

**Programme RDC- DGD 2017-2021
dans la ville province de Kinshasa**

République Démocratique du Congo

Evaluation finale externe

Rapport Final

Evaluateur:

Armand NGOMA PHUATI

Table des matières

1. LE PROGRAMME EVALUE.....	9
1.1. Handicap International et le Programme évalué.....	9
1.2. Les objectifs du Programme.....	9
1.3. La mise en œuvre du Programme.....	10
1.4. Le financement.....	11
2. LA MISSION D’EVALUATION.....	12
2.1. Les objectifs de l’évaluation.....	12
2.2. La méthodologie.....	12
2.3. Le déroulement de la mission, les difficultés et les limites de l’évaluation.....	13
3. ANALYSE ET APPRECIATION.....	14
3.1. La pertinence du Programme.....	14
3.1.1. Des activités répondant à des besoins réels.....	14
3.1.2. Des activités et des stratégies porteuses de synergies et de complémentarité.....	15
3.1.3. Un Programme qui a su s’adapter à l’évolution du contexte	17
3.1.4. Des activités et des stratégies comportant des limites dans les réponses aux besoins essentiels des personnes handicapées.....	18
3.2. L’efficacité.....	20
3.2.1. L’efficacité du Programme en termes de réalisations et des actions menées	20
A. L’efficacité du Programme au regard du nombre de bénéficiaires directs touchés.	20
B. Les facteurs qui ont influencé l’atteinte des résultats globaux.....	23
3.2.2. L’efficacité du Programme au regard de la finalité du Programme : Effets et impact.....	26
A. L’amélioration de la sécurité routière et la réduction du risque de handicap	26
B. L’amélioration de la qualité et de l’accès aux services de santé et de réadaptation pour les personnes handicapées.....	28
C. La participation des personnes handicapées à la vie sociale.	33
3.3. La pérennité des acquis	35
3.3.1. La Pérennité des formations.....	35
3.3.2. La pérennité des cliniques mobiles.....	36
3.3.3. La pérennité des dynamiques impulsées ou renforcées par le Programme.....	36
3.4. La coopération.....	37
3.4.1. La coopération avec les acteurs de la coopération internationale	37
3.4.2. La coopération avec les partenaires congolais participant à la mise en œuvre du Programme....	38
3.5. L’éthique	39
3.5.1. La prise en compte de l’âge et du type de handicap.....	39
3.5.2. La prise en compte du genre.....	40
3.5.3. La prise en compte de l’environnement.....	40
4. CONCLUSIONS ET ENSEIGNEMENTS	42
5. RECOMMANDATIONS.....	45
ANNEXE.....	47
Annexe 1 : Termes de référence de l’évaluation.....	47
Annexe 2 : Rapport de démarrage.....	55
Annexe 3 : Plan de capitalisation des recommandations.....	70
Annexe 4 : Exemple de grille d’entretien.....	74
Annexe 5 : Liste de personnes rencontrées.....	75
Annexe 6 : Liste de principaux documents consultés.....	79
Annexe 7 : Présentation synthétique des principales réalisations du Programme	80

Sigles et Abréviations

AAA :	Appui Aux Associations
ANAPHECO :	Association Nationale des Parents d'Enfants Handicapés du Congo
ASSOUKIN :	Association des Sourds de Kinshasa
CAPR :	Commission d'Appui à la Prévention Routière
CCM :	Coordination pour le Changement des Mentalités
CIDPH :	Convention Internationale relative aux Droits des Personnes Handicapées
CNPR :	Commission Nationale de Prévention Routière
CUK :	Cliniques Universitaires de Kinshasa
DPS :	Division Provinciale de la Santé
HPGRK	Hôpital Provincial Général de Référence de Kinshasa
HGR :	Hôpital Général de Référence
HI :	Handicap International
IMC	Infirmité Motrice Cérébrale
OCLAR-REF :	Organisation Congolaise pour la Lutte contre les Accidents de trafic Routier et pour la Réduction de leurs Effets
OISR	Organisation Internationale pour la Sécurité Routière
OPH :	Organisation de Personnes Handicapées
OSC :	Organisation de la Société Civile
PADPHAC :	Plateforme des Activistes et Défenseurs des droits des Personnes Handicapées du Congo
PNRBC	Programme National de Réadaptation à Base Communautaire
RBC :	Réadaptation à Base Communautaire
READ :	Réadaptation
RECO :	Relais Communautaire
RDC :	République Démocratique du Congo
SMI :	Santé Maternelle et Infantile
SR :	Sécurité Routière
UNAC :	Union Nationale des Aveugles du Congo

Liste des tableaux

Tableau 1 : Principaux partenaires de mise en œuvre du Programme.....	p.10
Tableau 2 : Nombre de bénéficiaires directs en SR.....	p. 20
Tableau 3 : Nombre de bénéficiaires directs en SMI.....	p. 21
Tableau 4 : Nombre de bénéficiaires directs en READ.....	p. 22
Tableau 5 : Modalités de prise en charge des enfants.....	p. 22
Tableau 6 : Activités réorientées COVID.....	p. 24
Tableau 7 : Nombre de décès d'enfants dans les services de maternités des 4 structures appuyées par le Programme.....	p. 29
Tableau 8 : Nombre de femmes ayant consulté en CPN1 dans les services de maternité des 4 structures appuyées par le Programme	p. 30

RESUME

Introduction/Présentation

Le Programme RDC-DGD 2017-2021 dans la ville province de Kinshasa, s'inscrivait dans la continuité des interventions de Handicap International en soutien aux personnes vulnérables, spécifiquement aux personnes handicapées. Financé par la coopération belge et mis en œuvre en partenariat avec diverses organisations et institutions congolaises, ce Programme quinquennal comportait 4 volets, chacun répondant à un objectif spécifique déterminé. Les 4 volets et leurs objectifs spécifiques correspondants sont : (1) Volet Sécurité Routière : Réduire les risques d'accidents de la route dus à la conduite en état d'ébriété ; (2) Volet Santé Maternelle et Infantile : Intégrer la prévention, la détection et la prise en charge des déficiences liées à la SMI pour la mère et pour l'enfant de 0-5 ans dans les services de santé existants ; (3) Volet Appui Aux Associations : Renforcer la participation des personnes handicapées, leurs familles et leurs organisations représentatives dans la société et favoriser leur implication dans la promotion de leurs droits ; et (4) Volet Réadaptation : Permettre aux personnes handicapées de bénéficier de soins aux services et d'augmenter leur participation et leur autonomie dans leur vie quotidienne. La mise en œuvre du Programme a été marquée par la survenance de la crise sanitaire liée à la COVID-19 qui a conduit à réorienter certaines activités vers la lutte contre la propagation de l'épidémie.

L'évaluation finale externe du Programme s'inscrivait dans l'accord de financement et dans une démarche de qualité et de redevabilité envers les communautés ciblées, les donateurs ainsi que les autorités locales et administratives. Elle avait pour objectif global d'évaluer la stratégie de mise en œuvre du Programme et les résultats obtenus, de recueillir et d'analyser des informations fiables et pertinentes, d'en tirer des leçons et de proposer des recommandations pour la mise en œuvre des interventions similaires. Pour ce faire, l'évaluation a été réalisée en combinant approche quantitative et approche qualitative. Elle a été effectuée en triangulant les informations et données tirées de la revue documentaire et celles collectées sur le terrain à l'occasion des entretiens individuels, en petits groupes ou en focus groups avec différents acteurs et bénéficiaires du Programme.

Résultats et constats

(1) Le Programme était éminemment pertinent parce que les différentes actions mises en œuvre dans les différents volets répondaient à des besoins réels. En matière de sécurité routière, la lutte contre la conduite en état d'ébriété conduit à réduire les accidents de la circulation qui sont une source importante d'incapacités physiques. La commune de Limete ciblée par les sensibilisations est traversée par le boulevard Lumumba qui constitue l'axe routier le plus accidentogène de Kinshasa. En matière de santé maternelle et infantile, les actions menées visaient à renforcer le système de santé de la RDC tant au niveau communautaire (relais communautaires, membres des clubs des femmes, parents d'enfants handicapés) qu'au niveau des prestataires de soins (kinésithérapeutes, infirmiers, sages-femmes, etc.). Dans son volet réadaptation, le Programme répondait aux besoins des enfants handicapés et de leurs familles car pour les bénéficiaires, la prise en charge offerte constitue bien souvent la seule possibilité d'accéder aux soins de réadaptation. S'agissant enfin de l'appui aux associations, les actions réalisées permettaient de renforcer les associations des personnes handicapées afin de les rendre plus aptes à défendre les droits reconnus aux personnes handicapées dans la CIDPH et d'aboutir à la participation pleine et entière de ces dernières dans la vie sociale des communautés et du pays.

Le Programme s'est attaché à mettre en œuvre ces activités dans une recherche constante de synergies et de complémentarité entre bénéficiaires, entre les différents volets du Programme, en interne au niveau des interventions de HI, ou entre HI et d'autres acteurs de développement. Le Programme a par ailleurs su s'adapter face à la crise liée au coronavirus en réorientant certaines activités vers la lutte contre la propagation de la COVID-19.

(2) En termes de réalisation des activités, le Programme a atteint, et souvent dépassé, les objectifs escomptés pour ce qui est du nombre de bénéficiaires directs touchés ; et ce malgré la crise sanitaire. Dans tous les volets, de nombreuses formations ont été dispensées pour renforcer les capacités des membres d'associations, des prestataires de soins, des agents communautaires (Relais communautaires et clubs de femmes), et même des parents d'enfants handicapés. Des sensibilisations ont été réalisées et des appuis divers ont été apportés. S'agissant des enfants handicapés qui constituent le cœur de cible du Programme, 2.431 enfants avec déficiences ont été identifiés. 1.061 ont bénéficié d'une prise en charge en réadaptation à travers le Fonds de solidarité.

(3) En termes d'effets et impact, le Programme a contribué à renforcer les capacités des associations partenaires, qu'il s'agisse de celles engagées dans la prévention et la sécurité routière ou des associations des personnes handicapées. Les unes et les autres ont amélioré leurs capacités techniques à exercer leurs missions au quotidien, grâce aux moyens matériels reçus mais aussi aux connaissances acquises à travers les formations et l'accompagnement rapproché. Leur fonctionnement interne s'est trouvé vitalisé. Avec l'élaboration de plan d'actions stratégiques, les associations ont développé chacune en ce qui la concerne une vision lui permettant de se projeter vers l'avenir. En externe, le Programme a renforcé la visibilité et la crédibilité des associations partenaires qui se sont vues ainsi confortées dans leurs mandats institutionnels respectifs et dans leur ancrage dans la société. Pour illustrer le rôle sociétal des associations partenaires du Programme, on peut par exemple citer le fait que les associations engagées dans la sécurité routière, ensemble avec les autres partenaires du Programme, ont participé à la formulation d'une politique nationale de sécurité routière qu'il appartient au Gouvernement d'adopter. Il a en effet été élaboré un document de Politique Nationale de la Sécurité Routière en République Démocratique du Congo ainsi qu'un Plan d'Actions Stratégiques Inclusif de Sécurité Routière. Les associations des personnes handicapées sont pour leur part engagées dans l'élaboration d'un rapport alternatif de suivi de la convention internationale relative aux droits des personnes handicapées.

Le Programme a aussi contribué à améliorer la qualité et l'accès aux services de santé et de réadaptation pour les personnes handicapées grâce en particulier au renforcement des capacités techniques des prestataires de soins. Cela se traduit notamment par une baisse du nombre de décès d'enfants de moins de 5 ans dans les structures appuyées par le Programme (aucun décès à déplorer en 2020 et en 2021), par une augmentation constante du nombre de consultations prénatales¹ et par un changement de regard sur les femmes handicapées qui accouchent. Certaines lacunes ont néanmoins été constatées. D'une part, la contre-référence n'est pas toujours faite lorsqu'un enfant a été référé dans un service pour une prise en charge. D'autre part, entre les kinésithérapeutes et les techniciens orthoprothésistes il y a un déficit de communication qui fait que la pluridisciplinarité dans la prise en charge des enfants n'est pas toujours effective. On note également que l'accompagnement social personnalisé n'a pas encore de contenu précis. En d'autres termes, au niveau social, les réponses apportées aux enfants handicapés ne sont pas encore suffisamment personnalisées en fonction de besoins spécifiques et de la situation particulière de chaque enfant et de sa famille.

Le Programme a par ailleurs contribué à conforter l'ancrage communautaire des soins de réadaptation fonctionnelle. Pour cela, il a renforcé les capacités des relais communautaires et des clubs de femmes, et facilité les échanges entre ces acteurs communautaires et les

prestataires de soins. Il a permis que les clubs de femmes soient représentés dans les comités de santé. Ce faisant, il a contribué à renforcer le dialogue communautaire pour une gouvernance responsable et inclusive des services de santé, et donc à rapprocher les services de santé des communautés bénéficiaires.

(4) En termes de durabilité des acquis, l'implication des relais communautaires et des clubs de femmes dans l'identification des cas de déficiences chez les enfants va perdurer au-delà de la clôture du Programme car cela fait désormais partie de leur routine. Les organisations de la société civile, qu'il s'agisse des associations engagées dans la sécurité routière ou des OPH, continueront de mener leur travail de mobilisation et de plaidoyer en commun. Mais comme elles disposent de moyens limités, on peut s'attendre à ce que la dynamique soit moins forte qu'elle ne l'a été pendant la période de mise en œuvre du Programme. S'agissant de la stratégie avancée des cliniques mobiles, elle n'est pas pérenne car les institutions sanitaires congolaises n'ont pas les moyens d'organiser ce genre d'activités.

(5) Pour la mise en œuvre des activités, HI a collaboré avec diverses organisations de coopération internationale. Elle a aussi établi des partenariats avec les organisations de la société civile congolaise envers lesquelles elle se positionnait dans un rôle d'appui et d'accompagnement. Toutefois, sa coopération avec les institutions sanitaires publiques congolaises a donné lieu à des reproches de la part des responsables de ces dernières du fait que HI a assuré la responsabilité directe de l'organisation des cliniques mobiles.

(6) Le Programme a été sensible au genre. Il a été mis en œuvre avec un souci constant d'implication et de participation des femmes. A titre d'illustrations, les formations sur la prise en charge de la santé de la mère et de l'enfant ont mis un accent particulier sur l'accueil des femmes handicapées dans les services de santé. De même, grâce au Programme, les 68 clubs de femmes existants sont désormais représentés dans les 67 comités de santé de la zone d'intervention du Programme. Cela permet de faire entendre la voix des femmes sur les questions touchant aux services à la santé en général et à la santé sexuelle et reproductive en particulier.

Conclusions/Enseignements et Recommandations

Conclusions/Enseignements	Recommandations
<p>Les accidents de la circulation routière sont une cause importante d'incapacités physiques. La prévention et la sécurité routière sont l'affaire de tous. Mais tant que l'Etat n'assumera pas sa part de responsabilité, les efforts de la communauté n'y changeront rien.</p>	<p>(A l'Etat Congolais) :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Accélérer l'adoption et la mise en œuvre de la Politique Nationale de la Sécurité Routière et du Plan d'Actions Stratégiques Inclusif de Sécurité Routière ; ✓ Actualiser le code de la route et les conditions d'obtention et de délivrance du permis de conduire en l'adaptant aux évolutions et renforcer son application
<p>Pour permettre une participation pleine et effective des personnes handicapées à la vie de leurs communautés, il importe de garantir leur accès aux services et ainsi améliorer leurs conditions de vie et promouvoir le respect de leur dignité. Il n'en sera ainsi que si des réponses structurelles viennent réduire la barrière financière à l'accès aux soins de réadaptation</p>	<p>(A l'Etat Congolais)</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Mettre en place la Couverture santé universelle. ✓ Accélérer l'adoption du projet de loi organique portant protection et promotion des personnes handicapées en RDC et l'élaboration du rapport initial de suivi de la mise en œuvre de la CIDPH ; ✓ Harmoniser la tarification dans les services de réadaptation fonctionnelle

<p>Vis-à-vis des organisations de la société civile, HI se positionne clairement dans un rôle d'appui et d'accompagnement. Pour des activités comme les cliniques mobiles, elle endosse la responsabilité de les organiser elle-même. HI apparaît alors comme un exécutant et non comme une organisation venant en appui et en accompagnement des institutions sanitaires publiques. Par ailleurs, en ne mettant pas en place de comité de pilotage du Programme, HI s'est privé d'un levier pour effectuer le plaidoyer auprès des autorités publiques congolaises.</p>	<p>Repenser et redéfinir le positionnement de Handicap International. Ce qui implique de :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Délaisser la responsabilité de l'organisation directe des activités (comme les cliniques mobiles) pour se positionner en appui et en accompagnement des acteurs locaux ; ✓ Amplifier le plaidoyer auprès des autorités congolaises, même lorsque le cadre logique du projet/programme ne prévoit pas explicitement d'activités de plaidoyer ✓ (Toujours) établir la convention avec le niveau central du (des) ministère(s) lorsque cela est nécessaire pour l'exécution d'un projet, même si sur le terrain les activités ne sont pas mises en œuvre par des services centraux des ministères ✓ (Toujours) Instituer un comité de pilotage pour chaque projet/programme afin de faciliter le plaidoyer
<p>L'amélioration de la qualité et de l'accès aux services ainsi que l'inclusion et la participation des personnes handicapées à la vie sociale nécessitent des apports diversifiés de la part d'acteurs différents qui ont des nombreux besoins notamment en termes de renforcement des capacités. Et les stratégies visant à rapprocher les bénéficiaires entre eux, (personnes handicapées ou OPH), à travers entre autres les échanges d'expériences, le travail en commun ou le partage d'informations et celles visant à impliquer ces bénéficiaires dans la mise en œuvre des activités, débouchent sur des résultats probants et bénéfiques. Elles contribuent à accroître les performances du Programme/projet</p>	<p>Poursuivre et amplifier le renforcement des capacités des acteurs locaux. Ce qui implique notamment de :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Prévoir un appui pour l'organisation des restitutions des formations ; ✓ Prévoir un appui et des formations en matière de recherche et collecte de fonds pour les associations partenaires ; ✓ Délivrer aux personnes formées une attestation leur permettant de valoriser la formation reçue ✓ Renforcer le dispositif de référence contre-référence ainsi que la pluridisciplinarité dans la prise en charge en organisant et en encourageant les échanges entre les kinésithérapeutes et les techniciens orthoprothésistes ✓ Accroître l'appui aux clubs de femmes pour la mise en place des actions favorisant l'accès à l'emploi et aux opportunités économiques ✓ Multiplier et amplifier les appuis pour l'autonomisation et l'accès aux opportunités économiques pour les personnes handicapées
<p>L'accompagnement social personnalisé permet d'adapter la prise en charge et de construire un projet individualisé de l'enfant handicapé accompagné, appréhendé dans son environnement familial et social</p>	<p>Elaborer un « guide » de l'accompagnement social personnalisé répertoriant la palette d'options, d'outils et de méthodes pouvant être utilisés pour personnaliser la prise en charge des enfants handicapés</p>

1. LE PROGRAMME EVALUE

1.1. Handicap International et le Programme évalué

A travers ses interventions, Handicap International (HI) cherche à contribuer à la mise en place de sociétés plus inclusives et à l'amélioration de la qualité de vie pour tous et toutes, et plus particulièrement pour les personnes en situation de handicap. A Kinshasa, en République Démocratique du Congo (RDC), l'intervention de HI vise plus spécifiquement à assurer la prise en compte du handicap dans les systèmes et stratégies nationales, à promouvoir la participation sociale des personnes handicapées, à réduire les risques de handicap et à améliorer la prise en charge des personnes handicapées. Pour cela, HI mène 5 projets : en santé maternelle et infantile, en réadaptation, en appui aux organisations de personnes handicapées, en sécurité routière et en éducation inclusive. 4 de ces projets sont financés depuis 2017 par la Direction Générale coopération au Développement et Aide humanitaire (DGD) de la Belgique. Ils constituent le « Programme RDC-DGD 2017-2021 dans la ville province de Kinshasa » faisant l'objet de cette évaluation finale et ci-après généralement désigné « Le Programme ».

1.2. Les objectifs du Programme

Le Programme RDC-DGD sur lequel porte cette évaluation comprend 4 volets qui, dans la terminologie interne à HI, sont présentés comme des *Projets* :

- 1) Le volet Sécurité Routière (SR) : Projet « *Peuple levons nous contre les accidents de la route* » ;
- 2) Le volet Santé Maternelle et Infantile (SMI) : Projet « *Sourire des enfants, espoir des parents* » ;
- 3) Le volet Appui Aux Associations (AAA) : Projet « *Rien pour nous sans nous* » ;
- 4) Le volet Réadaptation (READ) : Projet « *La communauté se mobilise et offre des soins en réadaptation à la base communautaire dans la ville de Kinshasa* ».

Chaque volet/projet répondant à un objectif spécifique particulier, le programme évalué comporte ainsi 4 objectifs spécifiques (OS) :

- ✓ **OS1** : Réduire les risques d'accidents de la route dus à la conduite en état d'ébriété en synergie avec les ONG, la Police et la Commission Nationale de Prévention Routière (CNPR) dans la commune de Limete ;
- ✓ **OS2** : Intégrer la prévention, la détection et la prise en charge des déficiences liées à la SMI pour la mère et pour l'enfant de 0-5 ans dans les services de santé existants ;
- ✓ **OS3** : Renforcer la participation des personnes handicapées, leurs familles et leurs organisations représentatives dans la société et favoriser leur implication dans la promotion de leurs droits ;
- ✓ **OS4** : Permettre aux personnes handicapées de bénéficier des soins aux services et d'augmenter leur participation et leur autonomie dans leur vie quotidienne, grâce aux synergies développées entre les projets SMI, READ et AAA.

Le Programme a été pensé pour être mis en œuvre et exécuté en partenariat avec diverses organisations et institutions. Le Tableau 1 ci-après présente les différents partenaires de mise en œuvre du Programme.

Tableau 1 : Principaux partenaires de mise en œuvre du Programme

Volet	Objectifs spécifiques (OS) du programme	Principaux partenaires impliqués dans la mise en œuvre
Sécurité Routière (SR)	OS1 : Réduire les risques d'accident de la route dus à la conduite en état d'ébriété	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Croix Rouge RDC ❖ Organisation Congolaise pour la Lutte contre les Accidents de trafic Routier et pour la Réduction de leurs Effets (OCLAR-REF) ❖ Commission d'Appui à la Prévention Routière (CAPR) ❖ Organisation Internationale pour la Sécurité Routière (OISR) ❖ Commission Nationale de Prévention Routière (CNPR)
Santé Maternelle et Infantile (SMI)	OS2 : Intégrer la prévention, la détection et la prise en charge des déficiences liées à la SMI pour la mère et pour l'enfant de 0-5 ans dans les services de santé existants	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Division Provinciale de la Santé (DPS) ❖ Zones de santé de Bumbu, Nsele, Selembao, Ndjili ❖ Hôpitaux Généraux de Référence (HGR) (Makala, Ndjili, Kinkole), Centre Mère et Enfants de Bumbu
Appui Aux Associations (AAA)	OS3 : Renforcer la participation des personnes handicapées, leurs familles et leurs organisations représentatives dans la société et favoriser leur implication dans la promotion de leurs droits	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Association Nationale des Parents des Enfants Handicapés du Congo (ANAPHECO) ; ❖ Association des Sourds de Kinshasa (ASSOUKIN) ; ❖ Plateforme des Activistes et Défenseurs des droits des personnes Handicapées du Congo (PADHAC) ; ❖ Union Nationale des Aveugles du Congo (UNAC)
Réadaptation (READ)	OS4 : Permettre aux personnes handicapées de bénéficier des soins aux services et d'augmenter leur participation et leur autonomie dans leur vie quotidienne, grâce aux synergies développées entre les projets SMI, READ et AAA.	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Division Provinciale de la Santé (DPS) ❖ Services d'appareillages orthoptiques (Cliniques Universitaires de Kinshasa (CUK), Hôpital Provincial Général de Référence de Kinshasa, HPGRK) ❖ Hôpitaux Généraux de Référence, HGR, (Makala, Ndjili, Kinkole), Centre mère et enfants de Bumbu

1.3. La mise en œuvre du Programme

Conçu pour une durée de 5 ans, de janvier 2017 à décembre 2021, le Programme a été mis en œuvre dans les communes de Nsele, Ndjili, Bumbu, Selembao et Limete, situées dans la ville province de Kinshasa. Ces 5 années ont été marquées par certains événements qui ont eu des

répercussions plus ou moins importantes dans la mise en œuvre des activités sur le terrain. Parmi les événements les plus significatifs, on peut citer les suivants :

- La fermeture du Bureau Pays de HI au Burundi. Une partie des fonds initialement prévus pour le Burundi a été réaffectée dans le Programme en RDC-DGD, ce qui a augmenté l'enveloppe globale du Programme. S'agissant plus spécifiquement du volet sécurité routière, la durée de 3 ans initialement prévue a été alignée sur les autres projets, c'est-à-dire 5 ans.
- La survenance de la crise sanitaire liée à la COVID-19. La pandémie a affecté le rythme de la mise en œuvre des activités, notamment à la suite de la mesure de confinement qui avait été appliquée dans la commune de Gombe en 2020. Certaines activités avaient alors pris du retard ou ont été reportées. Plus généralement, la pandémie a conduit à réorienter certaines activités et à ajouter des nouvelles. Le cadre logique du Programme a été aménagé à cette occasion et présenté au bailleur.
- Quelques changements dans les équipes de HI. En RDC, les personnes en charge de la coordination du Programme ainsi que du projet Appui Aux Associations ont changé en cours de route. Au niveau du siège, les référents techniques en sécurité routière et santé maternelle et infantile ont aussi changé. Il semble que cela ait pu jouer un rôle dans le rythme de mise en œuvre des activités.

1.4. Le financement

Le budget du Programme est de 3.307.552 euros.

Il a été financé :

- à hauteur de 80 % par la DGD
- à hauteur de 20% par :
 - ✓ Le Ministère des Affaires Etrangère du Luxembourg
 - ✓ La Fondation JOS & MIMIEKE
 - ✓ L'UNICEF
 - ✓ La Fondation Roi Baudouin
 - ✓ Les fonds propres de Handicap International

2. LA MISSION D'ÉVALUATION

2.1. Les objectifs de l'évaluation

Cette évaluation finale externe s'inscrit dans l'accord de financement de la DGD et dans le Référentiel Qualité d'HI. Elle répond à un devoir de redevabilité envers les communautés ciblées, les donateurs ainsi que les autorités locales et administratives.

Selon les termes de référence de la mission, les objectifs spécifiques poursuivis sont :

- ✓ Apprécier les cadres méthodologiques définis pour le projet à travers chacun des différents volets ainsi que l'efficacité du projet ;
- ✓ Questionner la théorie du changement du projet et déterminer si les activités proposées répondent aux besoins réels des communautés ciblées ;
- ✓ Évaluer les performances du projet pendant sa durée de mise en œuvre ;
- ✓ Déterminer dans quelle mesure le projet a produit des changements en termes de résilience de la communauté ;
- ✓ Apprécier l'approche communautaire retenue par HI dans le cadre de ces 4 volets ;
- ✓ Permettre l'identification des acquis du projet et les insuffisances ou contraintes survenus dans la mise en œuvre du projet ainsi que des mesures correctives à apporter pour la future proposition d'intervention ;
- ✓ Documenter les leçons apprises et les bonnes pratiques du travail réalisé avec les ONG bénéficiaires y compris les Organisations des Personnes Handicapées (OPH) ;
- ✓ Définir les facteurs de pérennité des résultats en vue de leur inscription dans le temps.

2.2. La méthodologie

La démarche méthodologique générale d'évaluation combine les deux temps successifs de la mission, à savoir : le recueil des données et informations d'une part, l'exploitation, l'analyse et l'appréciation de ces données et informations, d'autre part.

Le recueil des données et informations.

S'agissant des sources d'informations, les données et informations quantitatives rapportées dans le présent Rapport sont pour l'essentiel tirées des documents, rapports et outils produits par le Programme et mis à la disposition de la mission d'évaluation. Certaines données chiffrées présentées dans ce rapport ont été extraites de la base de données du Programme et agrégées ou désagrégées par la mission d'évaluation pour les besoins des analyses.

En plus des données et informations quantitatives tirées du Programme, les entretiens menés avec divers acteurs et bénéficiaires du Programme ainsi que les constations effectuées sur le terrain ont apporté à la mission d'évaluation un complément d'informations à caractère qualitatif.

En termes de processus de collecte de données, la mission d'évaluation a eu recours aux techniques suivante : revue documentaire, discussions et entretiens semi structurés avec des informateurs clés du Programme, discussions de groupes avec les acteurs communautaires et observation directe sur le terrain. Pour la revue documentaire, la liste des principaux documents mis à la disposition de la mission d'évaluation et consultés par elle est fournie dans le présent Rapport Annexe 6, alors que la liste des personnes rencontrées figure en Annexe 5.

L'exploitation, l'analyse et l'appréciation des données et informations

L'évaluation a été effectuée en triangulant les différentes informations et données collectées. A cet égard, on notera d'abord que la Méthode Accélérée de Recherche Participative qui conduit la mission d'évaluation à s'entretenir avec les différents acteurs du Programme a permis de recueillir les points de vue et les opinions des différents acteurs, dans un processus d'échanges-analyse-réflexion. Les éléments ainsi rassemblés ont été analysés selon la méthode du Changement le Plus Significatif. En effet, plutôt que de se lancer dans une cartographie pointilleuse des incidents, il a été privilégié de mettre l'accent sur l'identification et l'analyse des lignes-forces qui permettent d'appréhender et de caractériser les changements induits par le Programme dans ses 4 volets. L'évaluation s'est donc attachée à identifier les changements les plus significatifs pour en démontrer et en comprendre les ressorts.

Cela étant dit, les principaux critères d'analyse et d'appréciation, c'est-à-dire les prismes à travers lesquels les réalisations et les stratégies du Programme ont été analysées et appréciées, sont ceux prévus aux termes de référence de la mission, à savoir, la pertinence, l'efficacité (incluant les effets et impact), la pérennité, la coopération et l'éthique.

2.3. Le déroulement de la mission, les difficultés et les limites de l'évaluation

La mission d'évaluation, dans sa partie *terrain*, s'est déroulée du 1^{er} octobre au 12 novembre 2021. Elle n'a pas rencontré de difficultés particulières qui auraient pu impacter de manière significative les résultats de l'évaluation. C'est ici l'occasion pour la mission d'évaluation d'exprimer sa profonde gratitude à toutes les personnes qui ont facilité le bon déroulement de la mission, tant au niveau de HI qu'au niveau de l'ensemble de ses partenaires et des bénéficiaires finaux sur le terrain.

Il importe toutefois de souligner que les services et les personnels de la réadaptation des hôpitaux ciblés par le Programme figurent parmi les principaux bénéficiaires de ce dernier. Or, au moment de l'évaluation, une grève sévissait depuis mi-juillet 2021 dans les hôpitaux de Kinshasa. Beaucoup de kinés étaient donc en grève et les rendez-vous envisagés avec certains d'entre eux n'ont malheureusement pas été honorés. Les résultats de l'évaluation ne semblent toutefois pas en avoir été affectés de manière significative.

On notera également qu'au moment où la mission d'évaluation est arrivée à Kinshasa, la Coordinatrice du Programme, la Cheffe de projet AAA ainsi que la Chargée MEAL étaient en congé. Cela a occasionné un peu de retard dans la collecte de données par la mission d'évaluation. Mais la plus importante difficulté rencontrée à cet égard est liée au fait que les enquêtes CAP, (end line) prévue dans le Programme n'était pas encore terminée au moment de la mission d'évaluation. Cette dernière n'a donc pas pu disposer de certains éléments permettant notamment d'apprécier les effets et impact du Programme, indicateurs chiffrés à l'appui. Par ailleurs, la base de données du Programme n'était pas encore complète au moment de la mission sur le terrain. L'enregistrement des données de 2017¹ et des dernières activités réalisées ainsi que la vérification de certaines données avant leur compilation (pour enlever les doublons), étaient encore en cours. En plus, il y a un travail d'harmonisation qui est entrain d'être fait parce que les données n'avaient pas toujours été renseignées de la même manière. Ce travail de nettoyage et de parachèvement de la base de données n'étant pas terminé, la mission d'évaluation n'a pas pu manipuler la totalité des données chiffrées comme elle l'aurait souhaité. C'est là sans doute la plus importante limite à cette évaluation.

¹ La mise en place de la base de données a commencé en 2018, soit un an après le démarrage du Programme.

3. ANALYSE ET APPRECIATION

3.1. La pertinence du Programme

3.1.1. Des activités répondant à des besoins réels

Le Programme est éminemment pertinent car les activités mises en œuvre dans les 4 volets répondent aux besoins des bénéficiaires finaux de l'intervention. En matière de sécurité routière, les formations dispensées et les appuis techniques et financiers octroyés aux organisations partenaires permettaient de renforcer les capacités d'action de ces dernières dans un contexte caractérisé par un manque chronique de moyens. Les sensibilisations qu'elles ont menées auprès des conducteurs de mototaxis visaient à réduire les accidents causés par l'excès de vitesse souvent lié à la conduite sous les effets de l'alcool entraînant des dommages corporels, conduisant à des incapacités physiques. La commune de Limete ciblée par ces sensibilisations est traversée par le boulevard Lumumba qui constitue l'axe routier le plus accidentogène de Kinshasa. A titre d'illustration, en 2020, la CNPR a enregistré 1.248 cas d'accidents à Kinshasa, dont 720 étaient dus à l'excès de vitesse (soit 57,6%). Le boulevard Lumumba est de loin l'itinéraire où on a compté le plus grand nombre de cas (295 sur les 1.248, soit 23,6%)². Aux dires de la CNPR, on observe cette tendance de manière récurrente, d'une année sur l'autre. Les sensibilisations menées pour améliorer la sécurité routière étaient justifiées. Elles sont du reste en concordance avec objectifs de la Décennie d'action pour la sécurité routière 2011-2020, décrétée par l'Assemblée Générale des Nations Unies en vue de stabiliser puis de réduire le nombre prévu de décès imputables aux accidents de la route dans le monde.

Dans ses volets SMI et READ, le Programme a mis en œuvre diverses activités dans les 3 axes qui forment le continuum de soins : Prévention-Détection-Prise en charge. De nombreuses formations sur différentes thématiques ont été dispensées. Parmi ces dernières, on peut citer le mentorat clinique en soins obstétricaux d'urgence ; la Prévention et le Contrôle des Infections, PCI ; le diagnostic, la prévention et l'intervention précoce des paralysies ; la prise en charge de précoce du handicap ; la pratique des gestes simples à domicile ; l'accompagnement social personnalisé ; les risques liés au handicap et les bonnes pratiques en santé ; etc. Divers appuis ont aussi été apportés (aménagement et dotation des services en équipements, appui aux Activités Génératrices de Revenus, AGR, pour les clubs des femmes) et d'autres types d'activités ont été réalisées (notamment échange d'expériences, cliniques mobiles). Ces formations, ces appuis et ces activités répondent au besoin de renforcement des capacités pour améliorer la qualité et l'accès aux soins. Elles sont justifiées tant du point de vue des prestataires des soins qui voient leurs capacités renforcées que des enfants handicapés et de leurs familles qui bénéficient de leurs effets au final. Pour beaucoup d'enfants handicapés en effet, la prise en charge offerte par le Programme constituait la seule possibilité d'accéder aux soins de réadaptation. L'intervention répondait de ce fait à leurs besoins. Mais, les personnes handicapées sont souvent victimes de discrimination et de stigmatisation. L'accès aux soins santé offre une porte d'entrée vers la protection et la promotion des droits des personnes handicapées. En effet, il peut influencer sur le changement de perception du handicap chez les personnes handicapées elles-mêmes et dans la société. Dès lors qu'on peut recevoir des soins qui aboutissent à une amélioration visible de la situation de l'enfant handicapé, que son autonomie fonctionnelle se retrouve améliorée, que l'enfant peut même aller à l'école pour se construire un avenir, le handicap n'est plus perçu comme une

² Commission Nationale de Prévention Routière, *Rapport sur les accidents de circulation routière à Kinshasa en 2020*.

fatalité contre laquelle on ne peut rien. Les convictions ou les croyances selon lesquelles le handicap aurait pour origine une malédiction, un mauvais sort ou telle autre raison irrationnelle, commencent à s'estomper. A partir de là, les perceptions et les mentalités se mettent à changer. Le terrain devient alors plus favorable pour travailler à la réduction des discriminations, de la stigmatisation et de l'auto-stigmatisation ; pour protéger et promouvoir les droits des personnes handicapées et donc pour rendre effective la participation des personnes handicapées à la vie en société. Pour toutes ces raisons, le Programme était pertinent d'autant qu'il s'inscrivait dans les objectifs de la Stratégie de Renforcement du Système de Santé (SRSS) du Ministère de la Santé Publique.

Dans le volet Appui Aux Associations, il a été réalisé notamment des activités de formations des (vie associative, gestion administrative, langue des signes, techniques de sensibilisation, mécanismes de CIDPH, etc.), des réunions d'échange d'expériences, de suivi et d'accompagnement qui permettaient de renforcer les capacités des OPH. Celles-ci ont réalisé des activités de plaidoyer et de sensibilisation. Elles ont été appuyées dans la mise en place de microprojets favorisant l'accès à l'emploi et aux opportunités économiques pour leurs membres. Ces différentes activités répondent au besoin de rendre effectifs les droits qui leur sont reconnus dans la CIDPH en vue d'aboutir à la participation pleine et entière des personnes handicapées dans la vie sociale des communautés et du pays.

Au final, les différentes activités réalisées dans les différents volets du Programme répondaient à des besoins. Les bénéficiaires interrogés au cours de la mission ont témoigné de l'adéquation de ces activités mises en œuvre avec leurs besoins et leurs attentes. Ils ont exprimé un sentiment général de satisfaction quant à la typologie des activités mises en œuvre. Les organisations de la société civile en particulier, qu'elles soient partenaires de mise en œuvre ou simples bénéficiaires du Programme, ont exprimé ce sentiment de satisfaction doublée de reconnaissance envers HI et le bailleur pour l'opportunité qui leur a été donnée de renforcer les capacités sur les plans technique, opérationnel et institutionnel.

Cette satisfaction est toutefois atténuée par le fait que le Programme ne permettait pas de répondre à certains besoins prioritaires des personnes handicapées. Parmi ces besoins, figurent en bonne place la formation professionnelle et l'appui au développement des activités génératrices de revenus qui sont un puissant vecteur d'autonomisation et d'insertion des personnes handicapées dans la société. Par ailleurs, des membres des OSC interrogés au cours de la mission ont fait observer que si les formations reçues répondaient bien à leurs besoins, il y a d'autres thématiques sur lesquelles ils auraient voulu être formés. C'est le cas notamment de la conception et la conduite des enquêtes ou de l'utilisation des outils informatiques. En plus, de nombreuses personnes qui ont été formées et qui ont été interrogées déplorent le fait qu'HI ne délivre pas de certificat ou d'attestation à la fin des formations. Elles ont affirmé qu'elles ne peuvent pas toujours se prévaloir auprès des tiers d'avoir reçu ces formations, dans un contexte congolais où le diplôme est extrêmement valorisant.

3.1.2. Des activités et des stratégies porteuses de synergies et de complémentarité

Le Programme s'est attaché à mettre en œuvre certaines activités dans une recherche constante de synergies et de complémentarité entre bénéficiaires, entre les différents volets du Programme, en interne au niveau des interventions de HI, ou entre HI et d'autres acteurs de développement. Cela plaide en faveur de la cohérence du Programme. En voici quelques illustrations.

(1) Certaines activités ont été réalisées par les bénéficiaires pour les bénéficiaires. Les échanges d'expériences et les réunions d'entraide s'inscrivent dans ce schéma qui met le bénéficiaire au centre du dispositif, comme acteur de sa propre transformation. Il y a l'idée que chaque OPH peut apporter quelque chose aux autres OPH. Dans le volet AAA, des réunions d'échange d'expériences ont été organisées entre OPH pour permettre aux membres de partager leurs expériences respectives. Les participants pouvaient se soutenir mutuellement pour surmonter leur traumatisme et chercher les voies et moyens pour œuvrer ensemble pour leur autonomisation collective. Cette démarche a contribué au changement de comportement des parents qui refuseraient ou hésiteraient à accompagner leurs enfants dans le parcours de soins de READ. Par un jeu de miroir en effet, les parents pouvaient accepter plus facilement leur situation de handicap, et donc changer leur perception d'eux-mêmes et du handicap. Dans le volet SMI, les échanges d'expériences ont été organisés entre Relais Communautaires, prestataires des soins, et représentants des clubs des femmes qui participent tous à la trajectoire au continuum soins. On notera par ailleurs que le Programme a soutenu les échanges entre les clubs de femmes et les comités de santé en vue de la participation de représentants des 68 clubs de femmes dans les 67 comités de santé. Cette participation leur confère un droit de regard dans la gestion et la supervision des services de santé en général et dans la santé sexuelle et reproductive en particulier³. Elle renforce le dialogue communautaire pour une gouvernance responsable et inclusive des services de santé. En renforçant les capacités des Relais Communautaires et des membres des clubs de femmes, le Programme s'inscrivait assurément dans la lignée de la politique nationale du pays qui prône une approche communautaire de la réadaptation. En fin de compte, que la synergie et la complémentarité résultent de la manière dont les activités ont été réalisées ou de la nature même des activités mises en œuvre, cela a apporté et/ou renforcé la cohérence du Programme qui apparaît d'autant plus pertinent

(2) Certaines activités ont été réalisées en synergie entre volets au sein du Programme. Entre le volet SMI et le volet READ, la synergie est toute naturelle puisque pour certaines activités, notamment les formations, les bénéficiaires sont les mêmes dans les 2 volets. Entre le volet SR et le volet AAA, il y a eu aussi des synergies. La formation sur les techniques de sensibilisation et de plaider, organisée dans le volet SR a intégré 12 membres issus de 6 OPH. Du coup, des membres des associations qui ne sont pas dans le domaine de la prévention routière ont participé aux campagnes de sensibilisation sur la SR. De même, des activités ont été réalisées communément par le projet AAA et le projet READ. C'est le cas par exemple de la formation et de l'accompagnement des groupes d'entraide, de la sensibilisation communautaire menée par les groupes des pairs, de la sensibilisation des prestataires de soins à l'accueil des personnes handicapées ou encore de l'identification par les OPH des enfants avec des besoins en aides à la mobilité. Cela contribuait à favoriser la collaboration entre les acteurs de différents volets et au fond à renforcer le décroisement entre ces différents volets considérés comme autant de projets d'un même Programme.

(3) Certaines actions ont été menées en synergie au sein du portefeuille des interventions de HI. Le Programme évalué a en particulier « collaboré » avec le projet Education Inclusive de HI. Le projet SR et le projet Education Inclusive ont mené ensemble des actions de sensibilisation à la sécurité routière dans les écoles. De même, les cliniques mobiles dans les écoles inclusives ainsi que la formation des assistants sociaux et des relais communautaires sur l'accompagnement social personnalisé ont été co-organisées par le volet READ du Programme évalué et le projet Education Inclusive, avec une mise en commun des ressources. Cette « collaboration » renforce la cohérence du Programme.

³ Les comités de santé ont pour rôle la gestion et la supervision des services de santé dans les zones de santé

(4) Certaines actions ont été réalisées en synergie et en complémentarité avec d'autres acteurs de la coopération internationale. Avec le Rotary Clubs for Development, des membres des clubs ont bénéficié d'une formation professionnelle sur la fabrication des foyers améliorés « brasero », financée par Rotary. Une formation sur les grossesses à risque a été réalisée conjointement par HI et Rotary grâce à une mise en commun des fonds de chaque organisation. En outre, HI a réalisé des sensibilisations sur l'existence de la mutuelle de santé « Tosalisana » appuyée par Rotary à Nsele. Une dizaine de familles de membre de clubs de femmes ont adhéré à cette mutuelle. HI a également animé une session de sensibilisation sur l'inclusion, au profit des autres acteurs belges. Dans le volet SR, le Groupe National de Travail pour la Sécurité Routière, mis en place par le Programme, regroupe différents acteurs étatiques, privés et des sociétés civiles nationales et internationales. L'état des lieux de la sécurité routière organisé par ce Groupe de Travail a été réalisé avec l'appui technique et financier de l'OMS et HI. C'est dans le cadre de ce Groupe de Travail que Enabel a sollicité l'aide de HI pour évaluer le niveau d'intégration de la sécurité routière dans son Programme de Désenclavement du Kasai Oriental mis en œuvre au Kasai Oriental et à Lomami. Dans le volet AAA, des synergies ont été développées avec Viva Salud sur les bonnes pratiques pour la prise en compte du genre et avec Broederlijk Delen pour le plaidoyer.

La mise en place des activités en synergie a permis d'optimiser les ressources mais aussi de forger la cohérence du Programme en interne comme en externe. L'efficacité du Programme s'en est trouvée renforcée. Les synergies et la collaboration avec les acteurs belges suggèrent que le Programme s'est assurément inscrit dans les visées du Cadre Stratégique Commun. Au-delà des exemples cités ci-haut, HI a participé à plusieurs fora d'acteurs belges, notamment le groupe de travail de la cible stratégique santé, le forum des acteurs belges en RDC, le hub santé. Ces différents espaces de rencontre et de concertation favorisent une meilleure compréhension des interventions de chaque acteur et alimentent la réflexion sur des éventuelles pistes de collaboration⁴. Il y a là une réelle volonté de la part d'HI de chercher à renforcer la cohérence du Programme, et donc sa pertinence.

3.1.3. Un Programme qui a su s'adapter à l'évolution du contexte

La crise sanitaire mondiale consécutive au coronavirus constitue l'événement majeur qui a marqué la période de mise en œuvre du Programme. Face à la situation, HI a souhaité apporter sa contribution à la lutte contre la pandémie en réorientant certaines activités du Programme sans toucher à l'enveloppe budgétaire globale. Cette réorientation concernait les zones de santé de Ndjili, Selembao et Bumbu. Elle a porté sur la mise en place des activités de formation à la prévention et au contrôle des infections, de sensibilisation aux gestes barrières, d'appui aux partenaires, d'accompagnement des enfants handicapés scolarisés, et de dotation en équipements. Elle a été facilitée par le fait que HI connaît bien le terrain (les prestataires de soins, les agents communautaires, les organisations de la société civile dont les associations de personnes handicapées).

Mais avec les restrictions décidées par les autorités, notamment le confinement de la commune de Gombe, les activités du Programme ont dû être interrompues pendant un temps. Il a fallu trouver ou adapter des *modus operandi* pour que le Programme ne soit pas trop impacté négativement. Le télétravail ou le transfert d'argent par les nouveaux moyens associés à la téléphonie mobile font partie des solutions auxquelles on a parfois eu recours.

⁴ Un exemple est fourni avec l'ONG Pallia Familia. Elle intervient dans les soins palliatifs pour les personnes de troisième âge dont certaines ont développé des handicaps. Elle a partagé avec HI son approche d'intervention qui intègre un volet psychosocial. HI s'est montrée très intéressée par cette approche qui pourrait l'inspirer pour l'accompagnement des familles avec enfants handicapés. (Voir Handicap International, *Fiche pratique : Leçons apprises - RDC - OS 2 SMI, 2019*)

Ces changements montrent que le Programme a su s'adapter pour face au contexte changeant. C'est une preuve supplémentaire de la pertinence du Programme.

3.1.4. Des activités et des stratégies comportant des limites dans les réponses aux besoins essentiels des personnes handicapées

Le Programme a été élaboré et mis en œuvre en s'appuyant sur une théorie du changement selon laquelle pour permettre une participation pleine et effective des personnes handicapées et des personnes vulnérables à la vie de leurs communautés, il importe de garantir leur accès aux services et ainsi améliorer leurs conditions de vie et promouvoir le respect de leur dignité. Cela implique de structurer les actions au niveau des individus et de l'environnement ainsi que leurs interactions, mais aussi d'amener l'Etat à remplir ses diverses obligations, pour ainsi répondre aux besoins essentiels de tous et de toutes. On peut se demander si et dans quelle mesure cette théorie est valable. Autrement dit, dans quelle mesure le Programme a-t-il répondu aux besoins essentiels des personnes handicapés en leur garantissant un accès aux services afin d'améliorer leurs conditions de vie et promouvoir le respect de leur dignité ? On peut trouver quelques éléments de réponse à la question posée en examinant le dispositif de prise en charge des enfants handicapés.

Pour un enfant handicapé, l'accès aux services suppose d'abord qu'il soit identifié en tant que tel et que sa déficience soit donc détectée. Dans le Programme évalué, la base de données fait état de 2.431 enfants avec déficiences identifiés. Le Fonds de Solidarité a permis de prendre en charge 1.061 enfants, soit 43,6 %. Pour plus de la moitié d'enfants identifiés, le Programme n'a donc pas pu répondre à leurs besoins en ce sens qu'ils n'ont pas été pris en charge. Il faut dire que certains types de soins, comme la chirurgie par exemple, étaient exclus du Fonds de solidarité. Et quand bien même l'enfant pouvait bénéficier d'une prise en charge pour la réadaptation fonctionnelle, le Programme ne pouvait pas répondre à la totalité de ses besoins. L'accompagnement Social Personnalisé par exemple n'a bénéficié qu'à 238 enfants scolarisés, identifiés dans le cadre des cliniques mobiles organisées conjointement par le Programme évalué et le projet Education Inclusive. Or sur le plan social, ce type d'accompagnement est particulièrement utile car il est centré sur la construction du projet de vie individualisé de l'enfant accompagné. Tout ceci pour dire qu'au final, l'accès aux services de réadaptation reste limité à bien des égards pour de nombreux enfants, en grande partie pour des raisons financières. Le manque de moyens financiers constitue en effet un réel frein à l'accès aux soins de réadaptation, et donc à l'amélioration des conditions de vie et à la promotion des droits des enfants handicapés. Dans les zones d'intervention du Programme, la pauvreté endémique des familles, aggravée par la crise sanitaire consécutive à la COVID-19, est un obstacle majeur à la réalisation des droits des enfants handicapés. Et pour cause, dans les mécanismes du Fonds de Solidarité, il était prévu que les parents cofinancent, pour une petite part, les soins de réadaptation. Il a été rapporté, par certaines personnes rencontrées au cours de la mission, que certains parents ne payaient pas la petite part des coûts qui était laissée à leur charge. C'était un manque à gagner pour les services de kinésithérapie appuyés par le Programme qui ont exprimé un peu de mécontentement à cet égard.

Quoi qu'il en soit, et au-delà de la mise en place du Fonds de Solidarité, le Programme a cherché à apporter certaines réponses au problème de l'accessibilité financière aux soins de réadaptation. Il s'est rapproché de la mutuelle de santé Tosalisana appuyée par le Rotary Club à Nsele. Une dizaine de familles de membre des clubs de femmes y ont adhéré. Dans cette même perspective, le Programme a appuyé les clubs de femmes dans la mise en place des AGR puisqu'une partie des recettes de ces activités alimente une caisse de solidarité qui sert

notamment à financer les soins de santé des membres ou des personnes très vulnérables⁵. Il a aussi appuyé, dans le volet AAA, la constitution des groupes d'entraide liés aux OPH qui sont appelés à fonctionner sur le même modèle de solidarité communautaire que les clubs de femmes appuyés par le volet SMI. Ces appuis du Programme ont cherché à apporter une réponse communautaire à la problématique de l'accessibilité financière aux soins de réadaptation. Ce sont des actions nécessaires et pertinentes, mais insuffisantes pour résoudre le problème de l'accessibilité financière aux soins de réadaptation qui coûtent cher. La question appelle une réponse systémique et d'envergure dans laquelle l'Etat doit prendre toute sa part de responsabilité. Il doit notamment mettre en place une juste tarification des services, soutenir et promouvoir la création de mutuelles, mais aussi et plus généralement organiser la solidarité nationale à travers des mécanismes et des dispositifs comme la Couverture Santé Universelle. Naturellement, tout ceci ne relève pas de la responsabilité de HI. Mais dans un Programme comme celui évalué ici, HI ne devrait jamais perdre une opportunité de faire du plaidoyer stratégique afin d'amener l'Etat à jouer sa partition. Il n'est pas question ici d'un plaidoyer opérationnel qui, à la fin du projet, aboutit à des résultats immédiatement tangibles. Mais d'un plaidoyer stratégique et politique qui, comme dans un jeu d'échecs, permet de distiller des messages pour faire avancer les idées. Le lieu adéquat pour faire ce plaidoyer est le Comité de Pilotage du Programme.

On peut se demander du coup pourquoi un Comité de Pilotage n'a pas été mis en place. Deux raisons au moins peuvent être avancées. D'une part, un comité de pilotage multisectoriel est un instrument difficile à manœuvrer. De l'expérience de HI, les responsables de l'administration congolaise ne sont pas toujours prompts à participer aux réunions de ce genre dès lors qu'ils n'y trouvent pas une motivation ou un intérêt immédiat. D'autre part, l'organisation du Programme engendrait une dynamique d'autonomie. Chaque volet étant considéré comme un projet avec un chef à sa tête, il y avait le risque que la vision stratégique de l'ensemble s'émousse au profit de la vision « propre » de chaque projet. Il y avait le risque que le coordonnateur ou la coordonnatrice du Programme soit davantage happé(e) par les problématiques de coordination des sous-ensembles, plutôt que d'être focalisé(e) sur les questions de vision d'ensemble et de stratégie globale.

En tout état de cause, le Programme comportait des actions et des réalisations relevant de la sphère de compétence de différents ministères : le ministère en charge de la santé et celui des affaires sociales, bien sûr, mais aussi le ministère en charge des transports (à travers la CNPR), et le ministère en charge de l'enseignement primaire et secondaire (pour les questions en lien avec l'éducation inclusive). De notre point de vue, un Comité de Pilotage multisectoriel (avec des représentants des différents ministères mentionnés au plus haut niveau possible) aurait pu être institué afin de permettre à HI de faire le plaidoyer de ces interventions auprès des différents services de l'Etat, mais aussi d'amener ces services à s'approprier petit à petit les acquis du Programme (les méthodes de travail de HI, ses stratégies, son savoir-faire, ses apports au profit des personnes vulnérables). En définitive, et pour répondre à la question posée au début, la théorie du changement sur laquelle s'appuie le Programme paraît tout à fait valable. Pour permettre une participation pleine et effective des personnes handicapées et des personnes vulnérables à la vie de leurs communautés, il importe de garantir leur accès aux services et ainsi améliorer leurs conditions de vie et promouvoir le respect de leur dignité. Mais tant que cet accès aux services ne peut être garanti, cette théorie ne peut pas être pleinement opérante. L'accès aux soins de réadaptation en général, et l'accès aux opportunités économiques pour les adultes handicapés, constituent des obstacles majeurs

⁵ Dans les témoignages recueillis auprès des femmes membres des clubs, il n'a pas été rapporté des cas où un club de femmes a payé des frais pour des soins de réadaptation.

qu'il importe de faire tomber si l'on veut améliorer les conditions de vie et promouvoir le respect de la dignité des personnes handicapées.

3.2. L'efficacité du Programme

La notion d'efficacité renvoie à la question de savoir si et dans quelle mesure les résultats initialement prévus ont été atteints. Dans son sens premier, on entend par résultats, les réalisations, les actions et activités menées. Vues sous cet angle, l'analyse et l'appréciation de l'efficacité se font en comparant ce qui avait été prévu initialement et ce qui a été effectivement réalisé. Mais les résultats peuvent aussi s'entendre par référence aux buts recherchés et à la finalité même du Programme. L'efficacité renvoie alors aux effets et à l'impact du Programme. La notion d'efficacité est abordée ici sous ces deux sens⁶.

3.2.1. L'efficacité du Programme en termes de réalisations et des actions menées

Pour apprécier l'efficacité vue sous l'angle de la comparaison entre ce qui a été initialement prévu et ce qui a été effectivement réalisé, on s'appuie normalement sur des Indicateurs Objectivement Vérifiables (IOV). Or, dans le document du Programme (fiche programme), il n'est pas vraiment formulé des indicateurs de réalisation des activités, sauf en ce qui concerne le nombre de bénéficiaires à atteindre. L'analyse et l'appréciation de l'efficacité sont faites en tenant compte de cela. Par ailleurs, on gardera à l'esprit, comme indiqué précédemment, que la base de données du Programme était encore en cours de finalisation au moment de la mission sur le terrain. Certaines données n'y étaient pas encore introduites et on procédait encore à certaines (re)vérifications. Il y a de ce fait quelques insuffisances dans les données chiffrées présentées ici.

Cela étant précisé, on retiendra que l'efficacité du Programme est assurément bonne. Un inventaire des principales activités réalisées figure en Annexe 7. En termes de nombre de bénéficiaires directs touchés, le Programme a atteint tous les objectifs escomptés. Plus généralement, divers facteurs ont joué dans l'atteinte des résultats globaux.

A. L'efficacité du Programme au regard du nombre de bénéficiaires directs touchés.

En comparant ce qui avait été initialement prévu et ce qui a été effectivement réalisé, on se rend compte que les résultats escomptés ont été atteints et souvent dépassés en termes de nombre de bénéficiaires touchés.

i) Sur le volet SR

Tableaux 2 : Nombre de bénéficiaires directs en SR

Principaux Bénéficiaires directs	Prévu	Réalisé
Membres des ONG locales de SR	332	330
Chauffeurs	4300	7283
Ecoliers/Elèves	9600	41297
Agents de la PCR	128	322
Usagers de la route (COVID-19)	25522	49000

⁶ Les effets et l'impact du Programme sont abordés sous cette bannière de l'efficacité et non dans un chapitre à part, parce que les termes de référence stipulent explicitement l'efficacité en tant que critère d'évaluation, mais pas les effets et l'impact.

A la lecture du tableau, il est clair que le projet SR a touché beaucoup plus de personnes que prévu, qu'il s'agisse des élèves sensibilisés dans les écoles d'éducation inclusive, des usagers de la route ou encore des chauffeurs de transports en commun. Sur cette dernière catégorie de bénéficiaires, le nombre de 7283 rapporté dans le tableau correspond aussi au nombre d'affichettes apposées à l'arrière des automobiles et comportant des messages de sensibilisation sur la sécurité routière. Il est vraisemblable que les conducteurs de ces automobiles ont été sensibilisés avant que les affichettes ne soient collées. Mais une bonne partie des campagnes de sensibilisation a été réalisée sur les parkings où les mototaxis stationnent en attendant les clients. Le nombre de personnes touchées par les sensibilisations est par conséquent beaucoup plus élevé, et de loin, que le chiffre rapporté. S'agissant du nombre d'agents de la Police de la Circulation Routière (PCR), l'objectif initial a été atteint et dépassé. 322 agents ont été touchés : 268 par les sensibilisations et 54 par les formations. L'un des responsables de la Direction Générale des Ecoles et Formations de la police étant sous sanction de l'Union Européenne, le partenariat avec cette direction a été rompu. Pour ce qui est des membres des organisations locales de sécurité routière, il est rapporté qu'ils sont au nombre de 330 à avoir bénéficié du projet. Mais, les responsables d'au moins 3 OPH interrogés au cours de la mission ont affirmé que les personnes formées ont à leur tour réalisé des restitutions sommaires, sur certaines thématiques, auprès des autres adhérents. Ils ont déploré le fait que les restitutions ne pouvaient pas être effectuées de manière consistante, compte tenu du peu de moyens dont disposent les organisations. Si le Programme avait prévu un appui en ce sens, les nouvelles connaissances apportées par le Programme auraient été davantage disséminées. Ce dernier aurait produit de résultats plus importants et son efficacité en aurait été accrue⁷.

ii) Sur le volet SMI

Tableau 3 : Nombre de bénéficiaires directs en SMI

Principaux bénéficiaires directs	Prévu	Réalisé
Femmes enceintes	22.957	55.935
Membres de Clubs de Femmes	1000	1.650
Personnes handicapées	90	54
Prestataires de soins	60	67
Formateurs en SSR	10	15
Autres prestataires pour la formation PCI	182	182

Les chiffres montrent que les objectifs prévus ont été atteints. Pour ce qui est des personnes handicapées (54), il s'agit de femmes handicapées enceintes accueillies dans les services de maternité. L'atteinte de l'objectif n'était pas du ressort exclusif du Programme.

iii) Sur le volet AAA

En ce qui concerne le volet AAA, les bénéficiaires directs sont les personnes handicapées, leurs organisations et leurs familles. Mais les activités du volet AAA avaient aussi d'autres cibles, en particulier en ce qui concerne le plaidoyer. Celui-ci a été mené en direction des autorités en vue de l'adoption de la loi organique en faveur des personnes handicapées. Il a également été mené en direction des prestataires de soins pour améliorer l'accueil des

⁷ OISR et CAPR par exemple, ont expliqué que beaucoup de leurs membres n'avaient pas une réelle idée de ce que l'adhésion à une association impliquait comme engagement. Les gens croyaient qu'adhérer à une association consistait en une simple formalité. Il eut été utile de réaliser des restitutions consistantes, appuyées par la distribution d'outils pédagogiques, sur les thématiques de la vie et de la gestion associative.

personnes handicapées dans les services sanitaires et en direction du corps enseignant pour favoriser l'inclusion des enfants handicapés dans les établissements scolaires.

Le PRODOC prévoyait une cible de 3.500 bénéficiaires directs au total, sans pour autant en faire une ventilation selon les activités à réaliser. Lorsqu'on comptabilise le nombre de personnes touchées notamment par les formations, les réunions d'échanges d'expériences, l'accompagnement rapproché des OPH, les ateliers sur les stratégies de partage d'informations, les réunions des groupes d'entraide, l'appui aux projets innovants favorisant l'accès à l'emploi et aux opportunités économiques, les réunions de définition d'une stratégie commune de plaidoyer, les orientations vers le service de planning familial, etc., il apparaît que 3.615 ont été touchées (1.546 femmes, 2.069 hommes). Il convient de noter qu'au moment de la mission sur le terrain, certaines activités étaient encore en cours de réalisation ou programmées. Elles portent notamment sur les groupes d'entraide et le soutien entre pairs ou encore sur l'appui à la mise en œuvre de la stratégie commune de plaidoyer.

iv) Sur le volet READ

Tableau 4 : Nombre de bénéficiaires directs en READ

	Prévu	Réalisé
Enfants handicapés	1.300	2.431
Enfants en réadaptation	1.100	1.061
Relais communautaires	450	-
Sages-femmes	50	41
Kinésithérapeutes	34	55
Parents d'enfants handicapés	1.500	-

Le volet READ a atteint ses objectifs pour ce qui est du nombre d'enfants détectés avec une déficience. 2.431 enfants ont été identifiés (sur 1300 prévus) essentiellement grâce aux cliniques mobiles, dont 663 identifiés lors des cliniques mobiles organisées dans les écoles d'éducation inclusive. En termes de prise en charge, le Fonds de solidarité a permis à 1.061 enfants d'accéder aux soins de réadaptation. La situation de certains enfants nécessitant parfois une prise en charge multimodale, la ventilation entre les différentes modalités de présente ainsi qu'il suit.

Tableau 5 : Modalités de prise en charge des enfants

	Nombre d'enfants
Kinésithérapie	995
Appareillage orthopédique	319
Kinésithérapie + Appareillage orthopédique	281
Aide Technique à la mobilité	43
Aide technique à la mobilité + Kinésithérapie	14
Aide Technique à la Mobilité + appareillage orthopédique	3
ATM + appareillage orthopédique + Kiné	2

Le Fonds de solidarité ne prenait pas en charge la chirurgie (31 enfants ont été détectés avec une fente labiale, par exemple), ou d'autres types de déficiences (auditives ou oculaires, par exemple). Les enfants chez qui on a détecté ces autres types de déficiences qui n'étaient pas pris en charge, ont été orientés vers des services d'autres structures après que HI en ait fait l'inventaire et une évaluation rapide.

B. Les éléments qui ont influencé l'atteinte des résultats globaux

1°/ La crise sanitaire consécutive à l'épidémie de la COVID-19

L'épidémie de la COVID-19 a affecté le rythme de mise en œuvre du Programme en 2020. Au moment du confinement du centre-ville de Kinshasa, la mise en œuvre des nombreuses activités avait été suspendue. Les activités prévues alors avaient été reportées. Mais une fois le confinement levé, les activités ont repris. Ce bousculement dans le rythme de mise en œuvre ne semble pas avoir impacté de manière significative les résultats obtenus en fin de compte. Cependant, au-delà du rythme de mise en œuvre des activités, la COVID a quand même impacté le déroulement du Programme. D'abord, certaines activités n'ont pas été réalisées de la manière qui était initialement prévues. A titre d'exemple, la campagne d'information à l'éducation inclusive réalisée par PAROUSIA devait initialement se dérouler dans les écoles. Mais à cause de la COVID-19, elle a finalement été menée dans les médias. Ensuite, certaines activités prévues initialement n'ont pas été réalisées. C'est le cas notamment (1) de la formation des acteurs étatiques et non étatiques à l'inclusion des personnes handicapées (volet AAA) et (2) du voyage d'étude, d'observation et d'échange que devait être fait au Mali pour explorer les outils les plus efficaces dans l'accompagnement des parents d'enfants IMC (volet READ). Enfin, certaines activités prévues en 2020 ont été reformulées pour être réorientées vers la prévention de la COVID-19, (avec la contribution financière du Ministère des Affaires Etrangères du Luxembourg, la Fondation JOS & MIMIEKE, l'UNICEF et la Fondation Roi Beaudouin).

Le tableau ci-après présente les activités initialement prévues qui ont fait l'objet d'une réorientation COVID

Tableau 6 : Activités réorientées COVID

Activité initialement prévue	Réorientation COVID
Volet SR	
Appui à la mise en place et l'exécution des plans de développement organisationnel	Appui aux partenaires (OCLAR-REF et CAPR) pour l'exécution des activités de prévention du COVID
Animation de formations techniques en sécurité routière	Formation de 38 sensibilisateurs
Appui à la sensibilisation des conducteurs de transports en commun	Sensibilisation des conducteurs de transport en commun sur les mesures de prévention au COVID
Développement d'outils de sensibilisation	Impression des affiches de prévention COVID sur les gestes barrières et dotation de kits d'hygiène pour les décontamineurs d'auto-taxis
Volet SMI	
Réunions d'échange et d'accompagnement communautaire (relais communautaires, prestataires des soins, représentants des clubs des femmes)	Formation des prestataires de santé (sages-femmes) sur les mesures de prévention spécifiques (liées à la problématique de l'accouchement)
Formations et recyclage des prestataires de soins sur la prise en charge de la santé de la mère et de l'enfant en situation normale et en situation d'urgence ainsi que sur la gestion des déchets hospitaliers	Formation des prestataires de santé sur les mesures de prévention COVID
Volet AAA	
Organisation de différentes formations inclusives sur le management des associations et les capacités organisationnelles, les thématiques du handicap (CIDPH et ODD, participation et mobilisation communautaires) et l'accompagnement social personnalisé	Formation des sensibilisateurs des OPH, la dotation de produits d'hygiène dans les sites d'hébergement de personnes handicapées et la dotation d'équipements de lavage de mains dans les sites
Echanges réguliers d'expériences entre OPH	Sensibilisation avec distribution de matériels d'hygiène pour 200 familles d'enfant handicapé
Appui au développement organisationnel des 4 OPH partenaires	Impression des affiches de prévention et appui aux OPH pour garantir un bon suivi des actions auprès des familles d'enfants
Appui à la formation des groupes d'entraide et formation sur 'le soutien entre pairs'	Accompagnement dans l'étude à domicile des enfants handicapés par les instituteurs
Accompagnement à la mise en œuvre des projets innovants à base communautaire	Adaptation et diffusion des messages liés au COVID en fonction des handicaps sensoriels
Appui au plaidoyer pour l'inclusion des personnes handicapées dans les programmes développées par les acteurs étatiques et non-étatiques	Appui matériel et financier aux (RECO) et achat de matériel d'hygiène pour les 200 familles d'enfants handicapés
Volet READ	
Formation des agents communautaires sur le handicap et la réadaptation (approche RBC)	Formation des RECO aux mesures de prévention COVID et appui matériel et financier aux RECO
Mise en place de l'outil « Getting to know CP »	Appui matériel et financier aux RECO
Appui à la prise en charge en réadaptation puis développement d'un modèle de prise en charge sur base des résultats des études de faisabilité menées	Accompagnement dans l'étude à domicile des enfants handicapés par les instituteurs
Stratégie avancée de prise en charge via des cliniques mobiles	Appui matériel et financier aux RECO
Appui aux activités de sensibilisation communautaire menées par les groupes des pairs	Diffusion des messages de prévention COVID

La mise en œuvre des activités réorientées vers la lutte contre la propagation de la COVID-19 a impacté le Programme dans le sens où des activités qui n'étaient pas initialement prévues ont été réalisées. Par voie de conséquence, le Programme a touché plus de personnes que ce qui était prévu au départ. Sur un autre plan, cette pandémie a eu pour conséquence de faire baisser le taux de fréquentation dans les services de santé. Selon les responsables des services de santé interrogés au cours de la mission, les gens n'osaient plus aller à l'hôpital de peur d'y contracter la maladie. Grâce aux sensibilisations et à la mise à disposition des équipements de protection individuelle pour les prestataires et les patients, ces craintes se sont estompées peu à peu.

La pandémie a également fragilisé les populations déjà vulnérables, sur le plan économique. Selon un responsable de l'une des OPH bénéficiaires du Programme, le confinement a conduit beaucoup de personnes à ronger le petit capital qu'elles pouvaient avoir, les laissant encore plus démunies et vulnérables. Le fait d'avoir réorienté certaines activités prévues au Programme vers des activités COVID démontre la capacité de HI à s'adapter pour faire face aux changements et saisir des opportunités pour contribuer à l'amélioration de la vie des personnes vulnérables.

La réorientation vers les activités COVID ne semble pas avoir soulevé des difficultés particulières en termes de management du cycle de projet. Elle a été facilement acceptée par le bailleur de fonds principal. La flexibilité dont le bailleur a fait preuve mérite d'être saluée. Il faut dire que cette crise sanitaire a frappé de manière si soudaine et si violente qu'il était indispensable pour HI d'apporter sa contribution à la lutte contre la pandémie. Mais il nous semble aussi que cette réorientation a aussi été facilitée par le fait que le cadre logique de l'intervention contenait un nombre limité d'indicateurs chiffrés sur la réalisation des activités résultats. En effet, si le cadre logique avait été trop rigide en termes de résultats à atteindre, la réorientation des activités aurait peut-être été plus difficile à faire en ce que HI aurait pu restée focalisée sur les indicateurs à atteindre.

2°/ Le re-calibrage du format de certaines formations en SMI.

L'organisation des formations selon l'approche traditionnelle (session de formation d'une durée de 12 jours) conduit à mobiliser le personnel des services de santé pendant toute cette période ; ce qui crée une absence prolongée dans les services avec un impact négatif sur la qualité des soins. Une nouvelle approche a été expérimentée : la formation à petite dose et à haute fréquence. Il s'agit des formations séquentielles sur des modules bien précis, dispensés pendant une courte durée selon un rythme soutenu avec des jours de repos entre les modules. Cette approche a permis de développer un apprentissage interactif associant l'acquisition des compétences nouvelles à la l'expérimentation immédiate des techniques apprises, au retour dans les services⁸. Une meilleure assimilation des connaissances acquises est un signe d'une formation efficace.

3°/ Le recours au mentorat clinique pour former certains prestataires de soins de la maternité et de la pédiatrie.

Ce type de formation se déroule sur le lieu de travail selon une approche personnalisée. Pour chaque mentoré, une fiche individuelle d'amélioration est établie pour suivre l'acquisition des compétences. Elle spécifie le niveau de départ et les attentes de chaque personne formée afin de mieux suivre l'acquisition des compétences. Dans cette approche, un plan individuel d'accompagnement est établi en fonction des points à améliorer et une relation de confiance s'instaure entre le mentor et ses mentorés. Selon les responsables d'HI, cette approche de la formation a permis d'atteindre un niveau d'amélioration qui n'avait jamais été observé avec les formations classiques.

4°/ Le suivi-accompagnement rapproché des ONG bénéficiaires

Le Programme s'est attaché à renforcer des capacités des OPH à travers les formations, les échanges d'expériences, mais aussi à travers un accompagnement rapproché au développement des capacités opérationnelles des OPH. Réalisé en particulier par le chargé de partenariat, un peu à la manière d'un coaching, cet accompagnement permettait en effet d'appuyer chacune des OPH dans l'atteinte des objectifs de développement organisationnel qu'elle s'était préalablement fixés. Il permettait aussi de réaliser un suivi régulier des indicateurs de réalisation des activités planifiées. Une telle stratégie, associée à l'appui

⁸ Handicap International, *Fiche pratique : Leçons apprises - RDC - OS 2 SMI, 2019.*

technique et financier, est un facteur d'efficacité dans la mesure où elle conduit à renforcer l'association bénéficiaire à partir d'une identification et d'une auto-évaluation de ses propres besoins. C'est grâce à cet accompagnement qu'ASSOUKIN par exemple a été amenée à solliciter la commune de Ngiri-Ngiri pour obtenir un local pouvant abriter son siège social. La démarche a été couronnée de succès.

3.2.2. L'efficacité du Programme au regard de la finalité du Programme : Effets et impact

Appréhender les effets et impact d'une intervention alors même que le Programme n'est pas encore totalement clôturé, n'est pas toujours chose aisée en raison du manque de recul. En plus, les changements induits par le Programme ne sont pas toujours mesurables ou mesurés au moyen des indicateurs chiffrés. Malgré tout, et en se basant sur certaines observations et sur le ressenti des personnes interrogées au cours de la mission, certains éléments d'impact sont perceptibles. Il convient de les rechercher en termes de (1) amélioration de la sécurité routière et réduction du risque de handicap pour toutes et tous, (2) amélioration de la qualité et de l'accès aux services de santé et de réadaptation pour les personnes handicapées, et (3) participation effective des personnes handicapées à la vie sociale.

A. L'amélioration de la sécurité routière et la réduction du risque de handicap

1) Le renforcement des capacités des organisations engagées dans la prévention routière

Les associations partenaires du volet SR ont été renforcées par le Programme selon 3 axes principaux. Elles ont reçu des formations notamment sur la vie et la gestion associative, la gestion des projets, la conception des campagnes de sensibilisation, la sécurité routière. Elles ont reçu un appui institutionnel qui leur permettait par exemple d'aménager le local pour le siège social, de payer le loyer ou d'acheter des équipements et du matériel de bureau. Elles ont enfin reçu un appui pour réaliser des campagnes de sensibilisation. Celles-ci visaient dans un premier temps la lutte contre la conduite en état d'ébriété et ciblaient par conséquent les conducteurs de véhicules de transport en commun (y compris les mototaxis). Dans un second temps, les campagnes de sensibilisation ont été orientées vers la lutte contre la propagation de la COVID-19. Elles ont alors ciblé non seulement les conducteurs, mais aussi les écoles. Les associations ont par ailleurs participé aux travaux du Groupe de Travail sur la Sécurité Routière.

Ces divers appuis ont eu pour effet de renforcer les organisations partenaires en interne. Le Programme a accru les capacités techniques de ces organisations. Les responsables interrogés au cours de la mission ont expliqué cela notamment à travers ces mots : « Avant HI, on travaillait en désordre ». « Aujourd'hui, nous savons comment élaborer une campagne de sensibilisation et de plaidoyer ». « Nous avons découvert plus de choses ». « Nous sommes capables de faire des choses par nous-mêmes », etc. Le Programme a aussi réveillé et amélioré la vie associative, et donc vivifié les associations. Il leur a apporté un souffle nouveau et permis de resserrer le lien social qui unit les membres. « Avant, il y a des gens qui pensaient qu'une association, c'était juste une formalité, alors que cela demande du travail, de l'investissement ». Ils ne comprenaient pas nécessairement à quoi ils s'engageaient en devenant membres. Le Programme a contribué à faire évoluer les choses. Il a « permis de rendre actif le comité directeur... Chacun avait une tâche à remplir... Parfois nous sommes restés jusqu'à tard le soir au siège pour travailler... ». « Avant, tout reposait sur le dos du président ». Grâce au Programme, les membres ont compris que chacun devait apporter sa contribution.

Le renforcement des associations partenaires en interne s'est traduit par le fait qu'elles ont développé une vision leur permettant de se projeter vers l'avenir. A titres d'illustrations, OCLAR-REF s'est lancé dans l'exercice d'élaboration d'un plan d'action stratégique 2022-2026. Elle réfléchit à une stratégie de rapprochement avec le Ministère en charge de la santé en travaillant avec les Relais Communautaire. CAPR a élaboré un projet de sensibilisation à une consommation responsable d'alcool, qu'il a soumis à la BRALIMA. On leur a promis un financement pour janvier 2022. OISR travaille à l'élaboration d'un plan pour des campagnes de sensibilisation de masse, etc.

Le Programme a aussi renforcé les associations partenaires en externe. Il leur a apporté de la visibilité, de la crédibilité et au final de la reconnaissance. Ce faisant, ces associations se sont vues confortées dans leur mandat institutionnel. Leur ancrage dans la société a été affermi. L'un des effets les plus tangibles du Programme à cet égard est sans doute l'intégration de la CAPR au corps des volontaires de la Coordination pour le Changement des Mentalités (CCM). Selon le Président de la CAPR, c'est grâce au Programme et à la visibilité qu'il leur a apportée que la CAPR a été identifiée et choisie pour établir un partenariat avec la CCM qui est une organisation mise en place par la chef de l'Etat pour accompagner les changements qu'ils souhaite insuffler. Près de ¾ des membres de la CAPR sont employés par la CCM pour participer à la fluidification du trafic routier à Kinshasa. Au-delà de cet exemple, les responsables des associations rencontrés au cours de la mission ont affirmé qu'ils se sentent davantage respectés et écoutés par les autorités.

2) Une avancée pour une politique de sécurité routière

Comme il a été mentionné plus haut, l'absence de statistiques complètes et fiables ne nous permet pas de savoir dans quelle mesure le Programme a pu contribuer à réduire le nombre d'accidents de la circulation qui sont une cause importante de la survenue des handicaps. Parmi les personnes interrogées au cours de la mission, une seule a affirmé, avec force et conviction, que le Programme a contribué à réduire les accidents. Il est permis toutefois d'espérer que le respect des panneaux de signalisation posés a pu empêcher un accident ici ou là. Même chose s'agissant des quelques changements rapportés sur les parkings où stationnent les mototaxis en attendant les clients. A Pont Matete, par exemple, il est rapporté que sur l'un des parkings, le stationnement se faisait en tournant le dos aux camions, de sorte que les conducteurs de mototaxis ne les voyaient pas arriver. A la suite des campagnes de sensibilisation, le positionnement a été changé. A l'endroit dit « Point Chaud », les mototaxis qui y stationnaient créaient un entonnoir très dangereux. Le parking a été supprimé et pour être installé un peu plus loin. Il a également été rapporté par les personnes interrogées que grâce aux sensibilisations effectuées, les conducteurs des mototaxis ne tolèrent plus la présence sur les parkings des vendeurs du produit stupéfiant dite « Bombé ». L'impact de ces changements en termes de réduction des accidents n'a pas pu être directement observé et mesuré par la mission d'évaluation.

La contribution du Programme en matière de politique de sécurité routière est en revanche plus saisissable. Les nombreuses réunions du Groupe de Travail sur Sécurité Routière mis en place dans le Programme, ont débouché sur la réalisation d'un état des lieux de la prévention routière. Par la suite, il a été élaboré un document de Politique Nationale de la Sécurité Routière en République Démocratique du Congo ainsi qu'un Plan d'Actions Stratégiques Inclusif de Sécurité Routière. Parmi les propositions structurelles avancées dans ces documents, il y a notamment (1) le changement de la Commission Nationale de Prévention Routière en une Agence Nationale de Prévention Routière autonome, (2) la création d'un Observatoire de la sécurité routière chargé notamment de collecter les données sur les accidents de la route, et (3) la création d'une Brigade de la sécurité routière. Ces documents

ainsi que la dynamique engendrée autour de la question de la sécurité routière avec la constitution du Groupe de Travail, sont un effet majeur du Programme, d'autant plus notable que ce résultat n'avait pas été prévu au départ. Cette contribution du Programme qui a pour objectif de doter la RDC d'une politique de sécurité routière est importante surtout parce que le pays n'a rien entrepris en écho à la Décennie d'action pour la sécurité routière 2011-2020, décrétée par l'Assemblée Générale des Nations Unies en vue de stabiliser puis de réduire le nombre prévu de décès imputables aux accidents de la route. Aujourd'hui, l'appropriation de ces documents et donc l'adoption d'une réelle politique de sécurité routière par les pouvoirs publics tardent à venir. De l'avis de l'ensemble des acteurs rencontrés au cours de la mission, il n'y a pas une réelle politique de l'Etat congolais à s'engager dans la sécurité routière. Selon eux, l'Etat fait tout au plus un peu de prévention routière, mais pas de la sécurité routière. La question n'est jamais abordée par les autorités sous l'angle de la lutte contre l'alcool au volant, par exemple, mais seulement sous l'angle de la lutte contre les embouteillages. L'enquête CAP réalisée auprès de conducteurs a montré que si les conducteurs (99,3%) savent bien que l'alcool est source d'accidents du trafic routier, ils sont 80,7% à consommer de l'alcool. Parmi ces derniers, 19% boivent de l'alcool au volant et 12,6% ont déjà conduit en état d'ivresse⁹. La politique de l'Etat en matière de sécurité routière devrait donc aussi inclure une composante répression.

B. L'amélioration de la qualité et de l'accès aux services de santé et de réadaptation pour les personnes handicapées

1) L'amélioration des infrastructures sanitaires

Le Programme a apporté un appui à l'aménagement et à l'équipement aux structures partenaires. Le service de kiné de l'HGR de Makala a fait l'objet d'une réhabilitation. Au Centre Mère et Enfant de Bumbu, le service de kiné a été construit. Ces 2 services ont été dotés des équipements et de matériels nécessaires pour la prise en charge des patients. Les salles de naissances et des urgences pédiatriques de l'HGR de Nsele ainsi que le centre de santé de Kitokimosi (zone de santé de Selembao) ont aussi été appuyés pour améliorer leur alimentation en électricité. Dans les 2 cas, et compte tenu des coupures d'électricité fréquentes dans la capitale congolaise, on s'est tourné vers les panneaux solaires pour solutionner le problème. Pour le HGR de Nsele, c'était une pose de panneaux, alors que pour Kitokimosi, il s'agissait d'un renforcement des batteries. Ces divers appuis, de par leur nature, ont assurément contribué à améliorer la qualité des services rendus aux usagers. Au niveau du centre Mère et Enfant de Bumbu, il importe de faire remarquer que selon les responsables du service de pédiatrie, un obstacle continue de se dresser sur le chemin de l'amélioration de la qualité du service rendu aux usagers. Le centre souffre d'un cruel problème d'alimentation en eau.

2) Le renforcement des capacités techniques des prestataires de soins.

La contribution du Programme au renforcement des capacités, et donc à l'amélioration de la qualité des prestations de soin, doit être appréciée en fonction de la catégorie de prestataire dont il est question.

Chez les techniciens orthoprothésistes.

Le Programme a poursuivi l'appui de HI à la formation de l'étudiant technicien orthopédiste boursier à TATCOT. L'étudiant en question a terminé sa formation et obtenu son diplôme. Ne s'étant pas vu proposer un poste par HI, il est parti travailler pour une autre organisation. Il

⁹ Dr Ndaye Trésor, Etude sur les connaissances, attitudes et pratiques des conducteurs du réseau routier de la commune de Limete dans la ville de Kinshasa face à l'alcool au volant, mars 2019, p.30.

n’y a donc pas de référent technique en orthopédie au niveau de HI en RDC. Le Programme prévoyait aussi de superviser et d’encadrer les ateliers orthopédiques de l’hôpital général de Mama Yemo. Cette supervision a été réalisée par le coordinateur technique READ arrivé en cours de Programme. Elle a fait ressortir que la fiche permettant d’évaluer la qualité des orthèses produites n’est pas toujours correctement renseignée. Du coup, la mission d’évaluation n’a pas d’éléments pour estimer le niveau de qualité des orthèses produites et livrées. La mission d’évaluation à mi-parcours avait toutefois estimé que 85% des orthèses produits et livrés répondaient aux critères de qualité¹⁰.

Chez les kinésithérapeutes.

Les responsables des services de kinés avaient été formés au RMS lors d’un précédent projet (TEAM Congo). A la suite de cette formation, ils devaient mettre en place le RMS dans leurs services respectifs. Or, le RMS n’a pas été mis en place. Plus spécifiquement, ces services ne disposent pas de plans d’actions annuels qui auraient permis d’avoir quelques éléments permettant d’évaluer et d’améliorer la qualité des services de manière continue. Il n’y a pas non plus d’outil spécifique permettant d’évaluer la qualité des actes techniques des kinés. On aurait pu s’appuyer sur les dossiers des patients pour apprécier l’évolution de la situation des enfants et par extrapolation apprécier la qualité des soins administrés. Mais là aussi le dossier patient n’est pas toujours correctement renseigné. Les kinés ne prennent pas le temps pour le remplir complètement et correctement. Ils se contentent de mentionner que « l’enfant a évolué » au lieu de mettre les éléments factuels qui permettraient d’aboutir à la conclusion que l’enfant a évolué. Le Coordinateur Technique READ a effectué un coaching pour tenter de faire évoluer les choses. Selon son constat, au final le nombre de kinésithérapeutes qui remplissent correctement le dossier patient est encore trop faible.

Chez les personnels des services de pédiatrie et de maternité.

Le Programme a assurément contribué à une amélioration de la qualité des prestations de soins grâce au renforcement des capacités techniques des prestataires de soins. Ces formations ont porté sur une gamme de thématiques couvrant toute la chaîne du continuum de soins : prévention, détection et prise en charge. Elles ont permis aux prestataires formés d’acquérir et/ou de développer des savoirs (connaissances acquises), des savoir-faire (habiletés et capacités) et des savoir-être (changements d’attitudes) qui impactent la qualité et l’accès aux soins. Certains éléments peuvent témoigner de la meilleure qualité des soins qui en résulte :

- i. La réduction du taux de mortalité dans les maternités. Les personnes des services de maternité et de pédiatrie rencontrées au cours de la mission sont unanimes pour reconnaître, avec une certaine fierté, que le Programme a contribué à réduire drastiquement le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans dans les services. Les chiffres le confirment.

Tableau 7 : Nombre de décès d’enfants dans les services de maternité des 4 structures appuyées par le Programme

Année	Total
2017	NC
2018	26
2019	4
2020	0
2021	0

NC : Non communiqué

Source : Base de données du Programme

¹⁰ Rapport d’évaluation à mi-parcours, version finale, p. 33

On note aussi une augmentation constante de la fréquentation des femmes enceintes aux consultations prénatales 1, comme le montre le tableau ci-après¹¹.

Tableau 8 : Nombre de femmes ayant consulté en CPNI dans les 4 structures appuyées par le Programme

Année	Total pour toute la Zone de Santé	Total pour les 4 structures appuyées
2017	88.533	26.560
2018	99.076	29.723
2019	94.778	28.433
2020	130.417	39.125
Total	516.016	154.805

Source : Système national d'informations sanitaires, SNIS, repris dans la base de données du Programme

NB. La colonne de droite (Total pour les structures appuyées) représente une estimation par extrapolation à partir des données des zones de santé. On estime que 1/3 du nombre de consultations de ces zones est à attribuer aux structures appuyées par le Programme.

- ii. L'utilisation correcte du partogramme. Elle est synonyme de bon suivi des femmes qui accouchent. L'évaluation à mi-parcours avait estimé que le partogramme était utilisé correctement dans 63% de cas¹². Après la fin du mentorat maternité, les partogrammes étaient tous correctement remplis. Ce niveau d'amélioration n'avait jamais été atteint avec les formations classiques¹³.
- iii. La meilleure classification des urgences en pédiatrie. Etape primordiale pour une bonne prise en charge des enfants, elle permet en effet d'instaurer un traitement rapide et ainsi de réduire la mortalité causée par le retard de soins¹⁴.
- iv. Le changement de regard sur les femmes handicapées qui accouchent. Tous les agents travaillant dans les services de maternité qui ont été interrogés au cours de la mission ont affirmé que leur regard a changé vis-à-vis des femmes handicapées enceintes. Ils ont expliqué qu'avant, il y avait de la gêne lorsqu'ils accueillait des femmes handicapées enceintes car ils ne savaient pas nécessairement comment s'y prendre. Pire, ils étaient parfois condescendants, dédaigneux et portaient de jugement de valeur. Ils se disaient « mais pourquoi cette femme est allée se mettre dans des situations pareilles ? Comme si son handicap ne suffisait pas ». En somme pour eux, une femme handicapée ne devrait pas tomber enceinte. Aujourd'hui grâce au Programme leur regard a changé. Ils ont compris que la femme handicapée enceinte avait des droits et qu'elle méritait d'être accueillie convenablement comme tout autre usager.

3) L'amélioration de l'accessibilité financière aux soins de santé

Le Fonds de solidarité a apporté une réponse ponctuelle au problème de l'accessibilité financière aux soins de réadaptation pour les 1.061 enfants qui en ont bénéficié. La question de l'accessibilité financière aux soins reste cependant entière. C'est vrai pour les enfants handicapés qui ont été identifiés mais qui n'ont pas été pris en charge par le Programme. C'est

¹¹ Au niveau de l'année 2019, il y a eu un problème au niveau du SNIS, dans l'encodage des données dans le système

¹² Rapport d'évaluation à mi-parcours, version finale, p. 29.

¹³ Handicap International, *Fiche pratique : Leçons apprises - RDC - OS 2 SMI, 2020.*

¹⁴ Ibid.

vrai également pour toutes les personnes handicapées et les personnes vulnérables, en général, en ce qui concerne les soins de santé primaire. A cet égard, le Programme a cherché à apporter quelques solutions en encourageant les adhésions à la mutuelle de santé Tosalisana¹⁵ et en appuyant la mise en place des activités génératrices de revenus pour les clubs de femmes. Sur ce dernier point, une partie du bénéfice tiré des activités développées par les femmes modèles sert en effet à alimenter une caisse de solidarité utilisée pour payer les soins des membres et plus généralement les soins des personnes très vulnérables. Les membres des clubs ont rapporté des nombreux exemples d'utilisation de la caisse de solidarité : payer les frais de consultation prénatale à une fille de 18 ans mise enceinte par un garçon parti ailleurs ; aider une grand-mère élevant seule sa petite fille à payer les soins de santé de cette dernière lorsqu'elle est tombée malade ; aider une maman à faire vacciner son enfant en lui payant les frais de la carte de vaccination, payer les frais de santé d'une femme qui était retenue et ne pouvait pas sortir du service de santé tant qu'elle ne pouvait pas régler sa facture, etc. Selon quelques témoignages récoltés, il semblerait que cette pratique aurait même disparue grâce aux clubs de femmes. En tout état de cause, si le Programme a appuyé la mise en place des activités génératrices de revenus pour les clubs de femmes, sa contribution à la résolution du problème d'accessibilité financière aux soins reste limitée à cet égard. Selon les femmes membres des clubs interrogées par la mission, le montant de l'appui, et donc les activités mises en place étaient vraiment modestes. Le COVID et le confinement qui en a résulté n'ont pas arrangé les choses. Bien au contraire, certaines femmes ont puisé dans leur capital pour faire face aux dépenses, entraînant l'épuisement de l'activité.

4) Le renforcement de l'ancrage communautaire du système

Les Relais Communautaires et les membres des clubs de femmes jouent un rôle essentiel dans la détection des déficiences, aux côtés des prestataires de soins. C'est grâce à leur travail lors des cliniques mobiles ou dans leurs activités de routine de visites à domicile que les enfants avec des déficiences peuvent entrer dans le circuit du continuum des soins. En renforçant leurs capacités, en facilitant les échanges avec les prestataires de soins, mais aussi en formant les parents aux gestes simples, le Programme a contribué à conforter l'ancrage communautaire des soins de réadaptation fonctionnelle. Il a contribué à renforcer le dialogue communautaire pour une gouvernance responsable et inclusive des services de santé, et donc à rapprocher les soins des communautés bénéficiaires.

L'approche communautaire des soins de réadaptation n'a pas seulement été renforcée à travers la participation des RECO et des membres des clubs des femmes dans la détection des déficiences. Le Programme a cherché à la consolider aussi à travers la mise en place de l'accompagnement social personnalisé. Cette innovation a été rendue possible grâce à la synergie avec le projet Education Inclusive. Dans cette approche centrée sur la personne, celle-ci est accompagnée dans la définition de son projet de vie et dans la recherche de pistes de solution face aux problèmes qu'elle rencontre. L'enfant n'est plus appréhendé uniquement dans sa relation avec le soignant (colloque singulier), mais dans sa relation avec ses parents, sa famille, son environnement. Les pistes de solution aux problèmes de l'enfant s'étendent du coup à l'entourage de l'enfant. Aider un enfant handicapé ou vulnérable, passe parfois par une aide aux aidants (les parents, la famille). Cette aide peut par exemple prendre la forme d'un accompagnement psychosocial (médiation conjugale, familiale, ou sociale). Elle peut aussi résider dans une autonomisation économique et financière des parents afin d'apporter une solution au problème de l'accessibilité financière aux soins. Dans le Programme évalué, le nombre d'enfants ayant bénéficié de l'accompagnement social personnalisé était limité, on l'a vu. En outre, il nous a semblé que le rôle des RECO et des assistants sociaux qui effectuaient

¹⁵ Les soins de réadaptation ne sont pas compris dans le paquet pris en charge par la mutuelle.

cet accompagnement, se limitait au fait de visiter l'enfant dans son environnement de vie, et de prodiguer quelques conseils aux parents quand cela était nécessaire. Ce que l'accompagnement social personnalisé a pu apporter de spécifique, n'est pas apparu clairement. Il est probable que la difficulté à donner du contenu à cette notion s'explique par le fait que le système offre peu de solutions, peu de portes de sortie aux problèmes des enfants handicapés et de leurs familles. Du coup, on en revient à la question évoquée précédemment de la responsabilité de l'Etat congolais. Comme en matière de sécurité routière, le rôle de l'Etat est primordial pour apporter des solutions aux problèmes de qualité et d'accès aux soins. Des réformes structurelles sont indispensables (mise en place de la Couverture Santé Universelle, promotion des mutuelles de santé communautaire, autonomisation des parents par des politique de lutte contre la pauvreté, etc.). Par ricochet, la question de la responsabilité de l'Etat congolais remet aussi sur le tapis la problématique de la responsabilité et du rôle de HI en matière de plaider auprès des autorités afin d'amener ces dernières à s'approprier les solutions innovantes introduites dans ses interventions. Dans le Programme, HI a mené un plaider au niveau de la Division Provinciale de Santé afin qu'un point focal réadaptation soit désigné. C'est là une illustration du plaider dont il est question, et qui est facilité si un comité de pilotage multisectoriel est mis en place au sein du programme.

Au-delà du caractère limité de l'accompagnement social personnalisé proposé par le Programme, le circuit de prise en charge et de suivi des enfants handicapés présente quelques autres failles qui ont pu obérer la qualité des soins prestés. Selon certains témoignages recueillis, la référence contre-référence n'est pas toujours appliquée. Cela est vrai lorsque l'enfant détecté dans le cadre du Programme est orienté vers une structure non partenaire du Programme. Quand un enfant est orienté vers une structure pour une prise en charge chirurgicale, par exemple, on n'a pas les moyens de savoir ce que devient l'enfant. Mais cela est vrai aussi au sein même du dispositif du Programme évalué. Lorsqu'un kiné réfère un enfant pour un appareillage ou une aide technique à la mobilité, il n'est pas toujours informé de la suite qui a été donnée au dossier. De même, les techniciens ortho, selon l'opinion exprimée, n'ont pas les moyens de savoir si l'appareil qu'ils ont fabriqué a eu un impact positif ou pas. Un plus grand effort dans le suivi, avec la mise en place des outils, constituerait donc un plus pour la qualité de la prise en charge. Un manque de retour est également déploré de la part de HI. Selon certains témoignages recueillis, lorsqu'un enfant handicapé est détecté en dehors d'une clinique mobile, il est orienté ou accompagné dans un service de prise en charge. Une prise en charge est alors demandée à HI. Mais cette dernière n'est pas toujours prompte à répondre sur la possibilité de prise en charge.

En outre, la pluridisciplinarité dans la prise en charge des enfants handicapés est appliquée de manière insuffisante dans les faits. En particulier la collaboration entre les techniciens orthopédistes d'un côté et les kinésithérapeutes et les médecins de l'autre, n'est pas toujours optimale aux dires des techniciens orthopédistes interrogés. Ils ont expliqué par exemple que lorsque la consultation et la prescription d'une prothèse se passent à Nsele et que l'appareillage est fabriqué aux Cliniques Universitaires de Kinshasa, l'enfant doit faire de nombreux va-et-vient qui peuvent être évités. Mais surtout, certaines manipulations en kiné peuvent ne pas être compatibles avec certains appareils orthopédiques. Autrement dit, selon la nature des actes de kiné pratiqués, certains types d'appareillages peuvent être déconseillés et inversement ; faute de quoi les conséquences peuvent être néfastes. Dès lors qu'il n'y a pas de technicien ortho au niveau de HI en RDC, une collaboration/concertation plus poussée devrait être mise en place afin de rendre la pluridisciplinarité plus efficiente.

5) L'évolution dans la perception du handicap dans la société

Le Programme a renforcé des capacités des acteurs communautaires du système de santé : les Relais Communautaires, les membres des clubs de femmes et les parents d'enfants handicapés. Les relais communautaires et les membres des clubs de femmes ont été formés sur la prévention, la détection, l'orientation et l'accompagnement des enfants handicapés. Tous les Relais Communautaires et les membres des clubs de femmes interrogés au cours de la mission étaient capables de citer au moins 3 signes de danger chez la femme enceinte. Ils ont donc acquis les connaissances et développé les capacités pour identifier les enfants handicapés, les orienter et même les accompagner vers les services de prise en charge. Ils ont aussi les connaissances et les capacités pour porter les messages de prévention. Les parents d'enfants souffrant d'IMC ont pour leur part été formés sur la pratique des gestes simples à domicile. Plus généralement, les parents d'enfants handicapés ont participé à des échanges d'expérience et à des réunions de groupes d'entraide.

Le renforcement des capacités de ces acteurs communautaires a contribué à faire évoluer les attitudes chez les parents et familles d'enfants handicapés en particulier et dans la société en général. Les témoignages recueillis convergent pour dire par exemple que les parents d'enfants IMC ont compris « l'importance de communiquer et de jouer avec leur enfant, de leur donner de l'affection dont ils ont besoin, et de les traiter en famille comme les autres enfants en tenant compte de leurs capacités et de leurs limites »¹⁶. Le partage d'expériences a permis aux parents de sortir de l'isolement et de se rendre compte qu'il y avait des gens qui étaient parfois dans une situation pire que la leur et qu'il était nécessaire de faire accéder leurs enfants aux soins. Selon les témoignages de nombreux RECO, certains parents cachaient leurs enfants à la maison à cause de leur handicap. Mais une fois sensibilisés, ces parents finissaient par accepter que leurs enfants soient référés ou accompagnés vers les dispositifs pour le diagnostic et la prise en charge. Les RECO ont affirmé qu'ils vivent ces situations continuellement, au moment des cliniques mobiles, ou dans leurs activités de routine. Et lorsque les parents voient que la situation de l'enfant s'améliore (grâce aux soins ou à l'appareillage reçus), petit à petit, leur perception du handicap évolue. Le handicap est moins perçu comme le résultat d'une malédiction ou de la sorcellerie, même si certaines fausses représentations continuent souvent d'être véhiculées par les églises de réveil. En tout cas, une plus grande acceptation du handicap conforte l'inclusivité du système. Elle facilite la mise en place des mesures de prévention (bonnes pratiques en santé, détection précoce). Elle fait naître aussi une prise de conscience que le handicap peut être évité. Le recours aux soins devient alors plus évident et plus important.

C. La participation des personnes handicapées à la vie sociale.

1) L'amélioration de la résilience des personnes handicapées

Le Programme évalué a appuyé la formation des groupes d'entraide et de soutien mutuel entre personnes handicapées. Au sein de chacune de 3 associations partenaires du volet AAA (ANAPEHCO, ASSOUKIN, UNAC) les membres se réunissaient entre eux pour chercher des solutions aux problèmes rencontrés et pour se soutenir mutuellement face aux difficultés qu'ils rencontrent et aux aléas de la vie. Ces réunions ont permis aux participants de partager les expériences des uns et des autres, entre membres de l'association. Ces échanges pouvaient être organisés en se rendant visite les uns chez les autres. Les personnes rencontrées au cours de la mission ont expliqué que ce genre de pratique valorise en particulier l'hôte de la réunion

¹⁶ Les termes sont empruntés au document HI, *Fiche pratique : leçons apprises - RDC - OS 4 READ 2020*, mais cela a été confirmé par les témoignages des personnes interrogées au cours de la mission.

et aide à créer du lien social. Ces réunions d'échange ont aussi permis de se nourrir des expériences des membres d'autres associations puisque qu'il y avait dans le même temps des échanges d'expériences entre associations. ANAPEHCO par exemple a été très intéressée par les communautés d'épargne et de crédit développées par PAROUSIA et voudrait s'en inspirer pour mettre en place en son sein des mécanismes similaires. PAROUSIA était intéressée par la stratégie d'entraide (comité d'entraide) de l'ANAPEHCO. Selon les personnes interrogées, ces échanges d'expérience permettent de se soutenir mutuellement. Ils ont contribué à améliorer la résilience des personnes handicapées en brisant l'isolement. Il en résulte une meilleure acceptation du handicap et une meilleure estime de soi.

Il importe d'ajouter qu'on a aussi cherché à améliorer la résilience par un soutien à des microprojets de scolarisation d'enfants handicapés et de mise en place d'activités génératrices de recettes. Ces appuis ont bénéficié à 92 personnes au total.

2) Le renforcement des Organisations des Personnes Handicapées

Comme en matière de sécurité routière, les OPH ont été renforcées par le Programme selon 3 axes principaux. Elles ont reçu des formations sur des thématiques relatives notamment à la vie et la gestion associative, à la gestion des projets, au plaidoyer, à la convention internationale relative aux droits des personnes handicapées (CIDPH), etc. Elles ont reçu un appui institutionnel qui leur permettait de poursuivre des objectifs de développement organisationnel qu'elles s'étaient fixés après identification des axes d'amélioration. Elles ont été appuyées pour réaliser des échanges d'expériences, des actions de plaidoyer et des campagnes de sensibilisation sur le terrain.

En conséquence de ces actions, les OPH partenaires sont sorties renforcées tant en interne qu'en externe, comme pour les associations engagées dans la sécurité routière. Elles ont acquis du matériel et des équipements qui ont permis d'améliorer le fonctionnement au quotidien. Avec les formations, les OPH partenaires ont aussi acquis de nouvelles connaissances qui leur donnent les capacités requises pour agir en vue de réaliser les missions statutaires qui sont les leurs. Parmi les différentes formations reçues, celles portant sur le plaidoyer et sur la CIDPH ont été les plus impactantes, selon les témoignages récoltés. L'une des personnes interrogées a résumé l'importance des formations sur ces 2 thématiques en déclarant : « HI nous a fait découvrir la CIDPH qui est devenue notre outil de travail au quotidien ». A travers ce Programme, la légitimité et le rôle social des OPH partenaires se sont trouvés renforcés. ASSOUKIN par exemple n'avait pas de bureau. C'est le domicile de son président qui servait de siège social. Grâce au Programme l'association dispose aujourd'hui d'un bureau qui lui sert de siège social. Sa visibilité et sa crédibilité se sont accrues. Un partenariat avec Médecins Sans Frontières a été signé. Le Programme a aussi permis aux associations partenaires de se doter de visions par rapport à leurs missions. L'Union Nationale des Aveugles du Congo (UNAC) par exemple a développé un plan d'actions stratégique pluriannuel lui permettant de se projeter dans l'avenir. L'ANAPEHMCO a repensé sa mission, plus précisément son périmètre d'action, pour s'ouvrir au-delà du handicap mental. Cette évolution se traduit dans son nom. L'Association Nationale des Parents d'Enfants Handicapés Mentaux du Congo (ANAPEMHCO) est devenue Association Nationale des Parents d'Enfants Handicapés du Congo (ANAPHECO).

Le renforcement des capacités ainsi que ses conséquences dépassent la sphère interne de chaque organisation partenaire. L'une des personnes interrogées a exprimé cela en ces termes : « HI nous a ouvert des horizons ... Depuis 2017, nous ne sommes plus orphelins ». Grâce notamment aux réunions d'échange d'expériences entre associations, le Programme a en effet rapproché des associations qui avaient tendance à agir chacune dans son coin. Une stratégie commune de plaidoyer a été définie. Les parlementaires ont été ciblés afin que soit

adopté le projet de loi organique portant protection et promotion des personnes handicapées en RDC. A ce jour, le texte a été voté à l'Assemblée Nationale mais pas encore au Sénat. Le plaidoyer a aussi été effectué pour amener le Gouvernement congolais à élaborer son rapport initial sur le suivi de la mise en œuvre de la CIDPH, conformément aux mécanismes prévus par cette convention. Mais le Gouvernement n'a pas encore élaboré ce rapport. En contrejour du rapport initial du Gouvernement, les OPH partenaires du Programme se sont engagées dans l'élaboration d'un rapport alternatif qui présenterait le point de vue de la société civile sur le suivi de la mise en œuvre de cette convention. Ce rapport alternatif est encore en cours d'élaboration sous le leadership conjoint de l'UNAC et de la Plateforme des Activistes et Défenseurs des Droits des Personnes Handicapées du Congo, PADPHAC.

A travers la démarche d'échange d'expériences entre OPH et tout ce travail de plaidoyer en commun, le Programme a contribué à améliorer la connaissance réciproque entre les OPH. Il a suscité un élan de rapprochement entre OPH qui ont des intérêts convergents et un combat commun à mener. Des responsables d'OPH rencontrés ont déclaré qu'avant, les personnes handicapées se discriminaient entre elles. Certaines personnes handicapées par exemple ne considéraient pas les personnes albinos comme des personnes handicapées. Le Programme a aussi contribué à renforcer le tissu associatif et à créer une dynamique de travail en commun pour défendre les droits des personnes handicapées et promouvoir leur intégration dans la société. La défense des droits des personnes handicapées, la promotion de leur intégration dans la société et le plaidoyer pour influencer sur les politiques publiques nécessitent des stratégies de collaboration et de mutualisation des connaissances et des savoir-faire.

3.3. La pérennité des acquis

3.3.1. La Pérennité des formations

Dans l'ensemble, les personnes interrogées ont déclaré avoir apprécié les formations, non seulement en termes de contenu, mais aussi en termes d'approche pédagogique (notamment la pluralité d'intervenants pour une session de formation). Les formations ont ainsi apporté aux bénéficiaires des nouveaux savoirs, savoir-faire et savoir-être qu'ils se sont appropriés de fait. La question de l'appropriation dans le sens de durabilité des acquis des formations ne se pose. Elle se pose plutôt en termes d'amplification et de duplicabilité. Pour rappel, le Programme n'avait pas prévu d'appuyer l'organisation des restitutions. Toutefois, des formateurs en sécurité routière (20) et en santé de la reproduction (15) dans le volet SMI, ont été formés. C'est un réservoir de compétences dans lequel on pourra puiser à chaque fois qu'on en aura besoin. Dans le volet SMI, on a par ailleurs mis en place des comités de formation dans les structures de soins appuyées par le Programme. Ils ont pour rôle d'appuyer le renforcement des capacités à travers l'organisation des formations, des séminaires, des réunions formatives, etc. Cela contribue à pérenniser les acquis des formations.

3.3.2. La pérennité des cliniques mobiles

La stratégie avancée des cliniques mobiles constitue un apport important contribuant à renforcer le système par son effet amplificateur. Les cliniques mobiles permettent en effet de détecter et de faire entrer dans la file de soins un nombre importants d'enfants handicapés qui autrement n'auraient eu ni l'opportunité ni les moyens d'accéder aux soins de réadaptation. Ce faisant, elles contribuent non seulement à faire accepter le handicap dans la communauté (si on peut « soigner » un enfant handicapé, c'est que finalement le handicap n'est pas le fruit d'un quelconque sortilège), mais aussi à accroître la fréquentation des services de santé en général et des services de kiné en particulier. Dans leur configuration actuelle, les cliniques

mobiles ne sont pas un dispositif pérenne. Les responsables sanitaires interrogés à ce sujet ont déploré le fait que les cliniques mobiles étaient organisées par HI, avec les moyens de HI, et tous les outils estampillés HI. Ni les hôpitaux généraux de référence, ni les équipes cadres des zones de santé ne disposent des moyens suffisants pour poursuivre l'organisation des cliniques mobiles à la clôture du Programme. Au demeurant, HI elle-même, à travers une mission d'évaluation du Référent Technique du Siège en 2019 avait pointé du doigt certaines failles dans l'organisation des cliniques mobiles : peu de place accordée aux acteurs locaux dans l'organisation ; planification n'accordant pas assez de temps pour le suivi des enfants référés ; absence d'un technicien orthoprothésiste sénior pour superviser les prescriptions faites¹⁷. Partant de là, la stratégie d'organisation des cliniques mobiles a été revue dans l'idée de laisser un peu plus de responsabilité aux acteurs locaux. Il n'en demeure pas moins que l'organisation des cliniques mobiles reste sous la responsabilité de HI. Pour une plus grande appropriation, il faudrait arriver à une formule dans laquelle la responsabilité de l'organisation reviendrait aux acteurs locaux, HI ne faisant qu'accompagner lesdits acteurs. Le transfert de cette responsabilité (et des moyens y afférant) de HI aux acteurs locaux pourrait se faire de manière progressive.

3.3.3. La pérennité des dynamiques impulsées ou renforcées par le Programme.

A°/ Le caractère communautaire de l'approche de réadaptation

L'un des éléments renforcés par le Programme concerne l'approche communautaire de la santé en matière de réadaptation. L'approche prévention, détection et prise en charge du handicap est bâtie sur un pilier à la base duquel se trouvent les Relais Communautaires, les clubs des femmes et les parents d'enfants handicapés. En renforçant les capacités de ces acteurs communautaires, le Programme était aligné sur la politique gouvernementale de réadaptation à base communautaire. Rien ne permet de douter que les parents formés aux gestes simples puissent continuer de pratiquer ces gestes pour soulager leurs enfants ou améliorer leur confort. L'implication des RECO et des clubs de femmes dans le système perdurera aussi au-delà de la clôture du Programme. L'identification des enfants handicapés et leur orientation vers les services de prise en charge sont entrées dans la routine des RECO. Comme certains l'ont fait remarquer lors des entretiens avec la mission d'évaluation, ils sont et continueront d'être interpellés et sollicités par la population qui leur rapporte qu'il y a un enfant handicapé dans telle maison ou dans telle famille. A chaque fois, ils donnent les informations et les conseils utiles, orientent et parfois accompagnent la personne vers les structures adéquates.

Pour ce qui est des femmes modèles, elles participent, comme les RECO, à la détection et à l'orientation des enfants avec des déficiences. On aura noté par ailleurs que les clubs de femmes sont désormais représentés dans les comités de santé. C'est une stratégie de pérennisation de l'implication de ces clubs dans le système de santé. En outre, en contribuant à la prise en charge des frais de santé pour les personnes les plus vulnérables, ces clubs jouent un rôle dans l'accessibilité financière aux soins. Ce rôle sera d'autant plus important que leurs caisses de solidarité seront approvisionnées grâce à une partie des bénéfices tirés des activités génératrices de recettes qu'elles développent. Plus on pourra appuyer ces activités, plus les clubs de femmes pourront aider un plus grand nombre de d'accéder financièrement aux soins. Quoi qu'il en soit, l'implication des femmes dans ses clubs (et donc dans le système de santé) est motivée par un profond désir de servir leurs communautés. C'est ce qu'elles ont expliqué lors des entretiens réalisés au cours de la mission d'évaluation. Tant que ce désir restera fort, leur implication au sein du système de santé perdurera aussi.

¹⁷ Handicap International, Rapport annuel 2019.

B°/ Les dynamiques associatives renforcées par le Programme

Le Programme a contribué à renforcer les capacités des OPH et des associations engagées dans la sécurité routière pour que les unes et les autres deviennent des actrices de changement. Il a impulsé une dynamique de travail en commun dans le plaidoyer pour la sécurité routière, en ce qui concerne les organisations engagées dans ce domaine, et pour une plus grande inclusion des personnes handicapées dans la société, en ce qui concerne les OPH. Ces dynamiques de renforcement des organisations et de rapprochement et de collaboration entre organisations, peuvent-elles perdurer et s'amplifier dans le temps ? Deux choses sont sûres. D'une part, les organisations de la société civile congolaise ont une faible capacité à générer des ressources propres. Leurs moyens d'action sont de ce fait limités. D'autre part, elles sont confrontées à un manque cruel de volonté politique de la part de l'Etat qui peine à mettre en place des politiques publiques porteuses de changements espérés, tant en matière de sécurité routière que d'inclusion des personnes handicapées. Les organisations de la société civile renforcées par le Programme ne pourront poursuivre efficacement le travail de plaidoyer en commun que si elles disposent des ressources nécessaires. Pour cela, l'autonomisation de ces organisations demeure un impératif à travers les formations notamment en écriture de projets et en recherche et collecte de fonds ou l'accompagnement rapproché. Cet accompagnement doit s'inscrire dans les objectifs de développement organisationnel fixés pour chaque partenaire. Si cela l'exige, un renforcement des capacités en interne de HI dans ce domaine de la recherche et collecte de fonds pourrait être envisagé au préalable. La nécessité de poursuivre les appuis aux organisations de la société civile pour qu'elles deviennent plus autonomes a été exprimée en ces termes par l'une des personnes interrogées au cours de la mission : « Nous sommes comme des enfants qui viennent de naître, nous avons besoin de HI pour grandir ».

3.4. La coopération

3.4.1. La coopération avec les acteurs internationaux

Dans le cadre de la mise en œuvre de ce Programme, on note que HI s'est mise dans une position de recherche active de synergies et de complémentarités avec divers acteurs de la coopération internationale. Dans certains cas, la coopération a impliqué une organisation conjointe des activités avec mise en commun de moyens. Avec le Rotary Clubs for Development par exemple, une formation professionnelle sur la fabrication des foyers améliorés « brasero » a été organisée au profit des membres des clubs de femmes. Une formation sur les grossesses à risque a aussi été réalisée conjointement entre HI et Rotary avec une mise en commun des fonds de chaque organisation. De même, dans le volet SR, l'état des lieux de la sécurité routière, organisé par le Groupe de Travail pour la Sécurité Routière créé par le Programme, a été réalisé avec l'appui technique et financier de l'OMS.

Dans d'autres cas, la coopération a été réalisée à travers la participation et l'implication dans divers espaces de concertation et de coordination. HI a ainsi participé au Sous Cluster Handicap, rebaptisé "Groupe de Travail RBC et Développement Inclusif" et au HUB Santé. Plus généralement, la coopération a pris la forme de synergie, de collaboration et de rapprochement avec différents acteurs. En voici quelques exemples. La Croix Rouge Belge et HI ont collaboré pour animer conjointement des formations en sécurité routière et pour partager et adapter leurs outils de sensibilisation. CBM et Medicius Mundi ont collaboré avec HI pour l'accompagnement technique et financier des OPH dans le plaidoyer pour l'adoption de la loi organique. Avec VIVA SALUD et BOEDERLIJK DELEN, il y a eu

partage des bonnes pratiques sur la prise en compte du genre, sur le plaidoyer et sur l'inclusion. Des échanges ont eu lieu avec PALLIA FAMILIA sur les approches d'accompagnement des familles et des personnes handicapées. Des rapprochements et des échanges ont également été notés avec VIVA SALUD et ENABEL.

Ces illustrations montrent que le Programme s'était inscrit dans le cadre stratégique commun encourageant la mise en place des synergies et des collaborations entre acteurs belges de la coopération internationale. Il a cherché à inscrire l'intervention dans une approche holistique qui favorise la coordination des interventions et l'émergence d'un agenda commun de travail pour l'inclusion des personnes handicapées dans la société et pour une réelle politique de sécurité routière, en l'occurrence. En outre, lorsqu'il y avait mise en commun des moyens, cela a contribué à optimiser les ressources et donc à renforcer l'efficacité du Programme, mais aussi sa cohérence, et donc sa pertinence.

3.4.2. La coopération avec les partenaires congolais participant à la mise en œuvre du Programme

Il ressort des entretiens avec les partenaires locaux du Programme que les organisations congolaises perçoivent HI avant tout comme un bailleur de fonds. L'un des responsables associatifs rencontré disait qu'il ne comprenait pas pourquoi HI « ne s'engageait pas dans des projets de grande envergure, comme à Haïti ou en Turkménistan, par exemple ». Un autre disait la même chose en suggérant que HI soit « plus visible » dans la prévention routière ; sous-entendu : HI devrait mettre plus de moyens dans la prévention routière. Il nous semble que cette perception résulte de la combinaison d'au moins 2 facteurs. D'une part, les associations ont une certaine méconnaissance des mécanismes de l'aide au développement, et plus spécifiquement des mécanismes de financement des projets dont ils sont bénéficiaires. D'autre part, ces organisations disposent généralement de peu de moyens. Alors elles ne veulent pas froisser HI de quelque manière que ce soit. Du coup, la relation partenariale est déséquilibrée. Les organisations locales sont dans une position d'attente et de passivité. Toutes les organisations rencontrées déplorent par exemple le fait que l'enveloppe financière qui leur était allouée dans le Programme était insuffisante. Mais quand on leur pose la question de savoir si elles ont cherché à négocier ce montant, elles répondent non. Pour corriger autant que possible ce déséquilibre dans la relation partenariale, il y a le renforcement des capacités des organisations, comme cela a été fait à travers les formations et l'accompagnement rapproché. Mais il nous semble aussi qu'il pèse sur les épaules de HI une exigence particulière de transparence qui l'oblige à expliquer les choses encore et encore afin d'étouffer les attentes parfois démesurées des partenaires. Le responsable d'une association que nous avons rencontré disait « nous ne savons pas ce que fait HI. Nous ne connaissons pas son plan de travail annuel ; alors que si nous le connaissions, nous pourrions lui soumettre des projets pour intervenir ensemble ». Ce témoignage résume assez bien à la fois la méconnaissance que les partenaires ont des mécanismes de financement des actions de HI, mais aussi le besoin d'information et de transparence attendues de la part de HI.

Si HI n'est pas un financeur, quelle est alors sa place dans le système de santé congolais ? Selon le point de vue exprimé en particulier par les responsables sanitaires rencontrés au cours de la mission d'évaluation, HI se positionne trop souvent comme un acteur de mise en œuvre des actions alors qu'elle devrait se positionner en accompagnement et en appui des acteurs locaux. Elle ne fait pas suffisamment de transfert de compétences. Une parfaite illustration de cela est fournie par l'organisation des cliniques mobiles. C'est HI qui organise cette activité au lieu d'en confier la responsabilité à l'équipe cadre de la zone de santé, appuyée par HI. Ce reproche ne nous paraît pas infondé. Certes, il y a beaucoup de carences et de lacunes chez les partenaires locaux. Mais avec les organisations de la société civile, le

positionnement de HI consiste à les appuyer et non à faire à leur place. Ces organisations mettent en place des activités sur le terrain (campagnes de sensibilisations et autres), et bénéficient d'un accompagnement rapproché de la part du chargé de partenariat sur la base des objectifs de développement organisationnel préalablement déterminés. Il nous semble que cette approche du partenariat est la bonne. Elle devrait être pensée et développée davantage pour l'appliquer progressivement aux services sanitaires. Cela suppose de définir des objectifs pour le transfert de compétences et de faire évoluer en conséquence la mission du chargé de partenariat. Cela suppose aussi une clarification dans la relation contractuelle. Il nous semble que lorsqu'il y a une convention à établir pour la mise en œuvre d'un projet, cette convention devrait être signée au niveau central du (des) ministère(s). Elle spécifierait systématiquement ce qui est attendu de la part des autorités au niveau central, de la part des services de niveau intermédiaire et de la part des services opérationnels de terrain. Pour ce qui est du niveau central, la participation au comité de pilotage à instituer pour chaque projet devrait figurer parmi ses obligations. Cela faciliterait le plaidoyer et l'appropriation des acquis du projet.

3.5. L'éthique

3.5.1. La prise en compte de l'âge et du type de handicap

L'enquête épidémiologique réalisée dans le Programme en 2020, montre que 74% des déficiences sont survenues (ou diagnostiquées) depuis la naissance de l'enfant, que les déficiences motrices les plus fréquentes sont les pieds bots (10%), les paralysies des membres (7,7%) et les genoux varum et valgum (5,1%). Le polyhandicap le plus rencontré est l'IMC (12%)¹⁸. Ces chiffres justifient les partis pris du Programme de cibler en priorité les enfants de 0 à 5 ans, et de se focaliser sur certains types de handicap (notamment les déformations des genoux et des pieds tels que les pieds bots et les genoux varum/valgum, les infirmités motrices cérébrales et la paralysie du plexus brachial. Seuls les soins de kinésithérapie et les frais d'appareillage étaient pris en charge dans le Fonds de solidarité, à l'exclusion des frais de chirurgie, par exemple. Cela pouvait susciter de la déception chez les parents d'enfants non pris en charge. C'est la raison pour laquelle une cartographie des services de prise en charge avait été effectuée afin de pouvoir référer les autres cas de déficience vers les institutions et les services adaptés.

Une récrimination est remontée du terrain à propos du choix des enfants pris en charge. Quelques agents de services de santé ont en effet affirmé, pour le déplorer, que HI déterminait seule, sans associer d'autres personnes, les enfants qui étaient pris en charge et qu'ils ne savaient pas sur la base de quels critères ces enfants étaient sélectionnés. Il y a peut-être là quelque chose à améliorer notamment en termes de communication.

3.5.2. La prise en compte du genre

Il semble qu'au moment de la conception du Programme, la question du genre n'avait pas suscité plus d'attention que cela. Mais au fur et à mesure de la mise en œuvre des actions, cette préoccupation est remontée à la surface et a bien été prise en compte, comme en témoignent certains éléments.

- i.** Tous les acteurs interrogés à ce propos au cours de la mission ont déclaré être attentifs à la question de l'égalité hommes-femmes. On a notamment veillé à la représentativité

¹⁸ Handicap International, Rapport de l'enquête épidémiologique sur la prévalence des déficiences majeures chez les enfants de 0 à 5 ans, décembre 2020.

des hommes et des femmes dans la préparation et la mise en œuvre des actions de plaidoyer et de sensibilisation ainsi que dans les différentes formations dispensées pour le renforcement des capacités. Cela apparaît aussi notamment dans le fait que quasi-systématiquement, on ventile la répartition hommes/femmes dans les données rapportées. Au niveau des associations engagées dans la sécurité routière, la mission d'évaluation a cherché à connaître la place des femmes dans actions de sensibilisation réalisées. Il semblerait que les conducteurs de mototaxis étaient plus attentifs et plus réceptifs lorsque ce sont des femmes qui tenaient les mégaphones. Mais sur le plan général, l'implication des femmes dans la vie des associations est souvent limitée en raison du rôle social attribué aux femmes. Elles doivent s'occuper du ménage et des enfants. Du coup, elles ont moins de temps que les hommes pour participer aux activités des associations.

- ii. Dans la formation sur la prise en charge de la santé de la mère et de l'enfant en situation normale et en situation d'urgence, un accent particulier a été mis sur l'accueil des femmes handicapées dans les services de santé. Ainsi qu'il a déjà été dit, le Programme a contribué à changer le regard des personnels de santé sur les femmes handicapées qui accouchent. Cependant, ces personnels ont fait remarquer que les services de maternité ne sont pas bien équipés pour accueillir ces femmes. Au moment d'accoucher en effet, il y a parfois des positions que certaines femmes handicapées ne peuvent pas prendre sans équipements adaptés. Cela pose un problème de qualité de la prise en charge.
- iii. Grâce au Programme, les 68 clubs de femmes existants sont désormais représentés dans les 67 comités de santé de la zone d'intervention du Programme. Les comités de santé ayant pour rôle la gestion et la supervision des services de santé dans les zones de santé, la participation des femmes dans ces comités permet de faire entendre leur voix sur les questions touchant aux services à la santé en général et à la santé sexuelle et reproductive en particulier.
- iv. Un point focal genre a été désigné au niveau de HI. Une formation sur le genre et handicap a été organisée en interne et une évaluation sur le niveau d'intégration du genre a été réalisée. A la suite de quoi, un plan d'actions a été élaboré pour répondre aux insuffisances relevées, parmi lesquelles il y a l'inexistence de mécanisme de prévention de violences basées sur le genre et de mécanisme de gestion des plaintes.

3.5.3. La prise en compte de l'environnement

Au regard de ses objectifs et de la nature des activités mises en œuvre, le Programme n'a pas d'incidence direct sur l'environnement. Cependant, au sein de HI, on relève une réelle prise de conscience sur la nécessité de protéger l'environnement. Certaines actions ou décisions prises sont fondées sur la nécessité de protéger l'environnement ou ont une incidence directe ou indirecte sur l'environnement, à la marge. En voici quelques illustrations.

- i. Dans son volet Sécurité Routière, la lutte contre les accidents impliquait de mener un plaidoyer auprès des autorités pour lutter contre les excès de vitesse occasionnés par la conduite sous les effets de l'alcool ; pour limiter la vitesse maximale autorisée en agglomération afin de réduire les émissions de Co2, et pour appliquer les mesures de contrôle technique automobile permettant d'avoir des véhicules moins polluants. Les autorités de la ville de Kinshasa semblent sensibles à l'argumentaire et veulent mettre un accent particulier sur le contrôle technique automobile. Par ailleurs, et pour rappel, la CAPR a rejoint le corps de volontaires de la Coordination pour le Changement des Mentalités qui participent à la fluidification du trafic dans la ville de Kinshasa par la

résorption des embouteillages. Cela contribue à réduire les gaz d'échappement et donc l'émission de Co2.

- ii. Les services de maternité de l'HGR de Kinkole et du centre de santé de Kitokimosi ont été équipés de panneaux solaires ; ce qui a pour conséquence de réduire l'utilisation de groupes électrogènes, consommatrices d'énergies fossile.
- iii. Les achats d'équipements médicaux font l'objet d'une attention particulière afin de privilégier, dans la mesure du possible, les matériaux biodégradables ou fabriqués avec des matières premières biodégradables, recyclés ou ayant le moins d'impact possible sur l'environnement.
- iv. Une Green Team a été mise en place au niveau HI RDC afin de réduire l'impact environnemental du programme pays.

4. CONCLUSIONS ET ENSEIGNEMENTS

Au fil des développements qui précèdent, les éléments de conclusion et d'enseignement que l'on peut tirer du Programme sont apparus plus ou moins explicitement. Ces éléments sont repris dans ce chapitre de façon ramassée. Lorsqu'ils sont lus sous le prisme du Programme évalué ici, ils apparaissent comme des conclusions et/ou des enseignements. S'ils sont lus de manière non-contextualisée, c'est-à-dire sans nécessairement se référer au Programme évalué ici, alors ils peuvent être considérés comme des enseignements susceptibles de s'appliquer à d'autres projets ou interventions du même genre.

Conclusion/Enseignement 1 : La quantification des résultats du Programme a été faite avec une certaine marge de manœuvre qui a permis de s'adapter face à la COVID-19 et d'exécuter l'ensemble du Programme sans grosses difficultés.

Le Programme a été conçu sans que les résultats de toutes les activités soient précisément quantifiés. Il en a résulté une certaine flexibilité qui a permis de s'adapter face à la crise sanitaire liée à la COVID-19 en réorientant certaines activités vers la COVID tout en assurant l'exécution des activités initialement prévues sans occasionner des difficultés majeures.

Conclusion/Enseignement 2 : L'intégration des personnes handicapées dans la société suppose la convergence des actions visant à aplanir les barrières sociales, culturelles et institutionnelles qui empêchent les personnes handicapées d'accéder pleinement à leurs droits

Les barrières qui empêchent les personnes handicapées de jouir et d'exercer pleinement leurs droits sont diverses et variées : la perception négative et les mauvaises représentations du handicap et des personnes handicapées ; la faiblesse des OPH ; la pauvreté et l'indigence généralisée des personnes handicapées, etc. Aplanir ces barrières est un processus long qui implique des interventions dans diverses dimensions et le concours de tous les acteurs, en particulier de l'Etat. Mais quelque soit le programme/projet que l'on met en place, un travail de plaidoyer constant est indispensable. Un plaidoyer implicite qui n'est pas nécessairement objectivé dans le cadre logique. Il passe notamment par la constitution d'un comité de pilotage du programme/projet auquel participent des représentants de l'Etat au plus haut niveau possible.

Conclusion/Enseignement 3 : L'accompagnement social personnalisé apporte une valeur ajoutée en matière de prise en charge car elle permet de personnaliser ladite prise en charge sur la base du projet individualisé de chaque enfant handicapé accompagné. Celui-ci est donc appréhendé dans son environnement familial et social et se voit proposer des solutions adaptées à sa situation particulière

Le Programme évalué, en synergie avec le projet Education Inclusive a offert aux enfants handicapés scolarisés un accompagnement social personnalisé qui a pour ambition de répondre aux besoins spécifiques de chaque enfant appréhendé dans sa relation avec son environnement. Mais le contenu et les contours de cet accompagnement ne sont pas clairement apparus. Afin de guider le travail des accompagnateurs, il est indispensable de définir la palette de solutions dans laquelle l'accompagnateur peut puiser afin d'apporter une réponse adaptée aux besoins spécifiques de la personne accompagnée.

Conclusion/Enseignement 4 : Les accidents de la circulation routière sont une cause importante d'incapacités physiques. La prévention et la sécurité routière sont l'affaire de tous. Mais tant que l'Etat n'assumera pas sa part de responsabilité, les efforts de la communauté n'y changeront rien.

La communauté, notamment à travers les associations engagées dans la sécurité routière, s'est fortement mobilisée pour la cause de la sécurité routière. Cette mobilisation est telle que la société civile a en quelque sorte devancé l'Etat en proposant des orientations pour une politique et une stratégie de sécurité routière. Il appartient à l'Etat Congolais de s'approprier ces documents et donc de mettre en place une vraie politique de prévention et de sécurité routière.

Conclusion/Enseignement 5 : Selon la théorie du changement sur laquelle s'appuyait le Programme, pour permettre une participation pleine et effective des personnes handicapées et des personnes vulnérables à la vie de leurs communautés, il importe de garantir leur accès aux services et ainsi améliorer leurs conditions de vie et promouvoir le respect de leur dignité. Cette théorie est valable sur le principe. Mais elle restera inopérante tant que des réponses structurelles ne viendront pas réduire la barrière financière à l'accès aux soins de réadaptation.

Le Programme a permis d'identifier un grand nombre d'enfants handicapés et de proposer une prise en charge à certains d'entre eux. Mais la prise en charge était assurée pour certaines pathologies et certains types de soins et excluait la chirurgie, par exemple. Le fonds de solidarité mis en place a ainsi laissé sur le carreau d'autres enfants dont l'état nécessitait une prise charge. Dans tous les cas, la fin du Programme signifie que beaucoup d'enfants handicapés ne pourront pas accéder aux soins, faute de moyens. Les caisses de solidarité mises en place par les clubs de femmes pour aider certaines personnes très vulnérables à payer les frais de santé constituent une réponse marginale au problème. La solution passe notamment par la mise en place des mécanismes de solidarité nationale et communautaire impulsée par des réformes structurelles et par l'autonomisation économique des adultes handicapés.

Conclusion/Enseignement 6 : Les stratégies visant à impliquer les bénéficiaires dans la mise en œuvre des activités contribuent à accroître les performances du Programme tant du point de vue de l'efficacité que de l'impact.

Les échanges d'expériences, le soutien entre pairs, le mentorat clinique, etc., sont autant de stratégies qui ont permis d'impliquer directement les bénéficiaires dans la réalisation des actions. Confier la mise en œuvre des activités à des organisations représentatives des bénéficiaires conduit aussi à impliquer ces derniers dans la réalisation des activités, de manière indirecte. Ces stratégies ont permis d'accroître le nombre de personnes touchées par les actions, ainsi que l'impact du Programme. En effet, les échanges d'expériences et le soutien entre pairs, par exemple, ont accéléré les changements des comportements chez les parents d'enfants handicapés car ils se sont sentis moins isolés et, pour ainsi dire, moins seuls dans leurs malheurs. Les bénéficiaires sont ainsi les acteurs de leur propre transformation.

Conclusion/Enseignement 7 : L'amélioration de la qualité et de l'accès aux services ainsi que l'inclusion et la participation des personnes handicapées à la vie sociale nécessitent des apports diversifiés de la part d'acteurs différents qui ont des nombreux besoins en termes de renforcement des capacités. Si on apporte des réponses à ces besoins et si chaque acteur apporte sa contribution en s'appuyant sur ses forces, l'approche partenariale bien pensée

permet alors de renforcer à la fois le système de santé dans son ensemble, mais aussi la cohérence de chaque intervention/projet

HI s'est attachée à renforcer les capacités des organisations partenaires pour les rendre plus aptes à remplir leurs missions respectives. Elle a aussi développé la coopération avec différentes organisations intervenant dans la coopération internationale (notamment les organisations belges) dans un souci de complémentarité des interventions. Pour l'exécution du Programme, HI s'est appuyée sur des organisations congolaises qui connaissent bien le terrain et pouvaient toucher plus facilement et plus efficacement les bénéficiaires directs du Programme. L'approche partenariale ainsi déployée a conduit à affermir la cohérence du Programme. Mais pour certaines activités comme les cliniques mobiles, HI se positionne encore trop souvent dans la mise en œuvre des activités plutôt que dans l'appui et l'accompagnement des acteurs. Si HI se positionnait davantage dans un rôle d'appui et d'accompagnement des acteurs, compte tenu de sa plus-value, le système de santé en sortirait encore plus renforcée.

Conclusion/Enseignement 8 : La stratégie de rapprochement des organisations par les échanges d'expériences entre elles et par l'appui au travail en commun débouche sur des résultats probants et bénéfiques, non seulement pour les organisations prises isolément, mais aussi pour les communautés au nom desquelles elles agissent.

Le Programme a organisé des échanges d'expérience entre associations. Ces associations ont appris les unes des autres. Elles ont puisé dans les expériences des autres ce qui pouvait leur être utile. Elles se sont renforcées mutuellement et le tissu associatif général s'est trouvé aussi renforcé. En travaillant ensemble, elles ont appris qu'elles pouvaient bâtir des stratégies communes (en particulier pour le plaidoyer) afin de mieux servir les intérêts qu'elles défendent. Le Programme a ainsi débouché sur l'élaboration d'une politique et d'une stratégie pour l'ensemble du pays, ainsi que sur la rédaction (en cours de finalisation) d'un rapport alternatif sur le suivi de la CIDPH qui, là aussi, expriment la vision des OSC, au-delà des organisations rédactrices dudit rapport.

Conclusion/Enseignement 9 : Le partenariat entre Handicap International et les organisations et institutions congolaises diffère selon qu'il s'agit des organisations de la société civile ou des institutions sanitaires publiques. Le positionnement de HI vis-à-vis de ces dernières ne lui permet pas d'exploiter tout son potentiel en matière de renforcement du système de santé de la RDC.

Vis-à-vis des organisations de la société civile, HI se positionne clairement dans un rôle d'appui et d'accompagnement alors que pour des activités comme les cliniques mobiles, elle endosse la responsabilité de les organiser. A cet égard, et vis-à-vis des institutions publiques, HI ne se place pas en position d'appui et d'accompagnement. Par ailleurs, en ne mettant pas en place un comité de pilotage du Programme dans lequel devraient être représentés les autorités congolaises, HI s'est privé d'un levier important pour faire le plaidoyer auprès des autorités congolaises. Dans tous les cas, le partenariat doit être nourri par une communication soutenue (entre partenaires) et une transparence renforcée pour éviter les incompréhensions et les attentes démesurées, source de frustrations.

5. RECOMMANDATIONS

Aux Bailleurs de fonds et aux partenaires financiers

Recommandation 1 : Poursuivre les efforts financiers pour appuyer les partenaires de développement et le Gouvernement dans la mise en place des stratégies, programmes et projets d'amélioration de la sécurité routière, de la qualité et de l'accès aux services pour les personnes handicapées ainsi que de l'intégration de ces personnes dans la société, afin de répondre aux nombreux besoins restant à satisfaire.

A l'Etat congolais :

Recommandation 2 : Adopter les réformes structurelles et mettre en place les mesures visant à améliorer la qualité et l'accessibilité aux services de soins et de réadaptation pour les personnes handicapées et leur intégration dans la société. Il s'agit en particulier de :

- ✓ Accélérer l'adoption du projet de loi organique portant protection et promotion des personnes handicapées en RDC ;
- ✓ Accélérer l'élaboration du rapport initial de suivi de la mise en œuvre de la CIDPH ;
- ✓ Harmoniser la tarification dans les services de réadaptation fonctionnelle ;
- ✓ Prendre des mesures d'exonération de taxe sur les importations de matériels et des intrants pour la fabrication des appareillages orthopédiques et des aides techniques à la mobilité ;
- ✓ Mettre en place la Couverture santé universelle.

Recommandation 3 : Adopter les réformes et mettre en place les mesures visant à améliorer la sécurité routière. Il s'agit en particulier de :

- ✓ Accélérer l'adoption et la mise en œuvre de la Politique Nationale de la Sécurité Routière en République Démocratique du Congo et du Plan d'Actions Stratégiques Inclusif de Sécurité Routière ;
- ✓ Actualiser le code de la route et les conditions d'obtention et de délivrance du permis de conduire en l'adaptant aux évolutions et renforcer son application (utilisation des éthylotests, multiplication des contrôles techniques, interdiction du téléphone au volant).

A Handicap International et à ses partenaires, chacun en ce qu'il peut être concerné

Recommandation 4 : Redéfinir le positionnement de Handicap International. Pour cela, il convient de :

- ✓ Repenser et organiser le transfert de compétences et le renforcement des capacités des services et structures sanitaires en délaissant progressivement la responsabilité de l'organisation directe des activités (comme les cliniques mobiles) pour se positionner en appui et en accompagnement des institutions sanitaires publiques locales ;
- ✓ Poursuivre et amplifier le plaidoyer auprès des autorités congolaises, notamment pour les inciter à agir dans le sens des recommandations 2 et 3 ci-dessus, même si le plaidoyer n'est pas explicitement objectivé dans le cadre logique du projet.

Recommandation 5 : (Toujours) *Instituer un comité de pilotage pour chaque projet/programme ; le comité de pilotage étant l'espace d'orientation stratégique, de plaidoyer (auprès des autorités) et de dialogue entre les différents acteurs intervenant dans le projet/programme.*

Dans la mesure du possible, ce comité sera multisectoriel dans le sens où différents ministères y seraient représentés puisque la question de la santé et du handicap relève de la compétence de différents portefeuilles ministériels.

Recommandation 6 : (Toujours) *établir la convention avec le niveau central du (des) ministère(s), lorsque cela est nécessaire pour l'exécution d'un projet ou d'un programme, même si sur le terrain les activités sont mises en œuvre par des services périphériques*

La convention spécifiera les obligations/engagements des pouvoirs publics à chaque niveau de l'organisation sanitaire : services centraux du ministère, services de niveau intermédiaire (notamment la DPS), et services opérationnels de terrain (Equipe cadre des zones de santé, structures de soins). La participation au comité de pilotage figurera parmi les engagements des services centraux de l'Etat.

Recommandation 7 : *Consolider la chaîne Prévention – Détection – Prise en charge. Cela implique notamment de :*

- ✓ Renforcer le dispositif de référence contre-référence. En particulier, il importe de mettre à disposition des agents l'outil de contre-référence
- ✓ Renforcer la pluridisciplinarité dans la prise en charge en organisant et en encourageant les échanges entre les kinésithérapeutes et les techniciens orthoprothésistes

Recommandation 8 : *Poursuivre et amplifier le renforcement des capacités des acteurs communautaires. Cela implique notamment de :*

- ✓ Elaborer un « guide » de l'accompagnement social personnalisé répertoriant la palette d'options, d'outils et de méthodes pouvant être utilisés pour personnaliser la prise en charge des enfants handicapés ;
- ✓ Multiplier et amplifier les appuis pour l'autonomisation et l'accès aux opportunités économiques pour les personnes handicapées (formations professionnelles, Activités Génératrices de Revenus)
- ✓ Accroître les appuis aux clubs de femmes pour la mise en place des actions favorisant l'accès à l'emploi et aux opportunités économiques

Recommandation 9 : *Poursuivre et amplifier le renforcement des capacités des partenaires. Cela implique notamment de :*

- ✓ Prévoir des appuis pour l'organisation des restitutions par les personnes formées une fois qu'elles retournent dans leurs structures après avoir été formées ;
- ✓ Prévoir des appuis et des formations en matière de recherche et collecte de fonds ;
- ✓ Délivrer aux personnes formées une attestation quand cela est justifié, afin de leur permettre de valoriser la formation reçue.

ANNEXES

Annexe 1 : Termes de référence de l'évaluation

Evaluation Finale du Programme RDC- DGD 2017-2021 dans la ville province de Kinshasa

1. Informations générales

1.1. Sur Handicap International - Humanité & Inclusion (HI)

Indignés face à l'injustice que vivent les personnes handicapées et les populations vulnérables, nous aspirons à un monde solidaire et inclusif, où toutes les différences nous enrichissent et où chacun peut « vivre debout ».

HI est une organisation internationale non gouvernementale, qui intervient dans les situations de pauvreté et d'exclusion, de conflits et de catastrophes. Œuvrant aux côtés des personnes handicapées et des populations vulnérables, elle agit et témoigne, pour répondre à leurs besoins essentiels, améliorer leurs conditions de vie et promouvoir le respect de leur dignité et de leurs droits fondamentaux.

1.2. Sur Handicap International - Humanité & Inclusion dans le pays/région

HI intervient en République démocratique du Congo (RDC) depuis 1994 en soutien aux personnes vulnérables, spécifiquement les personnes handicapées, favorisant leur accès aux services de base et spécifiques ainsi qu'à la vie sociale et économique du pays. Le programme dispose à ce jour de trois bases opérationnelles : Kinshasa, Goma et Kananga. A Kinshasa, HI mène 5 projets : en santé maternelle et infantile, en réadaptation, en appui aux organisations de personnes handicapées, en sécurité routière et en éducation inclusive. Ces projets visent à assurer la prise en compte du handicap dans les systèmes et stratégies nationales, à promouvoir la participation sociale des personnes handicapées, à réduire les risques de handicap et à améliorer la prise en charge des personnes handicapées, grâce à des actions de prévention, à l'amélioration de la qualité des services de santé et de l'accès des personnes handicapées (ou à risque de développer un handicap) à ces services. Ces projets contribuent à la mise en place d'une société plus inclusive en RDC et à l'amélioration de la qualité de vie pour toutes et tous, et plus particulièrement des personnes handicapées.

4 de ces projets sont financés depuis 2017 par la Direction Générale coopération au Développement et Aide humanitaire (DGD) de la Belgique. Ce sont ces 4 projets, considérés comme des volets de la programmation DGD, qui font l'objet de cette évaluation finale.

2. Contexte de l'évaluation

2.1 Présentation du projet à évaluer

Intitulé du projet

Programme DGD à Kinshasa-République Démocratique du Congo qui comprend 4 volets :

- Peuple levons nous contre les accidents de la route (SR) ;
- Sourire des enfants, espoir des parents (SMI) ;
- Rien pour nous sans nous (AAA) ;
- La communauté se mobilise et offre des soins en réadaptation à la base communautaire dans la ville de Kinshasa (READ).

Dates de mise en œuvre

Janvier 2017 – Décembre 2021

Localisation

Ville province de Kinshasa, communes de Nsele, Ndjili, Bumbu, Selembao, Limete

Partenaires opérationnels

En Sécurité routière (SR) :

- Croix rouge RDC
- Organisation congolaise pour la lutte contre les accidents de trafic routier et pour la réduction de leurs effets (OCLAR-REF) ;
- Commission d'appui à la prévention routière (CAPR) ;
- Direction générale des écoles et formations de polices (DGEF) ;
- Commission Nationale de prévention routière (CNPR)

En Appui Aux Associations (AAA) :

- Association nationale des parents des enfants handicapés du Congo (ANAPHECO) ;
- Association des sourds de Kinshasa (ASSOUKIN) ;
- Plateforme des activistes et défenseurs des droits des personnes handicapées du Congo (PADHAC) ;
- Union nationale des aveugles du Congo (UNAC) ;

En Santé Maternelle et Infantile (SMI) et Réadaptation (READ) :

- Division Provinciale de la santé (DPS)
- Service d'appareillage orthoptique (Clinique Universitaire de Kinshasa, Mama Yemo)
- Hôpitaux Généraux de Référence (HGR) (Makala, Njili, Kinkolé, Centre mère et enfants de Bumbu)

Groupes Cibles

- Les usagers de la route vulnérables ;
- Personnes vivants à proximité des rues ou routes à trafic intense ;
- ONG locales de sécurité routière ;
- Autorités en charge de la sécurité routière ;
- Personnel de santé et personnel dédié à la promotion de la santé ;
- Enfants de moins de 5 ans ;
- Femmes enceintes ;
- Personnes handicapées ;
- Les leaders d'associations de personnes handicapées ;
- Les leaders communautaires ;

Budget du projet

Coût opérationnel : 3 307 552 euros

Objectifs du projet

- OS1 : Réduire les risques d'accident de la route dus à la conduite en état d'ébriété en synergie avec les ONG, la Police et la CNPR dans la commune de Limete
- OS2 : Intégrer la prévention, la détection et la prise en charge des déficiences liées à la SMI pour la mère et pour l'enfant de 0-5 ans dans les services de santé existants
- OS3 : Renforcer la participation des personnes handicapées, leurs familles et leurs organisations représentatives (OPH) dans la société et favoriser leur implication dans la promotion de leurs droits

- OS4 : Grâce aux synergies développées entre les projets SMI, READ et AAA, permettre aux personnes handicapées de bénéficier des soins aux services et d'augmenter leur participation et leur autonomie dans leur vie quotidienne.

Pour atteindre les résultats escomptés pour cette intervention, Handicap International s'est appuyé sur une théorie du changement axée sur l'accès aux services pour les personnes handicapées et les personnes vulnérables, structurant l'ensemble de ses actions afin de répondre aux besoins essentiels, d'améliorer les conditions de vie et de promouvoir le respect de la dignité et des droits fondamentaux des personnes handicapées et des personnes vulnérables. Ci-dessous le schéma de ce cadre stratégique :

2.2 Justification de l'évaluation

Conformément à l'accord de financement de la DGD, et au référentiel qualité d'HI, une évaluation finale externe doit être conduite au terme de l'intervention. Les motivations principales de cette évaluation sont : un devoir de redevabilité envers les communautés ciblées, les donateurs ainsi que les autorités locales et administratives sur l'efficacité et l'efficience du projet. Les résultats de l'évaluation finale seront également utilisés comme des leçons apprises et des recommandations pour mettre en place des projets similaires ou des pistes de réorientation de la stratégie d'intervention. Enfin, l'ensemble du processus d'évaluation favorisera également l'apprentissage, non seulement sur le plan thématique mais aussi méthodologique, autour des modèles, des approches et des méthodes d'intervention adaptés au contexte de la province ville de Kinshasa.

3. Objectifs de l'évaluation

3.1 Objectifs et attentes générales de l'évaluation

L'objectif général de cette évaluation est de mesurer l'atteinte des résultats et la stratégie d'intervention du projet DGD au terme de l'intervention.

En effet, cette évaluation vise à évaluer le processus permettant de convertir les actions conduites en résultats pour atteindre les objectifs fixés, tout en répondant aux dimensions de qualité, de redevabilité et d'apprentissage conformément au référentiel qualité de HI.

L'objectif global de l'évaluation finale est donc d'évaluer la stratégie de mise en œuvre du projet et les résultats obtenus au terme de l'intervention, de recueillir et d'analyser des informations fiables et pertinentes sur la base des questions évaluatives touchant les différents aspects du programme DGD, d'en tirer des leçons et de proposer des recommandations pour la mise en œuvre des interventions similaires. Cette évaluation permettra également d'apprécier la qualité de l'intervention dans une démarche d'amélioration continue et de redevabilité du projet et de ses activités. Pour cette évaluation finale, il sera principalement question d'apprécier tous les outcomes du projet. Son but premier reste de rendre des comptes sur les résultats obtenus au terme des 5 années de mise en œuvre.

3.2 Objectifs spécifiques

L'évaluation finale qui sera conduite concernera l'ensemble des 4 volets du programme DGD mis en œuvre par HI à Kinshasa, dans les communes de Bumbu, Selembao, N'Djili, Nsele et Limete. Cette évaluation présente les objectifs spécifiques suivants :

- Apprécier les cadres méthodologiques définis pour le projet à travers chacun des différents volets ainsi que l'efficacité du projet ;
- Questionner la théorie du changement du projet et déterminer si les activités proposées répondent aux besoins réels des communautés ciblées (Pertinence) ;
- Évaluer les performances du projet pendant sa durée de mise en œuvre (Efficacité et Ethique) ;

- Déterminer dans quelle mesure le projet a produit des changements en termes de résilience de la communauté (Pérennité) ;
- Apprécier l'approche communautaire retenue par HI dans le cadre de ces 4 volets, son efficacité, sa pertinence et l'analyser au regard de la pérennité du programme (Coopération) ;
- Permettre l'identification des acquis du projet et les insuffisances ou contraintes survenus dans la mise en œuvre du projet ainsi que des mesures correctives à apporter pour la future proposition d'intervention ;
- Documenter les leçons apprises et bonnes pratiques du travail réalisé avec les ONG bénéficiaires y compris les Organisations des Personnes Handicapées (OPH) ;
- Définir les facteurs de pérennité des résultats en vue de leur inscription dans le temps.

3.3 Critères d'évaluation et questions évaluatives

Sur la base du Référentiel Qualité projets HI, les critères ci-dessous ont été définis comme prioritaires ainsi que les questions évaluatives liées (non exhaustives) en lien avec la nature du projet et du contexte de la RDC.

BENEFICES

Pertinence (besoins, mandat, contexte)

Le projet a-t-il adapté suffisamment ses actions au contexte (politique et sanitaire) de la RDC, et en particulier à l'évolution du contexte depuis le démarrage du projet ?

Dans quelle mesure la synergie entre les différents volets du projet a contribué à l'atteinte des résultats ?

Dans quelle mesure le projet a-t-il répondu aux besoins spécifiques des organisations/associations de la société civile, y compris des organisations de personnes handicapées ?

Pérennité (anticipation, continuité, résilience)

Le projet a-t-il mis en place les outils adéquats pour assurer la continuité des activités après la clôture ?

Le projet a-t-il significativement réduit la vulnérabilité de l'ensemble des bénéficiaires et contribué au renforcement de compétences des acteurs locaux afin d'assurer la continuité des actions ?

MANAGEMENT

Efficacité (faisabilité, cohérence, produit/service)

Quelle est la performance du projet en termes d'atteinte des résultats escomptés en référence aux indicateurs du cadre logique ?

La qualité technique des réalisations du projet est-elle en phase avec les standards techniques de HI ?

ACTEURS-ACTRICES

Coopération (choix, implication, résultat)

Les partenaires ont-ils contribué de manière suffisante et optimale aux résultats du projet ? (Analyser les différents de niveaux d'implication des partenaires, et les potentiels facteurs et obstacles à cette implication)

Les partenaires ont-ils été suffisamment informés des avancées du projet ? Ont-ils participé aux différentes phases du cycle de projet ?

Dans quelle mesure le projet s'est-il inscrit dans une posture de complémentarité avec les autres acteurs de développement, notamment ceux de la coopération belge, afin d'assurer une réponse globale aux besoins multiples et évolutifs des groupes cibles ?

Ethique (non-discrimination, ne pas nuire, valeurs)

Le projet a-t-il répondu de manière inclusive et différenciée aux besoins de l'ensemble des individus quel que soit le genre, l'âge ou le handicap ?

Dans quelle mesure le principe « do no harm » a-t-il été respecté dans la mise en œuvre du projet ?

Autres questions spécifiques :

- Comment améliorer la contribution des personnes handicapées dans l'intervention ?
- Dans quelle mesure des facteurs externes ont influencé l'atteinte des résultats du projet ?
- Quelles sont les bonnes pratiques documentées par les OPH et autres partenaires de l'intervention ?
- Qu'est ce qui a changé au sein des organisations et entités étatiques partenaires grâce à l'accompagnement ?

4. Méthodologie de l'évaluation et organisation de la mission

4.1 Méthode de collecte

Cette évaluation finale, qui combine une évaluation des performances et la stratégie d'intervention (théorie du changement), sera réalisée par un(e) consultant(e) ou une équipe de consultant(e)s externes spécialisé(e)s dans l'évaluation des projets de santé & réadaptation, protection, appui aux acteurs avec un accent particulier sur les approches qualitatives.

L'un des points d'entrée de la collecte des données est la revue des documents projets. Elle permettra à l'évaluateur de se familiariser avec le programme DGD, ses enjeux, etc. Parmi les documents se trouveront la fiche du programme RDC-DGD, avec les cadres logiques par objectif spécifique, ainsi que l'évaluation intermédiaire du programme RDC-DGD 17 – 21. Une proposition méthodologique sera soumise en amont par le consultant principal, prenant en compte des éléments suivants (à titre indicatif) :

- i. L'évaluation proposera à la fois des analyses globales (tenant comptant des 5 zones d'intervention et des 4 volets d'activités) tout en considérant les dynamiques spécifiques à chaque zone de santé et à chaque volet d'action ;
- ii. Tenant compte de l'étendue des zones d'intervention et des mesures prévues contre la COVID – 19 dans la province ville de Kinshasa, l'étude priorisera l'approche qualitative basée sur un échantillonnage stratifié en s'appuyant sur des acteurs locaux. Ce choix permettra de limiter le nombre d'observations tout en assurant une représentation de la diversité des zones d'intervention pour l'analyse postérieure. Ainsi, l'étude triangulera des données tirées des observations participantes, des consultations de ressources écrites et des entretiens avec les acteurs clés. Dans la mesure du possible, les entretiens seront réalisés en langue locale, si impossible, le recours à un traducteur sera mis en place.
- iii. L'évaluation prendra en compte la question du partenariat. Il sera également attendu de cette évaluation finale d'apprécier l'approche partenariale d'HI afin d'améliorer le transfert de compétences et l'implication effective des partenaires tout le long du cycle de projet. L'évaluation devra faire le lien avec l'étude "Partenariat et localisation : regards croisés, pourrait-on faire autrement ?" réalisé par HI.
- iv. L'évaluation combinera la revue, la production et l'interprétation de données ;
- v. La méthodologie proposée par l'évaluateur devra suivre une démarche participative qui cherchera tout le long du processus à engager et à faciliter l'autoanalyse des parties prenantes.

A titre indicatif, les suivantes étapes seront prises en compte dans la proposition méthodologique :

Phase 1 - Réunion de cadrage avec le CoPil de l'évaluation : elle permettra d'éclaircir certains points et d'asseoir une méthodologie en cohérence avec les attentes du CoPil ;
Phase 2 – Validation de la note méthodologique et développement d'outils de collecte ;
Phase 3 – Collecte de données et production du rapport d'analyse (provisoire et final) assorti de recommandations aux différents acteurs ainsi que des outils de vulgarisation (document de synthèse de l'étude sous format WORD et POWERPOINT) ;
Phase 4 – Restitution et validation des résultats et plan de mise en action pour l'animation du changement (plaidoyer) et d'évolution des pratiques (capitalisation).

4.2 Acteurs impliqués dans l'évaluation

· Le comité de pilotage (CoPil) :

Le comité de pilotage est l'instance qui pilote et suit l'évaluation. C'est l'interlocuteur privilégié de l'évaluateur lors des étapes clefs de l'évaluation.

Il sera constitué de 6 personnes :

- Opérations Manager Kinshasa ;
- Manager MEAL HI RDC ;
- Coordinateur Technique Réadaptation ;
- Un chef de projet du volet SMI ;
- Le Médecin Chef de Zone de Santé de Ndjili ;
- Le Président de l'Union Nationale des Aveugles du Congo (UNAC)

Le CoPil sera présidé par l'Opération Manager de Kinshasa. L'interlocuteur privilégié de l'évaluateur sera le Manager MEAL.

Le CoPil devra prendre un certain nombre de décisions, notamment celles de la validation des étapes clefs de l'évaluation. Pour cela des réunions du CoPil seront organisées pour la prise de décisions. La prise de décision se fera au nombre de voix, suite à un vote à main levée.

L'évaluateur sera donc en contact régulier avec le CoPil.

Dans la phase de revue et validation du rapport d'évaluation, les référents techniques des thématiques concernées et l'Opération Manager, seront sollicités pour inputs.

· Le commanditaire : Handicap International

Au sein de HI, l'évaluateur sera en contact pour la collecte des données, avec le Directeur Pays, l'Opération Manager, le Manager MEAL (point focal pour cette évaluation), le Spécialiste technique réadaptation, le Spécialiste technique inclusion, tous les membres de l'équipe projet Kinshasa, à savoir : le chef de projet SMI, le chef de projet Réadaptation, le chef de projet Sécurité Routière, la chargée de volet Appui aux Associations, la chargée de volet santé communautaire, la chargée de volet kiné, le chargé de partenariat, la chargée de Suivi-Evaluation, l'assistant projet transversale, ainsi que les partenaires de mises en œuvre parmi les partenaires du projet :

Sécurité routière :

- Croix rouge RDC
- Organisation congolaise pour la lutte contre les accidents de trafic routier et pour la réduction de leurs effets (OCLAR-REF) ;
- Commission d'appui à la prévention routière (CAPR) ;
- Commission Nationale de prévention routière (CNPR) ;

Appui aux associations :

- Association nationale des parents des enfants handicapés du Congo (ANAPHECO) ;
- Association des sourds de Kinshasa (ASSOUKIN) ;
- Plateforme des activistes et défenseurs des droits des personnes handicapées du Congo (PADHAC) ;

- Union nationale des aveugles du Congo (UNAC) ;

SMI et READ :

- Division Provinciale de la santé (DPS)
- Service d'appareillage orthoptique (Clinique Universitaire de Kinshasa, Mama Yemo)
- Hôpitaux Généraux de Référence (HGR) (Makala, Njili, Kinkolé, Centre mère et enfants de Bumbu)

Des bénéficiaires du projet :

- Les enfants handicapés
- Les familles des enfants identifiées avec déficience
- Les femmes enceintes
- Les relais communautaires
- Les clubs de femmes
- Les infirmiers titulaires
- Les prestataires de la maternité et de la pédiatrie
- Les kinésithérapeutes
- Les orthoprothésistes
- Médecins directeurs des HGRs
- Les cadres des zones de santé
- Le bureau d'appui technique de la DPS et du ministère de la santé (PNRBC)

5. Principes et valeurs

5.1. Politique de Protection et de lutte contre la corruption

Code de conduite

Protection des bénéficiaires contre l'exploitation, les abus et le harcèlement sexuels

Politique de protection de l'enfance

Politique de lutte contre la fraude et la corruption

5.2. Mesures éthiques

Dans le cadre de chaque évaluation, HI s'engage à faire respecter certaines mesures éthiques.

La prise en compte de ces mesures dans l'offre technique est impérative :

Garantir la sécurité des participants, des partenaires et des équipes : l'offre technique doit expliciter les mesures de mitigation des risques ;

Assurer une approche centrée sur la personne / la communauté : l'offre technique doit proposer des méthodes adaptées aux besoins du public visé (par exemple outils adaptés en cas de public analphabète / langue des signes / matériel adaptés aux enfants...) ;

Obtenir le consentement libre et éclairé des participants : l'offre technique doit expliciter comment l'évaluateur recueillera le consentement et/ou l'assentiment libre et éclairé de ses interlocuteurs ;

Assurer la sécurité des données personnelles et sensibles tout au long de l'activité : l'offre technique devra proposer des mesures pour la protection des données personnelles et/ou sensibles.

**Ces mesures pourront être adaptées à l'issue du rapport de démarrage.*

6. Livrables attendus et calendrier proposé

6.1. Livrables

- **Rapport de démarrage*** : Le consultant principal proposera un rapport de démarrage de 10 pages maximum, en français, précisant la méthodologie d'évaluation incluant la matrice d'évaluation, les questions évaluatives et un calendrier précis. En annexe de ce rapport, le consultant proposera **une note méthodologique et les outils de collecte.**

· Rapport préliminaire : 10 jours après la fin de la mission terrain, il sera demandé au consultant un rapport de synthèse de 10 pages maximum, en français ainsi qu'une présentation au comité de pilotage avec un support de restitution en français. En annexe de ce rapport, le consultant soumettra **la base de données de collecte**.

· **Rapport d'évaluation*** : le Consultant soumettra un rapport final d'évaluation conforme au modèle proposé ci-après, ainsi qu'une synthèse ne dépassant pas 5 pages afin d'être accessible par le plus grand nombre. La synthèse comprendra :

Une présentation du programme évalué en quelques lignes ;

Une présentation des objectifs et enjeux autour de l'évaluation en quelques lignes ;

Les résultats de l'évaluation de manière synthétique ;

Les recommandations organisées de manière hiérarchique et reliées aux conclusions (présentation sous forme de tableau préconisée).

En annexe de ce rapport, le consultant proposera un plan de capitalisation et un **plan de recommandations***.

Le rapport de démarrage devra être intégré dans le template suivant :

La qualité du rapport de démarrage sera revue par le COPIL de l'évaluation grâce à cette grille :

Le rapport final devra être intégré dans le template suivant :

La qualité du rapport final sera revue par le COPIL de l'évaluation grâce à cette grille :

6.2. Questionnaire de fin d'évaluation

Un questionnaire de fin d'évaluation sera rempli conjointement par le MEAL Manager, l'évaluateur et la responsable du CoPil.

7. Moyens

7.1 Expertise recherchée du ou des consultant(-e)s

7.3. Ressources disponibles mises à disposition de l'équipe d'évaluation

Stratégie opérationnelle du programme

- Fiche pays RDC
- Proposition de programme RDC-DGD 2017-2021
- Théorie du changement de la proposition RDC – DGD 2017 - 2021
- Rapports annuels DGD (score de performance et leçons apprises)
- Etudes et capitalisations réalisées sur les trois premières années du programme (enquête CAP, accessibilité...)
- Rapport d'évaluation intermédiaire
- Base de données du projet DGD
- Rapport d'évaluation finale du précédent projet DGD

Annexe 2 : Rapport de démarrage

Mission d'évaluation finale externe

Rapport de démarrage

**Programme RDC- DGD 2017-2021 dans la ville province
de Kinshasa**

Par NGOMA Phuati Armand

Kinshasa, le 15 octobre 2021

Plan :

1. Introduction : brève présentation du rapport et du programme évalué.....	3
2. Bref rappel sur la mission d'évaluation	4
3. Plan de travail	5
4. Calendrier général de la mission	8

Annexes

Annexe 1 : Matrice de l'évaluation	9
Annexe 2 : Exemple de grille d'entretien	13
Annexe 3 : Liste générale des personnes/institutions à rencontrer/interviewer	14
Annexe 4 : Budget consacré à la mission d'évaluation	15

1. Introduction : brève présentation du rapport et du programme évalué

Le présent Rapport de démarrage s'inscrit dans le cadre de la mission d'évaluation finale externe du Programme RDC-DGD 2017-2021 dans la ville province de Kinshasa. Prévu dans les termes de référence de la mission, ce Rapport vient compléter et préciser la méthodologie générale proposée dans l'offre technique que nous avons soumise à Handicap International (HI), en explicitant certains éléments de cette méthodologie, et en se concentrant sur ses aspects « opérationnels ».

Pour sa rédaction, ce Rapport s'appuie sur les éléments de cette offre technique à laquelle il conviendrait de se référer si nécessaire. Il s'appuie également sur la lecture des premiers documents qui nous ont été fournis ainsi que sur les premiers échanges que nous avons eus à ce jour avec le Comité de Pilotage de l'évaluation, l'équipe du siège, le Directeur Pays et le Manager MEAL. Par ailleurs, lorsque cela était indispensable, il a été tenu compte des observations et commentaires formulés sur la version provisoire de ce Rapport.

Pour rappel, le programme faisant l'objet de cette évaluation a été mis en œuvre dans 5 communes de la ville province de Kinshasa (Nsele, Ndjili, Bumbu, Selembao et Limete), en partenariat avec diverses organisations et institutions congolaises. Il a été financé par la Direction Générale au Développement (DGD) de la Belgique pour une durée de 5 ans.

La théorie du changement qui sous-tend le programme veut que pour permettre une participation pleine et effective des personnes handicapées et des personnes vulnérables à la vie de leurs communautés, il importe de garantir leur accès aux services et ainsi améliorer leurs conditions de vie et promouvoir le respect de leur dignité. Cela implique de structurer les actions au niveau des individus et de l'environnement ainsi que leurs interactions, mais aussi d'amener les Etats à remplir leurs diverses obligations, pour ainsi, répondre aux besoins essentiels de tous et de toutes.

Conçu dans cette perspective, le programme comportait 4 volets, chacun faisant écho à un objectif spécifique en particulier. Les quatre objectifs spécifiques sont donc :

- Réduire les risques d'accident de la route dus à la conduite en état d'ébriété en synergie avec les ONG, la Police et la CNPR dans la commune de Limete ;
- Intégrer la prévention, la détection et la prise en charge des déficiences liées à la SMI pour la mère et pour l'enfant de 0-5 ans, dans les services de santé existants ;
- Renforcer la participation des personnes handicapées, leurs familles et leurs organisations représentatives (OPH) dans la société et favoriser leur implication dans la promotion de leurs droits ;
- Permettre aux personnes handicapées de bénéficier des soins aux services et d'augmenter leur participation et leur autonomie dans leur vie quotidienne, grâce aux synergies développées entre les composantes Santé Maternelle et Infantile (SMI), Réadaptation (READ) et Appui Aux Associations (AAA).

2. Bref rappel sur la mission d'évaluation

Objectifs, enjeux et attentes de l'évaluation

Cette évaluation finale vise à rendre compte des résultats obtenus au terme des 5 années de mise en œuvre. Plus spécifiquement, elle a pour objectif « d'évaluer la stratégie de mise en œuvre et les résultats obtenus au terme de l'intervention, de recueillir et d'analyser des informations fiables et pertinentes sur la base des questions évaluatives (...), d'en tirer des leçons et de proposer des recommandations pour la mise en œuvre des interventions similaires ».

Les enjeux, attentes et préoccupations qui entourent cette évaluation peuvent être synthétisés ainsi :

- (1) Cette évaluation finale répond à une double exigence : une exigence de redevabilité envers le bailleur, les communautés ciblées, ainsi que les autorités locales et administratives, et une exigence de qualité et d'apprentissage pour HI. A cet égard, l'évaluation fera ressortir des leçons apprises et fournira des recommandations permettant de mettre en place des projets similaires et/ou d'orienter les stratégies d'intervention.
- (2) L'évaluation a une visée à la fois rétrospective (logique de bilan) et prospective (logique d'aide à la décision) en ce sens qu'il s'agira non seulement d'analyser et d'apprécier rétrospectivement les résultats obtenus ainsi que les stratégies d'intervention et d'en faire le bilan mais également de capitaliser sur le travail effectué et donc de tirer les enseignements, d'identifier les bonnes pratiques et de formuler des recommandations pouvant servir à la mise en œuvre des interventions futures.
- (3) L'évaluation sera réalisée dans une approche quantitative et qualitative qui devra conduire à trianguler différentes sources d'informations, et donc à utiliser des informations et données tant quantitatives que qualitatives. Il a bien été noté que l'approche qualitative est celle dont on attend le plus.
- (4) La démarche d'évaluation sera éminemment participative. Les différentes parties prenantes au programme, équipes de HI, partenaires, bénéficiaires, autorités, etc., seront associées et/ou consultées, selon les cas.

Les Produits/Livrables

Il est attendu de la mission d'évaluation les produits suivants :

- ❖ Un rapport de démarrage. C'est le présent document.
- ❖ Un rapport de synthèse. Il présentera les premiers éléments de l'évaluation afin de donner aux responsables en charge de l'évaluation un aperçu sur les premières conclusions de l'évaluation. Le Comité de Pilotage n'est pas nécessairement appelé à réagir à ce rapport de synthèse.
- ❖ Le Rapport final provisoire
- ❖ Le Rapport final définitif. Le format du rapport final d'évaluation nous a été transmis. Nous nous y conformerons, dans sa structure.
- ❖ Un plan de capitalisation et de recommandations. Il ne s'agira pas d'un *plan de capitalisation* comme on pourrait en produire à l'issue d'une étude de capitalisation mais simplement d'organiser et de structurer les recommandations et de les présenter d'une manière qui favorise leur appropriation et l'apprentissage par HI.

- ❖ Un atelier de restitution des résultats. Il s'agira non seulement de présenter et de restituer les résultats de l'évaluation au Comité de Pilotage de l'évaluation, mais aussi de valider le plan de recommandations.

3. Plan de travail

Comme rappelé plus haut, la méthodologie de l'évaluation a été décrite dans l'offre technique faite à HI. Dans cette offre, nous proposons que la mission soit séquencée en 3 grandes étapes qui sont : Etape 1 : Cadrage de la mission ; Etape 2 : Collecte des informations et données et visites sur le terrain et Etape 3 : Analyse, rédaction du Rapport final et restitution. La présente section reprend certains éléments de cette méthodologie dans une approche concrète et pragmatique.

Etape 1 : Le cadrage de la mission

Afin de (re)préciser les attentes de HI, vis-à-vis de l'évaluation, de réunir les premiers éléments d'analyse et de préparer la phase collecte de données et informations sur le terrain, une réunion de cadrage avec le Comité de Pilotage à Kinshasa ainsi qu'une réunion d'échange à distance avec l'équipe du siège ont d'ores et déjà eu lieu. De ces réunions et des autres échanges (en particulier avec le responsable MEAL), il est ressorti un certain nombre d'éléments qui ont permis notamment d'établir le calendrier général de la mission (voir plus loin) et d'apporter des éclaircissements sur certains points des termes de référence et sur les questions évaluatives.

Au cours de cette première étape de la mission, certains documents ont été transmis à la mission d'évaluation. Ils sont en cours de lecture et d'exploitation. D'autres documents seront transmis au consultant. A ce stade de la mission, nous n'avons pas encore fait un inventaire exhaustif des documents dont nous aurions besoin et auxquels nous pourrions avoir accès. Nous allons continuer de rassembler et de lire les documents qui nous sont et seront transmis, au fur et à mesure et nous en saurons un peu plus sur des éventuelles carences dans les données et les informations transmises. Dans tous les cas, nous savons que nous pouvons compter sur la disponibilité et la diligence de la coordonnatrice du programme, des chefs de projets et de l'équipe MEAL pour obtenir toutes les informations dont nous pourrions avoir besoin. C'est ensemble que nous pourrions, le cas échéant, décider des mesures à prendre au cas où des éventuelles carences apparaîtraient à propos des documents mis à notre disposition.

Etape 2 : Collecte des informations et données et visites sur le terrain

Sur le terrain, les différents acteurs impliqués et/ou concernés par le programme seront interviewés individuellement, en petits groupes ou en focus-groupes, selon les cas, et des constations seront effectuées lors des visites sur les sites.

S'agissant de l'identification des personnes à rencontrer et des sites à visiter, c'est ensemble avec les responsables des différents volets du programme que la mission d'évaluation est entrain de déterminer la liste finale. Mais d'ores et déjà, une liste générale des personnes/institutions pressenties pour être interviewées a été établie. Elle figure en Annexe 3 : Liste générale des personnes/institutions à rencontrer/interviewer. Elle est complétée/adaptée au fur et à mesure.

Nous veillerons à rencontrer un échantillon suffisamment représentatif¹⁹ des acteurs impliqués et/ou concernés par le programme pour tenir compte du caractère participatif de l'évaluation. Comme indiqué dans notre technique, nous prendrons toutes les précautions nécessaires afin de ne pas mettre en difficulté les personnes rencontrées. Pour cela, nous respecterons les principes éthiques et la politique institutionnelle de PEAHS de HI²⁰.

Pour la conduite des entretiens, nous les mènerons en semi-directif car cela donne aux personnes interrogées une plus grande latitude à s'exprimer sur les questions qui leur seront posées.

Les focus-groupes seront organisés en particulier pour les rencontres avec les relais communautaires, les clubs de femmes et, si cela est possible, les bénéficiaires finaux. Afin de garantir la participation de chacun et l'efficacité des discussions, un focus-groupe ne saurait réunir plus d'une douzaine de personnes.

Qu'il s'agisse d'interviewer des personnes lors des entretiens semi-directifs ou d'animer des focus-groupes, les entretiens se feront sur la base de grilles d'entretien préparées à l'avance et adaptées en fonction de l'interlocuteur interviewé. Les questions tourneront autour des thématiques comme la perception que ces personnes ont des activités du programme, y compris le processus de planification, de mise en œuvre et de coordination des activités ; l'adéquation de l'offre du programme à leurs besoins ; les améliorations et adaptations faites ou qu'il aurait fallu faire afin que l'offre rencontre mieux leurs besoins ; les effets des activités du programme (qu'ils soient recherchés ou non, immédiats ou à plus long terme) ; les avantages/désavantages perçus du programme et donc du niveau de satisfaction/déception ; leur implication dans la mise en œuvre du programme ; les recommandations pour les interventions futures, etc.

A propos de ces rencontres, il importe par ailleurs de garder à l'esprit, deux éléments qui peuvent constituer des contraintes ou des limites. D'une part, les responsables des différents volets du programme n'auront pas nécessairement le temps d'accompagner l'évaluateur dans ses rencontres hors les murs de HI. Or l'évaluateur ne connaît ni ces interlocuteurs, ni les endroits où ils se trouvent (leurs bureaux, par exemple). D'autre part, il a été signalé que certains endroits où on pourrait rencontrer certains acteurs sont très difficiles d'accès, même avec un véhicule tout terrain. Ceci peut constituer une difficulté pouvant limiter la mission d'évaluation dans sa quête d'informations. Dès lors, en concertation avec les chefs des différents volets du programme, il pourra être privilégié et décidé que telle ou telle rencontre avec tel interlocuteur se déroule dans les locaux de HI ou, de préférence, à tout autre endroit plus accessible, à chaque fois que cela sera possible et souhaitable. Au besoin, les frais de déplacement des interlocuteurs, pour les focus-groupes, seront pris en charge par le consultant sur son budget *Déplacements*.

¹⁹ Il n'y aura pas de rencontrer la totalité des clubs de femmes, par exemple, mais de s'entretenir avec un nombre limité d'entre eux. Le choix pourra se faire notamment sur la base du critère de dynamisme. Nous ciblerons ainsi des clubs, soit parce qu'ils sont très dynamiques, soit parce qu'ils le sont moins.

²⁰ A titre d'illustration, nous entendons respecter les gestes barrières face au COVID. De même, nous nous assurerons toujours d'avoir le consentement éclairé des personnes interviewées. A cet égard, la première chose que nous faisons systématiquement, en particulier lorsqu'il s'agit de s'entretenir avec des bénéficiaires finaux, c'est de les rassurer. Nous leur expliquons d'emblée que nous ne sommes pas là pour les juger. Nous sommes là pour qu'ils nous aident à comprendre comment les choses se sont déroulées dans la mise en œuvre du projet/programme, de sorte que si à l'avenir on pouvait améliorer les choses, qu'on puisse le faire. Ils sont donc invités à se sentir libres de répondre (ou non) à nos questions, sachant que tout ce qu'ils diraient, nous le garderions pour nous.

Etape 3 : Analyse, rédaction du Rapport final et restitution

Les données et informations collectées ainsi qu'il vient d'être décrit seront analysées et interprétées. Le cadre méthodologique global de l'évaluation sera donc un mix combinant la collecte de données quantitatives avec des techniques d'évaluation qualitative. Comme mentionné à maintes occasions, les données quantitatives proviendront pour l'essentiel de l'analyse documentaire. S'agissant des données et de la recherche qualitatives, nous préconisons la méthode du Changement le Plus Significatif. L'évaluation étant réalisée par une seule personne dans un temps relativement court qui ne permet pas de se lancer dans une cartographie détaillée des incidents, il nous semble plus approprié de mettre l'accent sur l'analyse des lignes-forces qui permettent d'appréhender et de caractériser les changements induits par le programme dans ses 4 volets. Nous nous attacherons donc à identifier les changements les plus significatifs pour en démontrer et en comprendre les ressorts.

Les principaux critères d'analyse et d'appréciation, c'est-à-dire les prismes à travers lesquels les réalisations et les stratégies du programme seront analysées et appréciées, sont ceux prévus aux termes de référence de la mission. Il s'agit de la **pertinence**, de l'**efficacité** (incluant les effets et impact), de la **pérennité**, de la **coopération** et de l'**éthique**. Ces critères intègrent les 3 thématiques préconisées dans le Référentiel Qualité des projets de HI, à savoir, les Acteurs, le Management et les Bénéfices. En s'appuyant sur ces critères, les questions évaluatives ont été détaillées dans la Matrice de l'évaluation figurant en Annexe 1 : Matrice de l'évaluation.

La démarche intellectuelle d'analyse et d'appréciation des résultats et des stratégies du programme, dans sa mécanique, se présentera comme un enchaînement logique en 3 temps : dans un premier temps, il s'agira de dresser un état des lieux des réalisations du programme, c'est-à-dire à répertorier et à présenter les principales actions réalisées, dans une approche quantitative et descriptive. Cela permettra d'avoir une idée la plus précise possible de ce qui fait l'objet de l'évaluation. Ensuite, dans un second temps, il sera procédé aux analyses proprement dites et à l'appréciation des réalisations et des stratégies du programme sous le prisme des critères d'évaluation retenus. Et enfin, dans un dernier temps, il sera présenté les éléments conclusifs de l'analyse et de l'appréciation sous forme de conclusions (enseignements, leçons apprises, bonnes pratiques) et recommandations.

Cette démarche se reflètera dans la structure même du Rapport (provisoire et final) d'évaluation et dans le format préconisé par HI (qui nous a été transmis). Comme mentionné plus haut, les recommandations seront présentées d'une manière structurée afin de favoriser leur appropriation et l'apprentissage par HI et ses partenaires.

4. Calendrier général de la mission

Le tableau ci-après présente le calendrier de la mission dans les grandes lignes (dates des principales étapes activités). Un retro planning plus complet figure en document joint *Retro planning de la mission d'évaluation*.

Dates	Activités	Responsables/Personnes concernées
Le 04 oct. 2021	Réunion de cadrage	Consultant-évaluateur + Comité de Pilotage
Le 05 oct. 2021	Réunion de cadrage	Consultant-évaluateur + Equipe du siège
Du 4 au 8 oct. 2021	Rédaction (et transmission) du rapport de démarrage	Consultant-évaluateur
Du 11 au 14 oct. 2021	Imputs des équipes de HI (Kin + siège) sur le rapport de démarrage	Equipes de HI
Le 14 au 15 oct. 2021	Finalisation et transmission du rapport de démarrage	Consultant-évaluateur
Du 11 au 27 oct. 2021	Collectes de données et informations sur le terrain (entretiens rencontres et visites)	Consultant-évaluateur
Du 28 oct. au 09 nov. 2021	Rédaction du rapport final provisoire (1 ^{er} draft)	Consultant-évaluateur
Au plus tard le 5 novembre	Transmission du rapport de synthèse	Consultant-évaluateur
Du 10 au 19 nov. 2021	Imputs des équipes de HI	Equipes de HI
Du 23 au 25 nov. 2021	Correction et élaboration du 2 ^{ème} draft du rapport final provisoire	Consultant-évaluateur
Du 25 au 30 nov. 2021	Imputs des équipes de HI	Equipes de HI
Du 30 nov. au 2 déc. 2021	Rapport final	Consultant
Le 3 décembre 2021	Atelier de restitution et de validation des recommandations	Consultant + Comité de Pilotage

5. Annexes

Annexe 1 : Matrice de l'évaluation

Critères d'évaluation	Questions de l'évaluation	Critères de jugement	Champs d'observation et indicateurs	Méthodes et sources d'information
Pertinence	Dans quelle mesure le programme a-t-il répondu aux besoins et aux priorités des personnes handicapées, de leurs organisations et des personnes vulnérables?	<ul style="list-style-type: none"> - Adéquation des objectifs du programme aux besoins des bénéficiaires et du pays - Eléments du contexte local - Adaptations au contexte évoluant - Satisfactions des bénéficiaires - Place des personnes handicapées dans le programme 	<ul style="list-style-type: none"> - Analyse des besoins satisfaits et non satisfaits - Typologies des besoins en termes de prévention et d'accès aux services et aux droits - Analyses des facteurs limitant l'accès aux services et aux droits 	<ul style="list-style-type: none"> - Analyse documentaire - Entretiens avec les partenaires - Entretiens/Focus-groups avec les communautés bénéficiaires - Entretiens avec les autres acteurs clés (Etat, OSC, etc.)
	Le programme était-il aligné sur les politiques ou programmes du Gouvernement, et complémentaire des interventions d'autres organisations ?	<ul style="list-style-type: none"> - Alignement, convergence et/ou complémentarité du programme avec les interventions et les politiques et stratégies des autres organisations et du Gouvernement 	<ul style="list-style-type: none"> - Politiques du Gouvernement (santé, social, éducation, etc.) - Stratégies et modalités des interventions des acteurs 	<ul style="list-style-type: none"> - Analyse documentaire - Entretiens avec les partenaires - Entretiens avec les autres acteurs clés
	Le programme s'est-il adapté suffisamment à l'évolution du contexte (politique et sanitaire) de la RDC ?	<ul style="list-style-type: none"> - Modifications et adaptations apportées dans la mise en œuvre des activités - Adaptations de l'intervention aux besoins des organisations partenaires et des bénéficiaires finaux 	<ul style="list-style-type: none"> - Actions mises en œuvre - Stratégie d'adaptation mise en œuvre - Analyse des besoins des organisations partenaires - Analyse du contexte 	<ul style="list-style-type: none"> - Analyse documentaire - Entretiens avec les partenaires et autres observateurs - Entretiens et focus-groupes avec les bénéficiaires
	Dans quelle mesure le programme s'est inscrit en complémentarité avec d'autres projets pour une réponse globale et multiples besoins des bénéficiaires, et/ou développé des synergies entre ses différents volets	<ul style="list-style-type: none"> - Complémentarité du programme avec des projets mis en œuvre par d'autres acteurs - Cohérence interne et externe 	<ul style="list-style-type: none"> - Actions mises en œuvre - Stratégie de complémentarité mise en œuvre - Projets similaires et ou complémentaires développés par d'autres acteurs de développement (notamment ceux de la coopération belge) 	<ul style="list-style-type: none"> - Analyse documentaire - Entretiens avec les partenaires - Entretiens et focus-groupes avec les bénéficiaires

Efficacité	Dans quelle mesure le programme a-t-il atteint les résultats escomptés et les objectifs prévus initialement ?	<ul style="list-style-type: none"> - Amélioration de l'accès aux services - Amélioration de la prise en charge - Amélioration et accroissement de la prévention - Qualité de la prise en charge 	<ul style="list-style-type: none"> - Performances et taux de réalisation des objectifs, résultats et actions prévus au départ - Qualité technique des réalisations du programme - Maîtrise des nouvelles compétences acquises - Qualité des rapports fournis par les partenaires appuyés 	<ul style="list-style-type: none"> - Analyse documentaire - Entretiens avec les partenaires - Entretiens avec les autres acteurs clés
	Quels ont été les principaux facteurs (internes et externes) qui ont influé sur l'atteinte ou la non-atteinte de résultats ?	<ul style="list-style-type: none"> - Obstacles/difficultés rencontrées - Saisine ou non des opportunités - Modes opératoires - Eléments du contexte 	<ul style="list-style-type: none"> - Nature des difficultés et réponses apportées - Analyse des relations entre les associations partenaires et les institutions étatiques - Analyse du contexte 	<ul style="list-style-type: none"> - Analyse documentaire - Entretiens avec les partenaires - Entretiens avec les autres acteurs clés
	Quelles sont les stratégies qui ont été les plus / les moins efficaces et qu'est-ce qui peut être fait pour améliorer l'efficacité de chaque volet ?	<ul style="list-style-type: none"> - Qualité des collaborations - Processus et modes opératoires de mise en œuvre des actions - Synergies exploitées 	<ul style="list-style-type: none"> - Taux de réalisation des objectifs et des actions prévus au départ - Opportunités saisies ou non - Obstacles 	<ul style="list-style-type: none"> - Analyse documentaire - Entretiens avec les partenaires
	Dans quelle mesure le programme a-t-il atteint l'objectif d'amélioration de l'accès aux services, d'amélioration de la prévention, de promotion de la dignité des personnes handicapées?	<ul style="list-style-type: none"> - Changements dans les lois et les politiques locales - Changements des comportements, des attitudes, des pratiques, ainsi que dans la vie des personnes handicapées et vis-à-vis des personnes handicapées - Renforcement des compétences et Changements dans l'organisation, le fonctionnement et le positionnement des associations partenaires dans les institutions et entités étatiques - Changements 	<ul style="list-style-type: none"> - Récits de vie - Qualité de vie des bénéficiaires finaux induite de la mise en œuvre du programme - Organisation et fonctionnement des services et des organisations locales partenaires - Rapports sociétaux (attitudes, comportements, pratiques des personnes et des communautés en lien avec le handicap) - Nature des changements obtenus - Autonomisation des partenaires 	<ul style="list-style-type: none"> - Analyse documentaire - Entretiens avec les partenaires - Entretiens avec les autres acteurs clés - Focus-groups/entretiens avec les membres des communautés - Entretiens avec les autorités et institutions étatiques

		- Réduction de la vulnérabilité		
	Quels ont été les principaux facteurs qui ont influé sur les changements observés ?	- Obstacles/difficultés dans le contexte - Opportunités	- Analyse du contexte - Nature et ampleur des obstacles et des opportunités	- Analyse documentaire - Entretiens avec les partenaires - Entretiens avec les autres acteurs clés
	Quelles sont les stratégies qui ont eu +/- un impact et comment les changements de comportement chez les acteurs ont pu influencer sur les objectifs stratégiques	- Changement des objectifs stratégiques chez les partenaires - Changements dans l'activisme et la mobilisation - Synergies exploitées ou non et échange d'expériences	- Evolution des objectifs stratégiques des partenaires, des OSC - Analyse du contexte - Hypothèses de la Théorie du Changement	- Analyse documentaire - Entretiens avec les partenaires - Entretiens avec les autres acteurs clés
Pérennité des acquis	Dans quelle mesure les changements observés sont-ils durables et susceptibles de persister après la fin du programme	- Analyse des comportements, des attitudes et des réalisations des autorités, des organisations partenaires et des communautés	- Décisions et mesures prises - Investissements à moyen et long terme - Appropriation des réalisations - Outils développés pour assurer la continuité des services	- Analyse documentaire - Entretiens avec les partenaires - Entretiens avec les autres acteurs clés - Focus-groups/entretiens avec les membres des communautés
	Les autorités locales soutiennent-elles le programme concerné, et sont-elles susceptibles de continuer à soutenir les initiatives produites ?	- Analyse des décisions et mesures prises par les partenaires - Analyse des réalités du pouvoir - Les bonnes pratiques documentées par les OPH et autres partenaires de l'intervention	- Participation aux rencontres auxquelles elles sont conviées et aux activités des projets - Actions de lobbying et de plaidoyer - Duplication/Réplication des formations et des mécanismes et savoirs des projets	- Analyse documentaire - Entretiens avec les partenaires - Entretiens avec les autres acteurs clés - Entretiens avec les autorités et institutions étatiques
	Les partenaires locaux ont-ils la capacité de maintenir les acquis/bénéfices du programme ?	- Analyse et évaluation des processus internes (procédures et règlements, organisation) - Analyse des capacités techniques et du leadership des partenaires locaux - Analyse des (re)orientations prises par les partenaires locaux	- L'importance et les types de moyens techniques disponibles - Types et importance des ressources disponibles - Elargissement des partenariats et des soutiens, notamment financiers	- Analyse documentaire - Entretiens avec les partenaires - Entretiens avec les autres acteurs clés - Entretiens avec des partenaires techniques et financiers

Coopération	Les partenaires ont-ils contribué de manière suffisante et optimale aux résultats du programme ?	<ul style="list-style-type: none"> - Analyse des différents niveaux d'implication des partenaires, et des potentiels facteurs et obstacles à cette implication - Plus-value apportée par l'implication de partenaires - Perception de HI par ses partenaires 	<ul style="list-style-type: none"> - Nature des partenariats - Conventions signées avec les partenaires - Outils et mécanismes de suivi des conventions et du partenariat - Communication entre partenaires 	<ul style="list-style-type: none"> - Analyse documentaire - Entretiens avec les partenaires - Entretiens avec les autres acteurs clés
	Les partenaires ont-ils été suffisamment impliqués dans le programme ?	<ul style="list-style-type: none"> - Information des partenaires - Mécanismes de concertation et de coordination mis en place dans et par le programme - Participation des partenaires 	<ul style="list-style-type: none"> - Conventions signées - Participation - Communication avec et entre partenaires 	<ul style="list-style-type: none"> - Analyse documentaire - Entretiens avec les partenaires - Entretiens avec les autres acteurs clés -
Ethique	Le programme a-t-il répondu de manière inclusive et différenciée aux besoins de l'ensemble des individus quel que soit le genre, l'âge ou le handicap ?	<ul style="list-style-type: none"> - Intégration du genre - Prise en compte de la jeunesse - Prise en compte des marqueurs HGA de HI dans la mise en œuvre - Prise en compte des aspects environnementaux 	<ul style="list-style-type: none"> - Actions mises en œuvre - Stratégies d'intervention auprès des groupes vulnérables - Mise en œuvre de la politique HGA 	<ul style="list-style-type: none"> - Analyse documentaire - Entretiens avec les partenaires et autres observateurs - Entretiens et focus-groupes avec les bénéficiaires
	Dans quelle mesure le principe « do no harm » a-t-il été respecté dans la mise en œuvre du programme ?	<ul style="list-style-type: none"> - Respect des principes de la politique HGA - Prise en compte des marqueurs HGA de HI dans la mise en œuvre 	<ul style="list-style-type: none"> - Actions mises en œuvre - Stratégies d'intervention auprès des groupes vulnérables - Mise en œuvre de la politique HGA 	<ul style="list-style-type: none"> - Analyse documentaire - Entretiens avec les partenaires et autres observateurs - Entretiens et focus-groupes avec les bénéficiaires

Annexe 2 : Exemple de grille d'entretien

NB. Les questions que nous posons à nos interlocuteurs sont adaptées en fonction de la personne interviewée. Il importe de noter qu'au fur et à mesure de la lecture des documents et des entretiens avec les acteurs, nous acquérons une connaissance plus fine du projet/programme évalué. Certaines questions que nous posons s'affinent en conséquence. Par conséquent, la grille d'entretien présentée ici (utilisée pour un entretien avec les responsables d'une organisation partenaire ou bénéficiaire du programme), est un exemple (une sorte de pense-bête) établi rapidement pour illustrer la façon dont nous conduirons les entretiens semi-directifs. Les questions sont ouvertes ; ce qui permet de rebondir et d'aller plus en profondeur à chaque fois que nécessaire. En annexe du rapport final, nous fournirons des exemples de grilles d'entretien plus abouties.

Nom et titre/rôle de la personne interviewée

Présentation de l'organisation (son histoire, ses objectifs, son organisation, etc.)

Vos principaux besoins, satisfaits et non-satisfaits ?

Les principales difficultés que vous rencontrez dans la réalisation de vos objectifs statutaires ?

Nature et historique du lien qui unit l'organisation à HI.

Le rôle et la place dans le programme évalué ?

Votre connaissance du programme évalué en général ?

La formalisation du partenariat/de la collaboration/ de la relation avec HI

L'implication dans le programme évalué (vous avez bénéficié/reçu quoi ? Qui, quand, quelles modalités ?...)

L'impact du programme sur l'organisation ? sur les personnes ? Sur les bénéficiaires finaux ?
Qu'est-ce qui a changé grâce au programme ? Qu'est-ce que le programme vous a apporté ?

Les résultats obtenus sont-ils à la hauteur des attentes ? Si non, pourquoi ? En quoi ?

Les principaux obstacles/difficultés qu'il a fallu traverser. Les défis qu'il a fallu relever.
Comment les obstacles ont été franchis ?

Qu'est-ce qui a le mieux marché (quoi, comment pourquoi ?)

Qu'est-ce qui a le moins bien fonctionné (quoi, comment, pourquoi ?)

Quel niveau de satisfaction ?

La relation/ la communication (notamment interpersonnelle) avec HI ?

Quelles recommandations pour la suite ? Et si c'était à refaire ?

S'il y a des documents disponibles à nous remettre et qui peuvent nous aider à aller plus loin !

Annexe 3 : Liste générale des personnes/institutions à rencontrer/interviewer

Cette liste sera complétée et actualisée au fur et à mesure de l'identification des personnes et des besoins

Sécurité routière :

- ✓ Croix Rouge de Belgique/RDC
- ✓ Organisation Internationale pour la Sécurité Routière (OISR)
- ✓ Organisation Congolaise pour la Lutte contre les Accidents de trafic Routier et pour la Réduction de leurs Effets (OCLAR-REF)
- ✓ Commission d'Appui à la Prévention Routière (CAPR)
- ✓ Commission Nationale de Prévention Routière (CNPR)
- ✓ Union des Journalistes et Communicologues pour la Sécurité Routière (UJCSR)

Appui aux associations :

- ✓ Association Nationale des Parents des Enfants Handicapés du Congo (ANAPHECO) ;
- ✓ Association des Sourds de Kinshasa (ASSOUKIN) ;
- ✓ Plateforme des Activistes et Défenseurs des Droits des Personnes Handicapées du Congo (PADHAC) ;
- ✓ Union Nationale des Aveugles du Congo (UNAC) ;

SMI et READ :

- ✓ Division Provinciale de la santé (DPS)
- ✓ Services d'appareillage orthoptique (Clinique Universitaire de Kinshasa, Mama Yemo)
- ✓ Hôpitaux Généraux de Référence (HGR) (Makala, Ndjili, Kinkole, Centre mère et enfants de Bumbu)
- ✓ Division Urbaine des Affaires Sociales (DUAS)

Des bénéficiaires du projet :

- ✓ Les enfants handicapés
- ✓ Les familles des enfants identifiées avec déficience
- ✓ Les femmes enceintes
- ✓ Les relais communautaires
- ✓ Les clubs de femmes
- ✓ Les infirmiers titulaires
- ✓ Les prestataires de la maternité et de la pédiatrie
- ✓ Les kinésithérapeutes
- ✓ Les orthoprothésistes
- ✓ Médecins directeurs des HGRs
- ✓ Les cadres des zones de santé
- ✓ Le bureau d'appui technique de la DPS et du ministère de la santé (PNRBC)
- ❖ Autres personnes ressources

Annexe 4 : Budget consacré à la mission d'évaluation

Intitulé	Base	Taux (USD)	Coût Total (USD)
Honoraires (jours)	39	410	15.990
Billet d'avion A/R Paris-Kinshasa			0
Per diem (nuitées d'hébergement, frais de vie)	35	110	3.850
Frais de visa et test COVID			0
Frais de traduction			0
Frais de communications (à ma charge)			
Déplacements à Kinshasa et remboursement des frais de transport pour les participants aux focus-groupes	30	50	1.500
Total			21.340

Annexe 3 : Plan de capitalisation des recommandations

Les recommandations formulées à l'issue d'une évaluation finale constituent des pistes de travail que la mission d'évaluation soumet aux responsables et acteurs du projet évalué. Ces derniers sont mieux placés que le consultant-évaluateur pour concevoir la suite à donner au projet évalué et donc pour apporter les correctifs aux difficultés ou aux insuffisances et lacunes mises en exergue par l'évaluation. Au demeurant, pour diverses raisons, le cadrage de l'intervention qui vient après le projet évalué peut être différent de ce dernier. Les objectifs spécifiques et les activités à mettre en œuvre dans le nouveau projet peuvent ne pas être les mêmes. Dans ces conditions, il n'est pas question ici de fournir un véritable plan de capitalisation « clé en main ». Il s'agit au fond de fournir aux responsables de HI les éléments d'une méthode leur permettant de rendre opérationnelles les recommandations formulées à l'issue de l'évaluation.

La démarche d'opérationnalisation des recommandations que nous proposons peut-être décrite en 3 grandes étapes décrites ci-après.

Première étape : Catégoriser les recommandations

Les recommandations formulées à l'issue de l'évaluation sont très diverses. Elles sont adressées à différents acteurs et s'appliquent à des champs différents. Dès lors, il convient d'emblée de préciser que la démarche de capitalisation proposée ici porte sur les recommandations adressées à Handicap International. Il importe également de considérer que chacune de ces recommandations a vocation à être prise en compte dans les interventions futures dès lors que le projet ou le programme le permet. Mais il y a des projets où on pourra prendre en compte la recommandation X et pas la recommandation Y, par exemple, tout simplement parce que cette dernière ne trouve pas à s'appliquer. Par ailleurs, toutes les recommandations n'ont pas la même importance. Instituer un comité de pilotage dans le projet/programme et délivrer des attestations aux personnes formées sont 2 des recommandations qui ont été formulées dans l'évaluation. Mais évidemment elles n'ont pas la même portée. Par conséquent, pour capitaliser les recommandations formulées, il convient d'abord de les hiérarchiser, de les catégoriser sur la base du critère de contingence. Par contingence, il faut entendre à la fois l'opportunité pour Handicap International de s'approprier la recommandation, mais aussi ce que cela implique de l'opérationnaliser. Dans les recommandations qui ont été formulées à l'issue de cette évaluation, on peut distinguer 3 niveaux de contingence :

Niveau 1 : Les recommandations qu'il faut mettre en œuvre coûte que coûte, peu importent le projet, les objectifs spécifiques ou les activités à mettre en œuvre.

Niveau 2 : Les recommandations qu'il faut mettre en œuvre, sachant que leur opérationnalité peut être adaptée ou aménagée en fonction des objectifs spécifiques du projet et des activités à mettre en œuvre.

Niveau 3 : Les recommandations à mettre en œuvre si le projet le permet, compte tenu des objectifs spécifiques et des activités prévues

Le tableau ci-après reprend les recommandations formulées à l'intention de HI en les classifiant selon leur niveau de contingence.

Tableau des recommandations et de leur contingence

Niveau de contingence	Recommandation
Niveau 1	<ul style="list-style-type: none"> ✓ (Toujours) Etablir la convention avec le niveau central du (des) ministère(s) lorsque cela est nécessaire pour l'exécution d'un projet, même si sur le terrain les activités ne sont pas mises en œuvre par des services centraux des ministères ; ✓ (Toujours) Instituer un comité de pilotage pour chaque projet/programme afin de faciliter le plaidoyer
Niveau 2	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Redéfinir le positionnement de HI en appui et en accompagnement des acteurs locaux en délaissant la responsabilité de l'organisation directe des activités comme les cliniques mobiles ; ✓ Amplifier le plaidoyer auprès des autorités congolaises notamment pour les inciter à agir dans le sens des recommandations formulées à leur intention
Niveau 3	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Consolider la chaîne Prévention – Détection – Prise en charge (Renforcer le dispositif de référence contre-référence ; mettre à disposition des agents l'outil de contre-référence ; renforcer la pluridisciplinarité dans la prise en charge en organisant et en encourageant les échanges entre les kinésithérapeutes et techniciens orthoprothésistes ; ❖ Poursuivre et amplifier le renforcement des capacités des acteurs communautaires (élaborer un « guide » de l'accompagnement social personnalisé ; multiplier et amplifier les appuis pour l'autonomisation et l'accès aux opportunités économiques pour les personnes handicapées ; accroître les appuis aux clubs de femmes pour la mise en place des actions favorisant l'accès à l'emploi et aux opportunités économiques) ; ❖ Poursuivre et amplifier le renforcement des capacités des partenaires (prévoir des appuis pour l'organisation des restitutions par les personnes formées une fois qu'elles retournent dans leurs structures après avoir été formées ; prévoir des appuis et des formations en matière de recherche et collecte de fonds ; délivrer aux personnes formées une attestation).

Deuxième étape : Identifier les conditions préalables à la mise en application des recommandations

Une fois que le niveau de contingence de chaque recommandation déterminé, il importe d'identifier les conditions préalables à l'opérationnalisation de la recommandation et de s'assurer que ces conditions sont réunies.

Les 4 recommandations de catégorie 1 et 2 sont porteuses d'une certaine vision de HI par rapport à son propre travail et au rôle qu'elle a à jouer dans le système où elle intervient. Elles sont ce que l'on peut qualifier, pour simplifier, de recommandations « stratégiques ». Ce sont des recommandations qui peuvent avoir un impact sur HI en tant qu'organisation. Elles peuvent nécessiter l'acquisition des capacités ou des savoirs nouveaux, ou entraîner une (re)organisation des équipes, ou une répartition des responsabilités dans les équipes. **Pour opérationnaliser ces 4 recommandations de niveau 1 et 2, il faudra s'assurer au préalable que lesdites recommandations ainsi que la vision qu'elles traduisent sont comprises, acceptées et partagées par les acteurs sur le terrain, mais aussi au niveau du siège.**

Les recommandations de niveau 3 peuvent être qualifiées de recommandations « techniques ». Elles ne peuvent être envisagées que dans le cadre d'une intervention déterminée. Elles doivent être éligibles ou faisables dans le nouveau projet que l'on souhaite

mettre en place. **Pour opérationnaliser ces recommandations de niveau 3, il faut s'assurer au préalable qu'elles sont acceptables et faisables techniquement, budgétairement et socialement** dans le projet qu'on souhaite mettre en place.

Troisième étape : Réaliser l'opérationnalisation des recommandations

S'agissant des recommandations de catégorie 1 et 2 qui doivent être comprises et partagées par tous, leur appropriation nécessite que des discussions et des échanges de capitalisation soient organisés avec et entre les acteurs de terrain et ceux du siège. Pour ce qui est de HI RDC, le DP, la coordinatrice du Programme évalué et le responsable MEAL devront veiller à ce que ces discussions et ces échanges soient inscrits, au moment opportun, à l'ordre du jour des réunions/rencontres où on discute de la stratégie pays. Le but est de s'assurer qu'on a bien compris les enjeux, qu'on partage la même compréhension des choses, mais aussi de rassurer s'il y a des craintes qui apparaissent. Dans le cadre de ces échanges, on déterminera aussi les modalités d'action pour les choses à faire (Exemple, qui se charge de la rédaction de la nouvelle convention à signer entre HI et les autorités ? Qui doit valider la nouvelle version de la convention ? A quelles échéances ?, etc.)

Sur ce plan pratique, les éléments ci-après offrent quelques points de repère à prendre en considération pour opérationnaliser les recommandations.

Recommandation : (Toujours) Etablir la convention avec le niveau central du (des) ministère(s) lorsque cela est nécessaire pour l'exécution d'un projet, même si sur le terrain les activités ne sont pas mises en œuvre par des services centraux des ministères

La nouvelle convention avec le niveau central du ministère devra spécifier les obligations ou les engagements des pouvoirs publics pour chaque niveau de l'organisation sanitaire : services centraux du ministère, services de niveau intermédiaire (notamment la DPS), et services opérationnels de terrain (Equipe cadre des zones de santé, structures de soins). La participation des services centraux au comité de pilotage (qui sera mis en place dans chaque projet) figurera parmi les engagements à spécifier dans la nouvelle convention. Comme la convention est généralement opérationnalisée par les services périphériques dans le sens où ce sont eux qui mettent en œuvre les activités sur le terrain, HI devra porter à leur connaissance le contenu de la convention.

Pour ce qui est de l'autorité signataire de la nouvelle convention, le PNRBC semble être l'interlocuteur incontournable puisqu'apparemment c'est lui qui est sollicité par HI pour la lettre d'intention qui accompagne la demande de financement adressée au bailleur. En tout cas, de notre point de vue, c'est l'autorité qui délivre la lettre d'intention qui devrait aussi être le signataire de la convention revisitée.

Recommandation : (Toujours) Instituer un comité de pilotage pour chaque projet/programme afin de faciliter le plaidoyer

La mise en place d'un comité de pilotage devra figurer parmi les activités prévues dans le cadre logique du projet.

Dans la mesure du possible, ce comité sera multisectoriel. A minima, outre le ministère en charge de la santé, le ministère en charge des affaires sociales sera sollicité pour être représenté dans ce comité de pilotage. En fonction des autres objectifs spécifiques du projet, d'autres ministères seront sollicités pour intégrer ce comité.

Recommandation : Redéfinir le positionnement de HI en appui et en accompagnement des acteurs locaux en délaissant la responsabilité de l'organisation directe des activités comme les cliniques mobiles

La réticence de HI à confier l'organisation des cliniques mobiles aux acteurs locaux peut se comprendre au regard des risques encourus, en particulier pour la gestion des fonds. Il est de ce fait recommandé de délaisser cette responsabilité de manière progressive. Dans un premier temps, les cliniques mobiles seraient organisées conjointement par HI et les équipes cadres des zones de santé. On établirait la liste de l'ensemble des activités à mettre en place et on déterminerait celles qui relèveraient de la responsabilité de chaque partie, en veillant à la cohérence de l'ensemble et à minimiser les risques pour la gestion des fonds. Puis, en apportant les correctifs aux problèmes rencontrés, la responsabilité des équipes cadres des zones de santé serait accrue au fur et à mesure pour aboutir au final à un dispositif analogue à celui qui existe pour la réalisation des actions sensibilisations sur le terrain par les organisations de la société civile.

La mise en œuvre de cette recommandation pourrait nécessiter un renforcement des capacités au sein de l'équipe de HI afin d'être à même de réaliser l'accompagnement rapproché et le suivi correct des équipes cadres des zones de santé.

Recommandation : Amplifier le plaidoyer auprès des autorités congolaises notamment pour les inciter à agir dans le sens des recommandations formulées à leur intention

Le plaidoyer doit être considéré comme faisant partie des missions de HI. C'est un engagement constant et général de HI. En fonction du projet à mettre en place, le plaidoyer pourra être objectivé dans le cadre logique. Le projet prévoira alors explicitement le message à porter, la cible, ainsi que les résultats attendus en fin de projet. Le plaidoyer dans ce cas précis constitue ce qu'on appelle en droit une obligation de résultats. Il en est ainsi par exemple lorsque le projet prévoit d'organiser des actions de plaidoyer pour l'adoption du projet de loi organique portant protection et promotion des personnes handicapées. Mais lorsque le cadre logique du projet ne prévoit pas explicitement des activités de plaidoyer, celui-ci constitue alors une obligation morale implicite qui s'impose malgré tout à HI et qui consiste pour cette dernière à jouer de son influence pour amener les autorités à agir dans le sens que l'on souhaite. Il est important pour HI d'en avoir pleinement conscience. Ce plaidoyer s'exerce au niveau du comité de pilotage, et plus généralement dans le cadre des rencontres et des échanges formels et informels.

HI veillera à amplifier sa communication en direction des pouvoirs publics en les informant autant que possible, par les canaux appropriés, sur ce qu'elle fait. HI doit donner davantage de résonance à son travail afin que les pouvoirs publics puissent s'appropriier plus sûrement les acquis et les innovations qu'elle apporte au système de santé congolais.

S'agissant des recommandations de catégorie 3, leur mise en œuvre est conditionnée au fait d'être **acceptables et faisables** dans le projet qu'on envisage de mettre en place. Leur opérationnalisation ne suscite pas de problématique spécifique puisqu'au fond il s'agit de recommandations qui portent sur la nature des activités à mettre en œuvre dans les nouveaux projets. C'est dans le cadre du dialogue qui a lieu au moment de la conception et de l'élaboration des nouveaux projets que ces recommandations pourront trouver à s'appliquer. Il faudra donc intégrer les activités correspondantes dans les cadres logiques des nouveaux projets.

Annexe 4 : Exemple de Grille d'entretien

NB. Les questions que nous avons posées à nos interlocuteurs ont été adaptées en fonction de la personne interviewée. La grille d'entretien présentée ici a été utilisée pour un entretien avec les responsables d'une organisation partenaire ou bénéficiaire du programme. Il s'agit essentiellement des questions ouvertes permettant à chaque fois de rebondir pour aller plus en détails

Nom et titre/rôle de la personne interviewée

Pouvez-vous me présenter l'organisation (son histoire, ses objectifs, son organisation, etc.)

Combien y a-t-il d'adhérents ? Et les femmes ?

Comment, quand la collaboration avec HI a démarré ?

Que savez-vous du Programme évalué (au-delà des actions dans lesquelles vous êtes impliqués ou dont vous avez bénéficié ?

Présentez les actions dont vous avez bénéficié dans ce Programme ? (renforcement des capacités, appuis institutionnels, appui à l'organisation des activités sur le terrain...)

Pour les formations : qui a été formé ? quand ? cela s'est-il bien passé ? quelles sont les difficultés rencontrées ? quels sont les besoins non-satisfaits en matière formations ?...

Pour l'appui institutionnel : quelle enveloppe ? a-t-elle fait l'objet d'une négociation ? comment/quand était versé l'argent ? comment vous l'avez utilisé ?...

Pour les activités que vous avez été amenés à organiser sur le terrain : comment ont-elles déterminées ? quelle procédure pour la contractualisation avec HI ? qui a fait quoi ? quand ?...

Les principales difficultés que vous avez rencontrées dans la réalisation des activités ?

L'impact du programme sur l'organisation ? sur les personnes ? Sur les bénéficiaires finaux ?

Qu'est-ce qui a changé grâce au programme ? Qu'es-ce que le programme vous a apporté ?

Les résultats obtenus sont-ils à la hauteur des attentes ? Si non, pourquoi ? En quoi ?

Les principaux obstacles/difficultés qu'il a fallu traverser. Les défis qu'il a fallu relever.

Comment les obstacles ont été franchis ?

Qu'est-ce qui a le mieux marché (quoi, comment pourquoi ?)

Qu'est-ce qui a le moins bien fonctionné (quoi, comment, pourquoi ?)

Quel niveau de satisfaction ?

La relation/ la communication (notamment interpersonnelle) avec HI ?

Quelles recommandations pour la suite? Et si c'était à refaire ?

S'il y a des documents disponibles à nous remettre et qui peuvent nous aider à aller plus loin !

S'il ya des questions qui subsistent et qui n'ont pas trouvé de réponses, je me permettrais de revenir vers vous

Annexe 5 : Liste de personnes rencontrées

Date	Personne à rencontrer	Qualité/Titre	Institution/organisation	Observation
Vendredi 01/10				
	Mr ONANA Philippe	Responsable MEAL	HI	
Lundi 04/10	NGALAMULUME Dominique KALOMBO Joël BISANGA Axel KASONGO Sébastien ONANA Philippe KADIMA Yves	Président Guide Chargé de partenariat CDP Manager MEAL CDP SMI	UNAC UNAC HI HI	Réunion du Comité de Pilotage
Mardi 05/10	Réunion à distance Equipe HI Bruxelles Mr SAGOT Antoine	Directeur Pays	HI	Réunion à distance
Jeudi 7/10				
	Mr BISANGA Axel	Responsable des partenariats	HI	
Lundi 11				
	Mr LOMBOTO Marius Mme ROCHE Isabelle	Chef De Projet Sécurité Routière Coordonnatrice de Programme	HI HI	
Mardi 12				
	DR KADIMA Yves	Chef de Projet SMI	HI	
Jeudi 14/10				
	Mr KASONGO Sébastien	Chef de projet READ	HI	
Vendredi 15/10				
	Mr BADEDI Raphaël Mr BITOTA Christian Mr NGUSI Mike Mme MFUNA Jakina Mr MANDUDI Prosper Mr KOTAMBETE Jean-Claude Mr KABESA Rémy Mr MOMPIERE Johnny Mr ZINGA Roger Mr BALEKI Patrick Mr MBIMBA Papy Mlle MBELU Bibiche Mr MAYEYE Voltaire	Président Vice-président Secrétaire Général Trésorière Président Secrétaire administratif Conseiller juridique Chargé de projet Président Vice-président Conseiller financier Trésorière adjointe Membre	Organisation Internationale pour la Sécurité Routière (OISR) Commission d'Appui à la Prévention Routière (CAPR) Organisation Congolaise pour la Lutte contre les Accident et la Réduction de leurs Effets (OCLAR-REF)	
Lundi 18				
	Mme KABOMBO Nathalie	Chef de projet AAA	HI	

Mardi 19/10				
	Mr MUSAFIRI	Directeur	Programme National de Réadaptation à Base Communautaire (PNRBC)	
	Mr KAWÉ Beaudouin Mme KUSUNZA Arlette	Chef de Département READ	HG Mama Yemo	
	Mr GINZAMBA Willy	Coordonateur des services techniques	Division Urbaine des Affaires Sociales (DUAS)	
Mercredi 20/10				
	Dr KAMBEMBA Devos	Médecin Chef de Zone	ZS de Nsele	
	Mr AHOKA Dieudonné	Gestionnaire	Mutuelle de santé Boboto	
	Mr MBIMBA Didier	Agent Communautaire de santé	ECZ Nsele	
	Mr LOKOS François Mme NDONA Hélène Mme MANDUNDU Sidonie Mme ADIMAKI Christine	Relais Communautaires	Zone de Santé de Nsele	Focus-groupe
	Mme MANIKA Jeanine Mme NTUMBA Carine Mme MBUYI Jolie Mme MUBAWEBE Charlotte Mme MBUTA Pasi Mme KONZI Jasmine Mme LINYALE Bébé Mme MALABA Louise Mme MULEKA Jacquie Mme KANGADILA Irène Mme MESONGOLO Ruth Mme NZILA Ruphine	Clubs des femmes	Clubs des femmes Mpasa II, Bahumbu II, Mbenzale, Mikala, Buma	Focus groupe
Jeudi 21/10				
	Dr KUASISI	Médecin Chef de Zone	Zone de santé de Ndjili	
	Mme KANYERE Chantal Mme MASENGO Rachel Mme KEPESOLE Gertrude Mme BOKELE Anninck	Directrice du Nursing Coordonnatrice des soins Chef de poste en pédiatrie Chef de poste salle d'accouchement		
	Mr MATA Alphonse	Relais Communautaire	ECZS de Ndjili	
	Mme MUELA Zozo	Agent Communautaire	ECZS de Ndjili	
	Mr NDIATA MPUTU Taty	Infirmier superviseur	ECZA de Ndjili	
	Mme NZOLAKANDA Théthé Mme MAKISONGELE Hélène Mme NTUMBA Nelly Mme WABONGO Colette Mme WASUMBU Clémentine Mme NTALANI Niclette Mme KIEMBA Jackie Mme MAPAMBOLI Evangeline	Clubs de femmes	Club des femmes	Focus groupe

Vendredi 22/10				
	Mr TETE Louis Mme KINUICA Delphine Mme MBANGU Irène	Chef de service Appareillage Assistante sociale Technicienne orthoprothésiste	Cliniques Universitaires de Kinshasa	
	Mme KAVIRA Salomé Mr KIASIMBUA Jeff Mr KALUTU Hilaire Mr MASAVULI Défis	Secrétaire Nationale Trésorier Président Secrétaire permanent	Association Nationale des Parents d'Enfants en situation de Handicap en République Démocratique du Congo (ANAPEHCO)	
Lundi 25/10				
	Mme NGOYI Annie Mr NDALA Victor	Présidente Membre	Association Congolaise pour le Développement et la Libération de la Maman Congolaise (ACOLDEMHA)	
	Mme MASASU Faustine	Cheffe du Bureau d'Appui Technique	Division Provinciale de la Santé	
Mardi 26/10	Mr IBATSHA Paulin	Chef de service Kiné	HGR de Makala, ZS de Selembao	
	Dr MBENGA Paty	Médecin Directeur	HGR de Makala	
	Mme LELO Mimie	Infirmière Titulaire	HGR de Makala	
	Mr MPAKA Hervé Mr PONGO Edgar Mr BANGU Reddy Mme PUMPA Olga Mme MULANGA Monique Mr BOLOSA Hachim	Relais Communautaires	Zone de santé de Selembao (Aires de santé Badiadingi, ERADI, Cité Verte)	Focus groupe
	Mme MAKITA Clotilde Mme MULENDA Annie Mme MASOBE Marthe Mme MASAMBA Bernadette Mme NDONGA Prisca	Membres/Présidentes des clubs des femmes		Focus groupe
Mercredi 27/10	Mr LUSAMBILA Martin Mme MUZABA Rita Mr MPUTU Dominique	Secrétaire Général Gestionnaire Chargé de la logistique	PAROUSIA	
Jeudi 28/10				
	Mr NGALAMULUME Dominique Mr KAFUTI Célestin Mr KAFUTI Honoré	Président Chef de centre (NGABA) Chef de centre (Saint Athanase)	Union Nationale des Aveugles u Congo (UNAC)	
	Mr SAMBA SAMBA Fils Mr MANDEMA Thierry Mr BAVUMBILA François	Conseiller Général Chargé des relations publiques Chargé de projet	ASOUKIN	

	Dr KABAKELE Alain	Médecin Directeur	Centre Mère et Enfant de Bumbu	
	Mme NSONGO Lylli	Directrice du Nursing		
	Mère de l'enfant MATUMONA			Entretien - visite
	Mère de l'enfant KAPELA MUAYI			Entretien - visite
	Père de l'enfant KATENDI MAMBOTE			Entretien - visite
29/10	Mr NGANGA Jean Rémy	Président	Centre Nation de Prévention Routière	
	Mr KALONJI André	Chef de projet Education Inclusive	HI	
04/11	Mr MAKOKO Paulin	Coordonnateur	PADPHAC	
-	Mr SEYDOU ALZOUMA Issoufou	Coordinateur Technique REA	HI	
-	Mr AGORDOME Ebenezer	Spécialiste Inclusion	HI	

Annexe 6 : Liste des principaux documents consultés

- Fiche Programme mise à jour, avril 21
- Programme DGD 2017-2021, Mode d'emploi pour le suivi des projets, Version 1.0, décembre 2017
 - Handicap International, Rapport DGD 2017, Leçons apprises - RDC - OS1 SR / OS2 SMI / OS3 AAA OS4 READ
 - Handicap International, Rapport DGD 2018, Leçons apprises - RDC - OS1 SR / OS2 SMI / OS3 AAA OS4 READ
 - Handicap International, Rapport DGD 2019, Leçons apprises - RDC - OS1 SR / OS2 SMI / OS3 AAA OS4 READ
 - Handicap International, Rapport DGD 2020, Leçons apprises - RDC - OS1 SR / OS2 SMI / OS3 AAA OS4 READ
 - Handicap International, PROG 2017-2021, OUTCOME - RDC- OS1 / OS2 / OS3 / OS4, 2017
 - Handicap International, PROG 2017-2021, OUTCOME - RDC- OS1 / OS2 / OS3 / OS4, 2018
 - Handicap International, PROG 2017-2021, OUTCOME - RDC- OS1 / OS2 / OS3 / OS4, 2019
 - Handicap International, PROG 2017-2021, OUTCOME - RDC- OS1 / OS2 / OS3 / OS4, 2020
 - Handicap International, Impact COVID-19 sur le Programme DGD - RDC, activités réorientées 2020
 - Handicap International, Ajustement et réorientation d'activités en réponse à la crise COVID-19 sur le programme RDC 2017-2021
 - Handicap International, Base de données du Programme
 - Handicap International, Template Rapport d'évaluation
 - Handicap International, Demande d'avenant n° 2 2020 République Démocratique du Congo Programme DGD 2017-2021, Bruxelles, le 30/09/2020
 - Handicap International, Rapport de l'enquête épidémiologique sur la prévalence des déficiences majeures chez les enfants de 0 à 5 ans, décembre 2020
 - Dr Ndaye Trésor, Etude sur les connaissances, attitudes et pratiques des conducteurs du réseau routier de la commune de Limete dans la ville de Kinshasa face à l'alcool au volant, mars 2019
 - Commission Nationale de Prévention Routière, CNPR, Rapport sur les accidents de circulation routière à Kinshasa en 2020
 - MASUGA MUSAFIRI Willy, BURU DADA Olga, Rapport de formation des agents communautaires des zones de santé sur la réadaptation à base communautaire (RBC), mai 2021
 - OCLAR-REF, Rapport de l'évaluation de la sensibilisation des écoliers sur la traversée de la chaussée dans la commune de Limete, juillet 2021
 - OCLAR-REF, Rapport de la campagne de sensibilisation des écoliers sur la traversée de la chaussée dans la commune de Limete, mai 2019
 - OCLAR-REF, Rapport de la campagne de sensibilisation des conducteurs sur les conséquences de la conduite sous les effets de l'alcool du 03 au 14 septembre 2019
 - Documents vidéos :

Annexe 7 : Présentation synthétique des principales réalisations du Programme

Cette annexe présente de manière synthétique les principales réalisations du Programme afin de donner au lecteur une idée générale de ce qui a été fait et de ce qui est évalué. La présentation est faite dans une approche essentiellement descriptive et quantitative. Les données chiffrées présentées ici ont été extraites de la base de données du Programme par les chefs de projets et présentées à la mission d'évaluation qui a pu faire quelques agrégations par-ci par-là pour les besoins de la présentation. La structure de la présentation est alignée sur le cadre logique du Programme.

Cela étant précisé, les principales réalisations du Programme se présentent comme il suit.

Volet Sécurité Routière

Résultat 1 : *Des données sont à disposition du Gouvernement et des parties prenantes pour analyser, planifier et évaluer les actions de sécurité routière mises en place*

- Une enquête CAP sur les facteurs de risque influençant la survenue des accidents de la route (abus de stimulants, fatigue, excès de vitesse) a été réalisée. Les résultats de l'étude ont été diffusés principalement à travers le Groupe National de Travail pour la Sécurité Routière
- Un état de lieux de la Sécurité Routière en RDC a été réalisé. Les résultats ont fait l'objet d'une présentation et d'un échange en atelier.
- Constitution d'un Groupe National de Travail pour la Sécurité Routière et production d'un document de politique nationale de Sécurité Routière. Ce Groupe est un cadre de collaboration entre acteurs publics et privés qui permet de réfléchir ensemble sur la question de la sécurité routière pour la RDC en général et pour Kinshasa en particulier et de proposer des éléments de plaidoyer forts à la société civile et aux autorités du pays. 62 réunions ont été tenues par le Groupe. La dynamique impulsée par ce Groupe a conduit à l'élaboration d'une feuille de route pour développer un document de politique nationale de la sécurité routière en RDC. Dans cette perspective, un état des lieux de la sécurité routière a été réalisé. Par la suite, un document de *Politique Nationale de la Sécurité Routière en République Démocratique du Congo* et un *Plan d'Actions Stratégiques Inclusif de Sécurité Routière* ont été élaborés lors d'un atelier multisectoriel qui a vu la participation de 54 personnes de différents secteurs et ministères, de la société civile et des ONG internationales. Au moment de la mission sur le terrain, il était prévu que le Ministère des Transports et Voies de Communication et de Désenclavement planifie des états généraux de sécurité routière, au cours desquels les deux documents seraient validés avant leur adoption par le Conseil des Ministres.

Résultat 2 : *Les organisations de la société civile travaillant dans le domaine de la SR ont des capacités organisationnelles et opérationnelles renforcées pour mettre en œuvre des actions de promotion de la Sécurité Routière*

- 3 organisations de la société civiles partenaires ont été accompagnées et appuyées (OCLAR-REF, CAPR, et OISR). Elles ont réalisé des auto-audits organisationnels, puis construit des plans de développement organisationnel sur la base des priorités identifiées. Elles ont bénéficié d'une formation en gestion de projets (pour 12 personnes) ainsi que d'une autre en gestion financière et administrative, leadership et management d'une association (pour 15 personnes). Pour appuyer leur

fonctionnement, des fonds leur ont été alloués (appui institutionnel) ; ce qui leur a permis de s'équiper en matériels de travail (meubles, matériels de bureau, fournitures et consommables, etc.).

- Une formation des formateurs des ONG de sécurité routière organisée au bénéfice de 20 personnes.
- 15 formations techniques en sécurité routière étaient organisées chaque année, (3 en 2021) au profit de 22 personnes chacune, pour un nombre total de 330 bénéficiaires. Parmi ces derniers, il y a des membres des 3 organisations partenaires au Programme (OCLAR-REF, CAPR, et OISR), mais aussi des membres d'OSC non-partenaires, ainsi que des journalistes. La dynamique engendrée par l'intégration des journalistes dans les formations a conduit ces derniers à créer 2 associations autour de la sécurité routière, à savoir, l'Union des Journalistes et Communicologues pour la Sécurité Routière (UJCSR) et l'Associations des Journalistes de Sécurité Routière (AJSR).
- 11 formations sur les techniques d'information, la sensibilisation et le plaidoyer en matière de lutte contre la conduite en état d'ébriété ont été organisées chaque année (2 en 2021). Le nombre des participants à chaque formation était de 24. Au final, 264 personnes ont été formées.
- 18 campagnes de sensibilisation ont été réalisées par les OSC partenaires sur le terrain. Elles ont ciblé les usagers de la route, en particulier les conducteurs des véhicules affectés au transport en commun des personnes. Le message portait en particulier sur les conséquences de la conduite en état d'ébriété.
- 4 campagnes de sensibilisation réalisées dans les écoles primaires de Limete pour un total de 41.297 écoliers sensibilisés.
- Un appui apporté chaque année aux OSC pour la célébration de la journée mondiale du souvenir des victimes des accidents de la route, commémorée le 3^{ème} dimanche du mois de novembre.
- 3 campagnes de plaidoyer réalisées par les ONG partenaires en direction des autorités dans l'optique de faire adopter des textes réglementaires autorisant le contrôle aléatoire de la conduite sous les effets de l'alcool.
- Divers outils de sensibilisation ont été élaborés et déployés (6 films réalisés pour sensibiliser les usagers de la route sur les conséquences de la conduite sous les effets de l'alcool, 7 campagnes médiatiques réalisées à travers la télévision et la radio).
- Chaque année, il a été organisé des activités de sensibilisation à l'occasion de la journée internationale de commémoration des victimes des accidents de la route.

Résultat 3 : La police de circulation routière (PCR) a amélioré ses capacités techniques et met en place des mécanismes de contrôle des infractions aux règles de circulation dans la commune de Limete

- 268 policiers de circulation routière ont été sensibilisés sur le comportement à adopter lors du contrôle aléatoire de la conduite en état d'ébriété et de la régulation de route
- 54 policiers ont été formés sur la constatation des accidents de la circulation routière et l'utilisation d'éthylotests
- 71 panneaux de signalisation et de limitation de la vitesse ont été implantés par la Commission Nationale de Prévention Routière (CNPR) sur les routes de la Commune de Limete autour des écoles bénéficiaires des sensibilisations.
- Diverses activités ont été organisées par les OSC pour lutter contre la propagation de la COVID-19. Un projet d'amélioration de l'hygiène dans les transports en commun à Kinshasa a été initié et mis en œuvre. Parmi les activités déployées dans le cadre de ce

projet, on trouve la désinfection des auto-taxis, la sensibilisation des conducteurs et des passagers, ainsi que l’affichage de stickers avec différents messages de sensibilisation sur les véhicules affectés au transport en commun. Au final, 7.283 taxis ont été désinfectés, plus de 49.000 personnes ont été sensibilisées et 7.283 autocollants portant des messages de sensibilisation ont été apposés sur les auto-taxis.

Volet Santé Maternelle et Infantile (SMI)

Résultat 1 : Les communautés des zones de santé de Bumbu, Selembao, Ndjili et Nsele mettent en place des actions inclusives de prévention et de détection des déficiences

- Une formation et un recyclage ont été réalisés au profit des relais communautaires, des leaders d'opinion, des membres des clubs de femmes et des personnes handicapées sur les risques liés au handicap et sur les bonnes pratiques en santé. La formation puis le recyclage ont touché à chaque fois 56 personnes.
- Un atelier a été organisé pour élaborer et valider les outils de sensibilisation. 30 personnes y ont pris part. Parmi ces outils qui ont été distribués après conception, il y a le poster sur le développement psychomoteur de l’enfant ainsi que des T-shirts.
- 10 campagnes de sensibilisations de masse couplées aux sensibilisations de routine ont été réalisées lors des visites à domicile par les Relais Communautaires. Ces campagnes portaient sur la prévention et la détection des déficiences. Les 3 qui ont été réalisées en 2020 ont intégré la lutte contre la COVID-19.
- 138 registres de collecte de données ont été multipliés et distribués dans les services de santé ciblés
- 56 réunions d'échange et d'accompagnement communautaire (Relais Communautaires, prestataires des soins, représentants des clubs des femmes) ont été organisées.
- Un appui financier apporté aux initiatives économiques des clubs de femmes pour la mise en place des activités génératrices de revenus dont une partie de bénéfices est utilisée pour payer les soins de maternité des femmes les plus vulnérables. 55 clubs de femmes ont reçu un appui pour financer des activités comme la vente de produits alimentaires (farine, pain, poisson, huile, etc.), de services (location de chaises, par exemple), ou encore la production des produits d’hygiène (détergeant), etc.

Résultat 2 : La qualité des prestations en soins maternels et infantiles est améliorée dans les Hôpitaux généraux de référence (HGR) et les centres de santé

- Diverses formations et recyclages des prestataires de soins ont été réalisées sur la prise en charge de la santé de la mère et de l’enfant en situation normale et en situation d’urgence avec un accent particulier sur la prévention et la détection des déficiences ainsi que sur l’accueil des femmes handicapées dans les formations sanitaires. Parmi ces formations il y a eu :
 - La formation sur le développement psychomoteur de l’enfant pour 60 bénéficiaires (36 femmes et 24 hommes) ;
 - Des sessions de formation en mentorat clinique en soins obstétricaux d’urgence pour 100 participants (58 femmes et 42 hommes) ;
 - Des sessions de formation (2 formations et un recyclage) en mentorat clinique en urgence pédiatrique pour 80 participants (35 femmes et 45 hommes) ;
 - Des sessions de formation sur la Prévention et Contrôle des Infections (PCI) COVID à la maternité : 100 sages-femmes (75F, 25H) ;

- 4 modules de formations (CPN, accouchement, partogramme, soins essentiels et réanimation du nouveau-né) au profit de 67 participants (38 femmes et 29 hommes).
- Dotations en équipements et matériels obstétricaux et pédiatriques pour les formations sanitaires et informatiques des Bureaux Centraux des Zones de santé.
- Réhabilitation des salles de pédiatrie de l'HGR de Kinkole et de la maternité du centre de santé de référence de Kitokimos (Selembao), avec équipement en panneaux solaires.
- La formation continue et la supervision des prestataires de soins par les équipes cadres des zones de santé et la Division Provinciale de la Santé (DPS) - Supervision et monitoring des données

Résultat 3 : Amélioration de l'accessibilité aux soins de santé pour les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans

- Participation à la plate-forme de gestion hospitalière (coordonnée par Rotary, ULB Coopération et Chaîne de l'espoir) afin d'améliorer l'accès aux soins - Réalisée à travers le Hub santé
- Orientation des bénéficiaires vers la mutuelle de santé de Kinkole (Nsele) - Réalisée lors des sensibilisations de la communauté en partenariat avec Rotary
- Atelier de partage des résultats de l'étude sur les systèmes communautaires de financement des soins avec les autres acteurs intervenants à Kinshasa dans ce domaine et les acteurs du Hub Santé (membres du CSC RDC) - En attente de l'étude IFAR

Volet Appui Aux Associations

Résultat 1 : Les compétences organisationnelles et techniques des OPH de Kinshasa sont renforcées en vue d'une meilleure représentation de toutes les personnes handicapées

- Un diagnostic a été réalisé pour déterminer les axes de renforcement des capacités des OPH. Des autoévaluations ont par ailleurs été réalisées afin d'identifier les pistes de recyclage.
- Diverses formations inclusives ont été réalisées. Elles ont porté sur :
 - Les techniques de sensibilisation (3 sessions de formation au bénéfice de 48 personnes ;
 - Les mécanismes de la CIDPH (35 nouveaux activistes formés) ;
 - La langue des signes pour les parents ayant des enfants non-entendants et pour les OPH ;
 - Le management des associations (20 personnes) ;
 - Le soutien entre pairs.
- 24 réunions d'échange d'expériences entre OPH ont été organisées. Au moins 25 personnes membres de 7 OPH (UNAC, VHDH, ACOLDEHMA, PADPHAC, ANAPEHCO, ASOUKIN, PAROUSIA) y ont participé.
- Un appui au développement organisationnel et institutionnel a été apporté aux 4 OPH partenaires (ANAPHECO, ASSOUKIN, PADPHAC, UNAC). Pour suivre les objectifs de développement organisationnel que se sont fixés chacune de ces OPH (par exemple, tenue d'une comptabilité claire, planification et réalisation des activités, opérationnalisation des postes, etc.), un accompagnement rapproché a été réalisé (par le Chargé de Partenariat HI) sous forme de visites mensuelles d'appui et de réunions trimestrielles de suivi des indicateurs et de réalisation des activités planifiées. Des

formations en gestion administrative et financière ont été réalisées et des fonds ont été alloués pour permettre à ces organisations de faire face aux charges de fonctionnement (achat d'équipement, de matériel de bureau, de fournitures et consommables, etc.).

- Plusieurs formations de rappel (recyclage) ont été organisées au profit des 4 OPH partenaires :
 - o Une formation en gestion administrative au profit de 20 personnes ;
 - o Une formation sur l'élaboration des projets (25 personnes) ;
 - o une formation sur la vie associative pour 78 personnes ;
 - o une formation en gestion administrative au bénéfice de 14 nouvelles personnes.

Résultat 2 : Les personnes handicapées vivant dans les communautés locales des zones d'intervention de HI à Kinshasa ont renforcé leurs capacités et jouent un rôle actif pour faciliter leur inclusion dans les activités de la communauté

- Un appui a été apporté pour identifier les personnes handicapées dans les zones d'intervention et les référer vers les services sociaux de base. 67 femmes handicapées ont été orientées vers le service de planning familial.
- Un appui a été apporté pour cartographier les OPH agissant pour les droits des personnes handicapées dans ces zones ainsi que les services communautaires disponibles.
- Un atelier sur les stratégies de partage d'informations et un autre sur les services sociaux de base ont été organisés dans une perspective de sensibilisation des communautés sur le handicap et la Réadaptation à Base Communautaire.
- Un appui a été apporté à la formation des groupes d'entraide et à la formation sur « le soutien entre pairs ». Dans ce cadre, 33 réunions ont été tenues sous la houlette de l'ANAPEHCO (pour les parents d'enfants handicapés), d'ASSOUKIN (pour les personnes sourdes et parents d'enfants sourds) et de l'UNAC (pour les personnes adultes non-voyantes). Au total, 223 personnes réparties sur les 4 zones d'intervention du Programme ont participé à ces réunions.
- Un suivi à domicile de 200 enfants handicapés pour leur accompagnement scolaire à distance a été organisé et réalisé par des enseignants.
- Des microprojets favorisant l'accès à l'emploi et aux opportunités économiques des PH ont été financés et mis en œuvre. Il s'agit de :
 - ✓ Un microprojet d'automatisation des 12 personnes handicapées, porté par l'Union pour l'Encadrement des Personnes Handicapées de Ndjili (UEPHAN).
 - ✓ Un microprojet de formation de 20 personnes handicapées de BUMBU sur les produits manufacturés, porté par KFF & ADPH. Ces personnes ont été formées à la fabrication des détergents et des désinfectants et ont été appuyées avec un kit de démarrage. KFF Kadiwaku Family Foundation / Association pour le développement des personnes handicapées
 - ✓ Un microprojet de formation de 10 jeunes sourds à l'outil informatique (par ASSOUKIN) ;
 - ✓ Un microprojet d'autonomisation des 10 personnes sourdes/malentendantes, porté par ASSOUKIN (formation et accompagnement des filles à la préparation des galettes)
 - ✓ Un microprojet d'appui à la scolarisation de 20 enfants non-voyants par la dotation des kits en braille (en cours d'exécution).

- ✓ Un microprojet d'identification et d'orientation scolaire de 20 enfants handicapés de Nsele (par AOT) couplées à des activités de sensibilisation, d'orientation, de sensibilisation des enseignants et d'intégration scolaire (Albinos One of Them).

Résultat 3 : Le cadre juridique et institutionnel de la RDC prend en compte les directives de la CIDPH et favorise leur mise en application grâce à des actions de plaidoyer portées par les OPH

- Des réunions bilatérales et bimensuelles (en 2018-2019) ainsi qu'un atelier final de validation de la stratégie (en 2019) ont été organisés pour définir et mettre en œuvre une stratégie commune de plaidoyer. 40 personnes, membres des OPH, ont participé à ces activités. 2 axes ont été définis dans le cadre de la stratégie commune de plaidoyer adoptée par les OPH réunies au sein d'un Comité Technique de Suivi de la CIDPH. Il s'agit (1) du plaidoyer pour l'adoption de la loi organique portant protection et promotion des personnes handicapées en RDC, et (2) du plaidoyer pour l'élaboration par le Gouvernement du rapport initial sur le suivi de la mise en œuvre de la CIDPH, à soumettre à Genève au Comité des droits des personnes handicapées. En parallèle à ce rapport initial, les organisations de la société civile devaient élaborer un rapport alternatif qui n'est pas encore finalisée à ce jour.
- 10 ateliers de sensibilisation ont été réalisés par les OPH pour diffuser la CIDPH. 6 desdits ateliers ont ciblé la communauté et les 4 autres ont ciblé les autorités, plus précisément, respectivement les députés, les prestataires de soins, les décideurs de l'Enseignement Primaire Secondaire et Professionnel et les députés provinciaux (sur les droits des femmes). Plus de 1500 exemplaires de la Convention ont été produits et distribués lors de ces sensibilisations. Des campagnes médiatiques ont également été organisées sur les chaînes de radio et de télévision pour relayer les messages.
- Un plaidoyer a été mené pour faire adopter le projet de loi organique portant protection et promotion des personnes handicapées en RDC. Le texte a été voté par l'Assemblée Nationale, mais pas encore par le Sénat.
- Une campagne de sensibilisation et de plaidoyer a été menée par les OPH sur les enfants souffrant d'Infirmité Motrice Cérébrale (IMC), en synergie avec les volets SMI et READ. La campagne a été menée dans les médias, et 84 prestataires de soins ont été sensibilisés en matière d'accueil de personnes handicapées.
- Un accompagnement de 150 ménages avec enfants handicapés à la pratique de gestes barrières a été organisé et réalisé.

Volet Réadaptation

Résultat 1 : Les ateliers d'appareillages De l'HPGR de Kinshasa et des Cliniques Universitaires de Kinshasa (CUK) sont renforcés et autonomisés

- Une supervision et un encadrement des ateliers orthopédiques ont été réalisés. Les activités ont conduit à une définition des critères de qualité, à l'identification des indicateurs de gestion de service à améliorer et à l'élaboration de plan d'actions annuel aux CUK.

Résultat 2 : L'offre des services des soins de réadaptation au niveau communautaire est améliorée

- Un dispositif de formation des professionnels de réadaptation a été mis en place. Il comprenait :

- ✓ Une formation sur le diagnostic, la prévention et l'intervention précoce des paralysies consécutives aux injections intramusculaires et la correction des déformations orthopédiques à l'usage du plâtre. 33 kinésithérapeutes issus des 4 structures en ont bénéficié (Centre Mère et Enfant de Bumbu, HGR Makala, HGR Kinkole et HGR Ndjili) ;
 - ✓ Une formation sur la prise en charge de l'Infirmitté Motrice Cérébrale (IMC) pour 38 professionnels de la réadaptation dont 35 kinésithérapeutes et 3 techniciens orthopédistes issus des 4 structures susmentionnées et des services d'appareillage orthopédique des CUK et de l'HPGRK.
 - ✓ Un appui a été apporté à la participation en ligne de 39 kinésithérapeutes au Congrès mondial de la Confédération Mondiale des Kinésithérapeutes.
 - ✓ Une journée scientifique sur la myopathie de Duchenne a été organisée. 30 kinésithérapeutes des HGR appuyés y ont pris part.
- 4 sessions de formation de sages-femmes et infirmiers organisées sur l'identification, la prévention du handicap et la prise en charge de précoce. Chaque session ayant bénéficié à 50 personnes, 200 personnes ont été formées au total (80 hommes et 120 femmes). Cette formation a été conçue et réalisée à la suite d'évaluation des besoins en formations en réadaptation réalisée dans 4 HGR auprès des 60 Sages-femmes et 60 Infirmiers.
- ✓ Diverses formations réalisées au profit des agents communautaires sur le handicap et la réadaptation (approche RBC). Parmi ces formations, on compte :
 - ✓ Deux sessions de formation sur le continuum Prévention – Détection – Orientation et accompagnement des enfants handicapés pour 44 personnes (18 hommes et 26 femmes). Parmi ces bénéficiaires, on comptabilise des RECO, des membres d'OPH, des superviseurs de la DPS, des membres des clubs de femmes et des leaders d'opinion).
 - ✓ Une session de recyclage au bénéfice de 21 RECO (12 hommes et 9 femmes) sur le continuum prévention-détection du handicap.
 - ✓ Une formation sur l'Accompagnement Social Personnalisé (ASP) au profit de 60 personnes dont 40 RECO (26 hommes et 14 femmes) et 20 assistants sociaux (14 hommes et 6 femmes) des communes de Ngaba, Matete, Lemba, Limete, Nsele et de Selembao.
 - ✓ Une sensibilisation et des sessions de formation sur la pratique des gestes simples à domicile pour 116 parents d'enfants avec IMC ont été organisées. Parmi ces parents il y avait (10 hommes et 106 femmes)
 - ✓ Elaboration et diffusion de divers outils de sensibilisation (une boîte à images des différentes pathologies neuromotrices les plus récurrentes, une affiche décrivant le développement psychomoteur ; un Manuel de référence)
 - ✓ Réhabilitation et dotation en équipements des services de kinésithérapie de l'HGR de Makala et du Centre Mère et Enfant de Bumbu. Le service de Makala a fait l'objet d'une réhabilitation au rez-de-chaussée (il était précédemment situé au 4^{ème} étage) alors que celui de Bumbu a été construit. Ces 2 services ont été dotés, entre autres, de tables de consultation, de cages de rocher, des barres parallèles, des tapis d'exercices au sol, des coussins (rectangulaires, triangulaires et cylindriques), des tables et ballons Bo bath, des jouets d'éveil pour enfants, des armoires métalliques, etc.

Résultat 3 : Des mécanismes facilitant l'accès aux services de réadaptation sont mis en place

- ✓ Une étude IFAR²¹ sur l'accès économique des services de réadaptation a été réalisée.
- ✓ Une prise en charge en réadaptation à travers le Fonds de solidarité a été réalisée. A la fin de la mission d'évaluation, on comptabilisait 1.061 enfants bénéficiaires des services de réadaptation sur 2.431 enfants détectés avec handicap lors des cliniques mobiles.

Résultat 4 : Un modèle de prise en charge communautaire est établi et mis en place

- ✓ La stratégie avancée a été mise en œuvre par l'organisation des cliniques mobiles pour offrir des soins de proximité de réadaptation aux enfants de Nsele, Ndjili, Makala et de Bumbu. Au final, 162 cliniques mobiles²² ont été organisées, dont 36 dans les 18 écoles d'Education Inclusive. Les cliniques mobiles organisées dans les écoles inclusives ont été organisées en synergie avec le projet Education Inclusive de HI. Elles ont permis de détecter 108 enfants avec des déficiences visuelles et 18 avec des besoins en soins de réadaptation physique. Ils ont été référés vers les structures appropriées de prise en charge.
- ✓ Suivi des enfants à domicile. Il a été réalisé lors des visites à domicile effectuées par les relais communautaires. Effectuées par les Relais Communautaires, ces visites permettaient de s'enquérir de la situation de l'enfant par rapport aux soins de réadaptation dont il bénéficiait, de connaître la perception de l'enfant dans sa famille et son environnement et d'accompagner les parents dans la pratique à domicile de gestes simples contribuant à améliorer davantage la qualité de vie de leur enfant. En synergie avec le projet Education inclusive, un accompagnement social personnalisé a été mis en place pour les enfants scolarisés. Assuré par 40 RECO et 20 assistants para sociaux préalablement formés, l'accompagnement social personnalisé implique de définir un projet individualisé pour chaque enfant pris en charge. Au total, 238 enfants scolarisés ont bénéficié de ce type d'accompagnement.
- ✓ Formation des parents aux gestes simples. Elle a été assurée dans chacune des 4 zones de santé à 10 parents d'enfants souffrant d'IMC, par session de 3 jours. Un support complémentaire d'images illustrant les différents gestes simples à réaliser à domicile auprès de l'enfant handicapé a été fourni aux parents.
- ✓ Des visites et échanges de pratiques avec d'autres programmes RBC en dehors du pays. Ils n'ont pas eu lieu notamment à cause du COVID. Ils ont eu lieu au niveau interne de HI, avec les autres projets de réadaptation développés dans d'autres provinces

Au moment de la mission sur le terrain, certaines activités étaient en cours de réalisation/finalisation, ou étaient programmées pour être mises en œuvre avant la clôture du programme. De ce fait, elles n'ont pas nécessairement été comptabilisées ici.

²¹ Improving Financial Acces to Rehabilitation services : Améliorer l'accès financier aux services de réadaptation.

²² 162 c'est le nombre de jours où les cliniques mobiles ont eu lieu