



| | |
|---|--|
| Projets évalués : | Projets HI (SR - SMI – AAA et READ) financés par DGD à Kinshasa |
| Pays : | République Démocratique du Congo |
| Evaluateurs : | Sélom Tonouga BADONTE et Brice Anicé MALELA |
| Période couverte par l'évaluation Intermédiaire externe: | du 01/11 2019 au 30/11/2019 |
| État d'avancement de la mission: | Achevé |

RAPPORT D'ÉVALUATION

VERSION FINALE

Présenté par

Sélom Tonouga BADONTE

Consultant Principal, Spécialiste

en Evaluation, Développement Organisationnel

et Gestion de Cycle de Projet

E-mail : coachingbec2p@gmail.com

Brice Anicé MALELA

Consultant Associé, spécialiste

Communication et Formation

KINSHASA, Novembre 2019

Table des matières

| | |
|---|----|
| INTRODUCTION..... | 4 |
| I. PRESENTATION DE L’EVALUATION..... | 4 |
| 1.1 Objectifs de l’évaluation | 4 |
| 1.2 Méthodologies et techniques de l’évaluation..... | 5 |
| II. PERTINENCE DES PROJETS..... | 6 |
| III. MISE EN ŒUVRE ET EFFICIENCE..... | 13 |
| 3.1 Moyens et couts généraux..... | 15 |
| 3.2 Approches d’intervention..... | 16 |
| 3.3 Relations HI-Structures étatiques et non étatiques..... | 19 |
| 3.4 Relations HI –OSC-OPH..... | 20 |
| 3.5 Procédures..... | 21 |
| 4 EFFICACITE..... | 23 |
| 4.1 Incidences des formations..... | 23 |
| 4.2 Analyse des cadres méthodologiques..... | 24 |
| 4.3 Récits de quelques changements significatifs..... | 37 |
| 4.4 Facteurs et conditions explicatifs des changements..... | 38 |
| 5. PARTICIPATION – VIABILITE..... | 39 |
| 5.1 Viabilité des effets des interventions..... | 40 |
| 6 SYNTHÈSE –BILAN..... | 40 |
| 7. CONCLUSIONS –RECOMMANDATIONS..... | 41 |
| 7.1 Critères de la hiérarchisation des recommandations..... | 41 |
| 7.2 Constatations et recommandations..... | 42 |

Sigles et Abréviations

A A A : Appui Aux Associations

HI : Handicap International

DGD : Direction Générale Coopération au Développement et Aide Humanitaire

DPS : Direction Provinciale de la Santé

HI : Handicap International

HGR : Hôpital Général de Référence

IMC : Infirmité Motrice et Cérébrale

PNRBC : Programme National de Réadaptation à Base Communautaire

READ : Réadaptation

SR: Sécurité Routière

SMI : Santé Maternelle Infantile

INTRODUCTION

Handicap International intervient en République démocratique du Congo (RDC) depuis 1994 en soutien aux personnes handicapées favorisant leur accès aux services de base et leur inclusion à la vie sociale et économique du pays. A la suite des projets financés par la DGD entre 2014 et 2016, les projets qui ont été l'objet de l'évaluation intermédiaire externe ont été conçus pour consolider les acquis de la phase1 clôturée en 2016. Il s'agit des projets :

- Sécurité Routière
- Santé Maternelle et Neo Infantile,
- Appui Aux Associations et
- Réadaptation

A deux ans et demie de la mise en œuvre des quatre projets, HI, conformément à ses obligations contractuelles avec la DGD et en cohérence avec son référentiel qualité a trouvé utile de commanditer une évaluation externe à mi-parcours pour pouvoir apprécier ce qui est fait et ajuster ou réorienter les actions entreprises.

Le présent rapport rend compte des principales constatations, des analyses faites des chemins parcourus depuis 2017 et des principales recommandations hiérarchisées consécutives aux conclusions de la mission d'évaluation. Le rapport est articulé autour de quatre axes.

I PRESENTATION DE L'EVALUATION

1.1 Objectifs spécifiques de l'évaluation intermédiaire externe

Les objectifs assignés à l'évaluation étaient libellés comme suit :

- ✓ Apprécier les cadres méthodologiques définis à chacun des projets ainsi que l'efficacité du programme.
- ✓ Proposer d'éventuelles réorientations afin d'améliorer d'une part l'efficacité des projets, d'autre part leur impact et leur pérennité.
- ✓ Apprécier l'approche communautaire retenue par HI dans le cadre des quatre projets, son efficacité, sa pertinence et l'analyser au regard de la pérennité du programme.

La mission de l'évaluation intermédiaire a cherché à identifier pour chacun des quatre projets les forces et les faiblesses et proposer des recommandations. Un regard spécifique été porté sur la question du partenariat. Les approches partenariale et communautaire mises en œuvre ont été questionnées. La sensibilité handicap, genre et âge a fait partie des sujets examinés par les évaluateurs lors de leur mission.

De manière spécifique, il a été question de :

Faire une analyse concernant le degré de conformité du projet par rapport aux prévisions. L'évaluation a tout particulièrement mis l'accent sur :

- ❖ La démarche d'évaluation participative ;
- ❖ L'appréciation de la mise en œuvre et l'efficacité du programme
- ❖ Le degré de progression vers les résultats escomptés, l'efficacité de la mise en œuvre
- ❖ Le questionnement des stratégies d'intervention du programme
- ❖ Les aspects de viabilité des actions
- ❖ Le dispositif d'appui aux actions
- ❖ Les projections sur le futur des interventions possibles de HI à Kinshasa et autres provinces de la RDC.
- ❖ Identifier les forces et les faiblesses des projets évalués et de
- ❖ Faire des recommandations hiérarchisées

La mission d'évaluation s'est déroulée du 1^{er} Novembre 2019 au 30 Novembre 2019.

L'équipe de la mission était composée de deux consultants. Un consultant senior, spécialiste en évaluation, développement organisationnel et Gestion de Cycle de Projet et un consultant associé, spécialiste en communication et approche basée sur les droits.

1.2 Méthodes, modèles et techniques de l'évaluation

1.2.1 Les méthodes

Trois principales méthodes participatives d'évaluation ont été utilisées (triangulation) :

- la Méthode Accélérée de Recherche Participative (MARP) qui a permis d'instaurer entre la mission et les parties prenantes de chacun des projets un processus d'échanges-analyse- réflexion au cours duquel les points de vue et les opinions des différents acteurs ont été collectés.
- La Cartographie des Incidences ou la méthode d'évaluation des progrès vers le changement.
- La méthode de vérification par échantillon délibéré combiné à l'échantillon aléatoire de non participants aux actions évalués.

Quatre principales techniques de collecte de données ont été utilisées : la revue documentaire, les discussions individuelles poussées avec les chefs de projet, les entretiens semi structurés avec des informateurs clés de la DPS et du Programme National de Réadaptation à Base Communautaire, les discussions de groupes avec les acteurs communautaires et les professionnels de santé et l'observation directe. Les informations recueillies ont été validées par les divers acteurs du projet dans la perspective d'appropriation d'ensemble des produits de l'évaluation.

1.2.2 Entretiens de concertation et de cadrage

Ces entretiens ont visé entre autres à :

- Ecouter la Coordinatrice des programmes de HI à Kinshasa, la Chargée des relations avec les partenaires institutionnels de HI à Bruxelles, le point focal des Opérations RDC à Bruxelles aux fins de décrypter les enjeux et les attentes liés à l'évaluation intermédiaire.
- Présenter et discuter avec la Coordinatrice des programmes à Kinshasa la démarche envisagée par l'équipe des évaluateurs
- Choisir notamment avec les Chefs de projet présents à Kinshasa les segments des publics cibles directs (personnes et organisations en lien direct avec la mise en œuvre du programme) à interviewer par les enquêtes participatives dans les quatre Communes dans lesquelles les projets sont mis en œuvre.
- Discuter des guides d'entretien provisoire pour les enquêtes participatives (guides d'entretien avec les enfants et/ou familles d'enfants handicapés bénéficiaires de Réadaptation, clubs de femmes participantes aux activités de SMI, Relais Communautaires impliqués dans le déroulé du programme, Organisations de Personnes Handicapées en lien avec le programme, Organisations de la Société Civile intervenant dans la prévention routière, prestataires de soins : kiné, techniciens d'appareillage, Infirmières, officiels de la Direction Provinciale de Santé et Responsable du Programme National de Réadaptation à Base Communautaire).
- Finaliser le calendrier de travail
- Discuter de l'organisation logistique de l'étude.

En cohérence avec nos obligations contractuelles, au terme des premiers entretiens de concertation, le rapport de démarrage-note de cadrage a été produit et soumis à la responsable du Copil.

- ✓ Discussions approfondies avec les Chefs de projet présents à Kinshasa

La flexibilité de la démarche adoptée pour réaliser l'évaluation nous a permis de nous adapter en temps réel aux conditions prévalant à HI Kinshasa. En l'absence de deux des quatre chefs de projet du programme évalué, l'atelier METAPLAN envisagé avec toutes les équipes de la mise en œuvre des projets tout au début de notre mission a été remplacé par les interviews approfondies avec les chefs de projet présents et les Conseillers techniques de Réadaptation et d'Inclusion.

2. PERTINENCE DES PROJETS

Il est question d'apprécier **la relation entre les problèmes à résoudre et les objectifs des projets évalués**. Les quatre projets se concentrent sur des zones bien précises, les zones urbano-rurales de Kinshasa à savoir : les Communes de Selembao, N'djili, Bumbu, N'sélé et

Limete. Les communautés vulnérables de ces zones urbano-rurales de Kinshasa constituent la porte d'entrée de chacun des quatre projets de Handicap International financés par la DGD à Kinshasa. Les évaluateurs se sont efforcés de cerner les liens entre la situation négative qui affectait les personnes handicapées des zones ciblées avec les types de réponses apportées par les projets évalués.

.Le projet Sécurité Routière est une réponse appropriée aux problèmes récurrents des accidents de la route à Kinshasa, à l'exposition aux risques de handicap des enfants dont les écoles sont dans le voisinage des routes de Limété.

L'insécurité routière est la cause principale de handicap à vie de nombreux usagers de la route. Les enfants sont particulièrement affectés par ce fléau. Aussi, apprendre tôt aux écoliers les bons réflexes à adopter en tant qu'usagers de la route dans le contexte de la circulation routière à Kinshasa



(embouteillages monstres, non respect du code la route par les chauffeurs et les « Wewa » taxis-motos) est-il une initiative adéquate. Les actions de sensibilisation, de formation des enseignants et des élèves au code de la route, des bons comportements à adopter pour réduire les risques d'exposition aux accidents de la route ont été jugés utiles et très importants par le segment des populations de Limété rencontrés par les évaluateurs.



L'implantation des panneaux de signalisation a été trouvée appropriée par les usagers et des chauffeurs qui ont bien accepté d'accorder une interview aux évaluateurs.

Le projet SMI a introduit dans les services existants de Consultation Prénatale et de Consultation PréScolaire la prévention et la détection des déficiences dues à des souffrances fœtales, et aux accouchements. L'approche intégrée de la prévention, du dépistage et de la prise en charge assure un continuum des soins qui est très apprécié par les professionnels de la santé et les femmes des communautés dans lesquelles le projet de Santé Materno Infantile est mis en œuvre. Les séances de Consultation Pré Natale 1 sont prisées par les femmes enceintes des quatre zones de santé de mise en œuvre du projet. Le tableau ci-dessous administre la preuve de l'affluence enregistrée à la CPN1 dans les quatre zones de santé où le projet SMI est mis en œuvre.

Tableau 1 : Effectif des femmes à la CPN1 2019 : source : Chef de projet SMI de HI

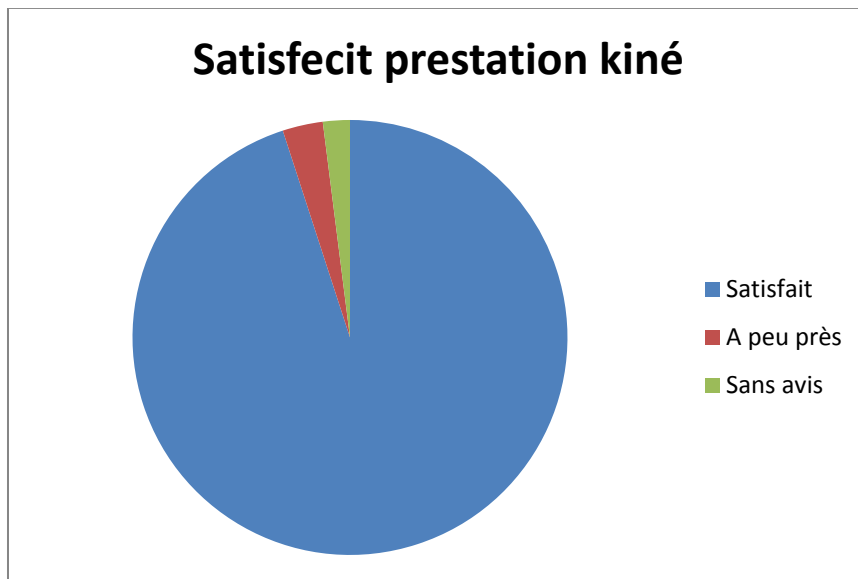
| Zone de Santé | Effectif des Femmes enceintes à la CPN |
|---------------|--|
| BUMBU | 110312 |
| SELEMBAO | 16926 |
| NDJILI | 17479 |
| NSELE | 29281 |
| TOTAL | 174002 |

L'affluence attestée par les données du tableau administre la preuve que la CPN1 répond aux attentes des femmes des quatre zones d'implémentation du projet SMI.

Les formations et les recyclages initiés dans le cadre du projet ont été appréciés positivement par les Sages femmes et les Infirmiers titulaires interviewés lors de la mission

d'évaluation. Ces formations en cours d'emploi répondent à des besoins existants dans chacune des zones de santé.

L'engouement observé auprès des familles d'enfants ayant pu bénéficier des interventions de réadaptation démontre à suffisance, l'attrait et l'adéquation de la réponse fournie par le projet READ de HI aux besoins réels des enfants et des familles d'enfants handicapés. L'illustration 1 ci-dessous révèle le taux de satisfaction exprimé par les femmes d'enfants bénéficiaires de soins de kiné rencontrés lors de l'évaluation intermédiaire.



Les femmes dont les enfants sont en attente de réception de bon d'enregistrement sont celles dont les avis sont mitigés sur l'offre de kinésithérapie offerte par le projet READ dans les Hôpitaux Généraux de Référence. Les sans avis sont les femmes dont les enfants ne souffrent d'aucune déficience.

Les enfants bénéficiaires des soins de Kinésithérapie ou d'appareil orthopédie ont amélioré leur autonomie. D'aucuns, comme Nathan, ont pu entamer leur enrôlement dans le système

éducatif comme tous les autres enfants de leur âge.



Nathan

Les formations de renforcement technique des prestataires (Kinésithérapeutes, Technicien(nes) d'appareillage) et des relais communautaires, de l'avis des responsables de la Direction Provinciale de Santé de Kinshasa et de la plupart apprenants eux-mêmes étaient des réponses appropriées à leurs attentes et à leurs besoins de mise à niveau des savoirs et des savoir-faire. L'action du projet READ en matière de réhabilitation des infrastructures des services de kinésithérapie a été jugé bénéfique à la fois par les prestataires de la santé et les bénéficiaires directs des services et des produits du projet READ.



et d'équipement de ces services ainsi que l'outillage d'unités techniques d'appareillage des Cliniques Universitaires ciblées répondent à la nécessité de renforcer les dispositifs sanitaires dans les zones de santé et de contribuer à la disponibilité de services appropriés aux personnes handicapées et particulièrement les enfants. Les prestataires de soins et une partie des Médecins-Directeurs des Hôpitaux Régionaux de Référence ont une opinion positive des actions de réhabilitation et d'équipement des services de Kinésithérapie par le projet READ.

Force

Il ressort de l'analyse des quatre projets évalués que les besoins des publics cibles directs des projets ainsi que ceux des organisations ciblées ont été suffisamment analysés. L'analyse complète de la situation négative qui affecte les personnes handicapées, les femmes démunies ayant des enfants handicapés a été réalisée. Des actions spécifiques de prévention de handicap, un paquet d'actions en direction des femmes et des jeunes. Nombre de mesures visant à détecter, diagnostiquer et traiter les déficiences à un stade précoce ont été envisagées. Des mesures de capacitation du capital humain et des organisations ont également été envisagées.

Faiblesse

Un malaise persistant existe entre Handicap International et le Programme National de Réadaptation à Base Communautaire.

La résolution du malaise est fortement suggérée. Il est souhaitable que Les personnes –clés de HI en RDC (DP et Coordinatrice des projets) s’approchent du Directeur du PNRBC débloquent la situation actuelle qui prévaut.

Dans le contexte congolais où le tissu associatif est d’apparition récente, le renforcement des compétences et l’accompagnement des membres des OSC et des Organisations des Personnes Handicapées sont des besoins réels. L’idée d’Appui Aux Associations répond à l’idéal selon lequel les membres de la communauté organisés en associations ou en organisations spécifiques acquièrent des habiletés et des savoir-faire pour agir collectivement afin d’influencer leur qualité de vie. Le renforcement des compétences aux dires des responsables des OSC et des OPH rencontrés lors de l’évaluation intermédiaire répond aux besoins de structuration et d’amélioration continue et de renforcement organisationnel de leurs organisations et associations.

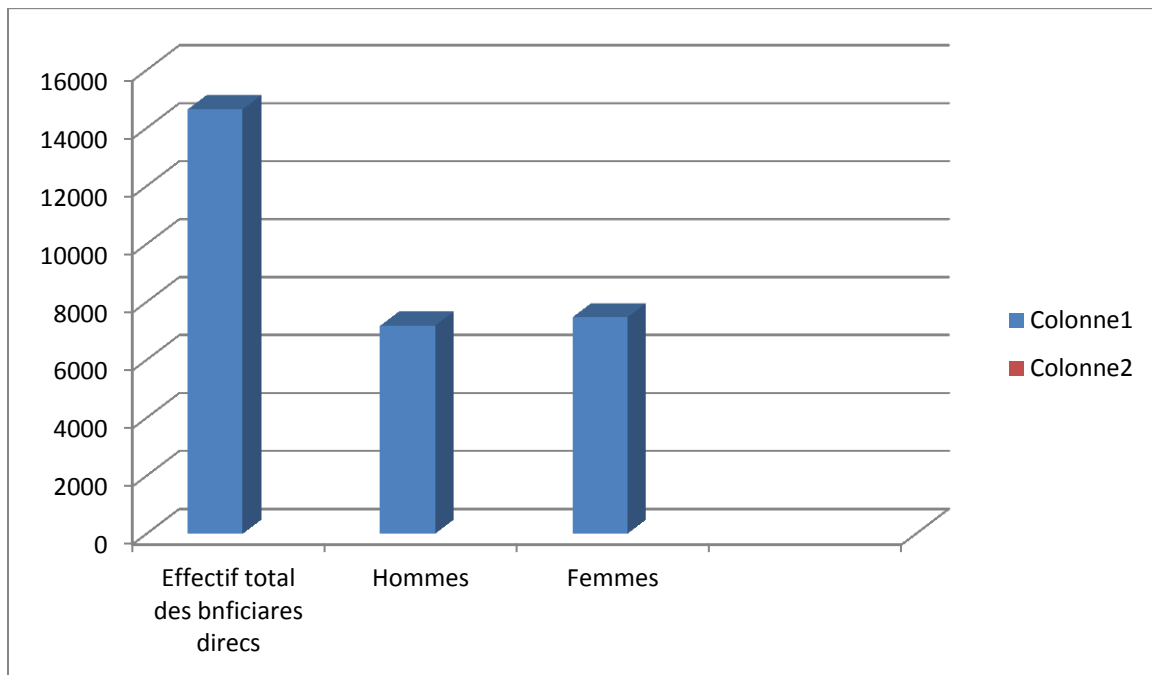
L’accompagnement de proximité et différencié est apparu aux yeux des évaluateurs comme une démarche adéquate répondant aux fondamentaux de l’accompagnement qui est de : « se joindre à une personne ou une organisation pour aller où elle veut et au rythme de l’organisation accompagnée. »

Force

Au total, les projets répondent aux besoins de bénéficiaires notamment des personnes handicapées des quatre zones urbano-rurales de Kinshasa. Les objectifs spécifiques ont été libellés en termes d’avantages pour les publics cibles. Chacun des projets évalués a une sensibilité handicap, genre et âge. Ils abordent de manière spécifique les problèmes que rencontrent les handicapés pour leur inclusion dans les communautés. Au nombre des bénéficiaires directs figurent des femmes et des enfants. Le sujet de la double discrimination de la femme handicapée est notamment portée par les projets SMI et READ.

L'illustration ci-dessous de la répartition entre femmes et hommes du projet SR administre la sensibilité genre de ce projet.

Illustration 2 : sensibilité genre du projet SR



La sensibilité handicap, genre et âge est plus prononcée dans les projets SMI et READ. Des personnes handicapées et des femmes sont à la fois bénéficiaires et acteurs des quatre projets. Des mécanismes ont été mis en place faciliter la responsabilisation des personnes handicapées et des femmes dans les organes consultatifs et de gouvernance des quatre projets notamment le Copil. Les quatre projets sont un ensemble d'interventions visant à prévenir la survenue de déficiences physiques ou sensorielles et au-delà de créer dans les communautés ciblées des services de qualité propres à faciliter la mobilité, l'accès à l'éducation, aux activités socio économiques, bref la pleine participation des personnes handicapées et leur famille à la vie sociale des communautés et du pays. Pour ce faire, leur pertinence, leur lien avec les problèmes des personnes handicapées sont établis.

3. MISE EN ŒUVRE ET EFFICIENCE

Dans la terminologie Gestion de Cycle de Projet (GCP), **l'efficience concerne la relation « activités-résultats » du projet.** Quatre facteurs seront mis en jeu, notamment

L'organisation, gestion, suivi ; les approches d'intervention ; les moyens et coûts ; le suivi

Les projets SR, SMI, READ, AAA sont physiquement installés au siège de Handicap International à Kinshasa. Des bureaux ont été achetés ainsi que du matériel informatique. Les équipes des projets ont été constituées selon les procédures en vigueur à Handicap International. A la tête de chaque projet se trouve un Chef ou une Chef de projet. Les membres des équipes des projets sont des employés à temps plein. De temps à autre,

Handicap International recourt aux prestations de chauffeurs journaliers pour conduire les équipes de projet sur le terrain.

Les équipes des projets sont coachées par la Coordinatrice de HI à Kinshasa. Le Directeur Pays (DP) représente HI en RDC. Il supervise en seconde ligne les projets mis en œuvre par HI en RDC.

Un aperçu rapide percevrait les quatre projets comme des projets juxtaposés sans lien. Une telle disposition aurait pu conduire à des mises en œuvre parallèles des projets sans la recherche de synergie et de complémentarité entre les différents projets. Mais une analyse fine permet de déceler la complémentarité des projets évalués. La tenue à fréquence régulière de revues intersectorielles de projet renforce les liens implicites des quatre projets.

Des informations recueillies au cours de l'évaluation, il ressort que la revue de chaque projet implique à la fois les responsables des autres projets en cours de mise en œuvre par Handicap International à Kinshasa, les Coordinateurs techniques thématiques (READ, INCLUSION) et le personnel des départements support (Logistique, Administration-Finance). Des actions conjointes sont menées de façon intermittente entre les Projets SR, AAA, et Education Inclusive ; SMI, READ, AAA. Le projet AAA est apparu aux yeux des évaluateurs comme un projet transversal au sein de HI à Kinshasa.

Faiblesse

Des marges de progrès d'articulation restent à faire pour que les retours d'expérience de chacun des projets puissent être partagés par les membres des équipes des autres projets.

La vacance du poste de responsable MEAL est l'une des faiblesses relevées par la mission d'évaluation. Aucune base consolidée de données n'existe. Cet état de fait est un facteur limitant de consignation et d'exploitation de leçons apprises en situation de mise en œuvre de projet à fort relent social.

Quant au planning et au suivi, chacun des projets s'efforce de suivre un Système de Suivi de Gestion de Projet.

- Un plan d'activités annuel décliné en plan trimestriel et mensuel est élaboré et mis à jour de temps en temps ;
- Les revues de projet se font à fréquence régulière.

3.1 Moyens et coûts généraux

Le budget initial pays qui était de 3.307.552,46€ a été porté à 3.946.571,54€ à la suite des réaménagements consécutifs à la fermeture des programmes financés par la DGD au Burundi.

Tableau 2 : Budget prévu (2017-2021) et budget exécuté par projet de janvier 2017 à Octobre 2019

| Projets | Prévision budgétaire pour les 5 ans en € | Budget consommé en € (Janvier 2017) à Sept 2019 | % de réalisation |
|---------|--|---|------------------|
| SR | 732362 | 441577 | 60,29% |
| SMNI | 989430 | 365912 | 37% |
| AAA | 822865 | 312983 | 38,03% |
| READ | 1276536 | 571984 | 44,89 |

Il y a une sous consommation en ce qui concerne les projets AAA et SMNI. Ce fait est à relier à la léthargie que le projet AAA a connue suite au départ inopiné du chef du projet AAA. Il faudrait aussi rapprocher l'apparente sous consommation du projet SMNI avec les rallonges budgétaires consécutifs à l'augmentation des budgets des projets de HI Kinshasa suite aux fermetures des projets du Burundi.

Avant le réaménagement budgétaire de l'année en cours (2019), aucun facteur extérieur n'a exigé une modification du montage financier des projets évalués.

Les budgets des projets semblent être raisonnables. La durée initiale du projet SR qui était de trois ans a été portée à cinq ans avec les fonds additionnels de la fermeture des programmes financés par DGD au Burundi. La situation arrêtée au 30 Septembre 2019 donne un solde suffisant pour la poursuite de la mise en œuvre des projets jusqu'en 2021.

Le nombre et la nature des moyens matériels mis en œuvre pour la mise en œuvre des projets sont adéquats de notre point de vue. Les véhicules 4x4 sont appropriés pour les déplacements dans les zones de la mise en œuvre des projets. Au regard de la topographie des zones de la mise en œuvre des projets, aucun autre engin mécanique ne serait approprié pour aller dans les communautés. Toutefois pour les visites à domicile, la marche sur de longues distances s'impose.

Force

La gratification financière dite « frais de transport » accordée aux Relais Communautaires est justifiée au regard des lieux de résidence des Relais Communautaires et des distances qu'ils et elles parcourent pour assumer leur mission de relais entre les formations sanitaires et les familles ayant des enfants handicapés. Les bonus accordés aux prestataires des structures sanitaires sont apparus à nos yeux comme l'une des conditions favorables aux changements graduels qui émergent de la mise en œuvre des projets SMI et READ. Ces gratifications stimulent la motivation des prestataires des structures sanitaires.

3.2. Approches d'intervention, organisation et procédures.

Le renforcement des capacités a été considéré par les concepteurs des projets évalués comme le levier pouvant contribuer à la montée en puissance (savoir, savoir-faire et savoir-être des personnes handicapées puis la structuration et la capacité d'action des organisations de personnes handicapées aux fins de leur inclusion dans leurs communautés et plus largement dans la société en RDC. La démarche est de créer, dans chacune des zones des projets des compétences locales capables d'assurer l'information et le référencement de femmes à risques aux centres de santé et des hôpitaux généraux de référencement et des enfants handicapés aux campagnes de clinique mobiles en vue d'une prise en charge précoce.

Force

La mission d'évaluation a constaté que les connaissances des prestataires formés dans le cadre des projets évalués sont réinvesties dans les pratiques quotidiennes des professionnels de santé. Il en est de même pour les femmes motivatrices et des relais communautaires. Les formations contribuent au renforcement des capacités techniques des prestataires de soins des quatre zones et créent un vivier de personnes-ressources dans les zones de mise en œuvre des projets évalués.

La popularisation de détection des signes avant-coureurs de possibles déficiences (saignement de femmes enceintes, œdèmes, neuro palu et autres) a permis aux femmes des communautés d'assumer correctement leur rôle de veille, de conseil et d'aiguillage rapide de leurs pairs vers les centres de santé. Les femmes et les relais communautaires de notre point de vue sont des maillons essentiels du système communautaire de référencement des enfants handicapés et des femmes enceintes à risque.

Les projets évalués investissent leurs intrants dans des structures communautaires existantes (Cellule d'Animation Communautaire, Relais communautaire, femmes-leaders communautaires). L'approche communautaire actuelle nous a paru adéquate car HI utilise des structures communautaires locales existantes et les renforce. Initier ou appuyer l'émergence de nouvelles structures communautaires aurait été contreproductif. Les flottements observés pour la transmission des bons de référencement aux familles d'enfants dépistés lors des cliniques mobiles peuvent être surmontés lors de réunions de concertation tripartite Agents Communautaires -HI- Relais Communautaires. Une réunion du genre organisée dans chaque zone de santé permettrait d'identifier les failles et de prendre des mesures appropriées pour résoudre le problème de la non transmission des bons de référencement. Ainsi, les acteurs des projets abrègeraient la longue attente des familles dont les enfants ont été dépistés lors des dernières campagnes de cliniques mobiles organisées avant le déroulement de la mission d'évaluation. L'intégration de Communautés d'Épargne et de Crédit (C.E.C.I) renforcerait la dynamique d'autonomisations des femmes vulnérables des projets au travers le réinvestissement des fonds collectés dans des activités génératrices de revenus précoces. La familiarisation du staff de HI avec l'approche Former pour transformer qui vise l'autodétermination des communautés défavorisées donnerait une plus-value à l'approche communautaire actuelle mise en œuvre dans les projets évalués.

L'intégration de la prévention et de la détection des déficiences des enfants se fait aussi au travers de structures étatiques existantes. (Centre de Santé, Hôpitaux Généraux de Référence, Cliniques Universitaires de Kinshasa).

Ce montage des projets permet le renforcement des capacités communautaires existantes, l'amélioration du cadre de travail des centres de santé et hôpitaux régionaux publics existants. Les interventions coordonnées des prestataires communautaires et des professionnels de la santé favorisent l'accès aux services aux personnes handicapées, notamment les enfants pour développer, maintenir et rétablir leurs capacités fonctionnelles en vue de leur inclusion dans la vie sociale. Pour rapprocher les communautés des zones urbano-rurales de Kinshasa de l'offre sanitaire, les cliniques mobiles initiées dans les projets précédents ont été maintenues et restructurées pour améliorer leur efficacité. Le montage des projets, les moyens alloués à la mise en œuvre au regard des changements graduels identifiés par la mise d'évaluation administrent la preuve de l'efficacité de la mise en œuvre des projets.

Faiblesse

L' une des actions phares de la mise en œuvre du projet READ : la clinique mobile de l'avis de la plupart des personnes rencontrées est perçue comme « l'affaire de HI » La forte visibilité du personnel de HI et des moyens roulants de HI lors de cette action organisée dans les communautés renforce cette perception des cliniques mobiles.

- ☞ Faire faire est l'une des voies sûres de construction de capacités locales de structures publiques et associatives. En effet, si les acteurs d'une structure d'appui (ONG internationale ou Ministère national) sont très visibles lors de l'exécution d'activités au niveau communautaire, cela entraîne automatiquement un risque de fragilisation de la pérennité de l'activité.
- ☞ Une évolution des cliniques mobiles est à envisager dans les nouveaux projets à concevoir. Transformer les cliniques mobiles en consultation foraine au cours desquelles des dépistages seront faits ainsi que des soins administrés sur place pour des pathologies bénignes à tous les enfants et non plus seulement aux enfants handicapés. L'équipe de spécialistes de la clinique devrait comprendre un ou une psychologue pour traiter le stress lié aux déficiences des enfants. Ce serait de l'inclusion en action. Les enfants souffrant de déficience et d'autres pathologies nécessitant une prise en charge plus fine seront référés vers les centres de santé ou les hôpitaux généraux de référence.

L'approche partenariale a été retenue par HI pour la mise en œuvre des projets SR, SMI, READ et AAA. Une forte volonté d'implication des acteurs existe au sein des équipes de HI à Kinshasa. Cependant, un décalage existe entre les intentions proclamées et les pratiques. La concertation est de mise avec les autorités de la Division Provinciale de Santé. Les actions envisagées par les projets SMI et READ sont validées au niveau provincial. Cette concertation ne devrait pas empêcher l'écoute des attentes des cibles des sessions de formation des projets SMI et READ.

Faiblesse

Tant que HI se contentera des échanges uniquement avec la DPS, les sessions de renforcement de capacités technique toute utiles qu'elles soient risquent d'être considérées par certains prestataires, une fois encore, comme des initiatives solitaires de HI.

Force

Par contre les responsables des Organisations de la Société Civile de prévention routière et la plate forme des activistes de défense des personnes handicapées ainsi que l'association des parents d'enfants handicapés perçoivent les formations facilitées par HI comme des réponses à leurs demandes.

Des leçons sont à partager pour rehausser et améliorer la participation des publics cibles des projets à la conception et à la mise en œuvre des actions portées par les projets. Il faudrait fournir de temps à autre aux structures communautaires des écrits concis, simples à comprendre et à interpréter sur l'évolution du processus en cours puis susciter les avis des prestataires sur le point d'étape. Cette occasion de regard critique collectif sur les points d'étape permettrait **de recueillir des idées** des relais communautaires, des membres des clubs de femmes, des responsables des organisations des personnes handicapées et des associations de prévention routière pour célébrer les avancées et améliorer le processus de mise en œuvre des projets en cours d'exécution. C'est le sens de la réappropriation d'ensemble, **de repositionnement au centre des acteurs communautaires des interventions de HI à N'djili, Selembao, N'sélé, Bumbu et Limete.**

3.3 Relations Handicap International et Structures étatiques

Le ministère de tutelle de HI en RDC est le Ministère du Plan. Au niveau opérationnel, HI coopère avec la Direction Provinciale de Santé. La direction Provinciale de Santé discute et valide les Termes de Référence des actions envisagées par Handicap International à Kinshasa. La DPS délègue toujours une personne pour assister aux sessions de formation. La Direction Provinciale de Santé siège au sein du Comité de Pilotage des projets et participe aux réunions organisées par le COPIL.

Le niveau de concertation avec la Direction Provinciale de Santé peut être considéré comme élevé. Toutefois, la mission d'évaluation a eu à relever des faiblesses.

- ☞ Le point focal Réadaptation que la Direction Provinciale de Santé devrait nommer au démarrage du projet READ n'a pas été nommé jusqu'alors. HI transmet son rapport annuel d'activités au Ministère du Plan. Celui-ci ne dispache par les rapports transmis. Aussi la Direction Provinciale de Santé ne dispose-t-elle point de paramètres pour suivre les niveaux d'exécution et d'intégration des projets SMI et READ au système de santé existant dans la ville Province de Kinshasa.
- ☞ Handicap International a peu de contact avec les organes décisionnels et normatifs du niveau national de la Santé. Il en est de même avec le Programme National de Réadaptation à Base Communautaire.

En ce qui concerne le projet Sécurité Routière, les relations de collaboration avec la Commission Nationale de Prévention Routière est bonne. C'est cette structure étatique qui a procédé à l'implantation des panneaux de signalisation dans la zone d'intervention du projet Sécurité Routière. La Commission Nationale de Prévention Routière chapeaute le Groupe National de Travail de Sécurité Routière initié par le projet. La relation de collaboration avec la Police de Sécurité Routière a été gelée.

- ☞ La Commission Nationale de Prévention Routière avec tous les membres du Groupe National de Sécurité Routière devraient s'atteler à l'élaboration d'une fiche nationale de collectes des données relatives aux accidents de la route en RDC. Les données actuelles de la Commission ne sont pas fiables. Aussi s'avère-t-il impossible de mesurer le taux de réduction des accidents de la route tel que stipulé dans le projet Sécurité Routière.

Des marges substantielles de progrès sont à réaliser par Handicap International pour établir et maintenir des relations de haut niveau avec les instances nationales, si tant est que Handicap International entend contribuer à inscrire l'inclusion des personnes handicapées dans l'agenda des décideurs en RDC. L'implication de Handicap International dans une stratégie conséquente de plaidoyer en faveur d'une politique d'inclusion des personnes handicapées en RDC est une piste à examiner. Pour ce faire, l'ouverture ordonnée de Handicap International à d'autres acteurs du monde humanitaire présents en RDC devrait retenir l'attention des décideurs de Handicap International tant du siège à Bruxelles que de Kinshasa.

3.4 Relations avec les Organisations des Personnes Handicapées et les Organisations de la Société Civile.

Des relations de collaboration ont été établies et contractualisées avec :

L'association des sourds de Kinshasa (ASSOUKIN)

L'Union des Aveugles du Congo (UNAC)

La Plateforme des Activistes des Droits des Personnes Handicapées du Congo et

L'Association Nationale des Parents d'Enfants Malades Mentaux du Congo.

A l'analyse les relations établies entre HI et les OPH oscillent entre le niveau le plus bas du partenariat (simple collaboration et le niveau 2 du partenariat (le rapprochement. La mission d'évaluation a relevé :

- La prépondérance du lien de financement
- La compatibilité entre HI, et les OPH et les OSC sur le plan sectoriel et l'approche communautaire
- La limitation des liens à un projet (SR, SMI, READ, AAA)

- La limitation des relations dans le temps: 2017-2021 celui des projets évalués
- La formation technique pour mieux livrer les intrants-extrants du projet,
- Un peu d'assistance en renforcement organisationnel: administration, fonctionnement, logistique.

☞ L'évolution vers le vrai partenariat dans lequel le partenaire du Nord appuie l'organisation locale pour son développement en tous points de vue hors du cadre d'un projet est l'une des pistes suggérées par les évaluateurs. La seconde piste pourrait être le consortium en vue d'investir deux ou trois domaines dans lesquels HI a des avantages comparatifs ou voudrait acquérir des compétences fondamentales pour apporter des différences dans la vie des personnes handicapées en RDC et des populations vulnérables en général. Des détails sur la constitution de consortium sont fournis dans les recommandations.

3.5 Procédures

Pour chacun des quatre projets évalués, la communauté est le point d'entrée. Les femmes ayant des enfants handicapés sont ciblées. Des personnes ayant de l'influence sur la situation des enfants (maris, belles-mères grands parents) et des personnes de la communauté ayant la capacité de motiver les autres (relais communautaires et femmes engagées de la communauté) participent à des différents degrés à la mise en œuvre des projets dans les communes de Bumbu, N'djili, Nsélé, Selembao. La commune de Limété est dédiée à la sécurité routière où deux associations de prévention routière sont opérationnelles.

Les projets sont utilisés en ciblant de manière spécifique ceux et celles qui en ont le plus besoin afin d'utiliser de manière rentable des fonds limités.

Dans le cadre du projet READ, il s'agit du fonds de solidarité. Dans les cadres des projets SR et AAA, il s'agit des fonds d'appui au fonctionnement des OSC et des OPH.

La mobilisation des acteurs locaux pour le changement de regard sur le handicap et la place des handicapés dans les familles et les communautés est enclenchée.

Les relais communautaires et des femmes formées par les projets quadrillent les communautés pour faire la promotion, la prévention, la détection et le référencement des femmes et des enfants affectés ou exposés aux risques de déficience. Les apports des projets se limitent aux préoccupations médicales et à la réduction de l'exposition aux risques de handicap sur les routes. Les procédures en vigueur au niveau communautaire ne prennent pas en compte l'autonomisation des femmes grâce au portage d'activités génératrices de revenus. **Or lorsque l'action sanitaire en faveur des défavorisés est envisagée dans le contexte de la dignité, du développement et du bien-être humains, elle débouche sur l'action sociale et l'épanouissement de la personne entière.** C'est dire que l'approche communautaire en œuvre dans les projets de HI financés par la DGD devra les

années à venir intégrer une composante accompagnement à l'insertion socio-économique des femmes et spécialement des femmes handicapées et des femmes ayant un ou des enfants handicapés.

L'association promotion, prévention, détection et le référencement initiés et mis en place sont des actions communément saluées par les bénéficiaires directs des projets. Le choix des bénéficiaires directs est basé sur la vulnérabilité des familles et le risque d'exposition au handicap.

Les OSC et les OPH parties prenantes des projets sont en quête de diversification de partenaires techniques et financiers. Elles sont demandeuses de l'accompagnement de HI pour trouver de nouveaux partenaires techniques et financiers.

Force

Une grande partie des activités et des ressources est dédiée au renforcement des capacités des différents acteurs impliqués aux différents niveaux d'intervention des projets. Un vivier de personnes ressources humaines et organisationnelles qualifiées pour des mesures spécifiques de préventions de handicap, de détection, et de traitement à un stade précoce des déficiences en vue d'améliorer qualitativement la vie des enfants handicapés est en cours de consolidation dans les zones d'intervention des projets évalués.

En dépit du renforcement des capacités des OPH et de leurs actions de plaidoyer, des avancées n'ont pas été enregistrées sur le dossier du rapport alternatif. Le rapport initial n'ayant pas encore été élaboré par les autorités compétentes. Il faudrait compter avec le temps pour arriver à inscrire dans l'agenda des décideurs politiques du niveau national la problématique de l'inclusion.

De l'enquête réalisée sur le terrain, la stratégie et les procédures mises en œuvre ont permis de combler, d'une manière globale, les attentes des bénéficiaires directs des projets évalués. C'est ce qui explique leur adhésion aux objectifs poursuivis et aux démarches suivies en vue d'aboutir à la participation pleine et entière des personnes handicapées dans la vie sociale des communautés et du pays. Cette appréciation de satisfaction a été ressentie tout au long de la descente des évaluateurs dans les communautés.

Des constatations faites sur le terrain, l'on peut relever que les acteurs des projets évalués ont choisi des approches de sensibilisation, simples maitrisables par les relais communautaires et les femmes motivatrices des clubs des femmes. Des aides visuelles expressives ont été utilisées et distribuées aux femmes pour conscientiser les membres des communautés sur les signes nécessitant le référencement vers les centres de santé et

l'acceptation des personnes handicapées comme personnes à part entière de la communauté.

Des observations du terrain, nous relevons le rôle crucial des relais communautaires et des femmes que nous qualifions de « femmes battantes » de la communauté ainsi que bénévoles de la prévention routière dans la conscientisation des communautés pour à la fois réduire les risques d'exposition au handicap et l'insertion des handicapés dans la vie sociale. Nous avons identifié des personnes handicapées au sein des associations de prévention routière. Néanmoins, il faudrait se garder de surcharger les prestataires communautaires pour ne point les démotiver. En fait, ils et elles ne perçoivent qu'une modique gratification au titre de frais de transport. Des stratégies telles que celles qui préconisent d'employer des conseillères paires pour effectuer des visites aux domiciles des mères et des enfants à risque et le recours aux communicateurs traditionnels pour diffuser des messages aideront à soulager les relais communautaires.

Au cours de l'évaluation, nous n'avons pas eu l'impression que les OPH appuyées soient parties prenantes et garantes du suivi des mécanismes et dispositifs de gouvernance et/ou de pilotage des projets. Des efforts devraient être faits pour inverser cette tendance et faciliter la prise de responsabilité par des membres des OPH dans la gouvernance des projets de HI à Kinshasa.

4. EFFICACITE

Dans la terminologie GCP et cadre logique, l'efficacité concerne la relation «résultats»- Objectifs spécifique. Il s'agit de déterminer dans quelle mesure les résultats du projet ont contribué à la réalisation de l'objectif spécifique et si on peut s'attendre, sur la base des résultats actuels, à ce qu'il y ait une telle contribution à l'avenir.

4.1 Incidences des formations sur les participants

L'équipe d'évaluation a pu apprécier cet impact à quatre niveaux :

- les connaissances acquises (savoirs) ;
- les habiletés et capacités (savoir faire) ;
- les changements d'attitudes et de valeurs (savoirs être) ;
- les changements d'attitudes sociales (savoir vivre ensemble).

L'équipe d'évaluation a constaté une convergence des opinions exprimées par les prestataires communautaires, les prestataires des formations sanitaires et les membres des OPH et des OSC ayant participé aux divers ateliers organisés. Les opinions exprimées sont regroupées dans le tableau ci-après.

Tableau 2 : Impact des formations (renforcement des capacités des Reco et des membres des clubs de femmes des zones de mise en œuvre des projets

| Bénéficiaires | Savoirs, (connaissances) | Capacité, habiletés (savoir-faire) | Changement d'attitudes et de valeurs (savoir-être) | Savoir vivre ensemble (attitudes sociales) |
|---|---|---|---|---|
| Chez les ReCO et les membres des Clubs de femmes. | <p>1- Techniques d'Animation de réunion de groupes</p> <p>2- Les signes de danger chez la femme enceinte</p> <p>3- Les gestes simples de pratiques familiales</p> | <p>1- Prendre la parole en groupe .</p> <p>2- Animer petit groupe, une réunion.</p> <p>3- Aiguiller vers les formations sanitaires.</p> <p>4- Savoir écouter.</p> <p>5 Maîtrise des caractéristiques des signes de déficience chez l'enfant</p> | <p>1- Nouvelles attitudes Vis-à- vis de l'enfant handicapé</p> <p>2- Empathie avec les parents d'enfants handicapés</p> <p>3-Reconnaitre les droits des personnes handicapées.</p> | <p>1- Développer les attitudes sociales inclusives.</p> <p>4- Etre un artisan d'inclusion</p> |
| Membres des OPH et OSC rencontrés | <p>- Maîtriser les concepts et d'élaboration de revues d'un projet</p> <p>- Les notions de gestion administrative</p> <p>- Les notions de comptabilité</p> <p>- Le concept de plaidoyer</p> | <p>-Planification d'un projet, son exécution et son évaluation</p> <p>- Recherche des partenaires techniques et financiers.</p> <p>- Faire du plaidoyer</p> <p>- Animer des sensibilisations</p> | <p>-Sensibilité handicap dans l'agir des OPH et des OSC</p> <p>- Militantisme pour une politique d'insertion des Personnes handicapées</p> <p>- Engagement contre les risques de handicap</p> | Ouverture à d'autres associations. |

4.2 Analyse des cadres méthodologiques des projets

PROJET SR

Les indicateurs permettant de mesurer les résultats de ce projet sont précisés dans le cadre méthodologique de l'OS1

Tableau : Niveau de réalisation des résultats Projet SR

| OS1 SR : 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 | | 2019 | Commentaires |
|--|---|------|---|
| Indicateur 1- Les accidents de la route dus à la conduite en état d'ébriété sont réduits de 40% dans la commune de Limete en 5ans | | 20% | Non vérifiable. Les conditions ne sont pas réunies dans la commune de Limete. |
| 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 | | |
| Indicateur 1 Deux études, l'une sur les facteurs influençant la survenue des accidents de route dus à la conduite en état d'ébriété | | 50% | Une étude qualitative sur le sujet a été conduite par un universitaire. Les leçons apprises sont dans la banque de données du projet et des acteurs de la prévention routière à Kinshasa. |
| Indicateur 2 Un système pilote de suivi-évaluation prenant en compte les données est opérationnel | | - | |
| Résultat 2 | Les organisations de la société civile travaillant dans le domaine de la SR ont des capacités | | |

Le présent rapport d'évaluation a été élaboré avec les ressources financières de la DGD et de HI. Mais il ne reflète ni l'opinion ni de la DGD ni celle de HI. Les opinions n'engagent que l'auteur du rapport.

| | | | |
|---|---|------|--|
| | organisationnelles et opérationnelles renforcées pour mettre en œuvre des actions de promotion de de la Sécurité Routière | | |
| Indicateur 1 1# des ONG/ASBL renforcées dans le cadre du projet mènent des activités de sensibilisation pertinentes | | 100% | Les 2 associations sont devenues expertes en sensibilisation sur la prévention routière à Limete. Leurs actions contribuent à l'adoption par les élèves de bons réflexes pour traverser la chaussée. |
| Indicateur 2 % de personnes ciblées dans les activités de sensibilisation en sécurité routière peuvent citer les principaux moyens de prévenir les comportements à risques | | | |
| Résultat 3 | La police de Sécurité Routière a amélioré ses capacités techniques et met en place des mécanismes de contrôle des infractions aux règles de circulation dans la commune de Limete | | Non applicable. Suspension de la collaboration avec la police. |
| Indicateur1 % des officiers de police de circulation routière de la commune de Limete qui ont amélioré leurs capacités techniques sur la rédaction des procès-verbaux de constatation des accidents de la route | | 70% | La collaboration avec la Police a été suspendue |
| Indicateur 2 % des policiers de circulation routière renforcés techniquement qui ont amélioré leur comportement sur les routes de la | | 70% | La collaboration avec la Police a été suspendue |

Le présent rapport d'évaluation a été élaboré avec les ressources financières de la DGD et de HI. Mais il ne reflète ni l'opinion ni de la DGD ni celle de HI. Les opinions n'engagent que l'auteur du rapport.

| | | | |
|-------------------|--|--|--|
| commune de limete | | | |
|-------------------|--|--|--|

Les conditions ne sont pas réunies pour mesurer l'effectivité de la réduction du taux d'accident dans la commune de Limete en particulier et de Kinshasa en général. L'utilisation de l'alcooltest n'est pas en vigueur. En outre, il n'existe pas de fiche normalisée de collecte des accidents de la route.

Aussi les données de la CNPR ne réunissent-elles pas toutes les caractéristiques de fiabilité. Toutefois la capacitation des associations de prévention routière en lien direct avec le projet et leurs activités de sensibilisation contribuent à la réduction à l'exposition aux risques d'accident et de handicaps consécutifs aux accidents de la route à Limete. Pour le reste du délai d'exécution du projet SR, un indicateur pourrait être : 01 fiche normalisée nationale de collecte des données d'accident de la route en RDC est produite. Un autre indicateur : d'ici 2021, une loi interdisant la conduite en état d'ébriété est votée et promulguée en RDC.

PROJET SMI

Les indicateurs permettant de mesurer les résultats de ce projet sont précisés dans le cadre méthodologique de l'OS2

Tableau : Niveau de réalisation des résultats

| OS2 SMI : Intégrer la prévention, la détection et la prise en charge des déficiences liées à la SMNI pour la mère et l'enfant de 0-5ans dans les soins de santé existants | 2017 | 2019 | Commentaires |
|--|-------------|-------------|--|
| Indicateur1 % de femmes bénéficiant d'une CPN1 | 75% | 80% | En 2019, 174012 femmes enceintes ont été enregistrées Aux séances de CPN1 des HGR de Selembao, Ndjili, Bumbu et Nsélé. Près du tiers de cet effectif est constitué de nouvelles. L'indicateur a été dépassé. La sensibilisation prise en main par les femmes des communautés est efficace |
| Indicateur 2% d'enfants ayant une déficience référée vers une structure de prise en charge | 45% | 65% | Les registres des ReCos que nous avons examinés montrent que davantage d'enfants ayant des déficiences sont référés vers les HGR ou les centres de santé. Les actions conduites par les ReCos et des membres de clubs de femmes sont en cohérence avec l'objectif de prévention, détection et prise en charge précoce des enfants ayant des déficiences ou exposé au risque. La variation de 5% de 2017 à 2019 est atteint voir dépassé. |
| Resultat1 : les communautés des zones de Bumbu, Selembao et Ndjili mettent en place des actions inclusives de prévention et de détection des déficiences | | | |

| | | | |
|--|------|-----------------------|--|
| Indicateur 1 % de la population ciblée qui connaît trois signes de danger chez la femme enceinte | 65% | 100% | 100% des femmes interviewées lors de l'évaluation connaissent les trois signes de danger chez la femme enceinte. Les femmes motivatrices et les actions d'autres programmes à base communautaire contribuent au niveau de connaissance acceptable d'au moins trois signes de danger chez la femme enceinte. |
| Indicateur 2 % de population cible qui applique au moins trois pratiques familiales | 41% | 49% | Nous n'avons pas pu apprécier l'effectivité des pratiques Familiales. Il y a des chances que cet indicateur ait évolué. |
| Résultat 2 : La qualité des prestations de soins maternels infantiles est améliorée dans les HGR et les centres de santé | | | |
| Indicateur 1 : Incidence de paralysie de plexus brachial | 2,4% | 1,8% | 2019- Zone de santé Bumbu :1 cas sur 1072. Selembao 0/ 2656 ; Ndjili 2/3743 et Nsele : 1/6994. D'où baisse très significative de l'incidence. |
| Indicateur 2 : % d'utilisation correcte du partogramme par les prestataires de soins pendant l'accouchement | 65% | 80% | L'utilisation correcte est de 63%. Sur 450 partogrammes examinés, 284 étaient remplis correctement. Parfois, il y a rupture de stock. Le coaching des nouvelles sages femmes par les DN sera utile. |
| Résultat 3 : Amélioration de l'accessibilité aux soins de santé pour les femmes enceintes et les enfants de moins de 5ans | | | |
| Indicateur1 : % de fréquentation des services de santé par les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans | 45% | 50% | L'absence de données de référence ou de donnée de base au lancement du projet ne facilite pas la mesure des variations. Pour les deux années après 2019, les données de 2019 seront des données de référence pour apprécier les variations d'une année à l'autre. 13393 accouchements dans les centres de santé des 4 zones de santé où SMNI est mis en œuvre. |
| Indicateur 2 : Nombre d'adhérents aux mutuelles de santé | | N augmentation de 10% | Faute de données, nus ne pouvons pas émettre aucun avis |

Les tendances relevées vont dans le sens de l'atteinte de l'objectif spécifique du projet SMI. Les chiffres administrent les preuves de l'amélioration de la qualité des services fournis. En 2019, sur 13393 naissances assistées par les professionnels dans les 4 zones de santé, on ne déplore que 4 décès de bébés et 34 décès de mères. Parmi les 34 décès maternels 15 ont été enregistrés à Selembao. L'équipe du projet est alertée pour analyser et comprendre la situation particulière de Selembao pour agir et corriger.

PROJET AAA

Les indicateurs permettant de mesurer les résultats de ce projet sont précisés dans le cadre méthodologique de l'OS3

Tableau : Niveau de réalisation des résultats

| OS3 : Renforcer la participation des personnes handicapées dans leurs familles et leurs organisations représentatives (OPH) dans la société et favoriser leur implication dans la promotion de leurs droits | 2017 | 2019 | Commentaires |
|--|-------------|-------------|---|
| Indicateur1 : La RDC est dotée d'un cadre légal en faveur des PH | 1 | 2 | Pour le moment cadre légal en faveur des PH n'est disponible. Le plaidoyer mené par les OPH n'a pas encore eu le résultat escompté. |
| Indicateur 2 Un système de redevabilité des autorités sur la mise en œuvre des politiques publiques inclusives est mis en place | | 0 | En l'absence de politiques publiques inclusives, point de système de redevabilité des autorités. |
| Resultat1 : | | | |
| Indicateur 1 : % des objectifs de Développement Organisationnel atteint par les 4 OPH partenaires de la mise en œuvre du projet afin qu'elles fonctionnent dans le respect des règles de gouvernance démocratique des personnes handicapées et des OPH | N/A | 40% | 3 OPH sur 4 ont amélioré leur système de gestion administrative et comptable ainsi que le respect des réunions statutaires. 1 OPH pour le moment n'a pris aucune initiative. |
| Indicateur 2 : % de personnes handicapées membres des OPH qui ont développé les compétences pour agir en vue de la promotion et de la défense des droits des personnes handicapées | | | Manque de données de référence. En début 2019 suite à la formation en plaidoyer, 02 OPH sont engagées dans des actions de plaidoyer |
| 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 | | | |
| Indicateur 1 : # % de réunions de groupes d'entraides organisées en vue de favoriser l'autonomisation des personnes handicapées dans les zones d'intervention du projet | N/A | 25% | Neuf réunions sur 36 ont été organisées. Des préalables devraient être réunies avant l'organisation des groupes d'entraide. |

Le présent rapport d'évaluation a été élaboré avec les ressources financières de la DGD et de HI. Mais il ne reflète ni l'opinion ni de la DGD ni celle de HI. Les opinions n'engagent que l'auteur du rapport.

| | | | |
|---|---|------|---|
| Indicateur 2: # de personnes handicapées vivant dans les zones d'intervention du projet ayant amélioré leur autonomie et participation dans la vie sociale grâce aux projets innovants | 0 | 100% | Des projets innovants de résilience, d'éducation inclusive et de fabrication de produits manufacturiers sont portés par 50 Personnes Handicapées dans trois zones d'intervention de HI à Kinshasa. Indicateur atteint |
| Résultat 3 : Le cadre juridique et institutionnel de la RDC prend en compte les directives de la CRDPH incluant les OPH et favorise la mise en application grâce à des actions de plaidoyer portées par les OPH | | | |
| Indicateur1 : Un mécanisme de suivi de la mise en œuvre de la CRDPH incluant les OPH est mis en place | 0 | 0 | Le mécanisme est virtuel. Les OPH militent pour l'effectivité du mécanisme. |
| Indicateur 2 : Au moins un rapport est transmis aux Nations Unies par le gouvernement de la RDC et la société civile avec la participation active des OPH | 0 | 0 | Le rapport initial du gouvernement n'est pas encore rédigé. Par conséquent l'alternatif n'est pas produit. Cependant, les OPH et les OSC réunissent les données en vue de la rédaction du rapport alternatif. |

Le projet AAA a quelque peu souffert du départ du chef projet. En outre l'action d acteurs qui sont hors du contrôle du projet (les décideurs du niveau national) conditionne l'atteinte des indicateurs 1 et 2 du résultat 3. La combinaison de ces deux faits a affecté l'évolution des indicateurs de performance du projet. La nomination d'une chargée de volet AAA est de nature à faciliter des progrès vers l'atteinte des résultats escomptés.

PROJET READ

Les indicateurs permettant de mesurer les résultats de ce projet sont précisés dans le cadre méthodologique de l'OS4

Tableau : Niveau de réalisation des résultats

| OS4 : Grace aux synergies développées entre SMI, READ, et AAA, permettre aux Personnes Handicapées de bénéficier de soins et d'augmenter le plaidoyer et leur autonomie dans la vie quotidienne | 2017 | 2019 | Commentaires |
|---|------|------|---|
| Indicateur1 : % d'enfants handicapés identifiés dans le cadre du projet nécessitant des soins de réadaptation qui ont accès à des interventions de réadaptation appropriés | | 60% | .Nous n'avons pas pu obtenir l'effectif total des enfants handicapés nécessitant des soins de réadaptation identifiés dans le cadre du projet. |
| Indicateur 2 Indicateur 2 : % des EH pris en charge qui ont augmenté leur participation et leur autonomie dans leur vie quotidienne | | 75% | Les VAD nous ont permis de constater que 82% des enfants pris en charge ont amélioré leur autonomie (certains adoptent la position assise, d'aucuns jouent, d'autres vont à l'école) |
| Resultat1 : Les ateliers de Mam Yemo (Kinshasa) et des CUK sont renforcées et améliorent leur capacité de gestion de services | | | |
| Indicateur 1 : % d'orthèses produits et livrés conformes aux critères de qualité définis annuellement dans les services | | 70% | 85% des orthèses produits et livrés répondent aux critères de qualité. De légers ratés de production concernent les 15% ne répondant pas aux critères. |
| Indicateur 2 : % de gestion de services atteints dans les services d'appareillages orthopédiques de Mama Yemo et des CUK | | 60% | Nous n'avons pas eu accès aux documents de gestion des services d'appareillage pour apprécier ce t indicateur. |
| Résultat 2 : L'offre des centres de réadaptation es t améliorée (service kiné et service d'appareillage) | | | |
| Indicateur 1 : % des personnels de réadaptation formés ayant amélioré leurs connaissances et leur raisonnement | | 60% | 92% des Kiné et des orthésistes interviewés affirment avoir amélioré leurs connaissances et leur raisonnement clinique. |

Le présent rapport d'évaluation a été élaboré avec les ressources financières de la DGD et de HI. Mais il ne reflète ni l'opinion ni de la DGD ni celle de HI. Les opinions n'engagent que l'auteur du rapport.

| | | | |
|---|--|-----|---|
| clinique et leur pratique de prise en charge des personnes handicapées | | | L'observation directe a établi le savoir-faire des personnels dans la prise en charge des enfants handicapés. |
| Indicateur 2: % des indicateurs de qualité RMS dans les plans d'action annuels améliorés | | 50% | Nos répondants ont parlé de plan annuels mais n'étaient pas en mesure de nous présenter ces plans. |
| Résultat 3 : Des mécanismes facilitent l'accès aux services de réadaptation sont mis en place | | | |
| Indicateur1 : Nombre d'enfants handicapés accédant au fonds de solidarité ou autres modalités financières d'accès | | 80% | 95% soit 763 sur 800 envisagés d'enfants handicapés ont bénéficié du fonds de solidarité pour leur prise en charge en réadaptation. |
| Résultat 4 : Un modèle de prise en charge communautaire est établi et mis en place | | | |
| Indicateur : % d'enfants handicapés orientés vers les structures communautaires bénéficiant d'un accompagnement communautaire (social, référencement) | | 60% | L'analyse des données de registres de 60 ReCos donne un taux de 85% d'enfants handicapés identifiés lors des cliniques mobiles qui sont sujets d'accompagnement communautaire |

Le projet contribue à la disponibilité de personnels qualifiés et d'équipements en réadaptation dans les communes urbano-rurales de Kinshasa. Les services offerts ouvrent le chemin à la plupart des bénéficiaires ayant des déficiences physiques ou des limitations fonctionnelles de recouvrer et d'espérer participer à une vie sociale pleine. Les coûts des soins obligent le projet à n'offrir les prestations qu'aux enfants des familles les plus démunies au travers le mécanisme du fonds de solidarité.

Des progrès ont été identifiés vers l'atteinte de la majorité des indicateurs des quatre projets évalués. Certains indicateurs sont déjà atteints et pour certains dépassés pour l'année 2019 (nombre d'OSC et d'OPH renforcées ; incidence de la paralysie du plexus brachial ; enfants référencés, enfants dont la mobilité fonctionnelle a évolué de la dépendance totale à la mobilité assistée). Cependant d'autres indicateurs non atteignables inscrits dans les projets Sécurité Routière et Appui Aux Associations sont du point de vue des évaluateurs à abandonner. Cf les observations des évaluateurs en bas de l'analyse des cadres méthodologiques des projets SR et AAA.

Il est important de noter que les bénéficiaires du projet répondent aux critères de groupes cibles directs préalablement prévus c'est-à-dire: des femmes de conditions modestes ayant des enfants handicapés ; des enfants affectés par des déficiences physiques ou sensorielles ainsi que des organisations de personnes handicapées et des associations de prévention routière. Les changements graduels observés sont de nature à contribuer à l'atteinte des résultats immédiats attendus. Les seuls cas d'inefficacité concernent pour le moment les résultats dépendant des initiatives des décideurs de haut niveau de la RDC.

Des résultats négatifs inattendus n'ont pas été identifiés par la mission d'évaluation. Toutes les autres actions sont jugées par les bénéficiaires eux et elles-mêmes très bénéfiques.

Les résultats de SMI et READ notamment sont complémentaires. Les quatre projets ont été perçus par les évaluateurs comme un ensemble d'interventions visant à optimiser l'activité fonctionnelle et à réduire l'incapacité chez les personnes ayant des déficiences physiques, mentales et neuro sensorielles en interaction avec leur environnement familial, communautaire et social.

4.3 Récits de changements significatifs

Le sourire

Maman de Nathan à N'djili

Les soins de réadaptation ont changé la vie de mon fils et l'ambiance de notre foyer. Nathan a non seulement retrouvé l'usage de ses mains mais va à l'école avec sa chaise roulante. Mon mari et moi avons le sourire lorsque l'enseignant nous dit que Nathan figure parmi les meilleurs élèves de sa classe.

Que du bonheur

Ma fille auparavant ne pouvait pas s'asseoir. Toute tentative finissait par des roulades et des pleurs. Avec les soins de Kiné, la voilà assise devant vous. Quand j'étais en Angola, j'ai perdu un fils qui avait des déficiences motrices parce que les soins n'étaient pas disponibles. A Bumbu, ici, les soins nous ont donné du bonheur. Ma femme ne va plus rater un seul rendez-vous chez vous.

Amélioration du cadre de travail Service Kiné HGR Makala

Récit d'un prestataire

Avant l'intervention du projet, nous étions dans un bocal exigü. Nous n'étions pas en mesure de bien travailler. La réhabilitation a modifié positivement notre cadre de travail. L'équipement mis à disposition contribue à la qualité de nos prestations. Les bénéficiaires ressortent satisfaites. Merci à HI

Accélératrice Prévention et Détection

J'ai une sœur qui a un enfant souffrant d'IMC. Sa belle famille traitait le petit de porte malheur. Ma sœur pleurait toutes les larmes de son corps. Je ne veux pas que d'autres femmes connaissent le calvaire de ma sœur. Pour cela, je m'engage à fond dans la sensibilisation pour prévenir et référer tôt des enfants à problème. Certains enfants ont récupéré. Cela me fait plaisir.

Une Dame du club des femmes de Bumbu

Dans les zones de mise en œuvre des projets, émerge au sein des familles et dans les communautés un nouveau regard sur les personnes handicapées et notamment des enfants souffrant de déficiences physiques ou sensorielles. Les parents ne cachent plus les enfants handicapés. Ils les amènent aux campagnes de cliniques mobiles organisées par les projets HI financés par la DGD. Des évolutions organisationnelles ont été constatées dans la structuration des Associations de Sécurité Routière et des Organisations des Personnes Handicapées en lien direct avec le projet AAA.

4.4 Facteurs et conditions explicatifs des changements émergents

L'émergence des changements graduels observés s'explique par les interactions de plusieurs facteurs, acteurs et conditions. Il s'agit de :

- ⊙ **Sensibilité Handicap, Genre, Age** des projets HI financés par DGD à Kinshasa. (délibérément les interventions des projets visent l'inclusion des personnes handicapées, des actions spécifiques sont orientées sur les personnes handicapées et leurs organisations pour faciliter l'accès des personnes handicapées, des femmes et des enfants des zones d'intervention des projets évalués. Des liens ont été établis avec des OPH et des représentants de personnes handicapées. L'implication des personnes handicapées, des femmes organisées en clubs dans les communautés est notamment voulue et encouragée par les projets AAA, SMNI et READ.
- ⊙ **Montée en puissance et action de plaidoyer des OPH renforcées** : les OPH outillées ont pris conscience de leur capacité d'action. Elles entreprennent de leur propre chef des actions pour faciliter leur insertion dans les communautés. L'ergothérapie a été initiée par l'association des parents des enfants handicapés mentaux. Les familles d'enfants ayant une déficience physique ou sensorielle amènent leurs enfants aux soins très tôt pour être soignés par les kinésithérapeutes ou bénéficier des orthèses, ou des prothèses.
- ⊙ **Collaboration multi-acteurs (l'intersectorialité des interventions)** La mitigation des affections qui affectent les personnes handicapées bénéficie de l'apport multidisciplinaire des professionnels de la santé et des affaires sociales. Même des confessions religieuses participent au changement du regard de leurs fidèles sur le handicap. Des clubs de femmes organisent leurs réunions dans des enceintes des églises. Au CRHP de l'église catholique, des rampes et d'autres accessoires sont mis en place pour faciliter la mobilité des enfants et des adultes handicapés. Du personnel du secteur éducatif contribue à la facilitation de l'enrôlement des enfants handicapés dans le circuit formel de l'enseignement.
- ⊙ **Mobilisation communautaire.** Des hommes et des femmes ayant une bonne réputation au sein des communautés « prêchent » au sein des communautés la bonne nouvelle de la prévention et du référencement précoce des femmes

présentant des risques et des enfants handicapés vers les centres de santé et les hôpitaux généraux de référence des quatre zones de santé dans lesquelles les projets sont mis en œuvre. D'autres sont engagées dans la sensibilisation contre les causes directes ou indirectes de déficience (actions destinées à prévenir les accidents sur la route et dans les familles).

- **Motivation** : Pour maintenir la motivation des prestataires communautaires et de la santé, des mesures incitatives financières sont accordées aux RECO et aux prestataires des HGR.
- Utilisation d'outils simples : photolangage compréhensible par la communauté
- Motivation et coopération de la DPS, des Médecins chefs de zones et de Médecins-Directeurs des HGR
- Concertation périodique avec les différents acteurs des projets

Faiblesse : les seuls cas discutables d'inefficacité du moment sont :

La prévention routière sans la collaboration avec la police de sécurité routière et un plaidoyer conséquent pour le vote et l'application d'une loi réprimant la conduite en état d'ébriété.

L'absence d'un responsable MEAL au sein de HI Kinshasa

Le non investissement dans des activités génératrices de rentabilité précoce de personnes handicapées

Ainsi que les malentendus avec le Programme National de Réadaptation à Base Communautaire.



5. PARTICIPATION ET VIABILITE

Des espaces de rencontres sont établis pour faire des points d'étapes avec les différents acteurs des projets évalués

Réunions

16 réunions tenues, 4 par zones de santé:

- Une réunion par zone de santé avec les prestataires de soins affectés à la maternité et à la pédiatrie
- Une réunion par zone de santé avec les infirmiers titulaires
- Une autre réunion avec les relais communautaires
- Une réunion avec les femmes de clubs de femmes.

Les équipes des projets notamment celle du projet AAA et le responsable en charge du partenariat au sein de HI à Kinshasa ont assisté aux assemblées électorales tenues par ASSOUKIN, UNAC et ANAPEMCO.

C'est dire que les bénéficiaires participent jusqu'à un certain degré au processus de mise en œuvre et de suivi des projets.

5.1 Viabilité des effets des interventions

La prospection des potentialités de poursuite des projets nous montre qu'à l'heure actuelle, aucune structure en lien direct avec les projets n'est en mesure à court terme de prendre la relève de HI. Et comme il n'y a pas de relation directe entre HI et le gouvernement national, il serait illusoire de penser que les décideurs du niveau national allouent des ressources humaines et surtout financières à la poursuite des services offerts par les projets dans les communes urbano-rurales de Kinshasa.

Certes, les capacités acquises par les prestataires et les acteurs communautaires demeureront. Mais leur déploiement au bénéfice des personnes handicapées et leurs organisations ne pourra se faire comme il l'est au moment où cette évaluation est réalisée. Le sujet d'appropriation devrait retenir l'attention des concepteurs des futurs projets. **Il faudrait insérer une phase de transfert du pilotage des nouveaux projets aux acteurs étatiques à la fin de la troisième année** de la mise en œuvre. Le processus de transfert devrait être préparé avec tact afin les bénéficiaires directs continuent d'accéder aux services et aux produits des projets. La concentration des projets dans les mêmes zones participant à la maximisation des effets et la complémentarité des interventions.

6. BILAN ET SYNHESE

Les projets ont été conçus dans une approche de soins dans laquelle la perspective des personnes handicapées, des prestataires de soins, des familles et des communautés est délibérément adoptée afin que les bénéficiaires directs soient à la fois des participants et des bénéficiaires des produits et services fournis par les projets. Les services des projets permettent aux personnes handicapées de développer, maintenir et rétablir le maximum de mouvement et de capacités fonctionnelles pour s'inclure dans la vie de leurs communautés et du pays. Avec les efforts investis par les projets, les personnes ayant des déficiences devraient vivre des vies saines, productives, indépendantes et dignes et participer à l'éducation, au marché de l'emploi et à la vie sociale.

A mi parcours, des avancées réelles ont émergé et permettent de penser que les objectifs spécifiques pourraient être réalisés. Des difficultés ont été rencontrées sur les parcours de la mise en œuvre des projets. Certains chemins de changement envisagés ont été obstrués (suspension de la collaboration avec la police routière, absence de loi organique pour l'inclusion des personnes handicapées entre autres).

Les points forts identifiés méritent d'être consolidés dans la suite de la mise en œuvre des projets. La majorité des ressources investies dans les projets se concentrent sur le renforcement des capacités et organisationnelles de prestataires communautaires et de structures hospitalières étatiques et des OSC et des OPH des zones d'intervention des projets. Les points faibles relevés par la mission d'évaluation doivent servir à imprimer de nouvelles orientations aux actions futures. Des dispositions pourront être prises pour corriger les points faibles identifiés.

7. CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

Les projets viendront à terme à la fin de l'année 2021. Si aucune action complémentaire n'est prise pour assurer la viabilité des acquis et corriger les faiblesses identifiées, les personnes et les organisations bénéficiaires perdront les gains en termes de bien-être,

d'autonomie fonctionnelle et d'amorce d'inclusion dans le tissu social des communautés de Bumbu, Selembao, N'djili, Nsélé et Limété.

Les recommandations que la mission d'évaluation soumet à Handicap International sont hiérarchisées dans l'ordre décrit-ci-dessous.

7.1 Critères de la hiérarchisation des recommandations

Niveaux de priorité utilisé pour classer les recommandations

Priorité 1 – Une mesure corrective est requise d'urgence.

Des éléments essentiels de la stratégie d'intervention constituent des faiblesses pour le potentiel transformateur des projets évalués. Il existe un risque substantiel pour la durabilité des changements émergeant auxquels les projets contribuent. Ce risque peut avoir des incidences négatives sur les gains obtenus par les publics cibles directs des projets. Une mesure corrective est requise d'urgence.

Priorité 2 – Une mesure particulière est requise rapidement.

Un élément ou une série d'éléments de la mise en œuvre présente une faiblesse qui, sans être fondamentale, a trait à des insuffisances qui sont à même de fragiliser les capacités d'intervention de HI à Kinshasa voire en RDC. Ce risque pourrait avoir une incidence sur la voilure des interventions de HI à Kinshasa. Ce risque devrait préoccuper le senior staff et la direction de HI à Kinshasa.

Priorité 3 - Une mesure corrective particulière est souhaitable.

Une faiblesse qui, considérée isolément, n'a pas d'incidence majeure, mais a trait à un domaine dans lequel l'amélioration de l'efficacité de la mise œuvre profiterait aux projets. HI Kinshasa pourrait faire preuve d'une efficacité et/ou d'une efficacité accrue.

7.2 Constatations et recommandations

Elles sont détaillées comme suit:

Constatation n° 01

Intitulé: Inexistence d'alliance stratégique avec d'autres ONG Belges et même avec les OPH et les OSC parties prenantes des projets évalués

Description de la constatation:

Au cours des travaux d'évaluation, nous avons constaté que HI Kinshasa n'a pas noué de relations stratégiques avec d'autres ONG internationales opérationnelles en RDC et particulièrement des ONG internationales d'origine belge. Cet état de fait limite considérablement la capacité d'influence de HI dans le pays. La force du groupe, la mutualisation des compétences sont nécessaires pour peser ou aider des partenaires locaux à peser sur la prise de décisions en faveur des publics cibles de HI à Kinshasa voir en RDC et à

Le présent rapport d'évaluation a été élaboré avec les ressources financières de la DGD et de HI. Mais il ne reflète ni l'opinion ni de la DGD ni celle de HI. Les opinions n'engagent que l'auteur du rapport. Page 42

passer à échelle les bonnes pratiques des projets mis en œuvre.

Recommandation:

Nous recommandons à HI Kinshasa d'oser changer de mode opératoire : s'ouvrir.

- Entamer avant la fin du délai d'exécution des projets évalués des contacts avec d'autres ONG Internationales opérationnelles en RDC et notamment des ONG d'origine belge en vue de la constitution d'un consortium d'ONG **pour investir le domaine de la santé et du plaidoyer.**

Pour l'efficacité du consortium

Définir les buts :

La définition commune de l'objet du consortium. Une vision commune pour le consortium qui est comprise et acceptée par tous les niveaux des ONG membres. Critères communs pour définir l'excellence de la gestion interne du consortium au niveau programmatique, financier ; Une responsabilisation pour la fourniture des services aux communautés.

Définir la stratégie : les plans et les tactiques du consortium ; s'accorder sur les systèmes financiers administratifs ; sur les besoins du consortium et les points forts de chacun des membres ; un plan d'urgence pour répondre à des chocs imprévus que le consortium pourrait subir.

La structure : fournit un cadre qui organise les ressources pour aider à la fourniture des services, la responsabilisation et la prise des décisions.

Au total, les partenaires du collectif mettront en place des procédures et des pratiques d'exploitation communes en testant conjointement sur le terrain des innovations, susciter l'intérêt des acteurs déterminants des centres de prise de décisions du niveau national. Une décision rapide sur l'option du travail en mode consortium devrait être prise bien avant l'expiration du délai d'exécution du programme évalué. Ainsi les démarches de cooptation des membres seront engagées en vue des réflexions sur les idées de nouveaux programmes à présenter à la DGD dans les délais requis.

Priorité de la recommandation: Priorité 1 - Une mesure corrective est requise d'urgence

Constatation N°2 : HI et le Programme National de Réadaptation à Base Communautaire ne coopèrent pas.

Description de la constatation:

Au cours des travaux d'évaluation, nous avons constaté que HI et le Programme National de Réadaptation à Base Communautaire ne sont pas connectés. Au moins un cas de doublon de service de kinésithérapie a été constaté par la mission d'évaluation à l'Hôpital Général de Référence de N'sélé.

Recommandation :

Etablir un mémorandum d'entente avec le Programme National de Réadaptation à Base Communautaire pour :

- Mettre en place des moments d'échanges et de retours d'expériences de terrain.
- Explorer des pistes de pérennisation des changements auxquels les projets HI contribue pour la disponibilité de services de qualité de prestations adéquates qui améliorent les capacités fonctionnelles des personnes avec des déficiences physiques ou de limitation fonctionnelle.
- Faire porter par le programme national le sujet de financements adéquats des projets innovants d'insertion économique des personnes handicapées.

Priorité de la recommandation: Priorité 2 - Une mesure particulière est requise rapidement

Constatation N°3 : Assimilation HI et Cliniques mobiles**Description de la constatation:**

De l'avis des personnes rencontrées lors de l'évaluation, les cliniques mobiles sont apparues comme une manifestation de la stratégie avancée en matière d'offre sanitaire. L'action permet de rassembler dans un centre de santé des familles initialement sensibilisées par des Relais Communautaires. L'identification des enfants éligibles aux soins réalisée. Le référencement vers les centres suit. HI ne partage pas les données collectées avec le centre ayant hébergé la clinique mobile. HI est si présent qu'au point que les communautés considèrent les cliniques mobiles comme une intervention exclusivement de HI. Or si les acteurs d'une Organisation internationale sont très visibles lors de l'exécution d'activités au niveau communautaire, cela entraîne automatiquement un manque de pérennité. L'intervention est considérée comme « la propriété » de l'organisation internationale comme tous les acteurs communautaires rencontrés attribuent les cliniques mobiles à HI.

Recommandation

Préparer en amont avec les prestataires des HGR toutes les séquences de la clinique mobile. Dans les communautés, confier le leadership de toutes les interventions aux prestataires des formations sanitaires. Partager les données compilées lors de la campagne mobile avec les personnels du centre de santé qui a accueilli l'opération de la clinique mobile. Si possible, organiser le déplacement de la clinique mobile avec les moyens d'un HGR contre paiement. La mise au premier plan des structures étatiques aiderait à atténuer l'assimilation des cliniques mobiles avec HI.

Priorité 3 - Une mesure corrective particulière est souhaitable

Constatation N°4 : Les enfants réanimés à la naissance ne sont pas suivis**Description de la constatation:**

Les enfants réanimés et dont on peut établir la liste en exploitant les données du partogramme ne sont pas suivis. Or la réanimation et les conditions dans lesquelles ainsi que les méthodes parfois fortes de la réanimation exposent le nouveau-né à des risques de

déficience.

Recommandation :

Instaurer dans les nouveaux programmes le suivi des bébés réanimés à la naissance. Un tel suivi permettrait de déceler tôt tout signe d'exposition à la déficience. Le référencement précoce à une structure sanitaire permettrait de soigner et d'empêcher le développement de la déficience. Le suivi des enfants réanimés s'inscrit dans la logique de la prévention et de du dépistage précoce.

Priorité 3 - Une mesure corrective particulière est souhaitable

Constatation N°5 : Team building

Description de la constatation : Le format actuel d'équipes de projet à part entière, certes n'induit pas un cloisonnement étanche entre les quatre projets. Des espaces de rencontres sont instaurés telles les revues de projet. A l'avenir, pour une meilleure cohésion d'équipe, la mission d'évaluation fait la recommandation suivante.

Recommandation:

Concevoir un programme comprenant trois à quatre volets. A la tête de ce programme sera recruté un Responsable de programme qui assumera l'animation de toute l'équipe du programme. Il lui appartiendra de procéder à la compilation des données des différents volets et de produire le rapport consolidé du programme. L'avantage d'une telle disposition c'est : l'esprit d'appartenance à une même entité, le resserrement des liens et la mutualisation ordonnée des efforts pour l'atteinte des résultats d'un unique programme. Chaque volet sera piloté par un ou une chargée de volet, un ou une spécialiste de la Réadaptation, un ou une spécialiste de médecine, un ou une spécialiste de développement organisationnel, un ou une spécialiste de transport.

Priorité 3 - Une mesure corrective particulière est souhaitable

Constatation N°6 : Comparaison cliniques mobiles et cliniques permanentes

Description de la constatation : L'accès aux services de santé peut être limité pour les personnes vivant dans des zones enclavées et difficiles d'accès. Les femmes et les enfants peuvent trouver très difficiles d'accéder aux services de santé en raison de leur situation financière ou sociale. Les cliniques mobiles sont un moyen d'augmenter l'accès aux services. La mission d'évaluation n'a pas été en mesure d'effectuer une analyse du rapport cout/efficacité des cliniques mobiles opérationnelles dans les projets READ et SMNI de HI à Kinshasa. Des données probantes sur le cout des cliniques n'ont pas été fournies aux évaluateurs. Les couts de cliniques permanentes ne sont pas non plus disponibles à la Division Provinciale de Santé.

Recommandation :

La mission d'évaluation recommande à HI de faire faire une étude de cas sur le sujet du cout/efficacité des cliniques mobiles en comparaison avec les cliniques permanentes. Pour la faisabilité de cette étude de cas, des données sur au moins une année devraient être rassemblés (coût des moyens roulants, du personnel composant l'équipe de la clinique mobile, une estimation de la contribution des prestataires communautaires et nombre

moyen de personnes touchées par les campagnes de cliniques mobiles au cours de l'année).

Priorité 3 - Une mesure corrective particulière est souhaitable

Constatation N°7 : Les OSC et les OP accompagnées par le projet AAA n'ont pas le même niveau de maturité. On ne saurait par conséquent les accompagner toutes de la même façon ou leur dispenser toute des formations identiques.

Recommandation

- Partir de la demande de chaque OSC ou OPH
- Etre force de proposition sur les solutions : identifier une stratégie, proposer dans la mesure du possible, une expérimentation
- S'adapter en fonction de la maturité des organisations : proposer ou construire ensemble.
- Elaborer conjointement les plans de renforcement de capacités ; les plans de plaidoyer et de fiches simples de suivi des changements.
 - Laisser l'organisation accompagnée contrôler les actions planifiées jusqu'à la fin
 - Conseil : faire avec chaque organisation des points d'étapes,
 - Etre disponible à l'OSC et à l'OPH accompagnée
 - Ne pas céder à la tentation de faire à la place des OSC et des OPH
 - Ne pas limiter les actions de renforcement aux formations.

ANNEXE N° 1 : TYPOLOGIE DU PARTENARIAT

Typologie de partenariat, selon la relation contractuelle entre les partenaires

1 Le sous-contrat :

L'ONG du Nord est le "Récipiendaire principal". Il confie à un "sous-contractuel" du Sud des tâches spécifiques contre paiement spécifique ou contre une prise en charge des dépenses réelles. Bref, le partenaire du Sud travaille pour l'ONG du Nord. L'ONG du Nord mène le jeu, car il peut appliquer "La règle d'or : j'ai l'or donc tu suis ma règle". Le temps est défini, ainsi que tous les autres paramètres.

Toutefois, cette liberté d'action du "Récipiendaire principal" (l'ONG du Nord) due à son pouvoir économique lui donne tout le loisir d'établir des relations étroites avec son partenaire du Sud si l'ONG du Nord le veut bien. Ainsi, le sous-contractuel peut obtenir de l'aide de l'ONG du Nord pour s'améliorer sur le plan organisationnel. Ceci se produit à coup sûr lorsque s'établissent des relations personnelles poussées entre certaines personnes-clés des deux organisations. Le plus souvent, l'ONG du Nord inclut ce partenaire dans des formations prévues pour d'autres. C'est une excellente façon de l'aider et d'apprendre à mieux se connaître. D'ailleurs, on estime que la "qualité" d'une relation de partenariat se joue à 80% au niveau des relations interpersonnelles entre personnes-clés des partenaires.

2. La subvention directe :

Dans ce cas, c'est le récipiendaire qui contrôle l'activité : il planifie, exécute, exerce le suivi, gère tout l'argent. Il apprend en faisant, c'est du renforcement organisationnel à l'état pur. C'est encore mieux si le bailleur lui offre en prime de la formation bien ciblée pour s'améliorer encore plus en tant qu'organisation.

3. La co-entreprise (joint venture) :

Au moins deux organisations, habituellement du Nord, s'unissent en faisant jouer leur complémentarité pour monter, exécuter et suivre un projet. Souvent, elles ont soumissionné ensemble à l'appel d'offres qu'a lancé un bailleur pour donner naissance à l'activité.

4. Le consortium :

Habituellement, le consortium regroupe au minimum trois organisations qui mettent leurs ressources en commun pour mieux aborder un programme ou un secteur.

La différence entre la co-entreprise et le consortium est mince: la co-entreprise vise l'exécution classique d'un projet : le consortium vise un secteur ou une cause et comprend souvent le plaidoyer (advocacy).

5. Réseautage/maillage (networking) :

Regroupement informel concentré surtout sur l'échange d'information pour éclairer et promouvoir un sujet qui peut être politique (par ex. l'accaparement des terres; la lutte pour la sauvegarde environnementale).

Deuxième typologie de partenariats, selon leur qualité et leur intensité

La qualité du partenariat augmente à mesure qu'il s'éloigne du simple financement. Ainsi, plus il y a d'égalité et plus la relation arrive à estomper la dualité bailleur-bénéficiaire, plus on s'approche du véritable partenariat.

Les catégories et niveaux ne sont pas étanches : ainsi, il y a presque toujours des éléments tirés de l'un et de l'autre niveau dans chaque relation analysée au moyen de cette typologie.

Niveau 1, le plus bas : simple collaboration

- prépondérance du lien de financement
- il y a quand même de la compatibilité entre les "partenaires", ne serait-ce que sur le plan sectoriel et l'approche développementale
- habituellement limité à une seule activité, comme le volet d'un projet
- bien limité dans le temps, habituellement à court terme
- le "partenaire" du Sud est suivi de près par celui du Nord, au moyen d'indicateurs de performance contraignants, au sein d'un cadre de travail inflexible
- la consultation voire la coordination des activités du projet entre les partenaires peut être élevée, mais cela atteint rarement la décision conjointe.

Niveau 2, on se rapproche l'un de l'autre, mais c'est toujours de la collaboration

- tout comme au niveau 1, le lien financier demeure déterminant, on reste dans le court terme, le suivi est serré et la relation est encore majoritairement contractuelle et peu flexible
- cependant, les "partenaires" font l'effort de mieux se connaître, d'analyser timidement leur réalité respective, par exemple le contexte économique, social, politique dans lequel chacun évolue et l'effet de ce contexte sur la culture de l'organisme
- comme résultat, on commence à se voir autrement que par la lunette du projet, c'est à dire à se voir comme organisme ; ainsi, le partenaire du Nord pense à offrir à l'autre, en plus de la formation technique visant à l'aider à mieux livrer les intrants-extrants du projet, un peu d'assistance en renforcement organisationnel : administration, personnel, logistique
- des relations personnelles solides se nouent (mais pas encore organisationnelles, c'est pour la prochaine étape), fondées sur un haut niveau de respect et de confiance entre personnes-clés
- comme résultat, les décisions conjointes augmentent.

Niveau 3, on est de vrais partenaires

- les partenaires s'analysent à fond, déterminent leurs forces et besoins d'amélioration respectifs, et s'engagent à s'entraider à progresser en tant qu'organisations et ce à tous points de vue : programmes, management, gouvernance
- suite à cette analyse, ils réalisent un programme de renforcement organisationnel qui vise à augmenter l'empowerment de l'organisation la plus faible la relation n'est plus systématiquement limitée dans le temps, ni à une seule activité voire à un seul projet mais vise la durabilité et l'autonomie de l'organisation accompagnée. C'est le partenariat de renforcement institutionnel dans lequel le partenaire et son renforcement en tant qu'institution est un objectif du projet et du partenariat.
- la décision se fait conjointement au niveau des organisations pour une large gamme d'activités, même celles qui dépassent le cadre restreint de leurs activités communes.
- bref, le partenariat prend l'allure d'un but : accroître la durabilité de l'organisme local, ce qui permettra à ses activités de développement de donner des résultats qui seront plus durables pour les bénéficiaires.

Niveau 4, c'est l'intégration pour certains éléments clés

- bien sûr, chaque organisation demeure distincte de l'autre et autonome ; cependant, c'est le partenariat en tant que tel qui prime dans leur relation, toujours dans le but de devenir plus forts et plus durables, et de livrer de meilleurs appuis aux populations
- l'intégration croissante des organisations va bien au-delà de la décision conjointe concernant programmes et projets ; cela peut donner l'échange de personnel et de systèmes de gestion, un siège au conseil d'administration ou au comité de gestion du partenaire, le montage en commun de projets, la recherche commune de fonds, etc.

L'intégration de certains éléments des organismes s'ancre solidement dans un climat de confiance et de respect mutuels, une vision du développement identique, une culture organisationnelle très semblable et bien transparente : comme moteur de tout cela, la conviction partagée par le personnel-clé de l'un et l'autre que le partenariat profite à tout le monde.

Hubert Le Blanc et Théodore BADONTE, (CARE International, 1998)