécanismes causaux et la combinaison de principes d'actons mobilisés dans le programme peuvent être connus, analysés et documentés dans d'autres évaluations, d'autres projets ou études (46).

3. Évaluer la théorie des programmes

Enfin, l'évaluateur fera une comparaison entre l'intervention mise en œuvre et les modèles qui ont émergé dans l'analyse de la littérature et/ou la consultation des agents du terrain. Cette dernière phase consiste à produire une nouvelle lecture de l'intervention à la lumière du cadre intégratif développé, mettant en exergue les forces et faiblesses du programme, les conditions contextuelles ainsi que la force de la chaîne causale qui influencent les effets (46)(47)(49).

L'objectif de cette étape est « examiner la validité scientifique des liens entre les ressources mobilisées, les activités et les résultats souhaités du programme » (49). Elle permet donc de comprendre quelles sont les caractéristiques de l'intervention qui produisent les résultats désirés (47).

L'évaluation de la théorie du programme peut être réalisée par l'évaluateur mais elle peut aussi être menée de manière participative, en recueillant des informations auprès d'informateurs clés impliqués dans la conception et la mise en œuvre de l'intervention par le biais de groupes de discussion ou d'entretiens. L'approche participative renforce l'appropriation des résultats par les parties prenantes, permet d'initier un changement et un consensus nécessaires à l'amélioration de l'intervention (46).

4.2. Stratégie de recherche

Dans le cadre de cette étude, nous avons examiné la littérature concernant la sensibilisation sur la santé sexuelle et reproductive dans les pays en voie de développement. Cette thématique a été choisie pour illustrer une des chaînes causales reprise dans le modèle logique ci-après.

Afin d'identifier les références pertinentes, une revue non systématique a été réalisée . Nous avons principalement mobilisé les bases de données ScienceDirect, Pubmed et Cible+.

Les mots clés suivants ont été utilisés dans diverses combinaisons : « Adolescents » « Reproductive sexual health » « Sexually transmitted diseases » « community-based » « community-based intervention » « prevention » « health education » « Evaluation ».

Nous avons inclus des études ou des évaluations rédigées en anglais et publiées ces 15 dernières années.

Un premier filtrage des titres et des résumés des articles trouvés avec ces mots clés a permis d'identifier les références pertinentes. D'autres références ont été identifiées à partir des bibliographies des articles pertinents sélectionnés.

5. Présentation des Résultats

5.1. Construction du modèle logique

Comme mentionné précédemment, la première étape de l'analyse logique consiste à représenter la théorie du programme sous forme de modèle logique spécifiant les liens entre les ressources, les processus et les résultats (49).

Du au caractère complexe de l'intervention, nous devons prendre en compte le fait que les relations entre les effets, les activités, les ressources ainsi que les interactions entre les différents acteurs n'est jamais définitif. Ces relations peuvent être remises en question à tous moments car des effets imprévisibles peuvent se produire (52).

Une rencontre avec les parties prenantes du programme, la population, les animateurs d'EDS et ULB-C à Kinshasa ainsi que des échanges téléphoniques et mails avec les concepteurs du projet et la consultation des documents internes au projet ont permis d'élaborer ce modèle logique (Figure 4.).

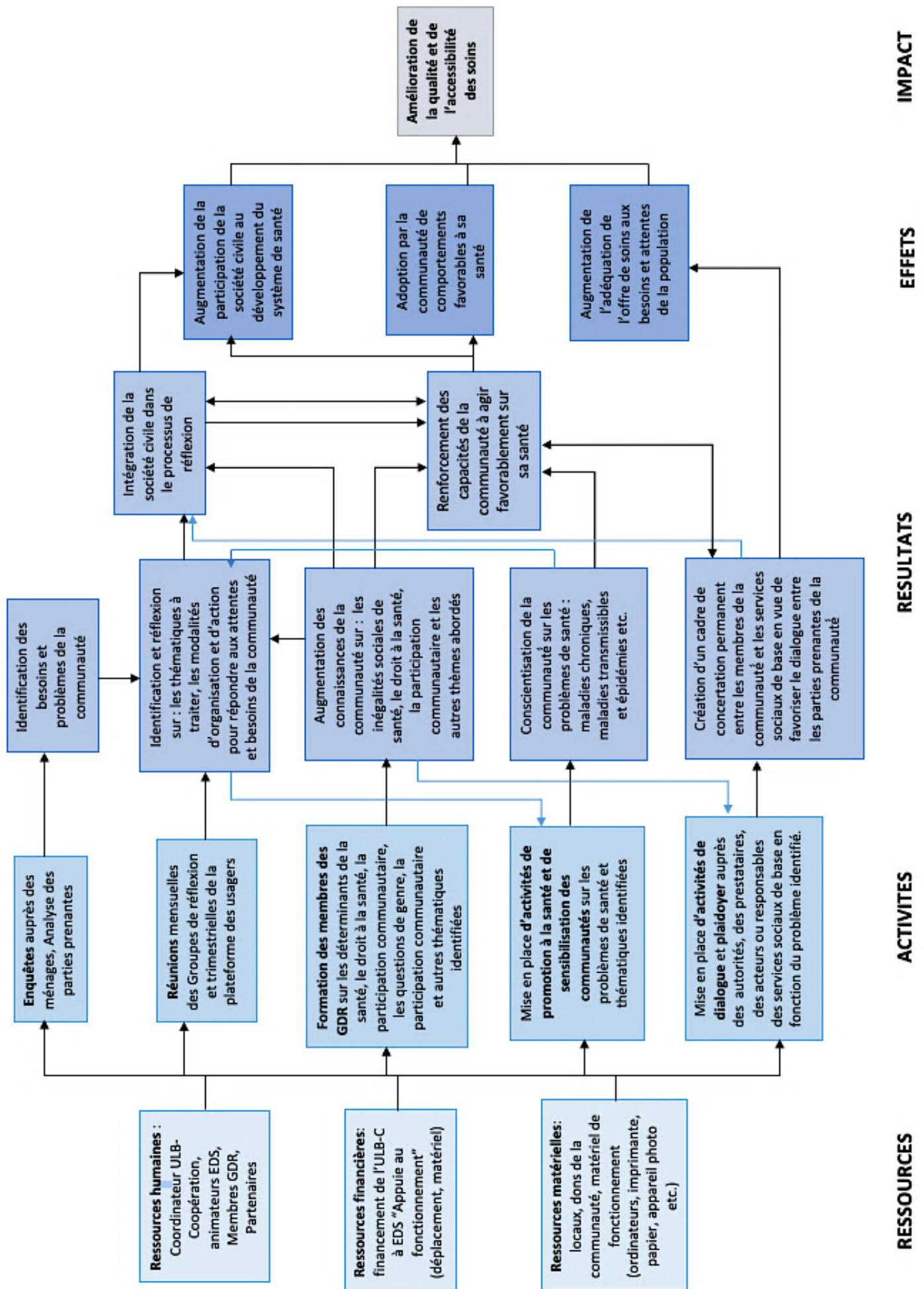
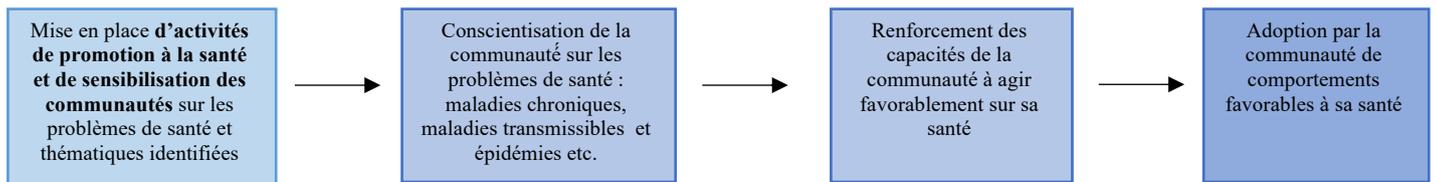


Figure 4. Modèle logique de l'axe « Renforcement de la société civile »

5.2. Choix de l'hypothèse à développer

Ne pouvant pas rendre compte de toutes les hypothèses à la base de la conception du projet illustrés dans le modèle logique ci-dessus, inévitablement, nous avons dû sélectionner des hypothèses à développer.

Le projet pouvant être décomposé en plusieurs mécanismes causaux, nous nous sommes focalisés sur la chaîne causale suivante :



« La mise en place d'activités de promotion à la santé et de sensibilisation des communautés » sont des termes généraux volontairement sélectionnés par les parties prenantes pour ne pas restreindre le domaine d'activité des groupes de réflexion étant donné que les thématiques des actions sont discutées en début ou au cours de l'année en fonction des problèmes existants ou surgissant et des priorités du contexte.

Pour illustrer cette chaîne causale, nous avons choisi une des activités de sensibilisation qui a été mise en place lors de l'année 2019 sur la santé sexuelle et reproductive chez les adolescents.

5.2.1. Activités de sensibilisation sur la santé sexuelle et reproductive⁷

5.2.1.1. Choix de la thématique

Le thème de la santé sexuelle et reproductive a été proposé par les membres des GDR lors des discussions en début d'année 2018 sur les thématiques qui allaient servir de guide pour mener les activités annuelles. Cette demande fait suite au constat par les membres et les prestataires de l'augmentation des taux des IST chez les jeunes. Dans les centres de santé, plusieurs cas d'avortements tournaient mal et conduisaient au décès de nombreuses adolescentes. De plus, nombreuses filles abandonnaient leurs études à cause de la maternité.

Une fois la thématique choisie, des réunions préparatoires ont été organisées afin de définir comment se déroulerait l'action.

⁷ Toutes les informations présentées dans cette partie sont issues d'échanges téléphoniques avec les animateurs d'EDS dont Roger Kakule Manzekele

L'activité avait pour public cible les adolescents. Son objectif principal était la sensibilisation sur les grossesses précoces, les avortements forcés et les IST auprès des adolescents de la commune de Kintambo. Par cette sensibilisation, les GDR voulaient également que les jeunes intègrent les notions de droit à la santé et qu'ils s'intéressent aux activités des GDR. L'impact voulu sur le long terme est la réduction des grossesses non désirées, des avortements dangereux et des IST.

Les expériences antérieures d'EDS dans l'empowerment des communautés et la sensibilisation ont permis d'identifier l'éducation par les pairs comme étant une approche efficace chez les adolescents surtout en matière de santé sexuelle.

5.2.1.2. Formation des sensibilisateurs

La sensibilisation a été faite par les pairs adolescents. Ces pairs se sont portés volontaires suite à la distribution d'invitations par les présidents des GDR dans leurs quartiers respectifs.

Les pairs ont reçu une formation de deux heures avant d'aller sensibiliser dans les écoles et dans la communauté. La formation était donnée par des professionnels de la santé, membres des GDR, dans les locaux de l'Église Armée du Salut mis à disposition des GDR. Elle était modérée par un animateur EDS. Les trois prestataires formateurs exercent dans les centres de santé de la zone de santé de Kintambo à savoir, le Centre de santé Mère et Enfant La Martine et le Centre de santé Lubudi-Luka.

Des modules divisés en thèmes ont servi de support pour les formations :

- Comment gérer le cycle menstruel
- Les IST, l'avortement et leurs dangers
- Les méthodes contraceptives de base
- Pratiques familiales essentielles

D'autres notions considérées comme essentielles par les GDR et EDS ont également été abordées :

- Droit à la santé
- Participation Communautaire
- Empowerment des communautés
- Les Déterminants sociaux de la santé

Ces modules ont été construits par les formateurs sauf pour le module « pratiques familiales essentielles » qui est fourni par l'Unicef. Les derniers modules sont donnés par EDS.

5.2.1.3. Lieux de sensibilisation

La sensibilisation s'est déroulée dans les écoles pour les adolescents scolarisés et dans les locaux de l'Armée du Salut pour les adolescents n'allant pas à l'école. Les activités de sensibilisation dans les locaux de l'Armée du Salut rassemblaient des jeunes issus des huit quartiers de Kintambo.

Cinq écoles ont été sensibilisées : L'école primaire L'Or dans le quartier Lubudi Nganda, les deux écoles du quartier de Kilimani, l'Institut pédagogique et scientifique de Kimvula et l'École Primaire Tshikele(au quartier Tshinkela). Ces écoles ont été principalement choisies car les responsables des établissements se sont montrés flexibles et ouverts. De plus, ils avaient été identifiés comme acteurs clés lors de l'étude de faisabilité réalisée au courant de l'année 2015.

5.2.1.4. Déroulement des activités de sensibilisation

Dans le milieu scolaire la sensibilisation s'est faite dans les classes de 5^{ème} et 6^{ème} des écoles primaires et secondaires. Les séances se déroulaient durant les cours. Les responsables accordaient le temps et l'espace nécessaire pour réaliser l'activité. La sensibilisation était faite par deux pairs sensibilisateurs (un garçon et une fille) et durait en moyenne 1h45. Certains professeurs poursuivaient la sensibilisation pendant les cours qui suivaient le départ des sensibilisateurs afin de permettre aux élèves de bien intégrer les messages reçus. Dans la communauté, la sensibilisation durait plus ou moins deux heures.

Dix séances de sensibilisation ont été réalisées dans les écoles et dans la communauté : cinq en 2018 et cinq en 2019. Les activités de sensibilisation ont toujours été mises en place dans les mêmes écoles et à l'Armée du Salut.

5.2.1.5. Résultats obtenus

Les adolescents se sont montrés très réceptifs aux messages apportés par leurs pairs. Ils posaient beaucoup de questions et certains, particulièrement les « filles-mères », donnaient leurs témoignages. Au fur et à mesure des séances, une évolution dans les connaissances à propos des IST, des comportements à risque ainsi que des méthodes contraceptives a été constatée. De plus, les questions liées au sexe et aux IST n'étaient plus considérées comme un tabou, les adolescents en parlaient plus librement.

D'autres membres volontaires des GDR, eux aussi formés, ont sensibilisé les responsables religieux. Certains responsables ont par la suite organisé des séminaires de formation en dehors des moments de culte.

Les figures 5. Et 6. Illustrent, dans un modèle de changement et d'action de l'intervention, les différentes hypothèses de cette activité.

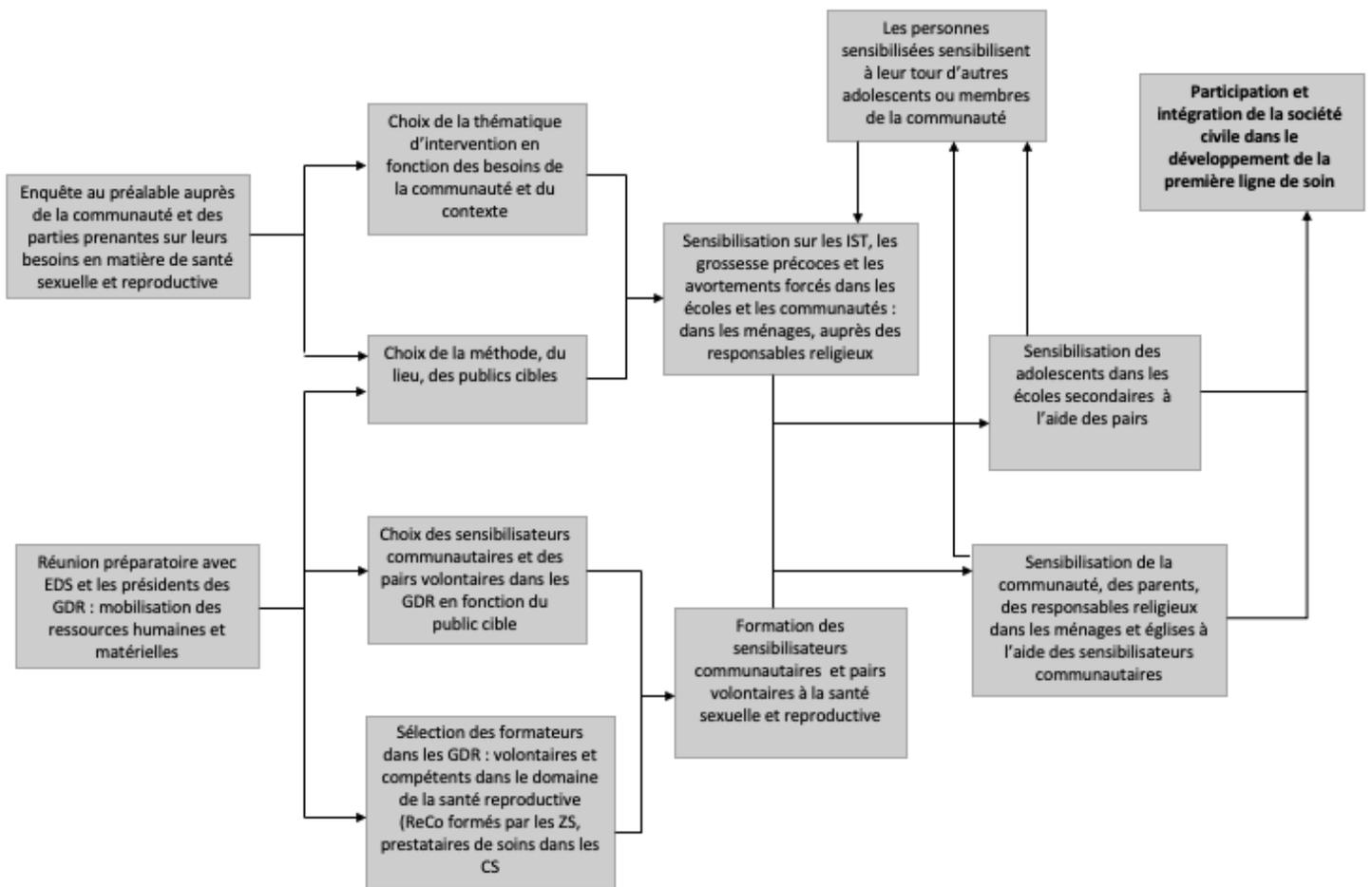


Figure 5. Modèle de changement de l'activité de sensibilisation sur la santé sexuelle et reproductive

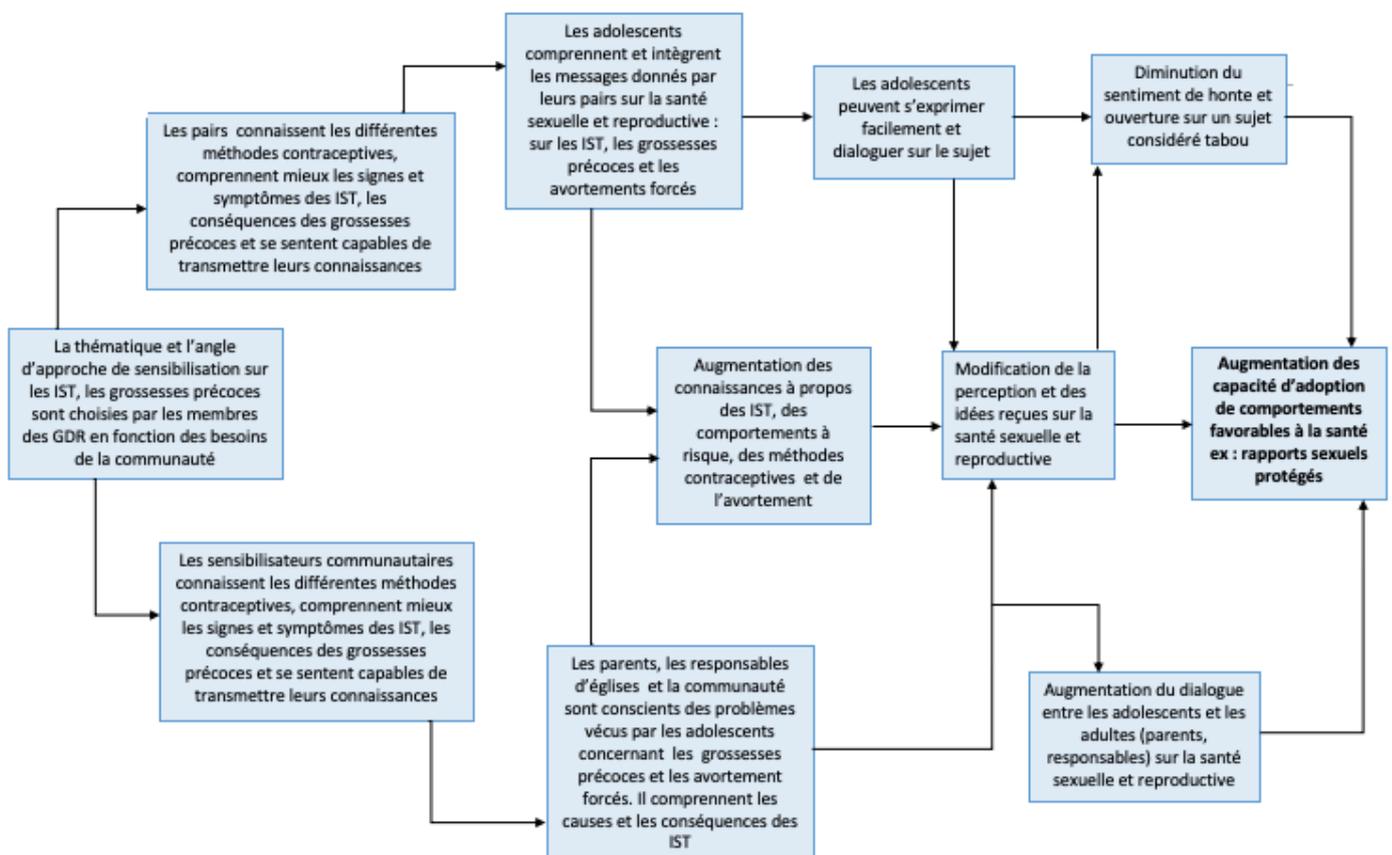


Figure 6. Modèle d'action de l'activité de sensibilisation sur la santé sexuelle et reproductive

5.3. Élaboration d'un cadre intégratif

La deuxième étape de l'analyse logique consiste à élaborer un cadre intégratif basé sur la littérature scientifique, dans lequel la logique du programme sera examiné.

La question qui a guidé l'analyse de la littérature était la suivante : Quels caractéristiques une activité de sensibilisation sur la santé sexuelle et reproductive chez les adolescents devrait-elle prendre en compte pour conscientiser les adolescents sur la santé sexuelle et reproductive et promouvoir l'adoption de comportements favorables à la santé comme par exemple des rapports sexuels protégés.

5.3.1. Conscientiser les adolescents sur la santé sexuelle et reproductive

5.3.1.1. *Approche d'intervention de groupe*

Les interventions de groupes favorisent des modifications positives dans les normes sociales sur les comportements à risques et protecteurs sur les IST ou le VIH par exemple. Ils engagent les publics cibles dans la réflexion critique de groupe encourageant ainsi l'estime de soi et l'autonomisation (53).

Dans le milieu scolaire

L'éducation précoce dans les écoles peut être considérée comme un des éléments clés de la réussite d'un programme de santé sexuelle et reproductive chez les adolescents (54). Elle présente l'avantage de pouvoir atteindre un grand nombre de jeunes (53). Les programmes réalisés en milieu scolaire avec des instructeurs formés et sur une période suffisante contribuent à la prévention des grossesses précoces et des IST (54).

Une étude menée dans le district de Thiruvananthapuram en Inde, a observé une amélioration significative des connaissances sur le cycle menstruel, la contraception, la grossesse, la transmission et la prévention des MST que chez les adolescentes ayant reçu une éducation en matière de santé sexuelle et reproductive en milieu scolaire par rapport au groupe témoin qui n'en avait pas reçu (55). Cette même étude a relevé qu'il n'y avait pas de différences significatives en fonction de l'option scolaire des élèves (groupes en option commerce, arts ou sciences) (55).

Les interventions dans les écoles peuvent cependant rencontrer des problèmes de fidélité des participants c'est-à-dire des absences récurrentes aux activités de sensibilisation dus à la perturbation

dans les horaires de cours, le taux d'absentéisme élevé des élèves et des professeurs dans les classes comme c'est le cas en Afrique du Sud (53).

Dans la communauté

Les interventions dans les communautés permettent d'atteindre les jeunes non scolarisés ou les adolescents plus âgés (53).

En Inde, un forum informel d'adolescentes a permis d'être un vecteur pour la diffusion de messages de santé aux jeunes filles. Les membres du forum ont pu transmettre les messages de santé, par le biais de réunions trimestrielles, à toutes les adolescentes de leurs villages en utilisant le matériel didactique mis en place par les professionnels de la santé avec la participation du public-cible. Les personnes sensibilisées ont ainsi pu être à leur tour sensibilisateurs (56). Cette intervention a permis une augmentation des connaissances des adolescentes sur le cycle menstruel mais aussi une augmentation de leur participation aux divers programmes de santé mis en place dans leurs villages. L'intervention a ainsi amélioré le comportement de « recherche de la santé » chez les adolescentes (56).

Notons que l'entièreté des étapes de recherche et de l'intervention : l'évaluation des besoins, la création du matériel éducatif, la sensibilisation et l'évaluation de l'impact de l'action étaient axés sur la participation des adolescentes de la communauté (56). Une enquête sous forme de questionnaire et des discussions de groupes ont été utilisés pour évaluer les besoins des adolescentes en matière de message de santé. Le questionnaire portait sur les connaissances des jeunes filles sur les menstruations et les IST ainsi que sur leurs pratiques en matière d'hygiène menstruelle. Les discussions ont permis de comprendre les raisons des pratiques d'hygiène des adolescentes lors des menstruations. Les résultats des données quantitatives et qualitatives ont été analysés par une infirmière, un médecin et un travailleur social. Ils ont ainsi pu faire un croquis d'un matériel d'éducation basé sur les tendances des enquêtes (sensibilisation aux menstruations, hygiène et acceptation des menstruation comme un phénomène normal). L'ébauche a été présentée aux adolescentes pour tester si les messages étaient compréhensibles et appropriés. Le book a été révisé sur base des modifications suggérées par les adolescentes avant d'en faire une version finale (56). Cette démarche a permis de comprendre le public cible et de mettre en place une intervention qui répondait à leurs besoins. Ce book a été par la suite utilisé pour diffuser les messages aux adolescentes (56).

Les programmes communautaires permettent de changer la perception, l'attitude et le comportement des adolescents sur la puberté et les menstruations et accroître leur compréhension des MST et du

VIH/SID. De plus ils permettent d'améliorer les relations des adolescents avec leur parents ainsi que leur confiance en eux sur divers sujets (55).

Dans un contexte culturel où il est difficile pour les adolescents d'obtenir de l'information et un suivi en matière de santé sexuelle et reproductive de la part de leurs parents ou de leurs enseignants, les organisations communautaires peuvent aider à transmettre ces messages (56).

5.3.1.2. Choix du vecteur de sensibilisation

Education par les pairs

Les adolescents ont tendance à recourir à leurs pairs dans différents domaines, ils apprécient les discussions moins structurées et officielles qu'ils ont avec ceux-ci. Les pairs sont donc des formateurs clés pour les adolescents (57).

L'éducation par les pairs dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive permet d'améliorer les connaissances des adolescents sur les maladies sexuellement transmissibles et les comportements préventifs à adopter. Les sujets comme les changements physiques durant la puberté seraient mieux compris grâce à la communication et aux échanges avec les pairs (57). De plus les adolescents discutent plus ouvertement des méthodes contraceptives avec leurs pairs et les connaissances sont plus vite assimilées (55)(58).

Au Yémen une intervention de prévention par les pairs sur le VIH a été réalisée en milieu scolaire sur près de 2510 adolescents. Les élèves qui avaient reçu l'intervention avaient de meilleures connaissances sur les modes de transmission, de prévention et moins d'idées fausses par rapports à ceux qui n'avaient pas une éducation ciblée par les pairs. Les connaissances sur l'utilisation du préservatifs avaient aussi augmentées (55).

Une étude sur l'éducation par les pairs au Nigéria a révélé que les interactions créées par ce type d'éducation motive les adolescents à adopter des comportements sexuels sains. Une réduction des grossesses non désirées et des avortements a également été rapportée (57).

L'approche de l'éducation par les pairs permet d'améliorer les questions de santé des adolescents, cependant, les informations relayées ne sont pas toujours correctes. C'est pourquoi il est important que les pairs soient formés dans ce domaine pour distribuer les bonnes informations. Cette formation peut varier de quelques jours à plusieurs mois et se faire sous base de discussion de groupe ou par le biais d'un dossier pédagogique (57). Les pairs éducateurs sont ainsi renforcés sur leurs connaissances

du sujet, leurs compétences en matière d'animation et de prise de parole en public mais aussi sur les relations et interactions interpersonnelles (53).

Dans le milieu scolaire par exemple, les pairs peuvent présenter des difficultés à avoir l'autorité nécessaire pour transmettre des informations à toute une classe. Une étude menée en Afrique du Sud a eu recours à des jeunes plus âgés considérés comme des « mentors » et qui travaillent en partenariat avec les enseignants pour l'éducation sexuelle et la prévention des IST (53). L'étude suggère que les enseignants qui supervisent les pairs éducateurs ou les mentors soient également formés sur les approches d'apprentissage participatif pour soutenir les sensibilisateurs lors des animations dans les classes (53).

Education par des professionnels de la santé

Les professionnels de santé jouent un rôle primordial dans la prévention et la promotion à la santé, notamment dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive (59).

Dans une étude menée à Karnataka en Inde, pour 95% des adolescentes, le personnel de santé est la meilleure option pour dispenser l'éducation sexuelle par rapport aux amis ou à la famille. Cette sensibilisation crée chez les adolescents une prise de conscience et fournit les clés pour les aider à prendre soin de leur santé (60).

Dans une autre étude, des adolescents évoquent que pour fournir certaines informations, les professionnels de la santé sont plus appropriés que les pairs. Par exemple pour l'auto-examen des seins ou des testicules (EST). De plus, le fait que les infirmières soient généralement des femmes rassure et reconforte les adolescents. Une éducation en santé dispensée par une personne ayant des connaissances appropriées sur le sujet a une influence sur le changement de comportement des adolescents comme l'utilisation des préservatifs (59).

La sensibilisation devrait être assurée de manière régulière par les centres de santé pour préserver les connaissances et les comportements acquis lors des différentes activités sur la santé reproductive. Les professionnels de santé doivent également se former pour actualiser leurs connaissances en matière de santé reproductive (59).

L'éducation par des professionnels de la santé n'exclut pas celle par les pairs, elles sont même complémentaires. Les infirmières et les sages-femmes peuvent transmettre leurs connaissances aux adolescents qui seront à leur tour des pairs éducateurs pour les autres (60).

Les agents de santé communautaire, non professionnels et bénévoles de la communauté, peuvent aussi jouer un rôle clé dans l'éducation à la santé et dans l'accessibilité aux soins de santé en permettant d'atteindre des populations plus éloignées, mal desservies, à ressources limitées et où les professionnels de santé sont rares (61). A Madagascar, le gouvernement fait souvent recours aux agents de santé communautaires bénévoles pour venir en aide au personnel de santé surtout s'il y a pénurie. Ils sont formés dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive pour promouvoir la santé maternelle sans risque (ex : donner des conseils en nutrition), fournir des services de planning familial de base incluant des conseils sur les contraceptifs et la fourniture de méthodes de contraception comme les préservatifs (61). Les agents reçoivent une formation de 10 jours sur les méthodes contraceptives (indications, effets secondaires etc.), le dépistage des grossesses, l'élaboration d'outils de travail, de rapports etc. Des sessions dites «de recyclage » de deux jours sont organisées pour renouveler les connaissances des agents. Les conseils et informations qu'ils fournissent, permettent d'augmenter le taux d'utilisation des méthodes contraceptives (61).

5.3.1.3. Contenu de l'intervention

Thèmes abordés

Intégrer des bases biologiques et physiologiques comme des schémas anatomiques, dans l'éducation sur la sexualité et la reproduction permet une santé sexuelle et reproductive plus sûre et une amélioration des comportements reproductifs (62) (59).

Aborder les thèmes de la puberté, de l'image corporelle, du genre permet une augmentation significative des connaissances liés aux changements physiques (changement de la voix, développement des seins, menstruations, émissions nocturnes etc.). Cela permet aux adolescents de percevoir ces changements comme des phénomènes normaux du développement (54).

Une sensibilisation aux menstruations ainsi que des conseils sur les règles d'hygiène à adopter permettent l'acceptation de ceux-ci comme étant un phénomène physiologique normal et renforcent des pratiques d'hygiène adéquates durant les menstruations (56).

Des messages sur les pratiques sexuelles à moindre risque permettent d'augmenter l'utilisation de moyens de contraception chez les personnes qui sont sexuellement actives (54) (59) (61).

Le renforcement des connaissances sur les IST ainsi que les signes et les symptômes permet de conscientiser les jeunes et les encourager à se présenter dans un établissement de santé s'ils pensent

avoir contracté une infection pour se faire soigner (63). En Tanzanie, le nombre d'adolescents qui se sont présentés pour des IST dans des établissements de santé a augmenté dans les communautés après une intervention de santé sexuelle des adolescents sur l'utilisation des services de santé par les jeunes (53).

En sensibilisant sur la sexualité, les relations interpersonnelles et le développement des compétences de la vie courante (ex : savoir prendre des décisions, faire valoir ses choix etc.), il est constaté une modification des perceptions sur les relations sexuelles pré marital (54).

Les activités d'éducation à la santé ont prouvé leur efficacité pour accroître les connaissances. Cependant, en fonction du sujet, une perte significative des informations acquises sur le long terme est constatée notamment en ce qui concerne les questions relatives aux émissions nocturnes, aux hormones et à la masturbation. (55)

C'est pourquoi certaines études recommandent de diviser l'enseignement en plusieurs sessions traitant chacune d'un thème différent, en alternant séances d'information et séances plus interactives pour permettre l'appropriation et l'ancrage des connaissances acquises et clarifier les doutes (59) (60). Un pré et post test peuvent aussi être réalisés sur les diverses connaissances et comportements des participants sur la santé sexuelle et reproductive afin de pouvoir évaluer l'impact de l'intervention (54, 55,57,59,60).

Utilisation de supports didactiques

L'utilisation de support et matériel comme des brochures, des affiches, des tableaux, des vidéos, des quiz, une boîte à question etc. peuvent contribuer de manière significative à l'amélioration des connaissances des adolescents (54) (55)(60).

En Inde, à Karnataka, le recours à ces supports audiovisuels a permis de conscientiser les élèves sur les grossesses, les contrôles pré et postnataux réguliers, l'importance de l'alimentation, de l'exercice physique et du repos durant la grossesse (60).

Un matériel éducatif élaboré et basé sur les besoins de la communauté cible, composé d'images socialement et culturellement pertinentes, écrit dans la langue locale en utilisant des termes locaux et adaptés aux personnes analphabètes permet de donner un message adapté au public, pertinent et ancré dans leur réalité (56).

Dans une étude menée au Bangladesh en milieu rural, des brochures ont été rédigées avec la participation des élèves, des parents, des instituteurs et des décideurs locaux. Ceux-ci ont ensuite été distribués aux élèves. Il a été constaté une amélioration significative des connaissances des adolescents sur la sexualité et la reproduction (55).

Notons que les quelques points cités ci-dessus ne sont pas à prendre en compte de manière séparés mais peuvent être mutuellement inclusifs. Par exemple : Une éducation par les pairs en milieux scolaires sur les menstruations en utilisant un support vidéo.

5.3.2. Promouvoir l'adoption de comportements favorables à la santé sexuelle et reproductive

La conscientisation des adolescents sur les différents aspects de la santé sexuelle et reproductive aura un impact sur leur adoption de comportements favorables à leur santé dans ces domaines. Comme l'utilisation de moyens de contraception (54) (59) (61), une meilleure hygiène menstruelle (46), la consultation en centre de santé en cas de signes et symptômes d'IST (63), une amélioration des comportements reproductifs (62) (59) une modification des croyance sur le genre (53), etc.

Dans ce point sur la promotion d'adoption de comportements favorables à la santé sexuelle et reproductive, nous aborderons un élément qui a été relevé dans plusieurs des études analysées à savoir, la prise en compte des facteurs contextuels.

5.3.2.1. *Prise en compte des facteurs contextuels*

Une augmentation des connaissances et une attitude positive sur les comportements sexuels sains ne peuvent pas à elles seules diminuer les comportements sexuels à risque des adolescents. Le contexte culturel et environnemental joue également un rôle important dans la réduction de ceux-ci (57).

Une intervention quelle qu'elle soit s'inscrit dans un contexte ayant ses valeurs propres (55). Ce contexte peut influencer de manière positive ou négative la mise en œuvre, le déroulement et les effets voulus par l'intervention.

En Inde, les informations et les pratiques véhiculées par les individus sont influencées par les mythes culturels, les interdits sociaux et les perceptions négatives des menstruations, de la santé sexuelle et reproductive en général mais également les conditions socio-économiques et les difficultés d'accès aux infrastructures permettant de les fournir (62). Cela résulte en une lacune dans les connaissances

biologiques et physiologiques de la sexualité et la reproduction chez les jeunes. Or ces informations sont essentielles pour connaître les modes de propagation des infections sexuellement transmissibles par exemple et permettre aux adolescents d'adopter des comportements protecteurs (62).

La culture, le système de santé et les questions de genre sont des obstacles importants à la recherche et au recours aux soins de santé chez les jeunes principalement concernant la santé sexuelle et reproductive (63). Les inégalités de genre impactent les questions de sexualité notamment dans les régions où les filles et les femmes sont plus exposées aux rapports forcés et non désirés (62).

Les croyances et les pratiques culturelles peuvent avoir des répercussions sur la santé reproductive des adolescents. Par exemple, dans certaines régions en Inde, les menstruations sont considérées comme signe d'impureté et de saleté. Ces perceptions expliquent que les questions en lien avec la santé reproductive ne soient pas enseignées de manière détaillée dans les écoles et que des infections de l'appareil reproducteur chez les adolescentes en milieu rural sont fréquentes dues à une gestion peu sûre de leurs menstruations (62).

Un travail de collaboration avec les leaders d'opinion, notamment les décideurs locaux, les guérisseurs traditionnels, les chefs religieux, les personnes travaillant dans le domaine de la santé etc. permet d'avoir un impact sur certains de ces facteurs contextuels car ces personnes sont considérées comme clés dans la communauté (64).

5.3.2.2. Impact du contexte social

Exemple sur la communication parents-enfants

La plupart des programmes scolaires d'éducation sexuelle sont axés sur la formation à la sexualité, l'information sur les contraceptions et les services de planning familial, la puberté, la grossesse, les infections sexuellement transmissibles, les compétences de communication, la capacité de refus, etc. Cependant, une approche basée sur les parents peut être une stratégie efficace dans la réduction des grossesses non désirées et les IST chez les adolescents (58).

Les parents sont des acteurs clés dans le développement de comportements sexuels sains et sans risques chez leurs enfants car les activités sexuelles débutent généralement dès le jeune âge chez bon nombre d'adolescents (58).

Selon le milieu et plus dans les zones rurales que dans les zones urbaines, les adolescents ont un accès limité aux services et programme de santé sexuels et reproductifs chez les jeunes. Les parents sont alors la source essentielle d'information (58). Pourtant dans certaines sociétés, parler de sexualité avec les adolescents est controversé, les parents sont mal à l'aise et préfèrent éviter le sujet ou insister sur l'abstinence avant le mariage pour éviter une grossesse non désirée ou la contraction d'une IST dont le VIH. (58). Ce sujet est considéré comme tabou dans de nombreux pays d'Afrique Subsaharienne comme le Nigéria, l'Éthiopie, l'Afrique de Sud, le Ghana, la Tanzanie, Sénégal, etc. (58) (65). Et dans d'autres régions du monde comme au Bangladesh, au Vietnam, au Pakistan, etc. (65)

Dans une étude menée en Éthiopie, la plupart des parents interrogés ne se sentent pas à l'aise d'aborder les questions de sexualité et de reproduction avec leurs jeunes enfants. Seuls approximativement 18% des pères et 25 % des mères étaient disposés à discuter de ces questions avec leurs adolescents. Un père avait déclaré : « : "... il n'est pas culturellement et religieusement acceptable d'avoir des relations sexuelles avant le mariage dans la communauté... et les filles doivent conserver leur virginité jusqu'au mariage..." ». » (58)

Du côté des adolescents, la honte a été une des raisons évoquées pour ne pas en parler ouvertement. Les facteurs influençant cela sont principalement la valeur religieuse, les tabous culturels, la peur de contracter des IST ou d'avoir une grossesse non désirée. Or plus de la moitié des étudiants ont reconnu l'importance de la communication avec les parents sur les questions de santé sexuelle et reproductive même s'ils préfèrent en discuter avec leurs pairs (58).

Le sexe de l'enfant est aussi un facteur pouvant influencer la communication (en lien avec les barrières culturelles) car généralement les mères discutent avec leurs filles et les pères avec leurs fils (58).

Exemple sur l'attitude du personnel de santé

Les normes sociétales ont également un impact sur l'attitude du personnel de santé. Cette attitude a aussi une influence sur le recours aux services ou programmes de santé reproductive et sexuelle par les adolescents (63). Lors d'une étude menée en Tanzanie le personnel d'un établissements de santé s'est montré peu respectueux et a porté un jugement sur une adolescente qui s'est présentée au centre car qu'elle avait eu des rapports sexuels non protégés avec un partenaire infecté par une IST. Le soignant lui a alors fourni peu d'informations et a insisté pour que la fille revienne avec un responsable ou une autorisation de la police si les parents ne voulaient pas donner une autorisation (63).

Concernant les demandes de préservatifs, les agents de santé ont tendance à porter un jugement moindre même s'ils expriment parfois un choc quand ils doivent en fournir aux plus jeunes (63).

Il est donc important que les interventions de promotion à la santé aient un axe communautaire centré sur la modification des normes sociales concernant notamment la reproduction et la sexualité. Pour cela, il faudrait qu'elles interviennent sur les facteurs sociaux, institutionnels et individuels (53).

5.4. Élaboration de la théorie des programmes

Cette dernière phase de l'analyse logique consiste à relire le projet à la lumière du cadre intégratif élaboré précédemment. Cela permet d'examiner la validité scientifique des liens entre les ressources mobilisées, les activités et les résultats souhaités du programme. En comparant le modèle logique du programme avec le cadre intégratif développé à partir de la littérature, nous pouvons identifier les forces et les faiblesses du projet. Rappelons que l'objectif final de cette analyse logique n'est pas de fournir une interprétation complète et statique de l'intervention mais de nourrir les réflexions des parties prenantes sur les composantes du projet, d'apporter des éclaircissements et des éléments pouvant maximiser l'efficacité de l'intervention (46).

Notons également que la question de la généralisation et de la transférabilité des résultats, la capacité d'appliquer les résultats de l'analyse logique à d'autres contextes dépendra, premièrement, de la similitude des mécanismes d'action sur lesquels l'intervention repose et ensuite de la validité externe des connaissances scientifiques utilisées dans l'analyse (46). En effet, une activité qui s'est montrée efficace dans une telle région, pour une certaine population, dans une situation précise, ne le sera pas tout autant dans un autre contexte (52).

5.4.1. Adéquation du cadre intégratif théorique avec les composantes du projet

La sensibilisation dans les écoles et dans la communauté ainsi que l'éducation par les pairs présents dans le modèle d'action de l'intervention se retrouvent également dans le cadre intégratif. Ils sont considérés comme des facteurs clés pouvant conduire aux résultats escomptés à savoir : informer, conscientiser et promouvoir l'adoption de comportements favorables à la santé sexuelle et reproductive.

Les problèmes de fidélité des participants (absences récurrentes) dus à la perturbation dans les horaires de cours, identifiés dans une étude en Afrique du Sud (54), ne semblent pas être une limite dans l'activité de sensibilisation des GDR car les séances se déroulent durant la période de cours avec l'autorisation des responsables.

L'augmentation des connaissances à propos des IST, des comportements à risque ainsi que des méthodes contraceptives mis en avant dans le modèle de changement peuvent être obtenus par la

sensibilisation sur les pratiques sexuelles à moindre risque, les IST ainsi que les signes et les symptômes et les moyens contraceptifs, également présents dans le cadre théorique.

Le choix des thématiques d'action en fonction des constats et des problèmes relevés par la communauté dans leurs quartiers est une des forces des interventions des GDR . En effet, cette stratégie permet à l'intervention d'être en adéquation avec le contexte socio-économique et environnemental des personnes et avec leurs besoins. De plus, les réunions préparatoires faites en amont de la mise en œuvre de l'activité de sensibilisation des GDR car elle permet de moduler le contenu du message et la méthode de communication et de les adapter aux groupes cibles de sorte à ce qu'ils soient pertinents pour eux (64).

Notons que d'autres éléments comme la sensibilisation auprès des responsables religieux considérés comme des leaders d'opinion et par conséquent des personnes clés dans la communauté pourrait avoir un impact sur les aspects des normes sociales et des croyances relevés dans le cadre intégratif.

Néanmoins, nous remarquons que certains facteurs devraient être ajoutés, précisés ou clarifiés. Ils n'indiquent pas l'échec ou les limites du projet mais soulignent plutôt l'importance de certains éléments pour permettre la réalisation des objectifs de l'intervention (47) :

Comme l'indique le cadre intégrateur, la formation rigoureuse des sensibilisateurs ou des pairs, favorise la véracité des informations relayées ; équipe les sensibilisateurs et permettent également l'appropriation et l'encrage des connaissances acquises (53,57,59,60). Ce qui est loin d'être négligeable dans l'atteinte des résultats escomptés. La théorie préconise que cette formation varie de quelques jours à plusieurs mois (en fonction du contexte) et qu'elle soit donnée par des professionnels de la santé pour permettre un renforcement des connaissances des pairs (57). L'activité de sensibilisation des GDR offre une formation de deux heures dans laquelle plusieurs modules sont traités par les prestataires de soins. Ce temps semble court par rapport à ce qui est évoqué dans la littérature pour permettre l'intégration des messages. Nous faisons comme suggestion d'allonger la durée des prochaines formations, d'évaluer l'impact de cette modification sur les connaissances assimilées et voir si cela produit des changements.

Dans les activités de sensibilisation des GDR, le support utilisé pour les formations promulguées par les professionnels de la santé (avec implication de l'Unicef ou EDS dans certains modules) a été construit par les formateurs eux même, basé sur ce qu'ils considèrent comme essentiel pour la

formation en santé sexuelle et reproductive. La communauté participe déjà activement aux différentes étapes de programmation et de mise en œuvre de l'intervention de sensibilisation. Cependant, inclure les adolescents dans la création du matériel éducatif permettrait l'adéquation des messages transmis avec les besoins réels du public cible et une meilleure appropriation des informations qu'ils auront à partager, comme ce fut le cas en Inde pour les forum des adolescentes (56). Nous suggérons d'inclure un test du support en fin de formation pour évaluer si les messages étaient compréhensibles et appropriés. Les suggestions des adolescents seraient relevées pour permettre d'améliorer le support. Une enquête peut aussi être menée en parallèle pour connaître les besoins des adolescents en matière de message de santé.

6. Discussion

Les résultats de notre étude montrent que la théorie du programme semble être appropriée pour l'atteinte des résultats du projet car elle tient compte de facteurs clés identifiés comme pouvant permettre au projet d'être efficace : l'éducation par les pairs, la prise en compte des facteurs contextuels et des besoins de la communauté, la formation des sensibilisateurs pairs par des professionnels de la santé, la sensibilisation dans les écoles mais aussi dans la communauté pour les adolescents non scolarisés ainsi que la sensibilisation auprès des responsables religieux. L'intervention peut cependant être enrichie pour l'améliorer davantage.

Lors des différentes étapes de l'élaboration de cette analyse, nous avons rencontré plusieurs limites que nous souhaitons relever car elles nécessitent d'être prises en considération lors de l'interprétation des résultats ainsi que pour garantir la fiabilité de notre démarche.

La première étape qui consistait en la construction d'un modèle logique nous a permis de représenter la théorie de l'intervention. Pour que la modélisation soit optimale, nous avons besoin d'informations en suffisance sur le programme et une bonne définition des diverses composantes du modèle logique (49). L'absence de documents détaillant le fondement réflexif et le processus de mise en œuvre des activités a constitué une difficulté majeure dans cette première étape mais aussi dans cette étude (pour étayer la première partie par exemple). Nous avons cependant pu nous appuyer sur le contenu des rencontres effectuées sur le terrain par la chercheuse dans le cadre de son stage au siège d'ULB-C à Kinshasa, d'échanges téléphoniques et mails avec des membres d'EDS et d'ULB-C en Belgique ainsi que d'autres documents internes au projet.

Néanmoins, nous souhaitons souligner que depuis le mois d'avril 2020, EDS avec la participation active des GDR travaille à la réalisation de « fiches de bonnes pratiques » permettant de documenter les

différentes actions et interventions qu'ils mettent en place. Cette fiche décrit le domaine général d'intervention, les objectifs précis, le public cible, le contexte avant l'intervention, la définition des acteurs ainsi que leurs rôles, les principaux changements attendus, la récolte de témoignages durant et post interventions ; la description des facteurs ayant contribué au succès de l'action, les obstacles ou les difficultés rencontrés, une analyse de l'intervention et de son apport et, enfin, des recommandations pour les interventions futures ou la mise en avant de points d'attention.

Ce projet étant inscrit dans un système d'actions complexes, il a été difficile pour nous d'en faire une représentation statique dans un modèle. L'intervention étant mise en œuvre dans un contexte dans lequel elle évolue et s'adapte (49), il n'y a pas de linéarité simple entre les ressources, les activités et les effets. Il existe par ailleurs des interactions, des synergies entre elles et des boucles de rétroaction pas toujours évidentes à anticiper. En effet, les différentes activités peuvent produire des effets et ces effets peuvent modifier ou favoriser la réalisation de certaines activités ; les effets peuvent également modifier d'autres effets ou les ressources (humaines, matérielles ou financières) (52). Par exemple : les adolescents sensibilisés par les pairs peuvent à leur tour sensibiliser leurs pairs ou d'autres membres de la communauté.

Dans la deuxième étape de notre analyse, soit le développement d'un cadre intégratif sur base de la littérature, nous avons pu appuyer les différentes composantes du projet et ses objectifs sur des connaissances scientifiques issues d'études portant sur d'autres programmes de promotion à la santé reproductive et sexuelle des adolescents dans d'autres régions du monde. Cette étape nécessite du ou des évaluateurs d'avoir une expérience et des compétences dans la conceptualisation du vocabulaire du programme en vocabulaire scientifique, dans la comparaison des preuves scientifiques et généralement dans le domaine d'action de l'évaluation. Le fait que notre analyse ait été menée par une seule personne qui plus est n'a pas une expérience aguerrie dans le domaine a pu constituer différents biais.

→ **Biais de sélection des articles**

Notre avons mobilisé trois bases de données ScienceDirect, Pubmed et Cible+. D'autres bases de données comme Scopus ou CAIRN dans un domaine multidisciplinaire auraient pu être mobilisées pour étayer et enrichir le contenu de notre analyse. Nous avons également choisi d'inclure des études ou évaluations internationales réalisées dans des pays à faible ou moyen revenus et rédigés en anglais. Nous avons donc exclus les études faites dans d'autres pays et publiées dans une autre langue. Nous avons donc pu passer à côté d'autres articles pertinents pouvant nuancer nos résultats. Les articles sélectionnés ont été publiés dans les quinze dernières années ce qui implique qu'une partie des

connaissances utilisées peuvent ne plus être d'actualité (même s'ils ont été confirmées dans des recherches plus récentes).

→ **Biais d'information**

Comme nous l'avons mentionné plus haut, la recherche a été menée par une seule personne, les articles choisis et les résultats obtenus n'ont pas été soumis à une vérification par un tiers. Il est donc possible que les connaissances et informations relayées dans ce travail aient fait l'objet d'une sélection selon les intérêts de la chercheuse.

→ **Biais de publication**

Les expériences qui n'ont pas démontré leur efficacité sont moins souvent publiées que celles qui présentent des résultats favorables. Dans ce travail la plupart des études présentaient des résultats favorables à la sensibilisation des adolescents sur la thématique de la santé sexuelle et reproductive. Nos résultats sont donc peu nuancés par des expériences moins efficaces, ce qui peut impliquer une fausse appréciation de ceux-ci.

Enfin, la dernière étape qu'est l'évaluation de la théorie des programmes nous a permis d'analyser l'adéquation du cadre intégratif théorique avec les composantes du projet et d'en faire une nouvelle lecture (46)(48). Nous avons pu ainsi valoriser des aspects de l'intervention fondés sur les connaissances et expériences des parties prenantes. Des facteurs tels que *la sensibilisation dans les écoles et dans la communauté, l'éducation par les pairs, l'accents mis sur la sensibilisation des parents, la sensibilisation auprès des responsables religieux, le choix judicieux des thématiques abordées par rapport au contexte*, ont été identifiés dans la littérature scientifique comme étant des éléments contribuant à l'efficacité de la sensibilisation sur la santé sexuelle et reproductive auprès des adolescents.

L'analyse logique favorise l'interaction entre diverses formes de savoirs pour soutenir l'amélioration de l'interventions (48). Cependant, du fait d'une limite de temps, nous nous sommes principalement basés sur des d'évidences présentes dans la littérature scientifique et moins sur les connaissances et expériences des experts du terrain. Nous aurions voulu pouvoir réaliser une analyse participative tout au long du processus avec les membres des GDR, EDS et ULB-C et les impliquer dans chacune des étapes de l'analyse en recueillant par exemple leurs intentions ainsi que leurs opinions. Engager les différentes parties prenantes dans cette démarche aurait permis une appropriation des résultats de l'analyse mais aussi de valoriser d'autres sources de connaissances (46) (48) (49).

Nous souhaitons rappeler que notre travail n'avait pas pour objectif final de faire une évaluation du projet à proprement parlé mais plutôt de mettre en place des balises qui permettront par la suite de mener d'autres évaluations plus rigoureuses comme par exemple une évaluation basée sur la théorie d'intervention du projet.

7. Conclusion

L'objectif de cette recherche était d'interroger et analyser les hypothèses qui sous-tendent la mise en place du projet de renforcement de la participation communautaire d'ULB-C à Kinshasa (plus précisément dans la commune de Kintambo) et apprécier dans quelle mesure celles-ci reposent sur des évidences.

Les résultats de cette étude mettent en lumière que même si quelques améliorations ont pu être suggérées, de manière générale, la théorie du projet axée sur la mise en place de GDR, semble être appropriée pour renforcer la participation communautaire pour le développement du système de santé de la Zone de Santé de Kintambo. Cependant, il est important de mentionner que dans cette étude nous n'avons analysé qu'une chaîne causale.

L'analyse logique s'est avérée être une méthode utile pour renforcer la base théorique de l'intervention et évaluer sa plausibilité pour l'atteinte des résultats escomptés (47) (49). Ainsi, elle peut soutenir les acteurs (GDR, EDS et ULB-C) dans leurs démarches de documentation des processus de la nouvelle dynamique communautaire, de rédaction des fiches techniques sur les expériences antérieures ainsi que dans la capitalisation des bonnes pratiques. Elle permettra un éclaircissement des composantes du projet, une réflexion sur la nature du projet ainsi que sur les diverses connaissances à la base de celui-ci. L'analyse logique présente un moyen utile et concret de mettre à profit ces connaissances.

8. Bibliographie

- 1: Organisation Mondiale de la Santé. Déclaration d'Alma-Ata. 1978. p. 1-3.
- 2 : Lachapelle R. Laval Doucet et Louis Favreau (sous la direction de). Théorie et pratiques en organisation communautaire, Québec, Presses de l'Université du Québec, 1991, 464 p. Nouvelles pratiques sociales. 1991;4(2):207.
- 3 : Fournier P, Potvin L. Participation communautaire et programmes de santé : les fondements du dogme. Sciences sociales et santé. 1995;13(2):39-59.
- 4: United Nations. Popular Participation as a Strategy for Planning Community Level Action and National Development.1981.
- 5 : Organisation Panaméricaine de la Santé. Participation/Organization Communautaire. Programme de personnel de santé. 1986.
- 6 : Organisation Mondiale de la Santé. L' engagement communautaire pour le développement sanitaire : analyse des principaux problèmes.1989.
- 7 : Godin I. Introduction à la promotion de la santé. SAPU-L-4019. [Notes de cours]. 2018.
- 8 : Cultures&Santé asbl. Dossier thématique : L'empowerment. 2009.
- 9 : Bacqué M, Biewener C. L'empowerment, un nouveau vocabulaire pour parler de participation ?. Idées économiques et sociales. 2013;N° 173(3):25.
- 10: Arnstein S. A ladder of citizen participation. American Institute of Planners Journal; 1969. p. 216.
- 11 : Hazgui M. La participation : un cadre de référence (s).sd.
- 12: Rifkin S, Kangare M. What is Participation? In: CBR: a participatory strategy in Africa. London: Sally Hartley; 2002.
- 13: Rifkin S, Muller F, Bichmann W. Primary health care: on measuring participation. Social Science and Medicine. 1988;26(9):934 - 40.
- 14: Baatiema L, Skovdal M, Rifkin S, Campbell C. Assessing participation in a community-based health planning and services programme in Ghana. BMC Health Services Research. 2013;13(1).
- 15 : Organisation mondiale de la santé. Rapport sur la santé dans le monde : Pour un système de santé plus performant. 2000.
- 16 : Paul E. Approche des politiques et des systèmes de santé. SAPU-L-4019. [Notes de cours]. 2019.
- 17 : Organisation Mondiale de la Santé. Éléments essentiels au bon fonctionnement d'un système de santé. 2010.
- 18: Frenk J. The global health system: strengthening national health systems as the next step for global progress. PLoS Medicine.2010 ; 7(1):1–3.

- 19 : Banque Mondiale. République Démocratique du Congo : Vue d'ensemble - Contexte. [Internet]. [cité 10 juillet 2020]. Disponible sur: <https://www.banquemondiale.org/fr/country/drc/overview#2>
- 20 : Ministère de la santé publique de la République Démocratique du Congo. Plan National de Développement Sanitaire 2016-2020 : vers la couverture sanitaire universelle. 2016.
- 21 : Institut National de la Statistique de la République Démocratique du Congo. Annuaire statistique 2014. 2016.
- 22 : Ministère de la santé publique de la République Démocratique du Congo. Rapport narratif : profil pharmaceutique de la République Démocratique du Congo. 2011.
- 23 : Programme des Nations Unies pour le développement. Rapport sur le développement humain 2019. Au-delà des revenus, des moyennes et du temps présent : les inégalités de développement humain au XXI^e siècle. [Internet]. [cité 10 août 2020]. Disponible sur : http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr_2019_overview_-_french.pdf
- 24 : Transparency International. Corruption by countries. Democratic Republic Of Congo. [Internet]. [cité 15 juillet 2020]. Disponible sur : <https://www.transparency.org/country/COD>
- 25 : France diplomatie. Présentation de la République démocratique du Congo. [Internet]. [cité 10 juillet 2020]. Disponible sur: <https://www.diplomatie.gouv.fr/fr/dossiers-pays/republique-democratique-du-congo/presentation-de-la-republique-democratique-du-congo/>
- 26 : Ministère de la sante de la République Démocratique du Congo. Programme National d'Approvisionnement en Médicament : Cartographie des systèmes d'approvisionnement et de distribution des médicaments et autres produits de santé en RDC. 2010.
- 27 : Ministère de la santé publique de la République Démocratique du Congo. Stratégie de renforcement du système de santé. 2006.
- 28 : Eloko Eya Matangelo G, Kanga Kalemba Vita J, Kiyombo Mbela G. La non participation des relais communautaires aux activités des soins de santé primaires : une analyse de droit participatif lie à la sante dans la ville – Province de Kinshasa : RDC. Journal d'Épidémiologie et de Santé Publique. 2017;(17):29 – 41.
- 29 : SANRU asbl. Manuel de procédures pour la cellule d'animation communautaire dans l'aire de sante. *sd*.
- 30 : Ministère de la sante de la République Démocratique du Congo. Recueil des normes de la zone de sante. 2006.
- 31 : SANRU asbl. Manuel de procédures pour le comité de développement de l'aire de sante (codesa). *sd*.
- 32 : ULB-Coopération. Vision, Missions et Valeurs . [Internet]. [cité 14 juin 2020]. Disponible sur : <https://www.ulb-cooperation.org/fr/vision-missions-et-valeurs>
- 33 : ULB-Coopération, CDEB, Rotary International, RC4D. Plateforme Hospitalière – R.D.Congo 2017-2021. *sl., sd*. [Document de projet public].

- 34 : PH-RDC. Compte rendu de l'Assemblée Générale Extraordinaire. Kinshasa, 2019. [Document de projet public].
- 35 : PH-RDC. Rapport narratif 2017. Kinshasa, 2016. [Document de projet public].
- 36 : ULB-Coopération. Groupe de Réflexion pour le développement du premier échelon des soins dans la zone de santé de Kintambo. Kinshasa, 2018. [Document de projet public].
- 37 : ULB-Coopération. Groupe de Réflexion du 1^{er} échelon. Compte rendu de réunion. Kinshasa, 2018. [Document de projet public].
- 38 : ULB-Coopération. L'engagement d'Etoile du Sud.[Internet].[cité 14 juin 2020]. Disponible sur : <https://www.ulb-cooperation.org/en/actualites/lengagement-detoile-du-sud>
- 39 : Etoile Du Sud. État des lieux dans la zone de santé de Kintambo. Kinshasa, 2018. [Document de projet public].
- 40 : Etoile Du Sud. Termes de Références des Groupes de Réflexion. Kinshasa, 2020. [Document de projet public].
- 41 : Etoile Du Sud. Termes de Références de la Plateforme des Usagers. Kinshasa, 2020. [Document de projet public].
- 42 : Etoile Du Sud. Qui sommes-nous.[Internet].[cité 14 juin 2020]. Disponible sur : <http://etoiledusud.cd/a-propos/>
- 43 : Etoile Du Sud. Rapport narratif annuel 2017. Kinshasa, 2018. [Document de projet public].
- 44 : ULB-Coopération. Termes de références pour l'analyse multi-contexte. Bruxelles, 2017. [Document de projet public].
- 45 : Etoile Du Sud. Rapport narratif annuel 2018. Kinshasa, 2019. [Document de projet public].
- 46: Brousselle A, Champagne F. Program theory evaluation: Logic analysis. Evaluation and Program Planning. 2011;34(1):69-78.
- 47: Hudon C, Chouinard M, Brousselle A, Bisson M, Danish A. Evaluating complex interventions in real context: Logic analysis of a case management program for frequent users of healthcare services. Evaluation and Program Planning. 2020;79:101753.
- 48 : Ouimet A, Morin D. L'analyse logique comme outil de soutien à l'application des connaissances dans le domaine psychosocial. Canadian Journal of Program Evaluation. 2017;32(1).
- 49: Tremblay M, Brousselle A, Richard L, Beaudet N. Defining, illustrating and reflecting on logic analysis with an example from a professional development program. Evaluation and Program Planning. 2013;40:64-73.
- 50 : Brousselle A, Lamothe L, Mercier C, Perreault M. Beyond the limitations of best practices: How logic analysis helped reinterpret dual diagnosis guidelines. Evaluation and Program Planning. 2007;30(1):94-104.
- 51: Pawson R, Tilley N. Realistic evaluation. Thousand Oaks: Sage Publications Ltd; 2008.

- 52: De Spiegelaere M. Principes et méthodes de l'évaluation en santé publique : Concepts et approches. SAPU-L-5110. [Notes de cours]. 2019.
- 53: Harrison A, Newell M, Imrie J, Hoddinott G. HIV prevention for South African youth: which interventions work? A systematic review of current evidence. *BMC Public Health*. 2010;10(1).
- 54: Nair M, Paul M, Leena M, Thankachi Y, George B, Russell P et al. Effectiveness of a Reproductive Sexual Health Education Package among School Going Adolescents. *The Indian Journal of Pediatrics*. 2011;79(S1):64-68.
- 55: Kotwal N, Khan N, Kaul S. A Review of the Effectiveness of the Interventions on Adolescent Reproductive Health in Developing Countries. *International Journal of Scientific and Research Publications*. 2014;4(5).
- 56: Dongre A, Deshmukh P, Garg B. The Effect of Community-Based Health Education Intervention on Management of Menstrual Hygiene among Rural Indian Adolescent Girls. *World Health & Population*. 2007;9(3):48-54.
- 57: Okanlawon F, Asuzu M. Effect Of Peer Education Intervention On Secondary School Adolescents Reproductive Health Knowledge' in Saki,Nigeria. *Afr j med sci*. 2011;40(4):353 - 60.
- 58: Ayalew M, Mengistie B, Semahegn A. Adolescent - parent communication on sexual and reproductive health issues among high school students in Dire Dawa, Eastern Ethiopia: a cross sectional study. *Reproductive Health*. 2014;11(1).
- 59: Ersin F, Bahar Z. Effects of Training for Reproductive Health on Knowledge of Reproductive Health and Behavior in Adolescents. *International Journal of Caring Sciences*. 2009;2(2).
- 60: Lena A, Nair N, Kamath V, Kamath A, Rao R. Effectiveness of reproductive health education among rural adolescent girls: A school based intervention study in Udupi Taluk, Karnataka. *Indian Journal of Medical Sciences*. 2008;62(11):439.
- 61: Gallo M, Walldorf J, Kolesar R, Agarwal A, Kourtis A, Jamieson D et al. Evaluation of a volunteer community-based health worker program for providing contraceptive services in Madagascar. *Contraception*. 2013;88(5):657-665.
- 62: Dube S, Sharma K. Knowledge, Attitude and Practice Regarding Reproductive Health among Urban and Rural Girls: A Comparative Study. *Studies on Ethno-Medicine*. 2012;6(2):85-94.
- 63: Larke N, Cleophas-Mazige B, Plummer M, Obasi A, Rwakatere M, Todd J et al. Impact of the MEMA kwa Vijana Adolescent Sexual and Reproductive Health Interventions on Use of Health Services by Young People in Rural Mwanza, Tanzania: Results of a Cluster Randomized Trial. *Journal of Adolescent Health*. 2010;47(5):512-522.
- 64: WHO Regional Office for Europe. What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health?. 2006.
- 65: Denno D, Hoopes A, Chandra-Mouli V. Effective Strategies to Provide Adolescent Sexual and Reproductive Health Services and to Increase Demand and Community Support. *Journal of Adolescent Health*. 2015;56(1):S22-S41.

66: Organisation Mondiale de la Santé Bureau régional de l'Afrique. Renforcement des systèmes de santé: amélioration de la prestation de services de santé au niveau du district, et de l'appropriation et de la participation communautaires.2010.

67: Bath J, Wakerman J. Impact of community participation in primary health care: what is the evidence?. Australian Journal of Primary Health. 2015;21(1):2.