

ÉVALUATION FINALE DU PROGRAMME COMMUN DGD 2017-2021 « ENSEMBLE AVANÇONS »

BENELUX AFRO CENTER, CONGODORPEN, KBA-FONCABA, ROTARY CLUBS FOR DEVELOPMENT

RAPPORT FINAL

Stéphane VANCUTSEM,
Jean-Marie TSHIBANDA.

Avril 2022

TABLE DES MATIERES

ACRONYMES	3
RESUME EXECUTIF	5
1. INTRODUCTION.....	9
1.1. Contexte et objectifs de l'évaluation	9
1.2. Méthodologies de l'évaluation et déroulement de la mission.....	12
2. ANALYSE GLOBALE (PERTINENCE, COHERENCE, EFFICACITE, EFFICIENCE, DURABILITE, IMPACT, AXES TRANSVERSAUX)	17
2.1. Pertinence.....	17
2.2. Cohérence.....	19
2.2.1. Cohérence par rapport à la stratégie nationale (alignement).....	19
2.2.2. Cohérence par rapport aux autres acteurs de coopération (harmonisation).....	21
2.3. Efficacité	23
2.3.1. Enseignements généraux.....	23
2.3.2. Résultats atteints de l'OS1 (« Les populations des zones d'intervention ont accès à des services de base de qualité, prioritairement la santé »)	26
2.3.3. Résultats atteints de l'OS2 (« Les bénéficiaires - hommes, femmes, enfants - augmentent leurs revenus durablement, par l'utilisation du potentiel agricole et d'élevage, afin d'améliorer l'accès aux services de base, prioritairement à la santé »)	36
2.3.4. Résultats atteints de l'OS3 (« La société civile participe activement à l'amélioration de la Gouvernance à tous les niveaux politiques et à l'amélioration du respect des droits des femmes et des hommes »)	41
2.3.5. Efficacité des synergies du programme commun	52
2.4. Efficience.....	56
2.5. Durabilité	57
2.6. Effets/impacts.....	60
2.7. Axes transversaux	64
2.7.1. Genre	64
2.7.2. Environnement.....	65
3. QUESTIONS SPECIFIQUES	68
3.1. OS1: Les populations des zones d'intervention ont accès à des services de base de qualité, prioritairement la santé	
3.1.1. Pour chaque ACNG membre: quelles sont les conditions de pérennisation de sa stratégie de promotion de l'accès à la santé et spécifiquement de la durabilité des mutuelles de santé qu'elle soutient?	68
3.1.2. Pour chaque ACNG membre: quels sont les effets (positifs et lacunes) de leurs appuis aux mutuelles de santé?	71
3.2. OS2: Les bénéficiaires - hommes, femmes, enfants - augmentent leurs revenus durablement, par l'utilisation du potentiel agricole et d'élevage, afin d'améliorer l'accès aux services de base, prioritairement à la santé	
3.2.1. Pour chaque ACNG membre: est-ce que la ou les stratégie(s) choisie(s) pour booster les revenus locaux a été suffisante pour soutenir l'amélioration de l'accès aux services de santé (et s'il y a lieu l'affiliation à une mutuelle de santé)?	72
3.2.2. Y-a-t-il un lien? est-ce que l'augmentation de revenu est une condition suffisante pour favoriser l'affiliation à la mutuelle ou à un autre mécanisme de sécurité sociale?	73
3.3. OS3: La société civile participe activement à l'amélioration de la Gouvernance à tous les niveaux politiques et à l'amélioration du respect des droits des femmes et des hommes	
3.3.1. Pour chaque ACNG membre: est-ce que l'échelle d'action de nos partenaires locaux favorise effectivement l'efficacité de l'autonomisation communautaire des organisations de la société civile?	73
4. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	75
4.1. Conclusion	75
4.2. Recommandations.....	77
4.2.1. Recommandations générales (pour l'ensemble des ACNG).....	77
4.2.2. Recommandations spécifiques pour CONGODORPEN et ses partenaires	79
4.2.3. Recommandations spécifiques pour KBA-FONCABA et ses partenaires.....	81
4.2.4. Recommandations spécifiques pour Rotary Clubs for Development et ses partenaires	81
4.2.5. Recommandations spécifiques pour Benelux Afro Center/BAC et ses partenaires	82
ANNEXES	84
Annexe 1 : Questions évaluatives/matrice.....	84
Annexe 2 : Liste des personnes consultées.....	88
Annexe 3 : Liste des documents consultés	95

ACRONYMES

ACNG	: Acteurs de la coopération non gouvernementale
AG	: Assemblée générale
AGR	: Activité génératrice de revenus
ANGS	: Acteur non gouvernemental de santé
AS	: Aire de santé
BAC	: Benelux Afro Center Asbl
CA	: Conseil d'administration
CBMT	: Centre Bamamu Tabulukayi asbl,
CCISD	: Centre de coopération internationale en santé et développement
CDI	: Centre de Développement Intégral
CENADEP	: Centre National d'Appui du Développement et à la Participation Populaire
CEPAS	: Centre d'Etudes Pour l'Action Sociale
CLCP	: Comité local de coordination provinciale
CLD	: Comité local de développement
COBE	: Comité de pilotage Belgique
CODESA	: Comité de développement santé
COPA	: Comité de parents
CORDC	: Comité de pilotage RDC
CPN	: Consultation prénatale
CRDI	: Comité rural de développement intégré
CRONGD	: Conseil Régional des Organisations Non Gouvernementales de Développement
CS	: Centre de Santé (1 ^{er} échelon du 1 ^{er} niveau du système de santé)
CSC	: Cadre stratégique commun
DGD	: Direction générale de la Coopération au développement et Aide humanitaire
DPS	: Division Provinciale de la Santé
DSCR	: Document de la Stratégie de Croissance et de Réduction de la Pauvreté
ECZS	: Equipe Cadre de Zone de Santé
ESDR	: Associations d'encadrement des enfants en situation de rue
FEPANU	: Fédération des paysans du Nord-Ubangi
FEPASU	: Fédération des paysans du Sud-Ubangi
FONCABA/KBA	: Formation des cadres africains/Kadervorming voor Africanen
FOSA	: Formation sanitaire
HGR	: Hôpital Général de Référence (second échelon du 1 ^{er} niveau du système de santé)
IT	: Infirmier-Titulaire (de CS)
JCC	: Juste Cause Congo
MCZ	: Médecin chef de zone
MEG	: Médicaments essentiels génériques
MPS	: Ministère Provincial de la santé
NRC	: Norwegian Refugee Council
NTIC	: Nouvelles technologies de l'information et de la communication
ODEP	: Observatoire de la dépense publique
OF	: Organisation féminine
OP	: Organisation paysanne
OPP	: Observateurs permanents provinciaux
ORPER	: L'œuvre de reclassement et de protection des enfants de la rue
OS	: Objectif spécifique
OSC	: Organisation de la société civile
OSISA	: Open Society Initiative for Southern Africa
OSSD	: Observatoire de la Société Civile pour le Suivi du Dialogue et de la Transition Démocratique
OVD	: Office des voiries et de drainage

PAM	:	Programme alimentaire mondial
PEIG	:	Petits entrepreneurs indépendants ou groupés
PMA	:	Paquet minimum d'activités
PNDS	:	Plan National de Développement Sanitaire
PRODDDES	:	Réseau de Promotion de la Démocratie et des Droits Economiques et Sociaux
PROYAKA	:	Projet pour la population Yaka
PTF	:	Partenaires techniques et financiers
RAF	:	Responsable administratif et financier
RC4D	:	Rotary Clubs for Development
RDC	:	République Démocratique du Congo
REAVFA	:	Réseau des associations villageoises des femmes en action
REGIDESO	:	Régie de distribution d'eau de la RDC
RODHECIC	:	Réseau d'organisations de droits de l'homme, d'éducation civique d'inspiration chrétienne
SCS	:	Société Civile Santé
SM	:	Section mutualiste
SRSS	:	Stratégie de Renforcement du Système de Santé
UMUSAC	:	Union des mutuelles de santé du Congo
VBG	:	Violences basées sur le genre
ZS	:	Zone de Santé

RESUME EXECUTIF

Le présent rapport reflète le processus et les résultats de l'évaluation finale du programme commun DGD 2017-2021 « Ensemble, avançons », menée en République Démocratique du Congo (RDC) par une équipe de deux consultants, en décembre 2021 et en janvier 2022. Le programme à évaluer, cofinancé par la DGD, est mis en œuvre par un consortium de 4 ACNG belges : CONGODORPEN, KBA-FONCABA, Rotary Clubs for Development (RC4D) et Benelux Afro Center (BAC). Ce programme quinquennal a 3 objectifs spécifiques : *OS1* : Les populations des zones d'intervention ont accès à des services de base de qualité, prioritairement la santé ; *OS2* : Les bénéficiaires (hommes, femmes, enfants) augmentent leurs revenus durablement, par l'utilisation du potentiel agricole et d'élevage, afin d'améliorer l'accès aux services de base, prioritairement à la santé ; *OS3* : La société civile participe activement à l'amélioration de la Gouvernance à tous les niveaux politiques et à l'amélioration du respect des droits des femmes et des hommes.

Les consultants se sont basés sur les Termes de Référence de cette évaluation (ainsi que sur la note de cadrage) qui pour rappel avait pour objectifs spécifiques (1) d'analyser/apprécier les résultats du programme sur base des critères d'évaluation prédéfinis (redevabilité) ; (2) d'analyser de manière approfondie le programme sous l'angle de l'analyse de ses éventuels premiers effets, et plus spécifiquement des changements observables (liés notamment au renforcement de la capacité des acteurs) et (3) de formuler de manière participative avec les organisations partenaires les recommandations (stratégiques et opérationnelles) qui serviront de base et d'orientation pour la pérennisation des acquis et la mise en œuvre de futurs programmes/projets (dont le nouveau programme DGD 2022-2026).

Les consultants tirent les principales conclusions de l'évaluation :

- Le programme trouve toute sa légitimité par rapport au contexte de la RDC et aux contraintes initialement identifiées par celui-ci : des services de base précaires, un faible accès des populations aux soins de qualité, des agents de santé insuffisamment formés, l'irrégularité et la qualité insuffisante des supervisions médicales, la quasi inexistence des structures (communautaires) d'assurance maladies, un Etat fragile en situation post-conflit, l'insécurité alimentaire, modicités des technologies rurales appropriées, la dégradation des infrastructures routières empêchant l'évacuation des produits agricoles ou encore le manque de structuration communautaire. Le programme tente de répondre à ces diverses contraintes en donnant une impulsion tant sur le volet santé (appui à l'amélioration de la qualité des soins, appui à l'amélioration de l'accès de la population aux soins de qualité) que sur le volet développement économique (appui à la structuration des communautés, appui au renforcement de la sécurité alimentaire des populations ciblées) avec un axe transversal d'amélioration de la gouvernance (et de respect des droits humains).
- De manière générale, l'efficacité du programme en termes de résultats atteints est satisfaisante. Concernant le volet santé (OS1), le taux de satisfaction des usagers aux services de santé appuyés est en constante augmentation depuis le début du programme. Globalement, la qualité des soins s'est améliorée dans les ZS appuyées. D'une part, le nombre de jours de rupture de stock de médicaments a continué à s'amoinrir grâce à l'appui du programme. D'autre part, le nombre de CS offrant un PMA de base a constamment augmenté durant toute la durée du programme. Ces bons résultats sont dus principalement aux différentes actions de renforcement des capacités (matérielles/infrastructures, formations) qui ont été menées durant toute la durée du programme. De manière générale, le taux d'utilisation moyen des formations sanitaires des zones de santé appuyées a augmenté durant la durée du programme, quoique légèrement. Cela serait dû surtout aux effets des projets de tarification forfaitaire et des mutuelles de santé. Concernant celles-ci, les résultats sont variables en fonction des partenaires/zones d'intervention. De manière générale, le taux de pénétration de la population à la mutuelle de santé dans les zones d'intervention reste assez faible (*OS1.R3.1*). Ces difficultés s'expliquent par les contextes provinciaux spécifiques (Covid-19, Ebola, réfugiés fuyant des guerres), en particulier au Sud-Ubangi et Nord-Ubangi (CONGODORPEN), qui ont favorisé la mise en place de programmes multilatéraux et nationaux visant la gratuité des soins (sans réelle concertation préalable

avec la société civile) nuisant ainsi sur l'attractivité de l'affiliation aux mutuelles de santé. Chez CDI-Bwamanda, il est important de distinguer la qualité de l'impact entre l'assurance hospitalisation (avec une diminution de 21% en 5 ans des adhérents mutualisés qui se font soigner/an à l'hôpital) et la micro assurance (avec une augmentation de 70% en 5 ans des adhérents mutualisés qui se font soigner/an au centre de santé). Dans la Province de Kinshasa (zone d'intervention de RC4D), le faible taux de pénétration de la population à la mutuelle de santé s'explique probablement par la jeunesse de l'initiative et le fait que les communautés et prestataires ne soient pas encore suffisamment sensibilisés sur les principes, fonctionnement et enjeux des mutuelles de santé.

- Concernant le volet développement économique (OS2), les résultats sont particulièrement intéressants. Dans la perspective d'augmenter les revenus des communautés, les organisations partenaires ont appuyé celles-ci dans le renforcement de leurs capacités (appui structuration, appui technique) et dans l'appui au développement d'AGR. De manière générale, l'on constate une augmentation des revenus auprès des communautés bénéficiaires de l'appui du programme. Cette augmentation est particulièrement significative chez les femmes organisées/structurées en groupements/coopératives et qui développent des activités agricoles (maraîchage, transformation/commercialisation de produits agricoles). Cela est particulièrement le cas chez les groupements appuyés par CBMT/FONCABA. Quant au taux d'utilisation des formations sanitaires par les membres des ménages qui développent des AGR, il a lui aussi augmenté durant la durée du programme même si la Covid-19 a freiné cette croissance, particulièrement durant l'année 2020.
- Concernant le volet gouvernance/plaidoyer (OS3), malgré les ralentissements engendrés par la pandémie de Covid-19 en 2020, le programme a maintenu un soutien efficient à la réalisation de plaidoyers de la société civile congolaise et au renforcement de capacités de ses partenaires. Les résultats relatifs à cet OS sont particulièrement intéressants pour les partenaires de FONCABA (RODHECIC et CBMT) : le nombre de recommandations émanant de la société civile qui ont été pris en compte dans des plateformes de concertation a été croissant durant la durée du programme. Le taux de représentativité et de participation des femmes au sein des différents cadres de concertation et de dialogue a été croissant durant la durée du programme. Par ailleurs, que ce soit au Kongo-Central ou au Nord-Kivu, la Société Civile Santé (SCS/BAC) est reconnue comme interlocuteur dans les différents cadres de concertation. En outre, elle entretient de bonnes collaborations avec les autorités sanitaires. Cependant, de manière générale, les Coordinations de la SCS souffrent d'une insuffisance de moyens financiers pour mener à bien leurs missions et le volet redevabilité (vis-à-vis des pouvoirs publics) de leurs actions est à renforcer. La création d'organes de concertation (CLD/CRDI, comités locaux de coordination provinciale/CLCP, structuration des paysans en OP ou en groupements d'organisations féminines de maraîchères bio, et Unions/coopératives) contribue à l'émergence de la démocratie participative au niveau des communautés, cadrant ainsi avec le processus de décentralisation toujours en cours en RDC.
- De manière générale, l'efficience du programme est jugée bonne. En particulier, son efficience organisationnelle est soulignée (ajustements budgétaires, adaptations et projets concrets de lutte contre la Covid-19). L'ensemble des ACNG ont subi des coupes budgétaires de la DGD (en particulier en début de programme) mais c'est surtout au niveau de BAC que cela a sérieusement impacté le bon déroulement des activités (pas ou peu d'actions de renforcement des capacités auprès des SCS comme initialement prévu).
- Le programme présente des atouts très intéressants sur le plan de la durabilité de son intervention : les différentes actions de renforcement des capacités (des ACNG, de leurs organisations partenaires, des communautés bénéficiaires) sont des acquis indiscutables, l'approche inclusive et participative (l'approche communautaire), l'ancrage communautaire des organisations partenaires ou encore l'émergence d'un système de démocratie participative locale via la structuration des communautés (CRDI/CLD, CLCP, SCS, OF).

- Cependant, la situation socio-économique globale de la RDC (qui des suites de la pandémie de Covid-19 s'est encore dégradée) constitue le risque majeur pour la durabilité financière des actions du programme. Par ailleurs, les moniteurs d'alphabétisation (CONGODORPEN) ont de très faibles primes avec comme possibles conséquences des risques de démotivation et à la longue, de décroissance de la qualité d'apprentissage. Au niveau agricole, le principal goulot d'étranglement des producteurs est le mauvais état des infrastructures (ponts, routes). Ce contexte défavorable impacte lourdement l'insécurité alimentaire des producteurs.
- Et enfin, quant aux premiers effets/impacts (prévus ou imprévus) du programme, les consultants en relèvent quelques-uns tout à fait intéressants : (1) certaines femmes formées en alphabétisation deviennent des responsables d'associations/d'OP (CONGODORPEN) ; (2) grâce notamment aux sensibilisations menées par les COPA (avec l'appui d'ADINE et de CDI-Bwamanda), le taux de scolarisation des filles a augmenté dans les zones d'intervention au Nord et au Sud-Ubangi ; (3) bon nombre de bénéficiaires de micro-projets (ADINE/CDI-Bwamanda) ont vu leurs revenus augmenter et ont pu ainsi réinvestir dans d'autres activités génératrices de revenus (effets multiplicateurs) ; (4) la cohésion sociale des groupements a été renforcée (voir par exemple les caisses de solidarité au sein des groupements appuyés par CBMT) ; (5) les différentes actions de renforcement des capacités auprès des productrices/entrepreneures ont des effets intéressants sur l'amélioration de la gestion de leur activité dont notamment une meilleure gestion des dépenses (voir l'exemple de l'association REAVFA appuyée par RC4D).

Les consultants formulent les principales recommandations de l'évaluation (recommandations générales pour l'ensemble des ACNG et leurs partenaires)¹ :

Volet transversal

- Les consultants confirment la pertinence et l'urgence de développer la stratégie de développement intégré au niveau de chaque ACNG (appui des 4 secteurs : la santé, l'éducation, l'agriculture et le plaidoyer et interrelations entre eux).
- Maintenir l'accompagnement (formations, sensibilisations) de manière continue sur du plus ou moins long terme. En effet, le changement des mentalités/comportements est un processus lent et nécessite du temps. De manière générale, renforcer les partenaires (animateurs) en techniques d'animation communautaire. Cette campagne de formations/sensibilisations serait transversale aux différents secteurs (actions préventives santé, mutuelles de santé, éducation nutritionnelle, structuration des communautés, etc.).
- Responsabiliser davantage les communautés dans la contribution financière des appuis dont elles bénéficient (par exemple, au niveau d'ADINE et de CDI-Bwamanda, les communautés pourraient contribuer davantage au financement du fonds de développement local).
- Associer le plus possible les organisations partenaires aux Autorités locales dans le processus de structuration des communautés. Par exemple, impliquer les communautés dans l'élaboration des PLD, voire aussi la possibilité de mettre en place une dynamique de développement territorial via l'appui à un fonds de développement local. L'idée ici serait de tester une dynamique territoriale à travers un cadre multi-acteurs (société civile, pouvoirs publics, privés) tournant autour d'un projet concret, qui serait lui-même financé par un fonds commun (chaque partie prenante contribuant à financer ce fonds).
- Renforcer les capacités des animateurs endogènes ; s'appuyer davantage sur des personnes dynamiques, potentiellement porteuses de changement. Ces leaders devraient jouer un rôle dans l'animation des groupes et le suivi des activités.

¹ Voir le chapitre recommandations pour les recommandations spécifiques par ACNG/partenaire local.

Volet santé

- Poursuivre l'appui à l'amélioration de la qualité des soins en renforçant le paquet minimum d'activités (PMA) au niveau des CS mais aussi le paquet complémentaire d'activités (PCA) au niveau des HGR, afin d'assurer la continuité des soins, à la réhabilitation de l'un ou l'autre CS, au renforcement d'équipements de labo (HGR) ou encore à la formation du personnel dans l'usage de certains matériels (échographie, radiographie, ECG/électrocardiogramme).
- Concernant les mutuelles de santé :
 - o La nécessité d'une étude faisabilité comme préalable à toute autre action (permettant notamment de fixer un taux de cotisation adapté au public-cible).
 - o Un point crucial pour augmenter le taux de pénétration d'une mutuelle est le déroulement de campagne de sensibilisation et d'affiliation soutenues (dans la durée) et efficaces (avec l'utilisation d'outils adéquats et adaptés au public-cible).
 - o L'appui à des groupements ayant déjà une bonne cohésion sociale (avec des pratiques de solidarité existantes).
 - o La stratégie d'appui au développement de mutuelle de santé devrait être couplée avec celle d'appui au développement d'AGR pour les publics-cibles (avec actions de renforcement des capacités liées).
 - o Une implication de la communauté dans tout le processus de gestion de la mutuelle de santé est un élément crucial à la pérennisation du dispositif (gestion participative de la mutuelle de santé).
 - o Développer des stratégies de mobilisation de ressources pour assurer la pérennité financière de la mutuelle.
 - o Renforcer la concertation avec les programmes multilatéraux et nationaux visant la gratuité des soins (pour trouver des pistes de solutions par la négociation).

Volet éducation

- Renforcer les actions d'alphabétisation fonctionnelle (en corrélation avec les activités agricoles et d'entrepreneuriat). L'idée est de former les producteurs/transformateurs à tenir leurs comptes, suivre leurs propres performances, être en mesure d'utiliser des outils et supports (comptes d'exploitation individualisés et consolidés) pour améliorer leurs propres performances et partager entre eux. Cela implique au-delà de l'alphabétisation classique et conscientisante, une alphabétisation plus orientée sur l'activité de production/transformation agricole.

Volet développement économique/AGR

- Renforcer l'approche « entrepreneuriat » auprès des communautés ciblées (planification stratégique, leadership, suivi-évaluation) car cette approche pourra servir à la longue d'un moteur de création des richesses au niveau local en contribuant ainsi à la lutte contre la pauvreté. Dans ce cadre, adopter une approche filière (appui sur l'ensemble de la chaîne de valeurs – production, stockage, transformation, commercialisation).
- Renforcer les capacités des animateurs en techniques agricoles innovantes et durables (agroécologie), en techniques améliorées de transformation et de conservation des produits agricoles en vue d'assurer leur meilleure diffusion via les OP.
- Renforcer l'axe d'appui à la gestion des ressources naturelles et ce, vu les enjeux importants (déboisements illicites, agriculture sur brûlis) à ce niveau en RDC en général. Les différentes organisations communautaires structurées (CRDI/CLD, OP, CLCP, SCS) peuvent jouer un rôle majeur dans la gestion de ces problèmes.

1. INTRODUCTION

1.1. CONTEXTE ET OBJECTIFS DE L'ÉVALUATION

La République Démocratique du Congo (RDC), pays continent et premier foyer de peuplement de l'Afrique Centrale comptant 98 370 000 habitants et un taux de croissance démographique estimé à 3,2 % en 2019², fait face à d'énormes défis de développement, de paix et de réduction de la pauvreté dans ses multiples dimensions, caractérisés par l'importance de l'insécurité alimentaire, l'étendue de la pauvreté et les difficultés d'instaurer la paix dans sa partie Est. L'impact des politiques publiques conduites depuis plusieurs années sur le niveau de développement du capital humain est faible. La pauvreté monétaire est de masse, touchant aussi bien le milieu urbain que les zones rurales ; le taux de pauvreté est de 70% en 2017 sur la base du seuil de 1,90\$ par jour. Selon le rapport mondial sur le développement humain du PNUD de 2018 et sur base de l'enquête ménages 2013-2014, la pauvreté multidimensionnelle (cadre de vie, éducation et santé) touche 74% de la population de la RDC avec un taux d'intensité de 52,5%. L'insécurité alimentaire est également l'une des causes de la pauvreté en RDC, avec 15,5 millions de personnes touchées en 2018.

L'accès aux services sociaux de base est faible pour une grande majorité de la population. La situation alimentaire et nutritionnelle en RDC est très alarmante d'année en année, résultant de la faiblesse des infrastructures agricoles, du manque d'accompagnement du monde rural et de la défaillance du système d'information et de sensibilisation sur la lutte contre la malnutrition et la lutte contre le changement climatique avec l'alternative des techniques et méthodes sur des cultures résilientes pour l'adaptation. Cela interpelle, avant tout, l'Etat en tant que débiteur d'obligations pour assurer le droit à l'alimentation des populations à travers l'appui au secteur agricole et à ses filières de transformation et de distribution.

Le système sanitaire, malgré une amélioration certaine, reste caractérisé par des taux de mortalité élevés : la mortalité maternelle, malgré une légère baisse, reste encore élevée (846 pour 100.000 naissances vivantes en 2021³) et il en est de même pour la mortalité infantile. Les épidémies multiples (Maladie à virus Ebola, choléra, rougeole, etc.) sont souvent très ravageuses en termes de vie humaine. L'insuffisance de personnel qualifié et d'infrastructures sanitaires de qualité, faute d'efforts d'investissements conséquents, réduisent considérablement l'accès aux services et soins de santé de qualité. Par ailleurs, l'extrême pauvreté et l'incapacité des ménages à faire face à des dépenses de base en santé constituent des freins majeurs à l'accès aux services et soins de santé de qualité.

En matière de gouvernance, la RDC accuse un faible niveau de gouvernance politique, économique et son niveau de corruption reste très élevé. Le score de l'Indice Africain d'Ibrahim de Gouvernance de 2017 classe la RDC au 47ème rang sur 54 pays africains.

Les femmes en RDC n'occupent pas leur place dans toutes les sphères de la société, compte tenu des pesanteurs sociologiques, culturelles et du manque d'accès à toutes les opportunités offertes aux hommes.

C'est dans ce contexte que le programme 2017-2021 « Ensemble, avançons » (cofinancé par la DGD) a été mis en œuvre par quatre organisations ACNG belges : Benelux Afro Center Asbl (BAC), CONGODORPEN Asbl, FONCABA Asbl et Rotary Clubs for Development Asbl (RC4D).

Ce programme quinquennal a pour objectif général d'améliorer de manière durable le bien-être des communautés locales dans une démarche qui se veut avant tout participative. En effet, c'est par la transformation progressive de la vie des communautés au niveau de la santé, de l'éducation et du développement économique et agricole et de la gouvernance que passera l'amélioration globale du bien-être de la population de ces régions. Cet objectif général est recherché principalement par un travail en collaboration étroite avec la société civile et il a l'ambition de s'appuyer sur les initiatives locales en visant l'autonomisation des communautés.

Le programme poursuit trois sous-objectifs spécifiques (avec résultats liés) :

² Institut National de la Statistique (INS)/Ministère de Plan, Annuaire statistique RDC 2020, Kinshasa, mars 2021, p. 29.

³ Source : Discours du Ministre de la santé à l'occasion de la journée internationale des sage-femmes célébrée le 5 mai 2021.

OS 1 : Les populations des zones d'intervention ont accès à des services de base de qualité, prioritairement la santé.

- **R 1.1** : Les femmes et les hommes des communautés de base ciblées ont développé des initiatives locales concrètes dans le domaine de la santé et de l'éducation
- **R 1.2** : La qualité des soins de santé est améliorée, grâce au développement des capacités (institutionnelles, organisationnelles et individuelles) des structures et des organisations actives dans ce domaine
- **R 1.3** : L'accessibilité des soins est améliorée, grâce à des mécanismes financiers équitables et durables

OS 2 : Les bénéficiaires (hommes, femmes, enfants) augmentent leurs revenus durablement, par l'utilisation du potentiel agricole et d'élevage, afin d'améliorer l'accès aux services de base, prioritairement à la santé.

- **R 2.1** : La structuration des initiatives socio-économiques est renforcée, au sein des communautés
- **R 2.2** : Les capacités des ménages sont renforcées pour développer des initiatives socio-économiques durables, inclusives et respectant l'environnement

OS 3 : La société civile participe activement à l'amélioration de la Gouvernance à tous les niveaux politiques et à l'amélioration du respect des droits des femmes et des hommes.

- **R 3.1** : Les compétences des partenaires locaux des ACNG demandeurs sont améliorées sur le plan institutionnel, administratif et financier et leur capacité d'acteur de développement performant et reconnu est renforcé
- **R 3.2** : La société civile de la santé est structurée et est actrice dans le dialogue institutionnel et non institutionnel sur la santé, au niveau local, provincial et national
- **R 3.3** : Les leaders de groupes de base et les communautés participent activement dans les espaces d'expression et de concertation sur les droits humains

Disposant d'expériences multisectorielles en RDC (en santé, agriculture et entrepreneuriat, éducation, droits humains et bonne gouvernance), les 4 ACNG impliquées ont partagé leurs visions et domaines d'expertises pour élaborer ce programme commun.

CONGODORPEN est une ONG active en RDC depuis 1969 (ex CDI-Bwamanda). Ses piliers d'action sont la santé, l'éducation et l'agriculture. Dans le cadre du programme DGD 2017-2021, l'ONG et ses partenaires locaux (**ADINE, CDI-Bwamanda, CTM** et **PROYAKA**), via l'appui également de diverses collaborations, interviennent dans les provinces du Nord Ubangi, Sud Ubangi, Equateur et Kwango. CONGODORPEN et ses partenaires locaux sont impliqués dans les 3 OS du programme.

KBA-FONCABA est une ONG spécialisée dans le renforcement des capacités opérationnelles et stratégiques des partenaires de la société locale civile en Afrique (RDC, Burundi, Burkina Faso). En particulier, elle finance des initiatives de formation pratiques de partenaires qui permettent l'autopromotion de la population dans une approche 'droit et empowerment des femmes'. Les thématiques portent sur l'agriculture familiale et la sécurité alimentaire, la gouvernance démocratique et les élections dans un état des droits, la participation citoyenne en défense des droits humains, la prévention de conflits et la construction de la paix. Dans le cadre du programme DGD 2017-2021, l'ONG et ses partenaires locaux (**CBMT, RODHECIC** et **JCC**), via l'appui également de diverses collaborations, interviennent dans les provinces du Kasaï Central, Kasaï Oriental, Sud-Kivu, Kongo Central, Kinshasa, Kwilu et Maniema. KBA-FONCABA et ses partenaires locaux sont impliqués dans les OS2 et surtout OS3 du programme.

Rotary Clubs for Development/RC4D (ex-Association des rotary clubs belges pour la coopération au développement/ARCB, créé en 1979) est une ONG qui intervient particulièrement en RDC et qui vise à renforcer le système de santé local en alignant son intervention sur la politique des autorités locales, par un appui tant au niveau des structures de santé qu'au niveau des communautés. Dans le cadre du programme DGD 2017-2021, l'ONG et ses partenaires locaux (**Ministère Provincial de la Santé/MPS, UMUSAC**), via l'appui également de diverses collaborations, interviennent essentiellement dans la province de Kinshasa. Rotary Clubs for Development et ses partenaires locaux sont impliqués dans les 3 OS du programme.

Benelux Afro Center/BAC est une Asbl créée en 1998 à Bruxelles par un groupe de la diaspora africaine de Belgique. Elle est particulièrement active en RDC et dans les secteurs de la santé (notamment renforcement du rôle des organisations de la société civile du secteur santé en RDC) et de l'économie sociale. Dans le cadre du programme DGD 2017-2021, l'Asbl et ses partenaires de collaboration (Cap-Santé et IYAD), d'une part et ses partenaires locaux (**Coordination nationale du Réseau Société Civile Santé de la RDC et Coordinations provinciales de la société civile santé/SCS**), d'autre part, via l'appui également de diverses collaborations, interviennent dans les provinces de Kinshasa, Kongo Central, Kwango, Maniema, Ituri, Nord-Kivu et Tshopo. BAC et ses partenaires de collaboration et partenaires locaux sont impliqués dans les 3 OS du programme.

L'objectif global de la prestation est de mener une évaluation finale du programme commun DGD 2017-2021 « Ensemble, avançons », en République Démocratique du Congo (sur toute la période couverte par le programme, soit de janvier 2017 à novembre 2021). Trois objectifs spécifiques étaient définis :

- 1) Redevabilité : (cf. TdR : « Une évaluation finale évalue la réalisation de tous les outcomes et apprécie tous les résultats d'un dossier de subvention, qu'ils aient été atteints ou non. En ce sens, l'objectif premier de cette évaluation finale est de rendre compte des résultats obtenus ») : analyser/apprécier les résultats du programme sur base des critères CAD (pertinence, cohérence, efficacité, efficience, durabilité et effets/impacts) et aussi de critères transverses (genre et environnement notamment).
- 2) Apprentissage : le programme devrait ainsi faire l'objet d'une analyse approfondie sous l'angle de l'analyse de ses éventuels premiers effets, et plus spécifiquement des changements observables (liés notamment au renforcement de la capacité des acteurs) et également tout ce qui concerne des changements de conditions de vie ou de comportements de la part des bénéficiaires accompagnés. De manière plus générale, l'évaluation devrait permettre d'expliquer ce qui fonctionne, ce qui ne fonctionne pas et pourquoi, et de tirer ainsi des leçons utiles et bonnes pratiques à capitaliser pour d'autres futurs programmes/projets. Par ailleurs, les questions spécifiques relevées dans les TdR (voir aussi chapitre 3) participent également à cet objectif d'apprentissage.
- 3) Analyse prospective/recommandations : par ailleurs, les consultants soulignent l'un des grands enjeux de ce travail d'évaluation qui est de discuter et de formuler de manière participative avec les organisations partenaires les recommandations (stratégiques et opérationnelles) qui serviront de base et d'orientation pour la pérennisation des acquis et la mise en œuvre de futurs programmes/projets (en particulier le nouveau programme DGD 2022-2026).

Remarque : tenant compte de la complexité du programme, avec un nombre important de partenaires locaux engagés, l'évaluation finale du programme DGD 2017-2021 s'est focalisée essentiellement sur les partenaires suivants :

- ADINE et CDI-Bwamanda (CONGODORPEN)
- CBMT et RODHECIC (FONCABA)
- SCS (en particulier Kongo-Central et Nord-Kivu) (BAC)
- MPS de Kinshasa et UMUSAC (RC4D)

Par conséquent, les partenaires locaux suivants n'ont pas fait l'objet de la présente évaluation : CTM et PROYAKA (CONGODORPEN), JCC (FONCABA) et CAP Santé, IYAD, Coordination Nationale du Réseau SCS/RDC, Coordinations Provinciales de la SCS Kinshasa, Kwango, Maniema, Tshopo et Ituri (BAC).

Cette mission a été confiée à deux experts :

- Monsieur Stéphane VANCUTSEM (chef de mission), licencié en Sciences Politiques et diplômé en Gestion du Développement, expert en évaluation de projets, appui institutionnel et organisationnel des acteurs de la société civile ainsi qu'en développement socio-économique de populations défavorisées.
- Monsieur Jean-Marie TSHIBANDA (consultant national), Master en santé publique (en cours), spécialité santé publique et risques environnementaux et diplômé en Sciences Biomédicales, expert en évaluation de projets santé en RDC, appui institutionnel et organisationnel des acteurs de la société civile et développement communautaire.

1.2. METHODOLOGIES DE L'ÉVALUATION ET DEROULEMENT DE LA MISSION

La méthode utilisée repose sur la note de cadrage (*voir aussi annexe 1 – questions évaluatives/matrice*).

Cette méthode fut assez participative et inclusive, consistant principalement à susciter puis, structurer la réflexion des différents acteurs du programme autour des questions d'évaluation. Il est important de souligner que la démarche proposée est telle que les consultants n'étaient pas là pour imposer leurs idées/analyses. Même en tant qu'apporteurs de regards externes, ils ont amené leurs idées/analyses plutôt sous forme de questionnement que sous forme d'affirmation. Les consultants ont tenté de susciter les parties prenantes à élaborer elles-mêmes un diagnostic et des recommandations partagées. L'évaluation a fait intervenir une bonne représentativité de parties prenantes du programme, depuis les bénéficiaires finaux du programme (femmes et hommes des communautés de base ciblées, usagers des services de santé appuyés) jusqu'aux Autorités locales/provinciales/nationales concernées, en passant par le staff des différentes organisations partenaires ainsi que d'autres interlocuteurs clés.

Dans un premier temps, une réunion de cadrage a eu lieu en visioconférence, en présence des consultants et des représentants des 4 ACNG impliqués dans le programme (membres du Comité de pilotage Belgique/COBE). Les échanges ont d'abord porté sur les termes de référence de la mission ainsi que sur l'offre technique et méthodologique proposée par les consultants. Ces premiers échanges ont permis d'une part aux consultants de mieux cerner les enjeux de l'évaluation et d'autre part aux membres du COBE de mieux comprendre la méthodologie proposée par les consultants. Ensuite, le calendrier de mission a été discuté, en ce compris le choix définitif des partenaires locaux qui seront visités et évalués directement sur le terrain. Les consultants ont ensuite profité de cette occasion pour solliciter une documentation complète relative au programme à évaluer.

L'équipe de consultants a ensuite veillé à analyser toute la documentation nécessaire à une bonne compréhension détaillée des enjeux du travail demandé. Ce travail préalable leur a permis de s'imprégner au maximum des données factuelles relatives aux activités et réalisations (documents de programme, rapports d'activités, conventions de partenariat, rapports DGD financier annuels, rapports moraux DGD⁴, rapports d'évaluation à mi-parcours et autres évaluations, divers documents du dispositif de suivi-évaluation, rapports de mission, documents comptables, rapports d'ateliers/formations, etc.⁵).

Sur base de l'analyse documentaire, les consultants ont ensuite rédigé une note de cadrage qui a précisé le contexte, les objectifs, la méthodologie d'évaluation ainsi qu'une proposition de calendrier de mission.

En tout début de mission de terrain en RDC, une réunion de cadrage a été organisée entre les consultants et les membres du CORDC (représentants de bureaux locaux des ACNG membres du Programme Commun), à Kinshasa. Les consultants ont présenté la note de cadrage pour discussion. Le calendrier de la mission a été affiné. Les questions logistiques relatives à la mission de terrain ont également été traitées. L'un des effets recherchés de cette réunion de cadrage était de susciter la pleine participation des organisations partenaires dans ce travail d'évaluation et ce, dès le début de la mission d'évaluation. Cet exercice a permis aux participants de valider (ou non) les hypothèses de travail, de prioriser ce qui leur semble important, de faire valoir éventuellement leurs propres préoccupations ou enjeux et permettre ainsi dans la suite de l'exercice, une meilleure appropriation des analyses et recommandations par chacune des parties.

Tout au long de la mission de terrain, des entretiens individuels et/ou de focus-group ont été menés : des interviews informelles et formelles articulées autour de guides d'entretien (qui se sont inspirées de la matrice d'évaluation) ou questionnaires ouverts ou semi-directifs, ont été réalisées, en favorisant le dialogue et le recueil de témoignages. Les consultants ont veillé à combiner dans la mesure du possible des entretiens individuels avec des focus-groups.

Lors de chaque visite auprès des partenaires et des bénéficiaires, les consultants ont bien pris le temps d'observer : (1) le siège des organisations partenaires ; (2) les infrastructures réalisées dans le cadre du programme ; (3) les zones de vie des ménages bénéficiaires ; (4) les zones d'activités des bénéficiaires.

4 Lessons learn, cadres logiques et Score card de performances annuels.

⁵ Voir annexe 3 – liste des documents consultés.

Des méthodes participatives d'évaluation, comme celle du « changement le plus significatif » (« Most Significant Change ») a été appliquée partiellement lors des entretiens individuels et/ou focus-group avec les différentes parties prenantes rencontrées (en particulier avec les producteurs/trices). Plus précisément, l'une ou l'autre question ont été formulées en s'inspirant de la méthode du changement le plus significatif : « quels sont les changements les plus significatifs intervenus dans votre vie ces 5 dernières années ? Positifs et/ou négatifs, voire inattendus, indépendant/indirectement et/ou directement lié au programme ». De manière générale, les avantages de cette méthode sont les suivants : (1) permet d'offrir des « illustrations » (récits de vie) du processus de changement ; (2) met en évidence différentes interprétations de la réalité ; (3) permet d'identifier des changements inattendus ; (4) incite à une meilleure compréhension par les bénéficiaires des changements organisationnels ; (5) permet de susciter le débat entre les acteurs ; (6) permet de « peser » l'importance des différents effets mentionnés dans la discussion. En outre, cette méthode permet de mettre en avant des changements pas forcément liés directement au programme mais qui permettent d'avoir une vision plus globale des changements contextuels et permettant ainsi de mieux cerner la contribution du projet aux changements produits et/ou attendus. Cette méthode se focalise davantage sur l'évaluation qualitative des projets. Cette méthode a notamment permis aux consultants de valoriser quelques effets/impacts positifs et significatifs du projet (voir 2.6 Effets/impacts).

Au niveau de chaque site/province⁶, les consultants ont organisé un débriefing où ils ont restitué à chaud les premières conclusions de l'évaluation en mettant l'accent sur les constats (points forts, points faibles). Ces conclusions ont ensuite été débattues entre les parties prenantes afin d'affiner/corriger/compléter l'un ou l'autre enseignement et/ou l'une ou l'autre recommandation.

La mission de terrain s'est déroulée en RDC selon le schéma suivant :

Date	Activité
Phase 1	
03/12/21 <i>Kinshasa</i>	Réunion de cadrage (CORDC) ; entretien avec le responsable de l'UMUSAC (RC4D)
RC4D	
06/12/21	Voyage vers Mbankana (Maluku II) ; focus-group avec l'équipe cadre de la ZS de Maluku II ; focus-group avec les responsables et membres de l'association REAVFA ; visite et séance de travail avec la mutuelle de santé Boboto (PCA, COGES, Gestionnaire)
07/12/21	Voyage retour via Nsélé ; visite du centre de santé Mbangi Mbamu ; entretien avec le MCZS de Nsélé ; entretien avec les gestionnaires de la section mutualiste « Tosalisana » ; entretien avec l'IT du CS Mbangi Mbamu ; visite du CS de Bibwa et entretien avec l'IT
10/12/21	Visite ESDR Don Bosco Maison Papy et entretien avec le responsable ; visite ESDR « Ndako ya Biso » et entretien avec les responsables
SCS Kongo-Central (BAC)	
13/12/21	Voyage vers Matadi ; briefing avec l'équipe de la SCS et le représentant BAC
14/12/21	Entretiens avec l'équipe SCS ; entretien avec les responsables de l'association « Dynamique Femme et Famille » ; entretien avec le responsable du Centre des jeunes
15/12/21	Entretien avec le chef de division de la DPS ; entretien avec le responsable de l'association « Fraternité des prisons » (et responsable de la commission contrôle de la SCS) ; entretien avec le président du CRONGD ; séance de restitution (avec l'équipe SCS et le représentant BAC)
16/12/21	Voyage retour vers Kinshasa

⁶ À l'exception de RC4D où la restitution initialement prévue n'a finalement pas eu lieu suite au réajustement du programme (voir appréciation générale et remerciements).

Date	Activité
ADINE (CONGODORPEN)	
17/12/21	Voyage vers Yakoma ; briefing avec l'équipe ADINE
18/12/21	Entretiens avec l'équipe ADINE ; focus-group avec les CRDI Mission & Cité ; visites micro-projets (restauration et bureautique) et entretiens avec les responsables
19/12/21	Focus-group avec le CRDI Tongu ; visites microprojets (pépinières, agroforesterie, coupe/couture) et entretiens avec les responsables ; entretien avec le PCA d'ADINE ; restitution avec l'équipe d'ADINE
20/12/21	Voyage retour vers Kinshasa
RODHECIC (FONCABA)	
21/12/21 <i>Kinshasa</i>	Briefing et entretiens avec l'équipe RODHECIC ; visite/focus-group avec les mamans maraîchères du camp Louka
22/12/21	<ul style="list-style-type: none"> - Visite projet plaidoyer Kinkolé/focus-group avec les communautés (et représentant de l'association CADED) - Visite projet plaidoyer construction de route Avenue de la Paix/entretien avec le bourgmestre de Kinsenso (et représentant de l'association APROHU)
23/12/21	Restitution avec l'équipe RODHECIC
Phase 2	
CDI-Bwamanda (CONGODORPEN)	
08/01/22	Voyage de Kinshasa vers Genema et Bwamanda
10/01/22	Briefing et entretiens avec l'équipe CDI Bwamanda
11/01/22	<ul style="list-style-type: none"> - Focus-group avec le CLD Bobandu, CLD Kasongo et CLD Boto ; - Visites des microprojets de l'OP Tosangana/Bobandu (Moulin et fabrication de savon), microprojets de l'OP Mboka Lamuka (semences améliorées d'arachide et décortiqueuse), microprojet de l'OP Palasa (agroforesterie), microprojet de l'entrepreneur mécanicien (poste à souder et outils mécaniques) /AS Kasongo ; - Visites du CS Bobandu, CS Kasongo et CS Boto - Visites du centre d'alphabétisation AMALA 4/Bobandu ; centre d'alphabétisation AMALA 3/Kasongo
12/01/22	<ul style="list-style-type: none"> - Focus-group avec le CLD Bombese et CLD Isabe ; - Visites des microprojets de l'OP AJDR⁷ (élevage des chèvres de race améliorée et pépinière de café trachéo-résistant, atelier de couture/Bombese, atelier de couture/Isabe) ; - Visites du CS Bombese et CS Isabe
13/01/22	Entretiens individuels avec : <ul style="list-style-type: none"> - Entretien avec le représentant de la FEPASU - Quelques membres de l'équipe CDI Bwamanda
14/01/22	<ul style="list-style-type: none"> - Entretien avec l'Administrateur- superviseur de CDI Bwamanda - Restitution auprès de l'équipe CDI Bwamanda Voyage de Bwamanda vers Gemena

⁷ AJDR : Association des Jeunes pour le Développement Rural.

Date	Activité
15/01/22	Voyage retour de Gemena vers Kinshasa
SCS Nord-Kivu (BAC)	
16/01/22	Voyage Kinshasa vers Goma
17/01/22	Réunion avec le Secrétaire exécutif sur l'harmonisation du programme
18/01/22	<ul style="list-style-type: none"> - Visite au bureau du secrétariat exécutif permanent (SEP) du Nord-Kivu - Réunion avec les membres de l'équipe dirigeante - Brève présentation des activités - Echange sur la présentation du SEP - Entretiens avec quelques membres de l'équipe de la CP SCS N-K - Entretien avec le SEP
19/01/22	Visites et entretien avec les partenaires <ul style="list-style-type: none"> - Chef de Division Provinciale de la Santé/DPS - Médecin Chef de Zone de santé de Karisimbi
20/01/22	Visites des ANGS : <ul style="list-style-type: none"> - GHOVODI - AVSD
21/01/22	Voyage retour de Goma vers Kinshasa
CBMT (FONCABA)	
24/01/22	Voyage de Kinshasa vers Kananga
25/01/22	<ul style="list-style-type: none"> - Briefing et entretiens avec l'équipe CBMT - Focus group avec les présidentes des organisation féminines (OF)
26/01/22	Visite sur terrain : <ul style="list-style-type: none"> - Site d'érosion - Site de dépôt de la coopérative - Sites agricoles des maraichères à Kombwa et à Katwishi
27/01/22	<ul style="list-style-type: none"> - Entretien avec Secrétaire exécutif du CRONG⁸ - Entretien avec le Chargé de projet Jeunes de NRC - Visite de la construction du marché pour la coopérative - Restitution auprès de l'équipe CBMT et des présidentes des OF
28/01/22	Voyage retour de Kananga vers Kinshasa

Remarque : durant la phase 1, les consultants ont mené ensemble la mission de terrain. Durant la phase 2, seul le consultant national a mené la mission de terrain (avec l'appui à distance du chef de mission).

⁸ Conseil régional des ONG développement du Kasai-Occidental

Appréciation générale & remerciements

La mission s'est déroulée de manière satisfaisante, avec une bonne disponibilité des uns et des autres. Les consultants tiennent à remercier toutes les personnes et institutions qui, d'une manière ou d'une autre, ont contribué à ce bon déroulement général de la mission. En particulier, nous remercions vivement d'une part, toutes les communautés rencontrées pour leur grande disponibilité et leur accueil chaleureux et d'autre part, l'ensemble des membres des équipes des organisations partenaires. La flexibilité de celles-ci est soulignée au vu des réajustements du programme en cours de mission (vols Kinshasa-Kananga annulés).



Fig.1 Focus-group avec les membres du CLD BOBANDU (CDI-Bwamanda/Sud-Ubangi)



Fig.2 Visite des maraîchères du site Nkowmba (Kasai-Occidental/CBMT)

2. ANALYSE GLOBALE (PERTINENCE, COHÉRENCE, EFFICACITÉ, EFFICIENCE, DURABILITÉ, IMPACT, AXES TRANSVERSAUX)

2.1. PERTINENCE

La pertinence du programme est très élevée (5/5)

- Le programme trouve toute sa légitimité par rapport au contexte de la RDC et aux contraintes initialement identifiées par celui-ci : des services de base précaires (en particulier infrastructures sanitaires mais également structures scolaires), un faible accès des populations aux services et soins de santé de qualité, des agents de santé insuffisamment formés, l'irrégularité et la qualité insuffisante des supervisions médicales, la quasi inexistence des structures (communautaires) d'assurance maladies, un Etat fragile en situation post-conflit, l'insécurité alimentaire, modicités des technologies rurales appropriées, la dégradation des infrastructures routières empêchant l'évacuation des produits agricoles ou encore le manque de structuration communautaire (en particulier faible structuration des organisations paysannes). Le programme tente de répondre à ces diverses contraintes en donnant une impulsion tant sur le volet santé (appui à l'amélioration de la qualité des soins, appui à l'amélioration de l'accès de la population aux services et soins de santé de qualité) que sur le volet développement rural (appui à la structuration des communautés, appui au renforcement de la sécurité alimentaire des populations ciblées) avec un axe transversal d'amélioration de la gouvernance (et de respect des droits humains). Le programme, à travers ses 3 objectifs spécifiques et ses différents résultats, répond donc bien aux besoins et préoccupations des populations et autres parties prenantes dans chaque zone d'intervention.
- L'approche inclusive et participative (avec les communautés villageoises mais aussi avec les autres acteurs clés des zones d'intervention/en particulier les Autorités locales et agents de santé), adoptée en général par l'ensemble des partenaires est bien sûr jugée pertinente dans la mesure où elle constitue une condition incontournable de durabilité mais aussi, pour faciliter l'appropriation et accroître la participation tant physique, qu'intellectuelle et financière des bénéficiaires. Cette participation induit aussi une meilleure prise de responsabilité des bénéficiaires, qui deviennent moins attentistes, dévoilent leurs vraies capacités et sont de vrais acteurs de leur propre développement.
- La structuration des communautés (CRDI/CLD, COPA, CODESA, SM, PEIG, OP, coopérative, CLCP/RODHECIC) est totalement légitime, en particulier par rapport à l'objectif de consolidation du processus de décentralisation en RDC. Ces cadres de concertation ne remplacent pas le pouvoir en place mais peuvent être l'intermédiaire entre les communautés et les autres institutions telles que les structures publiques provinciales ou locales et les projets de développement. Le système de démocratie participative dans le cadre du processus de décentralisation trouverait ainsi sa base à cet échelon du village/groupement. Par ailleurs, le fait que les associations se réunissent, créent des liens de solidarité et d'entraide entre les membres et entre les villages est un aspect très positif pour le développement local. L'identité du groupe est également renforcée par des activités économiques communes et par le système solidaire de partage de risques financiers pour couvrir les coûts des soins.
- Les systèmes mutualistes constituent une solution pour augmenter l'accès financier aux soins et pour améliorer la qualité de l'offre et son adéquation à la demande. Ils riment bien avec le plan national de développement sanitaire qui prône l'accès universel aux services et soins de santé avec la protection financière des personnes bénéficiaires (accès aux services de santé dont on a besoin sans courir le risque de s'appauvrir ou de connaître la ruine financière).
- Le programme de développement de la Société civile Santé/SCS (**BAC**) est très pertinent dans la mesure où il répond clairement à un besoin de la population d'être informée, écoutée et respectée. Et aussi, les SCS participent à la définition et au suivi des politiques sanitaires, à la veille

sur la prise en compte des attentes sanitaires de la population, à la sensibilisation de la population (en cas d'épidémie) et à jouer le rôle contrepoids dans les revendications dans l'intérêt de la population (en cas de mauvaise gouvernance, elle exige la transparence, la redevabilité et effectue le contrôle citoyen). Le but final est bien évidemment d'assurer une meilleure prise en charge des patients et de la population sur la prévention (cas de la prévention des épidémies Covid-19, MVE⁹, etc. sur l'application correcte des mesures de prévention dans la communauté).

- L'évolution des contextes politique et social en RDC démontre la pertinence de poursuivre ce type de programme de développement intégré. (1) Sur le plan politique, la situation n'a pas tellement changé depuis l'alternance présidentielle : des problèmes de gouvernance ont persisté à tous les niveaux politiques mais aussi aux niveaux des violations des droits économiques et socio-culturels des femmes et des hommes (DESC¹⁰) : à la fin du programme, stimuler la participation de la société civile à intégrer des dynamiques visant à améliorer la gouvernance à tous les niveaux politiques ainsi que le respect des droits des femmes et des hommes reste toujours d'actualité ; (2) le contexte pandémique (Covid-19) est venu aggraver la situation socio-économique congolaise déjà très précaire. Les fermetures d'axes de transports internes ont eu des répercussions néfastes sur la condition de vie et la sécurité alimentaire des femmes et des hommes vivant dans les zones d'intervention du programme (pénuries de produits de base, flambée des prix, pertes de revenus des ménages et difficulté d'évacuation des produits du bassin de production vers les lieux de vente/consommation). Dès lors, l'objectif visant à soutenir une économie locale rurale durable pour favoriser l'accès aux services de base et garantir la sécurité alimentaire et la création des richesses au niveau local reste totalement pertinent.
- Le programme a été formulé de manière pertinente, c'est-à-dire qu'il y a cohérence entre la problématique identifiée et les objectifs ainsi qu'entre les résultats. Concernant les indicateurs, la majorité d'entre eux sont pertinents et orientés résultats, voire même effets/impacts. Cependant, des indicateurs spécifiques au genre auraient pu être davantage définis ; par exemple « *l'évolution du nombre de femmes leaders d'OSC* » ou encore « *le nombre de femmes membres et/ou leaders d'OSC ayant mené des actions concrètes de plaidoyer* », « *le nombre de femmes ayant été renforcées dans leurs droits et devoirs par rapport aux services de santé* », « *le nombre de décisions prises en faveur des femmes* », « *les effets concrets des cours d'alphabétisation fonctionnelle donnés aux femmes, d'une part en termes d'augmentation de revenus et d'autre part en termes de meilleur accès aux soins de santé* », « *le nombre de femmes ayant occupé les postes de responsabilité (CLD, OP, COPA, ...) après la formation en alphabétisation* », « *effets sociaux des différentes actions appuyées, comme l'estime de soi/reconnaissance/valorisation* » .
- Bien que la majorité des indicateurs soient pertinents et orientés résultats (voire même effets/impacts), ces indicateurs ne sont pas toujours simples à apprécier et nécessitent un dispositif de suivi suffisamment robuste et orienté changements. Pour le prochain programme DGD, les consultants recommandent la définition de marqueurs de progrès (indicateurs d'effets), l'organisation d'ateliers participatifs avec les équipes de mise en œuvre des projets, permettant de travailler collectivement et régulièrement sur l'appréciation de l'atteinte de ces indicateurs, l'élaboration d'outils concrets (comme par exemple un journal de suivi des marqueurs de progrès) et qui seraient remplis à fréquence régulière par les différentes parties prenantes et enfin, l'élaboration d'un véritable plan de suivi-évaluation orienté changement (avec rôles et responsabilités de chaque partie prenante dans ce dispositif).

⁹ MEV : Maladies à Virus Ebola

¹⁰ DESC : Doits économiques social et culturels

2.2. COHERENCE

La cohérence du programme est satisfaisante (4/5)

2.2.1. Cohérence par rapport à la stratégie nationale RDC (alignement)

Le programme est cohérent par rapport aux stratégies des politiques nationales en RDC.

La pyramide du système de santé en RDC possède 3 niveaux qui sont : le niveau central, le niveau provincial et le niveau périphérique ou opérationnel.

« *Le niveau opérationnel comprend 516 Zones de Santé (ZS) avec 393 Hôpitaux Généraux de Référence et 8.504 aires de santé (AS) planifiées dont 8.266 disposent d'un Centre de Santé. Ce niveau a pour mission la mise en œuvre de la stratégie des soins de santé primaires.* »¹¹

- Cohérence par rapport au PNSD¹² 2019-2023

Secteur Santé (Page 35)

Objectif 1 : Développer les Zones de Santé et assurer la continuité des soins avec un focus sur l'amélioration de la disponibilité et de l'accessibilité aux soins de qualité dans la dynamique de la CSU

Objectif 2 : Appuyer le développement des ZS par le renforcement des piliers du système de santé (i) Renforcement de la disponibilité, la motivation et le développement des capacités des professionnels de santé et du personnel administratif dans les centres de santé et hôpitaux publics ; (ii) investissement en infrastructures et équipements pour amélioration de la couverture avec la poursuite du projet d'équipements des structures de santé ; (iii) renforcement de la réglementation pharmaceutique et de la chaîne d'approvisionnement ; (iv) renforcement de la qualité de l'information sanitaire pour la prise de décisions ; et (v) amélioration du financement de la santé à travers les mécanismes de mobilisation des ressources, mise en commun et achat stratégique à travers des mécanismes de réduction des barrières d'accès aux services et soins de santé

Objectif 3 : Renforcer la gouvernance et le pilotage du secteur

Objectif 4 : Améliorer l'accessibilité aux soins de santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent

Secteur Agriculture, pêche et élevage (page 56)

Objectif 1 : Restaurer la sécurité alimentaire, réduire la pauvreté et la précarité

Objectif 2 : Accroître la production végétale, animale et halieutique

Objectif 3 : Renforcer la contribution de l'agriculture à la croissance économique et la création d'emplois

Objectif 4 : Renforcer la coordination du secteur (i) actualisation du cadre politique et réglementaire de l'agriculture ; (ii) structuration, légalisation et encadrement des communautés agricoles locales ; etc.

- Cohérence par rapport au PNDS 2019-2022

L'objectif général du PNDS pour la période 2019-2022 est d'accroître la couverture et l'utilisation des services et soins de santé de qualité par la population avec équité et protection financière. (Page 48)

¹¹ PNDS, page 17.

¹² PNSD : Plan National Stratégique de Développement.

- Sur le plan de la santé, le programme renforce, selon les normes et recommandations du PNDS qui vise la revitalisation des zones de santé et en plus la promotion d'une meilleure autogestion, le fonctionnement général des services de santé de qualité. Dans ce sens, les activités qui prennent leur point de départ au niveau des Aires de Santé/AS, assurent non seulement une meilleure compréhension par la population « bénéficiaire » du système sanitaire, mais assurent surtout leur participation dans la gestion des FOSA dans les différentes régions. Ceci par des activités communautaires au niveau d'infrastructures (bâtiments abritant le CS) comme au niveau de sensibilisation avec comme effets l'augmentation de la fréquentation aux services de santé.
- Au niveau de l'axe stratégique 2 du PNDS sur l'appui aux différents piliers du système de santé pour l'amélioration de la disponibilité et l'accès aux soins de santé de qualité, il existe un pilier concernant « *le développement des Infrastructures et équipements* » qui correspond à l'amélioration d'infrastructures (bâtiment du CS) et l'appui en équipements/matériels (microscopes, lit d'accouchement, lit d'hospitalisation, boîtes de matériels d'accouchement et de petites chirurgies) qui contribuent à la viabilité du CS et à la qualité des services et soins de santé.
- Les activités du programme sont en parfaite cohérence avec l'axe stratégique ci-après défini dans le PNDS : « *Développement des Infrastructures et équipements : Deux programmes sont envisagés pour atteindre ce résultat à savoir ; (i) Réhabilitation/construction des infrastructures et dotation en équipements et (ii) la maintenance des infrastructures et équipements acquis.* »
- L'installation de service de prise en charge des cas de malnutrition au niveau des CS appuyés par le programme est en cohérence avec le PNDS qui met l'accent sur l'état nutritionnel des enfants en précisant que : « *La malnutrition peut affecter à différents âges, notamment entre 6 et 59 mois. Elle paralyse les enfants, les rend plus vulnérables aux maladies, affaiblit leur intellect, diminue leurs motivations et sape leur productivité. Les indicateurs des différentes formes de malnutrition restent préoccupants en RDC.* »
- Par rapport à la question des mutuelles, le programme est en cohérence avec la création des mutuelles communautaires au niveau du premier échelon (innovation) et reste en cohérence avec le PNDS qui affirme : « *En ce qui concerne l'accessibilité aux soins, il y a très peu d'efforts communautaires pour la création des mutuelles de santé et autres mécanismes de partage de risques financiers. L'insuffisance de sensibilisation et d'implication des communautés entrave l'utilisation des services.* »
- Cohérence par rapport au SRSS
 - Le programme agit sur le renforcement du secteur de la santé au niveau de plusieurs zones de santé (ZS de Yakoma/Nord-Ubangi, ZS de Boto/Sud-Ubangi, ZS de Nsélé, ZS de Maluku I et ZS de Maluku II/Kinshasa et ZS de Kabinda/Lomami¹³). Ceci est en cohérence avec l'axe central de la Stratégie de Renforcement du Système de la Santé (SRSS) qui met l'accent sur : « *La revitalisation des zones de santé est l'approche qui garantit à tout instant un équilibre au niveau des valeurs de base (l'équité et la solidarité dans le financement, la dignité de la population et l'éthique professionnelle), respecte le mieux les principes directeurs de la politique nationale de santé (PNS) et celle qui est cohérente avec la mise en œuvre du plan directeur de développement sanitaire (PDDS)* »¹⁴.

¹³ Appuyée par Cap-Santé (BAC).

¹⁴ SRSS, page 27

- Soulignons que le développement des mutuelles de santé est en cohérence avec la stratégie nationale de promotion des mutuelles de santé avec notamment la loi organique n° 2017-02 du 08 février 2017 qui détermine les principes fondamentaux relatifs à la mutuelle de santé. Et la SRSS signale parmi les actions à entreprendre du financement dans le secteur notamment, la promotion des mutuelles de santé et la promotion des modes de tarification conforme au principe de la globalité des soins et qui tiennent compte de la nécessité de recouvrer les coûts. (Voir SRSS, page 35).
- Il y a cohérence entre le programme et la SRSS sur l'approche de la participation communautaire. La SRSS souligne que : « *La participation de la communauté est un axe important de la stratégie des soins de santé primaires. Elle permet à celle-ci d'être un acteur et donc un partenaire incontournable dans la production des soins dont elle est bénéficiaire. Elle doit être comprise comme une dimension importante dans l'amélioration de la gestion du Centre de Santé et de la qualité des soins et des services offerts par ce dernier. La participation communautaire peut prendre plusieurs formes allant de la simple adhésion du patient (nécessaire à l'efficacité des soins) à des actions plus importantes et plus visibles telles la participation à la décision avec les professionnels de santé, l'apport des ressources en fonction des besoins et des moyens dont elle dispose et Cette forme de participation peut prendre plusieurs formes allant jusqu'à la construction des Centres de Santé en passant bien entendu par le paiement des actes médicaux* »¹⁵.
- Il existe une cohérence entre le programme et la SRSS dans la contribution d'autres secteurs dans l'amélioration des déterminants de la santé des communautés. Ceci est exprimé dans la SRSS en ces termes : « *De même, une collaboration sera recherchée systématiquement avec les secteurs connexes comme celui de l'eau, des transports et communication, de l'éducation, de l'environnement et de l'agriculture, qui sont tout à fait incontournables pour l'amélioration de la santé des communautés* »¹⁶ (SRSS, page 36).
- Cette cohérence par rapport aux stratégies des politiques nationales est particulièrement renforcée au niveau de l'OS1 (volet santé) par la collaboration étroite avec la Division Provinciale de la Santé (DPS), dont la participation active est requise pour exécuter de manière optimale certaines activités du programme (voir en particulier le partenariat entre RC4D et le Ministère Provincial de la Santé/Province de Kinshasa).
- Et enfin, signalons qu'il existe aussi une cohérence entre le programme « Ensemble, avançons » et le Programme National de Promotion des Mutuelles de Santé (PNPMS) au niveau du ministère de la Santé Publique, Hygiène et Prévention. Créé en 2001, le PNPMS travaille pour la création, la promotion des mutuelles de santé et l'adhésion de la population à ces organisations. Ce programme national public vise à installer la mutuelle de santé dans chaque zone de santé.

2.2.2. Cohérence par rapport aux autres acteurs de coopération (harmonisation)

- Le programme est cohérent par rapport aux objectifs stratégiques de la coopération belge :
 - Voir la note stratégique sur la couverture santé universelle (CSU)
 - Voir la note politique sur le droit à la santé et aux soins de santé
 - Voir la note stratégique sur l'éducation
 - Voir la note stratégique de la DGD sur le secteur de l'agriculture et de la sécurité alimentaire
 - Voir la note stratégique sur l'environnement
 - Voir aussi la politique stratégique de la Belgique en RDC en matière de gouvernance

¹⁵ SRSS, page 32.

¹⁶ SRSS, page 36.

- Il est bon de souligner que chaque partenaire à son niveau développe des synergies avec d'autres acteurs de la coopération au développement, ce qui permet en général de mutualiser les efforts. Nous relevons les suivantes :
 - **RC4D** et l'ONG canadienne CCISD (centre de coopération internationale en santé et développement) : les deux structures ont organisé des formations à l'intention des prestataires de santé dans des ZS communes (de convergence) : adaptation des soins et sensibilisation à l'hygiène du public adolescent, gestions des déchets médicaux, soins obstétricaux d'urgence.
 - **ADINE/CONGODORPEN** et le PAM : collaborations communes dans le cadre de l'autonomisation des femmes à travers l'alphabétisation formelle et conscientisante et activités génératrices des revenus¹⁷.
 - **ADINE** et le Monde selon les femmes : l'animatrice chargée du genre au sein de l'équipe ADINE est allée suivre une formation à Kinshasa auprès de l'ACNG belge « le Monde selon les femmes ». Notons que les acquis de cette formation ne se limitent pas à ADINE mais à l'ensemble des partenaires de CONGODORPEN, voire même à BAC dans le cadre du prochain programme DGD 2022-2026¹⁸.
 - **CBMT/FONCABA** et CRONGD¹⁹ :
 - Collaborations au niveau des plaidoyers (appui informations/formations auprès des autorités)
 - En partenariat aussi avec le CRONGD/CNCD 11.11.11, collaborations en défense des intérêts socio-économiques des femmes, des enfants, des jeunes et ménages ciblés des villages et des quartiers périphériques. Par ailleurs, dans ce cadre, des responsables du CBMT ont bénéficié d'une formation-restitution sur l'inclusion institutionnelle du genre dans les secteurs socio-économiques, des ressources naturelles, de la démocratie et des droits humains
 - **CBMT/FONCABA** et NRC (Norwegian Refugee Council):
 - Des jeunes vulnérables (garçons et filles, filles-mère) appuyés par le CBMT ont également été appuyés par NRC sur des formations en restauration (hôtellerie et la transformation alimentaire) ainsi qu'en coupe et couture
 - **RODHECIC/FONCABA** : Avec Broederlijk Delen ; échanges sur les résultats à mi-parcours de leurs programmes respectifs avec le RODHECIC en présence du conseil d'administration du RODHECIC et des représentants du personnel-cadre des partenaires de la FONCABA
 - **SCS Nord-Kivu/BAC** et la Fondation Sud-africaine OSISA²⁰ : appui technique et financier de ce programme (dont appui au fonctionnement de la SCS et financement des activités à caractère communautaire)
- Concernant les synergies entre les ACNG du programme, les consultants renvoient le lecteur au chapitre 2.3.5 (*efficacité des synergies du programme commun*).

¹⁷ Notamment prise en charge par le PAM des animateurs d'alphabétisation.

¹⁸ BAC et CONGODORPEN sont partenaires dans le cadre du prochain programme DGD 2022-2026.

¹⁹ Le Conseil Régional des Organisations Non Gouvernementales de Développement (CRONGD) est un réseau d'ONG de développement en RDC.

²⁰ Open Society Initiative for Southern Africa.

2.3. EFFICACITE

De manière générale, l'efficacité du programme en termes de résultats atteints est satisfaisante (4/5)

L'efficacité du programme permet de mesurer si les objectifs de celui-ci ont été atteints, compte tenu de leur importance relative. Nous analysons/apprécions ici en particulier l'atteinte des indicateurs de résultats tels que définis dans les rapports d'activités et cadre logique.

Avant d'analyser chaque résultat, nous relevons quelques enseignements généraux sur le niveau d'atteinte de chaque objectif spécifique.

Remarque : concernant les indicateurs, les données 2021 n'ont pas encore été validées par l'ensemble des ACNG du programme (au moment de la présente évaluation).

2.3.1. Enseignements généraux

OS1 (volet santé)

Rappel des indicateurs généraux (liés à l'OS1) : (OS1.1) : 55% de taux de satisfaction des usagers aux services de santé appuyés ; (OS1.2) : 50% de taux d'utilisation moyen des formations sanitaires des zones de santé appuyées

Les résultats des indicateurs sont :

- **OS1.1** : la baseline était de 30% ; 68% en 2019 ; 80% en 2020 ; 85% en 2021 - soit pour 2021 : 86% pour **RC4D** ; 83,65% pour **CONGODORPEN**
- **OS1.2** : la baseline était de 40% ; 41% en 2019 ; 44% en 2020 ; 42% en 2021 - soit pour 2021 : 44% pour **RC4D** ; 30,58% pour **CONGODORPEN**
- De manière générale, les activités prévues dans l'OS 1 ont été réalisées. La qualité des centres de santé est mesurée par leur capacité à offrir un PMA conforme aux normes nationales. Or, le consortium aura orienté sa stratégie afin de garantir que les centres de santé appuyés puissent offrir des PMA de base, la réalité de terrain ne permettant pas à ce jour la prise en charge par les centres de santé de toutes les maladies chroniques inclus dans un PMA conforme aux normes nationales.
- Les enquêtes de satisfaction (rédigées conjointement entre les ACNG) réalisées auprès des usagers des formations sanitaires appuyées montrent une satisfaction générale de 80% pour 2020. Et l'on constate que ces chiffres ont constamment augmenté depuis le début du programme (*voir supra*). Globalement, la qualité des soins s'est améliorée dans les ZS appuyées. D'une part, le nombre de jours de rupture de stock de médicaments a continué à s'amoinrir grâce à l'appui du programme (*voir indicateur OS1.R2.1*). D'autre part, le nombre de CS offrant un PMA de base a constamment augmenté durant toute la durée du programme (*voir indicateur OS1.R2.2*). Ces bons résultats sont dus principalement aux différentes actions de renforcement des capacités (matérielles/infrastructures, formations) qui ont été menées durant toute la durée du programme.
- De manière générale, le taux d'utilisation moyen des formations sanitaires des zones de santé appuyées a augmenté durant la durée du programme, quoique légèrement (*voir supra*). Cela serait dû surtout aux effets des projets de tarification forfaitaire et des mutuelles de santé communautaires.
- Concernant les mutuelles de santé, les résultats sont variables en fonction des partenaires/zones d'intervention. De manière générale, le taux de pénétration de la population à la mutuelle de santé dans les zones d'intervention reste assez faible (*OS1.R3.1*). Ces difficultés s'expliquent par les contextes provinciaux spécifiques (Covid-19, Ebola, réfugiés fuyant des guerres), en particulier au Sud-Ubangi et Nord-Ubangi (**CONGODORPEN**), qui ont favorisé la mise en place de programmes multilatéraux et nationaux visant la gratuité des soins (sans réelle concertation

préalable avec la société civile) nuisant ainsi sur l'attractivité de l'affiliation aux mutuelles de santé. Chez CDI-Bwamanda, il est important de distinguer la qualité de l'impact entre l'assurance hospitalisation (avec une diminution de 21% en 5 ans des adhérents mutualisés qui se font soigner/an à l'hôpital) et la micro assurance (avec une augmentation de 70% en 5 ans des adhérents mutualisés qui se font soigner/an au centre de santé). Dans la Province de Kinshasa (zone d'intervention de **RC4D**), le faible taux de pénétration de la population à la mutuelle de santé s'explique probablement par la jeunesse de l'initiative et le fait que les communautés et prestataires ne soient pas encore suffisamment sensibilisés sur les principes, fonctionnement et enjeux des mutuelles de santé.

OS2 (développement économique)

Rappel des indicateurs généraux (liés à l'OS2) : (OS2.1) : 80% de ménages ayant augmenté leurs revenus jusqu'à minimum 100 USD/mois, grâce aux activités du programme ; (OS2.2) : 65% de taux d'utilisation des formations sanitaires par les membres des ménages qui développent des AGR

Les résultats des indicateurs sont :

- **OS2.1** : la baseline était de 0% ; 43% en 2019 ; 44% en 2020 ; 57% en 2021 – soit pour 2021 : 82% pour **FONCABA** ; 77% pour **RC4D** ; 33% pour **CONGODORPEN**
 - **OS2.2** : la baseline était de 33% ; 62% en 2019 ; 46% en 2020 ; 48% en 2021 – soit pour 2021 : 23% pour **FONCABA** ; 91% pour **RC4D** ; 34% pour **CONGODORPEN**
- De manière générale, les activités prévues dans l'OS 2 ont été réalisées et les résultats relatifs à cet OS sont particulièrement intéressants (voir aussi les nombreux effets/impacts liés).
 - Dans la perspective d'augmenter les revenus des communautés, les organisations partenaires ont appuyé celles-ci dans le renforcement de leurs capacités (appui structuration, appui technique) et dans l'appui au développement d'AGR.
 - De manière générale, l'on constate une augmentation des revenus auprès des communautés et des familles bénéficiaires de l'appui du programme. Cette augmentation est particulièrement significative chez les femmes organisées/structurées en groupements/coopératives et qui développent des activités de filières agricoles (maraîchage, transformation/commercialisation de produits agricoles). Cela est particulièrement le cas chez les groupements appuyés par **CBMT/FONCABA**.
 - Le principal goulot d'étranglement des producteurs agricoles est le mauvais état des infrastructures (ponts, routes deviennent impraticables pendant la saison de pluies), l'inondation des champs détruisant les cultures, la perturbation de saisons suite aux effets du changement climatique, le manque de moyens de transport (charrettes, camion) pour évacuer les produits et aussi, le manque ou l'insuffisance d'équipements nécessaires à la transformation de leurs produits. Ce contexte défavorable impacte lourdement l'insécurité alimentaire des producteurs. La stratégie d'accompagnement visée par le programme encourage l'innovation et la créativité dans la transformation, la conservation et l'utilisation des produits agricoles. C'est en favorisant des transformations et distributions locales que nous pouvons contourner les difficultés majeures liées au contexte national et freinant la commercialisation des produits agricoles.
 - Le taux d'utilisation des formations sanitaires par les membres des ménages qui développent des AGR a lui aussi augmenté durant la durée du programme même si la Covid-19 a freiné cette croissance, particulièrement durant l'année 2020.

OS3 (gouvernance/plaidoyer)

Rappel des indicateurs généraux (liés à l'OS3) : (OS3.1) : 15 plaidoyers/an réalisés par la société civile en faveur des droits des femmes et des hommes (droits à la santé) ; (OS3.2) : 15 recommandations de la société civile prises en compte dans les plateformes de concertation (CPP, clusters santé, CARG, etc.) ; (OS3.3) : 50% de taux de représentativité et de participation des femmes au sein des différents cadres de concertation et de dialogue

Les résultats des indicateurs sont :

- **OS3.1** : la baseline était de 4/an ; 47 en 2019 ; 40 en 2020 ; 13 en 2021 – soit total cumulé sur les 5 ans : 89 pour **FONCABA** ; 47 pour **BAC-Cap Santé** ; 20 pour **CONGODORPEN**
 - **OS3.2** : la baseline était de 10 ; 20 en 2019 ; 58 en 2020 ; 17 en 2021 – soit total cumulé sur les 5 ans : 193 pour **FONCABA** ; 29 pour **BAC-Cap Santé** ; 15 pour **CONGODORPEN**
 - **OS3.3** : la baseline était de 15% ; 27% en 2019 ; 37% en 2020 ; 40% en 2021 – soit pour 2021 : 56% pour **FONCABA** ; 24% pour **BAC-Cap Santé** ; 41,43% pour **CONGODORPEN**
- Les activités prévues dans l'OS 3 ont été réalisées à l'exception de celles appuyées par **BAC**. En effet, suite à des coupes budgétaires de la DGD, une bonne partie des activités prévues (en particulier renforcement des capacités des SCS) n'ont pas été réalisées.
 - Malgré les ralentissements engendrés par la pandémie de Covid-19 en 2020, le programme a maintenu un soutien efficient à la réalisation de plaidoyers de la société civile congolaise et au renforcement de capacités de ses partenaires. Les résultats relatifs à cet OS sont particulièrement intéressants pour les partenaires de **FONCABA** (**RODHECIC** et **CBMT**) : le nombre de recommandations pris en compte dans des plateformes de concertation de la société civile a été croissant durant la durée du programme.
 - Que ce soit au Kongo-Central ou au Nord-Kivu, la Société Civile Santé (**SCS/BAC**) est reconnue comme interlocuteur dans les différents cadres de concertation. Par ailleurs, elle entretient de bonnes collaborations avec les autorités sanitaires. Cependant, de manière générale, les Coordinations Provinciales de la SCS souffrent d'une insuffisance de moyens financiers pour mener à bien leurs missions. Par ailleurs, le volet redevabilité (vis-à-vis des pouvoirs publics) de leurs actions est à renforcer.
 - Le taux de représentativité et de participation des femmes au sein des différents cadres de concertation et de dialogue a été croissant durant la durée du programme. Soulignons en particulier l'action de **CBMT/FONCABA** qui réalise des plaidoyers pour l'égalité des femmes et des hommes, des filles et des garçons, mais aussi pour l'arrêt des violences sexuelles faites aux femmes et aux jeunes filles. Quant au **RODHECIC/FONCABA**, il a réalisé des plaidoyers de défense des Droits des femmes. Il a encouragé la participation des femmes de son réseau dans l'observation des actions gouvernementales et aux plaidoyers de défense des droits humains économiques, socio-culturels et l'environnement dans leurs quartiers. Pour l'ensemble des organisations partenaires, il reste néanmoins du travail à fournir quant à la représentativité et la participation des femmes au sein des cadres de concertation et de dialogue.
 - La création d'organes de concertation (CLD/CRDI, comités locaux de coordination provinciale/CLCP, structuration des paysans en OP ou en groupements d'organisations féminines/OF de maraîchères bio, et Unions/coopératives) contribue à l'émergence de la démocratie participative au niveau des communautés, cadrant ainsi avec le processus de décentralisation toujours en cours en RDC.

2.3.2. Résultats atteints de l'OS 1 (Les populations des zones d'intervention ont accès à des services de base de qualité, prioritairement la santé)

R1.1 – « Les femmes et les hommes des communautés de base ciblées ont développé des initiatives locales concrètes dans le domaine de la santé et de l'éducation » - RC4D, CONGODORPEN, BAC-Cap santé

Indicateurs de résultat : OS1.R1.1 La proportion d'initiatives en matière de santé et d'éducation correctement mis en œuvre parmi celles validées par le comité de pilotage ; OS1.R1.2 Le taux de couverture vaccinale en DTC-Help-Hlb3 des enfants <12 ans récupérés par les communautés de base

Les résultats des indicateurs sont²¹ :

- **OS1.R1.1** : la baseline était de 10 (2016) ; 64 en 2019 ; 69 en 2020 ; 65 en 2021 – soit pour 2021 : 18 pour **CONGODORPEN**, 44 pour **RC4D**, 4 pour **BAC**
- **OS1.R1.2** : la baseline était de 40% ; 85% en 2019 ; 81% en 2020 ; 79% en 2021 - soit pour 2021 : 97% pour **RC4D**, 62% pour **CONGODORPEN**

Remarque : pour rappel, les activités menées par le partenaire Cap Santé (BAC) dans le cadre du programme DGD 2017-2021 n'ont pas fait l'objet de la présente évaluation. Par conséquent, le niveau d'atteinte des indicateurs de résultat concernant ce partenaire n'est pas apprécié ici.

RC4D et ses partenaires (ESDR²²)

Remarque : voir R1.2 et R1.3 concernant les autres aspects du volet santé en partenariat direct avec le Ministère Provincial de la santé de Kinshasa.

- RC4D appuie 3 centres pour ESDR : ORPER^{23,24}, Don Bosco/Maison Papy et Ndako ya Bisso. Grâce à l'appui au fonctionnement de ces centres, un nombre important d'enfants a eu accès aux soins de qualité.
- RC4D appuie ces centres à différents niveaux :
 - Appui infrastructures/réhabilitation/équipements (centre hébergement, bureaux, infrastructures hydrauliques, infirmerie/dispensaire)
 - Appui fonctionnement (bureaux, communication, etc.)
 - Appui au développement d'AGR (groupement de femmes actives dans le maraîchage – cas particulier de l'ESDR Don Bosco/Maison Papy)
 - Appui formations : stockage/conservation médicaments, ordinogramme, accouchements/maternité, gestion financière d'un centre de santé/d'une pharmacie, agriculture, accompagnement/gestion groupements, micro-crédit, etc.
- Soulignons en particulier la collaboration entre la ZS et l'ESDR qui a permis l'intégration du dispensaire de la Maison Papy/Don Bosco comme structure sanitaire intégrée à la ZS de Mont Ngafula II²⁵ et des visites de travail des cadres de cette ZS ont été effectuées.

²¹ Les indicateurs ne sont pas actualisés pour 2021.

²² Associations d'encadrement des enfants en situation de rue.

²³ L'œuvre de reclassement et de protection des enfants de la rue.

²⁴ Les résultats relatifs à l'appui de RC4D auprès ORPER ne sont pas valorisés dans la présente évaluation ; d'une part, ORPER n'a pas fait l'objet d'une visite et d'autre part, la documentation disponible ne permet pas de valoriser ces résultats.

²⁵ Cette intégration a eu lieu en 2018/2019.



Fig.3 Dispensaire de la Maison Papy/Don Bosco (Kinshasa)

- Le dispensaire de l'ESDR Don Bosco/Maison Papy a signé une convention avec la mutuelle « Boboto » ; fin 2021, l'on relevait 395 adhérents mutualistes. D'après les témoignages recueillis, l'adhésion à la mutuelle aurait eu comme effet une augmentation de la fréquence des usagers du dispensaire. A noter que les enfants ont droit aux soins gratuitement.
- Relevons enfin quelques difficultés constatées en particulier auprès de l'ESDR Don Bosco/Maison Papy : (1) la rareté de trouver les familles d'accueil des enfants à réinsérer dans la communauté après leur formation ; (2) pas de financements pour trouver des maisons au cas où les familles refusent ; (3) difficultés de réinsertion professionnelle ; quel appui et quel suivi pour les élèves sortants ?

ADINE/CONGODORPEN

- 5 Aires de Santé/AS sont couvertes au sein de la ZS de Yakoma (sur un total de 13 AS) : AS Tongu, AS Sanga, AS Ngalo, AS Mission et AS Cité, avec une population globale de 58.796 habitants et une superficie de 42Km².
- Le taux de couverture vaccinale est passé de 85% (2016) à 100% (2021) - d'après les rapports d'activités.
- Le taux de satisfaction des usagers est passé de 69% (2016) à 72% (2021) grâce à l'accessibilité aux soins de santé due à la mutuelle (d'après les rapports d'activités) – voir aussi R1.3
- 5 Centres ruraux de développement intégré (CRDI) sont organisés et structurés pour coordonner les activités des OSC (OP²⁶, COPA²⁷, PEIG²⁸, CODESA²⁹) par Aire de Santé (voir aussi R2.1).
- 5 CODESA sont dynamiques. À travers le programme, des sensibilisations communautaires ont été menées pour redynamiser les CODESA. Ceux-ci opèrent désormais en cogestion avec les prestataires de soins (inventaire, entrées, système de pérennisation des médicaments³⁰, etc.). Par

²⁶ Organisation paysanne.

²⁷ Comité de parents.

²⁸ Petits entrepreneurs indépendants ou groupés.

²⁹ Comité de développement santé

³⁰ Fonds durables qui permettent d'acheter des médicaments pour les 5 ans.

ailleurs, ils sont aussi en mesure d'identifier plus facilement certains problèmes (ex. : malnutrition des enfants).

- 6 centres d'alphabétisation ont été créés et permettent aux femmes de savoir lire, écrire et calculer. 907 femmes sont alphabétisées (*voir aussi 2.6 effets/impacts*).
- 74 COPA s'investissent dans l'amélioration de la qualité de l'enseignement en collaboration avec les établissements scolaires (*voir 2.6 effets/impacts*).
- Le taux de scolarisation des filles augmenté et est passé de de 41,6% à 46,1 % grâce à la sensibilisation sur la scolarisation des filles (d'après les rapports d'activités).
- 5 Sections mutualistes sont mises en place dans les 5 AS et renforcent les campagnes d'affiliation à la mutuelle de santé.

CDI Bwamanda/CONGODORPEN

- La zone d'intervention est la ZS de Boto et le programme couvre 5 AS (sur un total de 17 AS) : Isabe, Bembese, Boto, Kasongo et Bobandu, avec une population globale de 69.173 habitants. Dans la ZS de Boto, il existe 17 AS.
- 5 Comités Locaux de Développement (CLD) sont organisés et structurés pour coordonner les activités des OSC (OP, SM³¹, COPA, PEIG, CODESA) par Aire de Santé.
- 5 CODESA sont dynamiques et ont réalisé :
 - 5 réhabilitations de maisons d'infirmiers en matériaux locaux pour améliorer les conditions de vies des infirmiers
 - 2 sources aménagées qui ont contribué à la réduction des maladies hydriques dans les communautés (*voir Registre des malades des CS*)
- Le taux d'utilisation de services de soins curatifs dans les 5 aires de santé est passé de 30% (2016) à plus de 65% en moyenne (2021) – d'après les rapports d'activités
- Le taux de satisfaction des usagers est passé de 55% (2016) à 80% (2021) grâce à l'accessibilité aux soins de santé due à la mutuelle – d'après les rapports d'activités
- 5 Sections mutualistes sont opérationnelles dans les 5 AS pour le renforcement des campagnes d'affiliation à la mutuelle de santé (*voir aussi R1.3*)
- 14 COPA s'investissent dans l'amélioration de la qualité de l'enseignement en collaboration avec les établissements scolaires :
 - 12 salles de classes réhabilitées avec matériaux locaux et appuyées par le programme en fournitures scolaires pour améliorer la qualité de l'enseignement
 - 6 maisons d'habitation construites en matériaux locaux pour les enseignants afin d'améliorer les conditions de vie de ceux-ci
 - 8 bureaux construits en matériaux locaux afin d'améliorer les conditions de travail des chefs des établissements scolaires
- Le taux de scolarisation des filles a augmenté et est passé de de 31% (2016) à 46,1% (2021) grâce à la sensibilisation sur la scolarisation des filles – d'après les rapports d'activités
- 5 Centres d'alphabétisation sont accompagnés :
 - 1.723 apprenants³², dont 1.377 femmes, savent lire et écrire, avec changements de comportement à la clé (*voir effets/impacts*)

³¹ Service de mutuelle de santé.

³² Cumulés sur les 5 ans (2017-2021).

- 1 centre d’alphabétisation³³ construit en matériaux semi durables avec la participation de la communauté³⁴ et l’appui du programme (et équipé en bancs, tableaux et fournitures d’apprentissage)
- Relevons enfin quelques difficultés :
 - A part le centre d’alphabétisation construit, les autres centres sont en matériaux locaux (pailles ou chaumes) et les conditions d’apprentissages sont encore précaires
 - Les moniteurs d’alphabétisation ont de très faibles primes (risques de démotivation et à la longue, de décroissance de la qualité d’apprentissage)

R1.2 – « La qualité des soins de santé est améliorée, grâce au développement des capacités (institutionnelles, organisationnelles et individuelles) des structures et des organisations actives dans ce domaine » - RC4D, CONGODORPEN, BAC-Cap santé

Indicateurs de résultat : OS1.R2.1 Nombre moyen des jours de rupture de stock des médicaments traceurs dans les structures sanitaires appuyées ; OS1.R2.2 Nombre de centres de santé offrant un paquet minimum d’activités (PMA) de base

Les résultats des indicateurs sont :

- **OS1.R2.1** : la baseline était de 93 jours de rupture ; 48 en 2019 ; 31 en 2020 ; 24 en 2021 – soit pour 2021 : 8 pour **CONGODORPEN**, 40 pour **RC4D**
- **OS1.R2.2** : la baseline était de 30 (sur 105 CS appuyés) ; 42 en 2019 ; 58 en 2020 ; 28 en 2021 – soit pour 2021 : 2 pour **BAC/Cap-Santé** ; 10 pour **CONGODORPEN**, 2 pour **RC4D**

R4CD/Ministère Provincial de la Santé de Kinshasa

- Sur le volet logistique, voici les principaux résultats acquis dans le cadre du programme :
 - ZS Nsele:
 - HGR Kinkole: réhabilitation du bâtiment abritant les box de consultations, réhabilitation de la salle d’opération, construction d’une salle de plâtre et fourniture d’un lot d’équipements et matériels médicaux
 - 6 CS mutualistes (Bahumbu 2, Méthodiste, Etonga, Bibwa, Dingi Dingi et Mbangou Mbamu) : lot d’équipements/matériel médicaux et non médicaux
 - CS Dingi Dingi: construction d’une salle d’observation
 - CS Bibwa: remplacement du circuit électrique (solaire), forage d’un puits d’eau et un réfrigérateur solaire.
 - CS Buma: un réfrigérateur solaire.
 - CS Mbangou Mbamu: réhabilitation et agrandissement du CS, construction d’un incinérateur à haut rendement (action conjointe avec ASSK), construction d’une clôture, connexion du CS au réseau local de distribution d’eau et un réfrigérateur solaire
 - ZS Maluku 1 :
 - 5 CS mutualistes (Bita, Menkao, Kingakati, Kimpoko et Monaco) : un lot d’équipements et matériels médicaux et non médicaux
 - CS Nguma 2 : un réfrigérateur solaire
 - CS Kimpoko : réhabilitation du CS et du forage d’un puits d’eau

³³ Communauté de Kasongo.

³⁴ Briques, sables, eau.

- ZS Maluku 2 :
 - 4 CS mutualistes (Kingawa, Mongata, Mbankana, et Dumi) : un lot d'équipements et matériels médicaux et non médicaux ainsi qu'un d'un lot de médicaments essentiels à recycler
 - CS Kingawa: construction d'un bâtiment pour la maternité, un réfrigérateur solaire et forage d'un puits d'eau
 - CS Bukana: réfrigérateur solaire
 - BCZS³⁵, CS Busira, CS Yuo, CS Mbeté et CS Kingwala (action conjointe avec ASSK) : Installation d'un système de communication par radiophonie
- Dispensaires des ESDR : réhabilitation de 3 bâtiments abritant les dispensaires et d'autres infrastructures pour l'accueil des ESDR, Fourniture d'un lot d'équipements et matériel médicaux, fourniture annuelle d'un lot des médicaments essentiels.
- Sur le volet formations, stages et accompagnement technique, voici les principaux résultats :
 - Formations : 12 sessions de formation organisées (certaines avec ASSK) sur différents thèmes au bénéfice de 45 infirmiers et 7 médecins des FOSA de Nsélé, Maluku 1, Maluku 2 et des centres pour ESDR.
 - Stages pour 2 médecins (échographie) et 8 infirmiers (médecine interne, urgence pédiatrique, gynéco-obstétrique) de l'HGR Mbankana/Maluku 2 à l'hôpital Saint Joseph/Limete.
 - Accompagnement technique : évaluation de la qualité de soins aux CS/HGR ; mise en place d'une tarification forfaitaire.
 - En termes d'effets/impacts des différentes formations reçues, nous relevons l'exemple du CS de Bibwa (Nsélé) : les prestataires formés soulignent par exemple que l'utilisation de l'ordinogramme leur permet de réduire les erreurs de diagnostic et de traitement. Par ailleurs, grâce à la formation sur la CPN³⁶ recentré, les femmes enceintes présentant des risques sont désormais référées à l'HGR.
- D'après les rapports d'activités, voici quelques difficultés observées :
 - Le taux d'utilisation des services de soins curatifs est en-dessous des cibles prévues dans les ZS de Maluku II et Nsélé.
 - L'approvisionnement en médicaments avec un nombre de jours de rupture de stocks allant jusqu'à 30 jours à Maluku II.
 - L'accès à l'eau potable dans les 3 ZS qui reste faible.
- Notons que la flexibilité de l'approche R4CD est soulignée par les MCZS rencontrés (appui aux PA des ZS/co-planification des activités).
- Des effets de l'appui à la mise en place de la tarification forfaitaire se font ressentir : par exemple, au CS de Mbangu Mbamu, les personnes interrogées nous révèlent que beaucoup de femmes viennent accoucher (+50/mois) grâce à la tarification forfaitaire (avant tarif aléatoire, maintenant 8000F pour le package/consultation + labo + médicaments ; 12.000F pour l'accouchement) et à la qualité des soins.
- Le nombre de centres de santé offrant un paquet minimum d'activités (PMA) de base reste faible (36%) dans les 3 ZS couvertes.
- De manière générale, le taux moyen d'utilisation des formations sanitaires (*voir OS1.2*), bien qu'il ait augmenté durant les 5 ans du programme (32% en 2017), est en-dessous de la cible prévue (37% sur 50%) et en réalité très variable d'une formation sanitaire à l'autre. Là où ce taux augmente (comme c'est le cas au CS de Bibwa/ZS Nsélé), cela est dû aux effets combinés de la

³⁵ Bureau central de la zone de santé.

³⁶ Consultation prénatale.

tarification forfaitaire et de la mutuelle (d'après les personnes interrogées). Une étude d'impact devrait pouvoir expliquer plus précisément le lien entre l'adhésion à la mutuelle et l'augmentation du taux d'utilisation des formations sanitaires.



Fig.4 CS Mbangu Mbamu (ZS N'sele)

ADINE/CONGODORPEN

- De manière globale, la qualité des soins est améliorée suite au développement des capacités institutionnelles, organisationnelles et individuelles des 5 CRDI et organisations actives dans ce domaine :
 - 12 actions de renforcement des capacités des prestataires des soins et des membres de CODESA sur la gestion des centres de santé et médicaments³⁷.
 - Pérennisation des médicaments assurée dans les 5 aires de santé grâce au système infilogistic mis en place par le programme.
 - Supervision mensuelle et monitoring trimestriel sur financement du programme dans les 5 aires de santé.
 - Evaluation semestrielle organisée par la division provinciale de la santé sur financement du programme.
- Sur les 5 centres de santé équipés par le programme, la totalité dispose d'un PMA de base (d'après les rapports d'activités).

CDI-Bwamanda/CONGODORPEN

- 5 Communautés (5 Centres de Santé) sont accompagnées dans la ZS de Boto et ont réalisé :
 - Avec la participation de la communauté³⁸, 5 Centres de santé sont construits³⁹ et équipés en matériels médicaux⁴⁰, équipements et médicaments essentiels, pour améliorer la qualité de soins.

³⁷ Voir aussi utilisation de l'ordinogramme,

³⁸ Apport en briques, sable, eau.

³⁹ Avec plusieurs locaux pour les différents services.

⁴⁰ Lits et matelas, tenues, microscopes, matériels d'accouchement, boîte de petite chirurgie, etc.

- L'appui du programme à la ZS pour compléter quelques PMA dans les 5 CS ciblés en vue de renforcer les capacités des prestataires et le monitoring mensuel par la ZS en vue d'améliorer la qualité des soins de santé primaire.
- Voir aussi OS1/R1
- De manière globale, la qualité des soins est améliorée suite au développement des capacités institutionnelles, organisationnelles et individuelles des 5 CLD et organisations actives dans ce domaine :
 - 5 actions de renforcement des capacités des prestataires des soins et des membres de CODESA sur la gestion des centres de santé et médicaments, avec notamment comme résultats la diminution de jours de rupture des médicaments essentiels génériques (MEG) dans les 5 formations sanitaires (FOSA).
 - La supervision mensuelle et monitoring trimestriel grâce au financement du programme dans les 5 aires de santé.
 - Evaluation semestrielle organisée par la Coordination médicale de CDI-Bwamanda.
- D'après les personnes interrogées, les conditions de travail dans les CS ciblés se sont améliorées permettant une bonne qualité des soins. Par ailleurs, d'après les rapports d'activités, le taux d'utilisation des services de ces CS a augmenté.
- Soulignons que l'introduction de l'unité de prise en charge des malnutris aux CS par le programme est très pertinente par rapport au contexte de prévalence de la malnutrition dans la région.
- D'après les rapports d'activités, le nombre de jours de rupture de stock de médicaments traceurs dans les CS ciblés par le programme (OS1 R2.1) a évolué de 13 en 2017 à 9 en 2021. Ce qui montre une évolution, certes lente, mais positive.
- Quant aux résultats relatifs au nombre de centres de santé offrant un paquet minimum d'activités (PMA) de base (OS 1 R2.2), ils sont très bons puisque les 5 CS appuyés par CDI offrent un PMA de base complet. D'après les personnes interrogées au niveau de l'ECZS, les 5 CS appuyés par le programme sont des structures qui ont un plateau technique élevé par rapport aux autres mais aussi en termes de qualité de soins (« *Quand on évalue les différentes structures, ce sont ces structures qui ont le score plus élevé par rapport aux autres* »). Ces CS ont une bonne disponibilité des médicaments mais aussi l'intégration d'autres paquets de soins que d'autres n'ont pas comme la prise en charge de la malnutrition.
- Relevons enfin quelques difficultés constatées :
 - La grève des infirmiers au niveau national depuis le mois de juillet 2021. Cette situation de grève influence négativement sur le programme et sur le fonctionnement des structures de santé.
 - Durant la réhabilitation des CS, quelques infirmiers ayant bénéficié de renforcement des capacités du programme, ont été permutés dans d'autres CS sans qu'il y ait eu systématiquement un transfert de compétences effective. Tenant compte de cette situation, la formation est menée désormais de manière collective lors des revues mensuelles en collaboration avec la ZS.
 - D'après les personnes interrogées au niveau de l'ECZS, il semblerait qu'il y ait un manque de réactifs de laboratoire.
 - Les installations sanitaires n'étaient pas construites.
 - Le manque d'eau courante et potable au niveau de structures sanitaires.
 - Le manque d'incinérateurs dans les CS (problème environnemental dans la gestion des déchets biomédicaux).



Fig.5 CS de Bobandu (Sud-Ubangi)

R1.3 – « L’accessibilité des soins est améliorée, grâce à des mécanismes financiers équitables et durables » - BAC/CAP Santé, RC4D & CONGODORPEN

Indicateurs de résultat : OS1.R3.1 Taux de pénétration de la population à la mutuelle de santé dans les zones d’intervention ; OS1.R3.2 Nombre de personnes ayant accédé aux services de santé grâce à leur mutuelle

Les résultats des indicateurs sont :

- **OS1.R3.1** : la baseline était de 3% (moyenne nationale) ; 17% en 2019 ; 3% en 2020 ; 3% en 2021 – soit pour 2021 : (1) au niveau de l’AS : 8,34% pour **CONGODORPEN** ; 0,99% pour **RC4D** ; (2) au niveau de la ZS : 7,78% pour **CONGODORPEN** ; 0,47% pour **RC4D**
- **OS1.R3.2** : la baseline était de 30% ; 68% en 2019 ; 32% en 2020 ; 39% en 2021 – soit pour 2021 : (1) au niveau de l’AS : 39,18% pour **CONGODORPEN** ; 37,91% pour **RC4D** ; (2) au niveau de la ZS : 3% pour **RC4D**

RC4D et ses partenaires (UMUSCA et Ministère Provincial de la Santé de Kinshasa)

- RC4D et ses partenaires ont appuyé à la mise en place et au développement d’une mutuelle de santé dans la zone d’intervention (mutuelle « Boboto ») : (1) prise en charge des frais de fonctionnement des bureaux des 3 sections mutualistes (ressources humaines, fournitures, communication, sensibilisation, réunions), (2) 5 motos ; (3) équipement de bureau ; (4) construction d’un bureau à Mbankana⁴¹ (Maluku II).
- Grâce à l’appui technique de l’UMUSAC (depuis juillet 2017), les gestionnaires/animateurs des sections mutualistes ont été recrutés, ils ont été formés (formation des organes de gestion des mutuelles, coaching, suivi et cohérence par rapport à la loi/principes fondamentaux des mutualistes, technique d’animation et de communication).
- La stratégie de l’UMUSAC était de ne pas attendre un grand nombre d’adhérents pour démarrer la mise en place de la mutuelle ; les premiers adhérents devant mobiliser les autres⁴². Finalement, une seule mutuelle est créée⁴³ mais s’étend sur les 3 ZS (Nsélé, Maluku I et Maluku II).
- Précisons qu’au début, les cotisations s’élevaient à 19\$/an/personne. Il était alors difficile pour les familles nombreuses d’y adhérer. En 2019, la mutuelle a opéré un changement avec des

⁴¹ Espace cédé par l’Autorité locale.

⁴² Contrairement à la stratégie l’ancien partenaire technique, CGAT (Centre de gestion des risques et d’accompagnement techniques des mutuelles de santé), qui avait comme stratégie d’atteindre un grand nombre d’adhérents avant que la mutuelle ne démarre.

⁴³ AG constitutive le 31 juillet 2017.

cotisations qui s'élèvent désormais à 15\$/an/personne et une adhésion familiale qui s'élève à 30\$ (ménage de 6 personnes).

- La mutuelle a signé plusieurs conventions avec des structures sanitaires confessionnelles et publiques. Le paquet de soins couverts par la mutuelle comprend : (i) 1^{er} échelon : consultations/labos/équipements ; (ii) 2^{ème} échelon : hospitalisations, radios/imageries médicales, maternité, chirurgie. A noter que la mutuelle couvre 80% de la prise en charge.
- De manière générale, il est observé une évolution lente mais encourageante au niveau des adhésions : de 813 membres au démarrage en 2017 à 4.113 adhérents au second semestre 2021 (l'objectif était 3.000). Notons que les changements opérés au niveau des cotisations (*voir supra*) ont eu un impact sur l'augmentation des adhésions.
- Précisons que les associations peuvent adhérer. Les femmes de l'association REAVFA ont vu leur nombre d'adhésion à la mutuelle augmenter (245 au début ; plus de 400 en 2^{ème} année ; plus de 800 en 2021). Par ailleurs, les adhérentes sensibilisent d'autres (par exemple, lors des AG de sensibilisation de la mutuelle, chaque adhérente amène une nouvelle famille adhérente). Remarque : les associations semblent plus actives à Maluku II en comparaison de celles dans les 2 autres ZS. Au vu des résultats plus faibles à Maluku I et à Nsélé, le dynamisme associatif semble a priori un élément important qui contribuerait à l'augmentation des adhésions à la mutuelle (*voir aussi 3.1 Questions spécifiques*).
- Le taux de recouvrement des cotisations s'élève à 65%. Ce taux est variable d'une ZS à l'autre : Nsélé = 59% ; Maluku II = 79% ; Maluku I = 72%. La fidélisation des adhérents pose problème. D'après nos témoignages, une partie des mutualistes ne comprennent pas encore le principe du ticket modérateur. Par ailleurs, aux yeux des mutualistes, il y a parfois une confusion avec la tarification forfaitaire⁴⁴. Et enfin, les problèmes financiers des adhérents expliquent aussi le faible taux de recouvrement.
- Le taux de pénétration de la mutuelle par rapport à la population totale des AS mutualistes des ZS ciblées (462.682 habitants) reste très faible (0,5%) comparé à la norme. D'après les rapports d'activités, ce taux de pénétration est variable d'une ZS à l'autre : Nsélé = 0,70% ; Maluku II = 2,39% ; Maluku I = 0,27%.
- Relevons enfin d'autres difficultés :
 - Le niveau de fonctionnalité des bureaux permanents des sections mutualistes reste faible et nécessite un renforcement.
 - Les animateurs ont fait l'objet d'un suivi strict avec quelques problèmes d'indemnités pour les séances de sensibilisations.
 - D'autres difficultés liées aux sensibilisations sont relevées : (1) problèmes de communication, compréhension, culture ; (2) difficultés de sensibilisations liées aux antécédents (escroqueries – voir banque coopérative à Maluku II).
 - La Covid-19 a eu des effets : moins de sensibilisations et suite à cela, un taux de recouvrement qui diminue.
 - La couverture géographique de la mutuelle est très vaste, ce qui implique de longs déplacements pour les animateurs.
 - Dans les zones couvertes, il y a un manque de concurrence des structures sanitaires, ce qui ne facilite pas toujours une bonne négociation des prix entre la mutuelle et ces structures.
 - D'après les personnes interrogées au niveau de l'HGR de Mbankana (Maluku II), il y a des retards de 2 à 3 mois pour honorer les factures de la mutuelle (le Médecin conseil de la mutuelle est basé à Kinshasa).

⁴⁴ 7000 F/adulte et 3000 F/enfant et ont droit à tout.

- D'après le rapport final de revue annuelle 2020, les membres de la mutuelle se plaignent beaucoup de la mauvaise qualité de leur accueil aux formations sanitaires, ainsi que de la qualité estimée moins bonne des soins qui leur sont administrés dans les formations sanitaires des ZS concernés. D'après nos témoignages, ceci semble vrai surtout au niveau des structures étatiques et en particulier dans la ZS de Nsélé (les mutualistes se plaignent surtout des ruptures de stocks de médicaments non génériques).
- Bilan et compte de résultats ne sont pas utilisés pour la gestion du fonctionnement de la mutuelle et ce, parce que les animateurs n'ont pas des notions de la comptabilité pour les faire.
- Insuffisance des fonds propres pouvant permettre à la mutuelle de couvrir ses charges d'exploitation et faire face à ses différents engagements.

CDI-Bwamanda/CONGODORPEN

- Trois mutuelles de santé (associatives et institutionnellement distinctes mais cogérées par CDI-Bwamanda) existent⁴⁵ (couvrent 3 ZS : Boto, Bwamanda et Mawuya) et facilitent l'accessibilité aux soins grâce au mécanisme financier institué : les charges de remboursements au 2^{ème} échelon sont de 60 à 80% selon la mutuelle de santé et le taux de ticket modérateur est de 20 à 40%.
- Au niveau de la ZS de Mawuya, la mutuelle n'est plus opérationnelle depuis 2019 suite aux effets négatifs du PDSS (*voir infra*).
- Depuis la scission en 2017, les mutuelles de santé Bwamanda et Boto sont autonomes chacune avec ses organes de gestion.
- Il y a 2 produits d'assurance santé : la couverture au niveau de la mutuelle de 1^{er} échelon de soins ne couvre que chaque aire de santé (AS) tandis qu'au niveau du 2^{ème} échelon cela couvre la totalité de l'aire de la ZS.
- La représentativité des membres de l'assemblée générale est respectée. Les réunions des organes de chaque mutuelle se tiennent régulièrement.
- D'après nos témoignages, chacune des mutuelles n'est pas gérée de manière suffisamment transparente. Le partage des responsabilités entre CDI et celles-ci est flou ainsi que la description et le partage de responsabilités au sein de chaque processus (qui doit faire quoi et quand/comment) ainsi que la traçabilité de ces processus de gestion et résultats (quel outil utiliser et comment). Par ailleurs, il n'y a pas de base de données.
- Dans les 5 aires de santé visées par le programme, pour faciliter l'accessibilité financière des communautés aux soins de santé :
 - 5 sections mutualistes (SM) ont été mises en place et relayent la sensibilisation avec le CODESA dans chaque AS. Le rôle des SM est de contrôler l'accès aux services aux soins de chaque membre de la mutuelle malade et de veiller à la gestion quotidienne, càd de cogérer avec le service de santé.
 - D'après les rapports d'activités, fin 2021, l'on relève l'affiliation des membres au 2^{ème} échelon des 2 mutuelles (Bwamanda et Boto) 56.946 affiliés dont 9.096 membres affiliés pour Boto et 47.850 membres affiliés pour Bwamanda. Ce résultat est en déclin par rapport aux années précédentes (74.260 en 2020 et 87.625 en 2017).
 - Toujours d'après les rapports d'activités, fin 2021, l'on relève pour les 5AS du projet, 4.188 membres affiliés au 1^{er} échelon sur un total de 6.657 pour l'ensemble de la ZS de Boto. Ce résultat est aussi en baisse par rapport aux années précédentes (2020 : 6.259

⁴⁵ A l'origine, une seule mutuelle créée en 1989 ; la MUSABO (mutuelle « Bondeko »).

membres affiliés pour les 5AS sur un total de 9.941 membres affiliés pour toute la ZS Boto).

- Ces mauvais résultats au niveau des adhésions s'expliquent en grande partie par le manque d'ancrage entre les mutuelles et le programme PDSS⁴⁶ (financé par la Banque Mondiale) ; celui-ci ayant influencé négativement sur la mutuelle de santé : comme le tarif avait beaucoup baissé au niveau des FOSA suite à l'appui de ce programme, la population ne trouvait plus la nécessité de s'affilier à la mutuelle. Il n'y a pas eu d'échanges au préalable entre le PDSS, la ZS et les mutuelles sur l'harmonisation des stratégies d'intervention.
- Concernant la qualité de l'impact au niveau de la micro assurance (1^{er} échelon), sur toute la durée du programme, l'on relève une augmentation de 70% des adhérents mutualisés qui se font soigner/an au centre de santé – passant de 12.562 (2017) à 21.391 (2021).
- Relevons enfin d'autres difficultés (d'après les personnes interrogées) :
 - Le personnel de santé ne s'implique pas autant qu'auparavant.
 - Les communautés ne font plus assez d'efforts pour mener à bien la sensibilisation de proximité.

Remarque : concernant **ADINE/CONGORPEN**, soulignons qu'une mutuelle de santé existe aussi (couvre les 5 AS) et facilite l'accessibilité grâce au mécanisme financier institué dont 60% à charge de la mutuelle et 40% à charge de l'affilié. Le taux d'adhésion est de 3.000 F/personne mais avec affiliation famille. Quant au paquet minimum, il comprend les soins de base/consultations ainsi que les hospitalisations simples (hors orthopédie et médicaments spécifiques de labos). Une base des données Excel de la mutuelle de santé existe et permet une gestion claire et transparente. Fin 2021, l'on relève 5.151 affiliés⁴⁷ à la mutuelle (d'après les chiffres donnés par ADINE lors de la mission d'évaluation). Finalement, notons que d'après nos témoignages, beaucoup d'organismes dans la région proposent la gratuité des soins (cf. réfugiés), ce qui impacte sur l'augmentation du nombre d'adhésions.

2.3.3. Résultats atteints de l'OS2 (Les bénéficiaires - hommes, femmes, enfants - augmentent leurs revenus durablement, par l'utilisation du potentiel agricole et d'élevage, afin d'améliorer l'accès aux services de base, prioritairement à la santé)

R2.1 – « La structuration des initiatives socio-économiques est renforcée, au sein des communautés » - CONGODORPEN, FONCABA, RC4D, BAC-Cap santé

Indicateurs de résultat : OS2.R1.1 Nombre de structures locales existantes et fonctionnelles qui s'impliquent dans le développement économique local ; OS2.R1.2 Taux d'augmentation de chiffres d'affaires des structures locales grâce aux AGR

Les résultats des indicateurs sont :

- **OS2.R1.1** : la baseline était de 62 ; 682 en 2019 ; 663 en 2020 ; 415 en 2021 – pour 2021 : 302 pour **CONGODORPEN**, 101 pour **FONCABA**, 12 pour **RC4D**
- **OS2.R1.2** : la baseline était de 0 ; +14% en 2019 ; +266% en 2020 ; 54% en 2021

ADINE/CONGODORPEN

⁴⁶ Projet de développement du système de santé (couvre notamment la ZS de Boto et celle de Bwamanda).

⁴⁷ Dont 2.933 femmes.

- Les initiatives socio-économiques sont renforcées au sein de 5 communautés grâce à la structuration qui a conduit d’avoir au total 234 structures constituées dont 71 COPA, 5 SM, 5 CODESA, 77OP, 64 PEIG et 1 mutuelle de santé, toutes comprises dans 5 CRDI, structurées et fonctionnelles grâce à l’accompagnement et suivi régulier.
- Un total de 234 initiatives locales socio-économiques ont été financées dans les 5 AS, dont 25 microprojets sociaux, 115 microprojets agricoles (OP) et 94 microprojets économiques (PEIG).
- L’approche prônée dans la structuration de ces initiatives est l’approche communautaire (responsabilisation des communautés dans l’engagement de leur propre développement).
- Pour rappel, 5 CRDI sont organisés et structurés pour coordonner les activités des OSC par AS. Leur rôle est d’assurer (eux-mêmes) le lead, la mobilisation, la coordination et le suivi de l’approche communautaire dans l’AS et spécifiquement avec les CODESA, COPA, centres d’alphabétisation, OP, PEIG. Ils ont également pour rôle de sensibiliser la population et de réaliser le plaidoyer nécessaire dans les domaines du genre, environnement et approche par les droits. En termes de plaidoyer, soulignons par exemple les actions menées dans ce sens par le CRDI de Tongu dans le cadre de la réhabilitation du CS.
- Dans la perspective d’augmenter les revenus des communautés, ADINE a appuyé les communautés :
 - En renforçant leurs capacités : production agricole⁴⁸ (OP), formulation de micro-projets, respect des principes agroécologiques, genre, entrepreneuriat, structuration/rôle des organes, scolarisation des filles, tenue cahier des caisses, etc.
 - En co-finançant des initiatives socioéconomiques : micro-projets agricoles (production⁴⁹, transformation, commercialisation), micro-projets économiques, PEIG.
 - Sur base de nos témoignages, de nombreux effets/impacts sont observés suite à cet appui (voir 2.6 Effets/impacts). De manière générale et d’après nos témoignages, les revenus des bénéficiaires augmentent, les marges bénéficiaires obtenus leur permettent parfois de réinvestir dans d’autres activités (voir exemples – effets/impacts). De manière générale, l’augmentation de revenus a permis l’accès aux services de base : les soins de santé, la scolarisation des enfants, etc. (voir effets/impacts).
Remarque : pour chaque micro-projet, 10% du financement est reversé par le bénéficiaire dans la caisse du CRDI. Ceci devant permettre de constituer un fonds de développement. La prochaine AG (janvier 2022) devait décider de l’utilisation de ce fonds (peut-être financer des membres de l’AG non bénéficiaires des micro-projets). Ce fonds constitue un moyen intéressant pour contribuer à l’autonomisation de ce type de micro-projet. Les consultants recommandent toutefois des améliorations à ce système pour renforcer davantage la responsabilisation des bénéficiaires (voir recommandations)
- Soulignons enfin l’appui à la structuration des paysans dans le domaine agricole au niveau de la province, avec la création de la FEPANU.

⁴⁸ Manioc, arachide, soja, maïs, riz, culture maraîchère.

⁴⁹ Augmentation des superficies agricoles ; plantation de plantules de café, cacao, noix de kola, élevage abeille (filiales additionnelles durant la période de soudure).



Fig.6 Bénéficiaire d'un microprojet de coupe-couture (Nord-Ubangi)

CDI-Bwamanda/CONGODORPEN

- Les initiatives socio-économiques sont renforcées au sein des 5 communautés/AS grâce à la structuration qui a conduit d'avoir au total 258 structures constituées dont 14 COPA, 5 SM, 5 CODESA, 77OP, 145 PEIG, 5 CA, 5 CLD et 2 mutuelles (Boto et Bwamanda), toutes structurées et fonctionnelles grâce à l'accompagnement et suivi régulier.
- L'approche prônée dans la structuration de ces initiatives est l'approche communautaire (voir ADINE).
- Pour rappel, 5 CLD sont organisés et structurés pour coordonner les activités des OSC par AS. Leur rôle est similaire à ceux des CRDI (voir ADINE).
- Un total de 347 micro-projets rédigés par les OSC sont financés et réalisés par des CODESA, SM, COPA, OP et des PEIG. Ils touchent à des domaines diversifiés :
 - 94 projets économiques (petits commerces et services : coupe et couture par exemple)
 - 103 projets en intrants agricoles et élevages (outils aratoires, semences améliorées et géniteurs améliorateurs des races de chèvres)
 - 17 projets en transformation des produits agricoles (maïs, fufu/manioc, décortiqueuse d'arachide, moulins, malaxeur)
 - 12 projets en commercialisation des produits agricoles
 - 95 projets en nature/environnement (agroforesterie par exemple)
 - 26 projets sociaux (sensibilisation sur le planning familial et nutritionnel, la mutuelle, l'environnement, construction du centre d'alphabétisation, appui en équipement d'apprentissage, etc.)
- Parallèlement et en amont de ces micro-projets, les capacités des bénéficiaires ont été renforcées : techniques agricoles, production de semences locales de qualité, traitement et conservation des produits agricoles, croisement des races locales et hybrides (élevage), agroforesterie, pépinières (pour les espèces résistantes des plantes), transformation, formulation de microprojets, attributions/rôles/fonctionnement des CLD.

- De manière générale, d'après nos témoignages, les microprojets ont permis d'augmenter les revenus chez les bénéficiaires (parfois avec effets multiplicateurs – voir *effets/impacts*). En particulier, les microprojets de transformation (exemples : décortiqueuse d'arachide, fabrication de savon) augmentent significativement les revenus des bénéficiaires. Par ailleurs et de manière générale, l'augmentation de revenus a permis l'accès aux services de base : les soins de santé, la scolarisation des enfants, les mutuelles, etc. (voir *effets/impacts*). Soulignons que les activités économiques agricoles ont permis aussi de répondre directement aux problèmes de sécurité alimentaire des ménages.
- Soulignons l'appui à la structuration des paysans dans le domaine agricole au niveau de la province, avec la création de la FEPASU.
- Notons enfin quelques difficultés constatées :
 - L'approche communautaire n'a pas totalement pris dans la communauté de Bombese.
 - Le remboursement des 10%⁵⁰ pour alimenter le fonds de développement communautaire (CLD)⁵¹ n'est pas systématique par les bénéficiaires.



Fig.7 Bénéficiaires d'un microprojet de transformation d'arachides (OP Mboka Lamuka à Bobandu/ZS Boto/CDI-Bwamanda/Sud-Ubangi)

CBMT/FONCABA

- CBMT intervient dans un rayon de 25 Km de Kananga, au sein de la ceinture verte de la ville de Kananga avec ses 5 communes et dans les villages de Matamba et Malandji du territoire de Kazumba. Sur toute la durée du programme, CBMT a accompagné un total de 56 organisations féminines (OF) et 7 groupements villageois. Ils réalisent des AGR filières de production agroécologique de vivriers de base de l'alimentation avec 3.358 familles bénéficiaires (dont 2.504 = 75% de ménages de femmes cheffes de ménages).
- Les initiatives socio-économiques et solidaires entreprises à travers le programme DGD sont :
 - 42 AGR agricoles filières de maïs et de niébé avec la vente des semences et graines de consommation via l'ISES-CBMT et marchés locaux.
 - 15 AGR locomotives (transformation artisanale et vente) fabrication artisanale de biscuits de maïs et niébé, des farines de maïs et d'arachides (condiments, boisson chaude).
 - 43 AGR maraichères bio et arachides.
 - 1 coopérative agricole des femmes de Kananga fonctionnelle à la fin de 2021, composée de 495 membres dont 450 femmes (=91%). Elle est issue de la banque des céréales du CBMT ayant évolué en initiative socio-économique et solidaire du CBMT en 2017.

⁵⁰ À noter que pour les projets financés en 2021, le remboursement était de 25%.

⁵¹ Voir ADINE.

- Parallèlement et en amont de ces initiatives, les bénéficiaires ont vu leurs capacités renforcées via l'organisation d'ateliers de formation et de renforcement de capacités spécifiques par filière agricole, l'appui à l'installation de champs-écoles paysans, le soutien de la transformation agricole et d'ateliers artisanaux.
- D'après nos témoignages, les revenus des bénéficiaires ont augmenté suite aux appuis du programme. Cette augmentation a permis d'améliorer les conditions de vie (*voir effets/impacts*). Les rapports d'activités nous révèlent qu'à la fin de 2021, le revenu des familles dépasse 50.000 FC/semaine (parfois même au-delà de 100.000 FC/semaine) et que le revenu moyen est de 7,5\$/jour (contre 1,5\$/jour au niveau national).
- Cette augmentation de revenus est due d'une part, à l'augmentation des superficies de productions filières des AGR agroécologiques et d'autre part aux AGR de maraîchage. En particulier la culture maraîchère est une activité productive très rentable. Elle se réalise toute l'année et c'est ce qui a aidé à augmenter le revenu (production de légumes que d'autres n'ont pas et mise en marché à des moments opportuns comme durant la période de soudure).
- Avec les bénéfices des AGR du programme, les productrices développent aussi des AGR d'achat et vente d'autres spéculations rentables (ex. café, manioc, huile de palme). Elles font aussi des AGR locomotives (transformation de produits comme les farines d'arachides).
- Soulignons qu'une coopérative agricole a également été mise en place (2020). Cette récente initiative renforce 50 organisations féminines et 3 groupements villageois accompagnés par CBMT (qui est par ailleurs actionnaire dans cette coopérative).



Fig.8 Dépôt de la coopérative (Kasai-Occidental/CBMT)

RC4D

- Plusieurs associations à base communautaire ont été appuyées par des formations⁵², de l'accompagnement technique, des infrastructures, des équipements et des intrants pour le développement de leurs AGR :
 - 3 associations à Nsélé : Mosala, Centre d'Appui et d'Actions pour le Développement Communautaire (CAADC) et Solidarité Bana Bibwa (SBB),
 - 1 association des mamans maraichères de Don Bosco/Lukunga

⁵² Exemple : formations en structuration de groupe, gestion d'entreprise.

- Le réseau⁵³ des associations villageoises des femmes en action (REAVFA) à Maluku II
- D'après les témoignages recueillis et d'après les rapports d'activités, les revenus de ces bénéficiaires ont augmenté (de 50\$ en moyenne par mois) :
 - 100 chef (fe)s de ménages à Nsélé
 - 25 à Don Bosco/Lukungu
 - 200 à Maluku II
- Quelques femmes du réseau REAVFA⁵⁴, rencontrées lors de notre mission, nous ont fait part de nombreux effets/impacts suite à l'appui du programme (*voir effets/impacts*). Elles nous ont révélé aussi quelques difficultés : (1) problèmes de commercialisation avec l'impact de la Covid-19 ; (2) absence de point de vente fixe ; (3) problèmes de concurrence parfois avec les femmes qui vendent à Kinshasa ; (4) problèmes de moyens pour transporter le manioc ; (5) absence de dépôt de stockage ; (6) manque de matériels de labourage (tracteurs par exemple), ce qui impacte sur toute la chaîne de valeurs.

R2.2 – « Les capacités des ménages sont renforcées pour développer des initiatives socio-économiques durables, inclusives et respectant l'environnement » - CONGODORPEN, FONCABA, RC4D, BAC-Cap santé

Indicateurs de résultat : OS2.R2.1 La proportion des ménages ciblés qui adoptent des pratiques respectueuses de l'environnement ; OS2.R2.2 % des femmes actives dans les AGR

Les résultats des indicateurs sont :

- **OS2.R2.1** : la baseline était de 30% ; 91% en 2019 ; 42% en 2020 ; 70,6% en 2021
- **OS2.R2.2** : baseline de 58% ; 54% en 2019 ; 67% en 2020 ; 56% en 2021

Nous reviendrons sur l'appréciation du niveau d'atteinte de ce résultat (et de manière plus large) dans notre analyse des axes transversaux (genre et environnement) – voir 2.7

2.3.4. Résultats atteints de l'OS3 (La société civile participe activement à l'amélioration de la Gouvernance à tous les niveaux politiques et à l'amélioration du respect des droits des femmes et des hommes)

R3.1 – « Les compétences des partenaires locaux de ACNG demandeurs sont améliorées sur le plan institutionnel, administratif et financier et leur capacité d'acteur de développement performant et reconnu est renforcé » - BAC-Cap santé, FONCABA, CONGODORPEN, RC4D

Indicateurs de résultat : OS3.R1.1 Taux de satisfaction des bénéficiaires des services des partenaires ; OS3.R1.2 Taux de maîtrise des outils de gestion, de planification et suivi-évaluation ; OS3.R1.3 Taux de contribution financière des partenaires locaux par rapport aux financements reçus des ACNG (BAC, CONGODORPEN)

Les résultats des indicateurs sont :

- **OS3.R1.1** : la baseline était de 30% ; 50% en 2019 ; 65% en 2020 ; 87% en 2021
- **OS3.R1.2** : la baseline était de 5% ; 65% en 2019 ; 67% en 2020 ; 72,6% en 2021
- **OS3.R1.3** : la baseline était de 5% ; 21% en 2019 ; 74% en 2020 ; 37% en 2021

ADINE/CONGODORPEN

⁵³ Groupe de 10 associations.

⁵⁴ Femmes impliquées dans des AGR de fabrication/transformation de manioc (chikwangue).

- Les compétences du personnel du programme sont améliorées sur le plan institutionnel, administratif et financier et leurs capacités d'acteur de développement performant et reconnu sont renforcées grâce aux différentes formations/visites d'échanges/stages :
 - La gestion de la mutuelle de santé ;
 - Les nouvelles techniques d'alphabétisation fonctionnelle et conscientisante ;
 - Le financement basé sur la performance (FBP) ;
 - La gestion axée sur les résultats (GAR) ;
 - La gestion financière⁵⁵ ;
 - Les rôles et attributions des CRDI et OP ;
 - L'entrepreneuriat ;
 - L'approche communautaire ;
 - Formation des formateurs sur le genre⁵⁶ ;
 - La capture vidéo ;
 - Visite d'échange entre l'équipe d'ADINE et celle de RIKOLTO (filiales café et riz et gestion des coopératives de transformation) ;
 - Formation sur Développement durable et gestion de projet⁵⁷ (en Israël).

CDI-Bwamanda/CONGODORPEN

- Les compétences du personnel du programme sont améliorées sur le plan institutionnel, administratif et financier et leurs capacités d'acteur de développement performant et reconnu sont renforcées grâce aux différentes formations/visites d'échanges/stages :
 - La gestion de la mutuelle de santé⁵⁸ ;
 - Les nouvelles techniques d'alphabétisation fonctionnelle et conscientisante⁵⁹ ;
 - FBP ;
 - GAR, le contrôle interne, la gestion des cycles des projets, la gestion financière d'une ONG ;
 - Les rôles et attributions de CLD et OP ;
 - L'entrepreneuriat ;
 - L'approche communautaire⁶⁰ ;
 - Formation des formateurs sur le genre ;
 - La capture vidéo ;
 - Visite d'échange entre l'équipe de CDI-BWAMANDA et celle de RIKOLTO.

SCS Kongo-Central & SCS Nord-Kivu/BAC

- Dans le cadre du programme DGD 2017-2021, l'essentiel de l'appui de BAC auprès des Coordinations de la SCS a consisté en de l'appui au fonctionnement de ces structures (prise en charge du personnel⁶¹, fournitures de bureau, appui aux organes statutaires, frais de communication, gestion d'ateliers, etc.). Il n'y a pas eu de formations⁶² ni de visites d'échanges et encore moins d'appui direct à la mise en œuvre d'activités concrètes. Remarquons que l'appui de BAC aux Coordinations de la SCS a été réduit par rapport à ce qui avait été prévu (selon nos témoignages, pour cause de coupes budgétaires de la DGD). Notons toutefois que BAC a pu mobiliser un financement de la Fondation Roi Baudouin pour la mise en œuvre d'un projet de

⁵⁵ Avec l'appui d'AXYOM.

⁵⁶ Formation Le monde selon les femmes.

⁵⁷ Pratiques communautaires protectrices de l'environnement.

⁵⁸ Atelier de Kinshasa ; l'étude de CDI sur la gestion des mutuelles de santé.

⁵⁹ Avec l'appui d'INADES Formation.

⁶⁰ Atelier d'évaluation participative de Bwamanda (02/20).

⁶¹ En particulier le SEP (secrétaire exécutif permanent) et le secrétaire.

⁶² À l'exception des missions formatives de BAC.

lutte contre la Covid-19, projet co-exécuté par l'équipe de BAC et celle de la SCS Kongo-Central (voir R3.2)

FONCABA (CBMT & RODHECIC)

La FONCABA a financé l'organisation, les accompagnements et les contrôles en recourant à son comptable mais aussi aux consultant.e.s locales. Elle a accompagné des formations pour lesquelles, elle dispose des compétences internes. Le personnel cadre⁶³ des trois partenaires a été renforcé, d'une part sur des sujets identiques afin de s'assurer que tous ont reçu les mêmes consignes dans la gestion du programme commun 'Ensemble, avançons'. D'autre part sur des sujets répondant aux besoins opérationnels spécifiques.

1) Séances collectives sur des sujets identiques à (RODHECIC, CBMT et JCC)/FONCABA :

- Appropriation du plan opérationnel pluriannuel du programme commun/FONCABA
- Formations permanentes⁶⁴ en gestion comptable et financière⁶⁵ des ASBL/outil Winbooks
- Mise à niveau de la méthode par pairs : comment mesurer la qualité des résultats par 'cascade'
- Approche d'appréciation des forces centrées sur les forces des individus (engagement !)
- Approche basée sur les 'droits' en pratique
- Méthodes et approches de gestion des actions de coopération :
 - o Mise à niveau de l'approche logique du cycle de projet
 - o Gestion axée sur les résultats en planification, suivi et évaluation
- Communication interne
 - o Appropriation des documents harmonisés de suivi et évaluation au siège
 - o Appropriation des fiches harmonisées de rapportage de la justification financière
 - o Appropriation fiches harmonisées de rapportage moral et scores de performance
 - o Adaptation des fiches d'analyse du contexte et d'enquêtes sur les violations des droits DHESC
 - o Restitution d'adaptation des fiches de monitoring et suivi des activités à la base
- Evaluations annuelles communes et journées d'études des 3 partenaires à Kinshasa et Kananga
- Echanges annuels de leçons apprises du programme commun RODHECIC, JCC, CBMT/FONCABA
- Planification opérationnelle annuelle du programme commun RODHECIC, JCC, CBMT/FONCABA
- Visites d'échanges d'expériences en gestion coopérative agricole CAB/Entraide et Fraternité et CBMT/FONCABA à Kananga
- Autoévaluation conjointe accompagnée et échanges d'expériences et leçons apprises sur les bonnes pratiques de plaidoyer (partenaires BD et FONCABA, septembre 2019 à Kinshasa)
- Communication externe
 - o Initiation NTIC et réseaux sociaux de monitoring DHESC & observation gouvernance ;
 - o Initiation aux réunions virtuelles (webinaire)
 - o Formation en ligne/ACODEV : continuation de la trajectoire d'apprentissage et de renforcement des capacités en théorie du changement (ToC) (5 modules)

⁶³ Personnel cadre de gestion et d'appui aux sièges des partenaires et leaders de proximité chargé.e-s de suivi des activités à la base. RODHECIC de Kinshasa : à la base, ce sont les points focaux et observateurs permanents provinciaux (OPP) chargé.e-s de monitoring et suivi du programme dans les CLCP et les observateurs des élections dans les provinces de Kinshasa, Kongo-Central, Kwilu, Kasai-Central, Kasai-Oriental et Maniema. Au CBMT de Kananga : à la base, ce sont des femmes responsables des OF, des leaders féminins chargées de suivis de proximité des AGR des OF des quartiers périphériques et des groupements villageois

⁶⁴ **Comptables** et gestionnaires des organisations partenaires de la FONCABA

⁶⁵ Gestion du plan OHADA-RDC et du plan analytique ; intégrer le module Excel (Import /export) ; rapportage financier général et analytique pour la justification des subsides DGD et les apports propres de la FONCABA ; intégrer l'analytique des autres activités de l'ASBL, exercices pratiques de maîtrise du logiciel : corrections des erreurs, raccourcis et méthodes de contrôle ; opérations de clôture et d'ouverture ; comparaison des comptes pluriannuels

- Échanges de restitution des actualités⁶⁶ utiles du secteur des ACNG belges

2) Renforcement des capacités spécifiques **CBMT/FONCABA** :

Des compétences⁶⁷ du CBMT et ses organisations féminines sont consolidées sur le plan organisationnel, d'analyse et dans leurs capacités de mobilisation des jeunes et des femmes à participer à la défense des droits des femmes et des jeunes filles victimes de violences et d'autres formes de violations des DHESC en milieux ruraux et dans les quartiers périphériques de Kananga via des ateliers de formations-restitutions et mises à niveau :

- Atelier-restitution de la planification opérationnelle dans les groupes de base du CBMT
- Adaptation des fiches gestion et de collecte données de l'ISES-CBMT-entrepôt
- Mises à niveau des animateur·trice·s en gestion des AGR filières
- Formations pratiques des productions filières agro-écologiques de vivriers de base
- Ateliers de transformations artisanales des récoltes /filières :
 - o Fabrication artisanale de biscuits de maïs et niébé et des farines d'arachides
 - o Gestion administrative de l'initiative socio-économique et solidaire du CBMT
- Mises à niveau sur le diagnostic du genre et l'empowerment des femmes dans des initiatives sociales locales du CBMT
- Lobbying et plaidoyers sur les DHESC⁶⁸ et outils
- Journées d'études sur les politiques agricoles de la province du Kasai Central
- Echanges CBMT/FONCABA (genre et empowerment des femmes ; genre et environnement) et CRONGD/CNCD (droits humains et socio-économiques) au Grand Kasai
- Echanges aux cadres de concertation et de dialogue du Kasai-Central

3) Renforcement des capacités spécifiques **RODHECIC/FONCABA** :

Des compétences⁶⁹ du RODHECIC et ses Comités locaux de coordination provinciaux (CLCP) sont consolidées sur le plan organisationnel, d'analyse et d'observation permanente du processus électoral et la gouvernance, et dans leurs capacités de mobilisation pour la défense des droits humains & socio-économiques et dans le lobbying et le plaidoyer :

- Atelier-restitution de la planification opérationnelle au siège et dans les CLCP-RODHECIC
- Méthodes de sensibilisation sur les DHESC
- Processus électoral et innovations de la loi électorale
- Monitoring de l'action gouvernementale

⁶⁶ Sujets des restitutions de la FONCABA et d'échanges avec son coordinateur et ses partenaires : Evolution de la réforme de la coopération belge au développement, Gestion par processus et documents y afférents, Processus de certification en MSE et résultats, Charte intégrité, Contrôles financiers DGD et conclusions, Approche partenariat et interventions en régions fragiles, ...

⁶⁷ Au CBMT/FONCABA : il s'agit du personnel cadre de gestion, du chargé de suivi du programme, des responsables des OF et des leaders féminins chargés de suivi de proximité dans les OF

⁶⁸ Exemples de thématiques: **1/** Participation des femmes à la paix et au développement ; **2/** Mettre fin aux conflits et aux violences sexuelles à l'égard de la fille et de la femme ; **3/** Femmes, Paix & Sécurité ; **4/** Elections, leadership politique en gouvernance démocratique – participation des femmes et des jeunes ; **5/** Gouvernance & participation des femmes à la défense des DHESC - résolution des conflits fonciers ; **6/** Droits des femmes & Egalité du 'genre' - parité : dans l'accès à la terre, en gouvernance des OSC du réseau ; en gouvernance politique ; **7/** Environnement & Lutte contre les érosions.

⁶⁹ RODHECIC : formations/restitutions et recyclages du personnel au siège à Kinshasa et des points focaux leaders des OPP des CLCP des provinces de Kinshasa, Kongo-central, Kwilu, Kasai-central, Kasai-Oriental et Maniema.

- Lobbying et plaidoyers⁷⁰ sur les DHESC⁷¹ et outils
- Prise en compte de l'environnement dans les interventions, l'éco-citoyenneté et le climat
- Mises à niveau sur le diagnostic du genre et l'intégration de l'égalité homme-femme dans les interventions du programme du RODHECIC
- Evaluations conjointes du RODHECIC/FONCABA (Droits humains et observation de l'action gouvernementale) avec les partenaires/Broederlijk Delen (droits socio-économiques) au Kwilu et au Kasai-Oriental

R3.2 – « La société civile de la santé est structurée et est actrice dans le dialogue institutionnel et non institutionnel sur la santé, au niveau local, provincial et national » - BAC

Indicateurs de résultat : OS3.R2.1 Taux d'adhésion des OSC aux coordinations provinciales de la Société civile santé ; OS3.R2.2 Taux de participation des organisations de la société civile de la santé aux dialogues institutionnels (CPP, cluster) et non institutionnels (PF hospitalière, FABAC, Maison de la santé, etc.)

Les résultats des indicateurs sont :

- **OS3.R2.1** : la baseline était de 15% ; 7% en 2019 ; 8% en 2020 ; 2% en 2021
- **OS3.R2.2** : la baseline était de 30% ; 65% en 2019 ; 59% en 2020 ; 58% en 2021

Remarque : **BAC** est principalement concerné par ce résultat. Rappelons toutefois qu'au niveau des partenaires de **CONGODORPEN (ADINE et CDI-Bwamanda)**, les AS couvertes par le programme sont structurées et actrices dans le dialogue institutionnel ou non institutionnel sur la santé, au niveau local, provincial et national (CODESA opérationnels ; existence de sections mutualistes ; participation du partenaire local à la réunion de planification, de comité local de gestion et évaluation au niveau de la ZS et de la division provinciale ; existence d'une structure d'appui à l'approvisionnement des médicaments essentiels dans les AS du programme, ce qui permet la pérennisation des médicaments dans ces AS ; nombreuses actions proactives des CLD et des CODESA pour la prévention contre la diffusion de la Covid-19⁷²).

BAC (introduction sur l'appui aux Coordinations de la SCS)

- La Société Civile Santé (SCS) est formalisée par l'approche décentralisée et participative en tant que faitière/plateforme à la fois thématique et géographique, avec un ancrage souhaité à tous les niveaux de la pyramide sanitaire de la RDC ; ceci en vue de sa participation coordonnée et harmonisée au dialogue pour la santé et à toute action de santé en faveur de la population à la base (3^{ème} pilier du dialogue pour la santé).
- Les principaux axes d'action des Coordinations de la SCS consistent en :
 - Promouvoir le développement des ANGS⁷³/OSC ;
 - Représenter adéquatement les opinions des ANGS/OSC et de la population sur le plan sanitaire sous forme de plaidoyer et recommandations ;
 - Participer activement et de manière coordonnée et harmonisée aux actions de santé sur terrain au travers des ANGS/OSC membres.

⁷⁰ Les parties prenantes de préparation des memos de plaidoyers : les responsables des groupes de base, les représentants des membres des réseaux, les plates formes, des dynamiques des OSC/ONG locales, cadres de concertation et de dialogue, ...

Cibles des plaidoyers : Elu-e-s, autorités locales, provinciales et nationales

Les media et réseaux de communication sur les plaidoyers

⁷¹ Exemples de thématiques: **1/** Démocratie et Bonne Gouvernance politique; **2/** Elections, leadership politique en gouvernance démocratique – participation des femmes; **3/** Elections et bonne gouvernance - Contentieux électoraux ; **4/** Gouvernance politique - Processus post électoral ; **5/** DHES - Accès à l'eau potable de qualité ; **6/** Gouvernance & participation des femmes à la défense des DHESC - résolution des conflits fonciers ; **7/** Environnement et services sociaux (éducation et santé), **8/** Environnement et Gestion des déchets ménagers, **9/** Environnement & Lutte contre les érosions;

⁷² Sensibilisations actives et passives, lave main, production de masques, etc.

⁷³ Acteur non gouvernemental de santé.

- A travers le programme DGD 2017-2021, BAC appuie les Coordinations de la SCS dans 7 provinces ciblées (Kongo-Central, Kwango, Kinshasa, Maniema, Nord-Kivu, Tshopo, Ituri), ainsi que la Coordination Nationale du Réseau SCS.
- Selon le rapport d'évaluation du réseau SCS⁷⁴ :
 - Certaines Coordinations des faïtières provinciales semblent ressortir un peu plus du lot que d'autres. Les résultats obtenus jusqu'à ce jour sur les plans du fonctionnement et du rôle joué par ce réseau ne sont pas à la hauteur des attentes des différentes parties prenantes.
 - Plusieurs faiblesses et dysfonctionnements apparaissent dans certaines structures et globalement dans leur fonctionnement. Par conséquent, ce réseau n'est pas suffisamment solide et ne se positionne pas encore stratégiquement comme interlocuteur incontournable de la communauté.

SCS Kongo-Central/BAC

- La SCS Kongo-Central (officialisée en février 2011) couvre 17 ZS.
- Ses organes (CA, AG) sont fonctionnels même si la fréquence des réunions est ralentie par l'insuffisance de moyens financiers.
- Voici les principaux acquis/changements constatés via l'appui du programme :
 - La SCS est reconnue comme interlocuteur dans les différents cadres de concertation (CRONGD, CPP⁷⁵, groupes thématiques sous la direction de la Division Provinciale de la Santé). La SCS entretient de bonnes collaborations avec les autorités sanitaires⁷⁶ : la SCS est notamment membre de la Task Force communautaire ; la DPS sollicite l'expertise de la SCS dans certaines thématiques et l'associe à différentes actions d'envergure (campagnes de vaccination, campagne de distributions des moustiquaires, ...) et formations⁷⁷.
 - Bonne visibilité de la SCS grâce surtout aux actions menées dans le cadre de la lutte contre la Covid-19. Pour rappel, BAC a bénéficié d'un financement de la Fondation Roi Baudouin pour mettre en œuvre un projet de lutte contre la Covid-19. Dans ce cadre, BAC et la SCS ont voulu s'associer aux efforts des autorités publiques provinciales qui ont mis en place une commission de riposte et un plan provincial de riposte contre la Covid-19. Ce projet a permis une dotation en équipement de protection du personnel soignant⁷⁸. La population a été sensibilisée sur les mesures préventives de lutte (caravane motorisée à Matadi et à Boma, interviews, médias) avec un appui en matériels/dispositifs de lavage des mains, masques, gels, etc. Il ressort une bonne entente dans la collaboration des acteurs sur terrain (BAC-SCS-DPS) avec une implication et disponibilité des Autorités politico-administratives et sanitaires. D'après nos témoignages, la SCS (avec l'appui de BAC) a été l'un des premiers partenaires à intervenir dans la lutte contre la Covid-19 dans la province.
- Cependant, malgré ces acquis, un certain nombre de difficultés restent prégnantes et des solutions devraient être trouvées pour y faire face (voir aussi recommandations) :

⁷⁴ Rapport de la mission d'évaluation sur les aspects organisationnels et fonctionnels du réseau Société Civile Santé de la RDC pour sa redynamisation, Dr Pamphile LUBAMBA-NGIMBI, novembre 2019.

⁷⁵ CPP : Comité Provincial de Pilotage du secteur de la santé, présidé par le Gouverneur et le ministre provincial de la santé.

⁷⁶ « La SCS est le canal qui permet de faire de la sensibilisation » (cf. Chef de division DPS).

⁷⁷ Interventions rapides d'urgence, formations DH VIH genre, etc.

⁷⁸ Chaque formation sanitaire (5) a bénéficié d'un lot d'équipement de protection contre la COVID-19 composé de : thermo-laser, gants en vrac, masques de protection, blouses à usage unique, bonnets, solution hydro alcoolique (désinfectants).

- Les différentes ANGS/OSC membres de la SCS n'ont pas de bon ancrage local/communautaire (rayon d'action très limité).
- Beaucoup d'activités menées par les ANGS/OSC ne sont pas captées dans le système de santé (quid par exemple des relais communautaires ? comment les ANGS peuvent les appuyer ?).
- Une majorité de membres se désintéressent de leur adhésion à la SCS ; le paiement des cotisations annuelles⁷⁹ est difficile et la plupart des membres ne la paie pas.
- Les efforts déployés et la documentation fournie par le SEP pour renforcer les capacités et appuyer les ANGS à se développer et à s'organiser en comités locaux et thématiques sont insuffisants et ne leur permettent pas de bien comprendre et d'assumer leur rôle et responsabilités.
- Le volet redevabilité » est clairement à renforcer : la SCS ne joue pas vraiment le rôle de contrepoids face aux autorités sanitaires. Pour pleinement jouer ce rôle, il est important que les ANGS/OSC disposent d'un meilleur ancrage local, qu'elles aient une plus grande masse critique de bénéficiaires et donc plus de crédibilité. Elles devraient être plus actrices, mieux organisées pour mieux faire remonter les vraies priorités et être capables de mener quelques études opérationnelles pour avoir les évidences afin d'alimenter et de rendre les plaidoyers plus efficaces en faveur de la population.
- L'appui de BAC ayant été réduit (voir coupes budgétaires⁸⁰), ce qui impacte sur le bon fonctionnement des activités (ex. : peu ou pas de missions de suivi auprès des membres ; fréquence réduite des réunions des organes).
- La SCS souffre d'une insuffisance de moyens financiers pour mener à bien ses objectifs. Des efforts devraient être entrepris dans la mobilisation de ressources (tant interne qu'externe).



Fig.9 Siège de la SCS Kongo-Central au sein de la concession de la DPS (Matadi)

SCS Nord-Kivu/BAC

- La SCS Nord-Kivu (officialisée en mars 2011) couvre 15 comités locaux/34 ZS.
- Ses organes (CA, AG) sont fonctionnels.
- Pour rappel, dans le cadre du programme DGD 2017-2021, l'appui de BAC s'est limité à de l'appui en fonctionnement. La SCS a surtout bénéficié de l'appui de la Fondation Sud-africaine OSISA (via la mise en relation facilitée en partie par BAC).

⁷⁹ 50\$.

⁸⁰ Taux de décaissement de 60% seulement en décembre 2021.

- Voici les principaux acquis/changements constatés suite aux différents appuis (DGD et surtout OSISA) :
 - La SCS est reconnue comme interlocuteur dans les différents cadres de concertation et elle entretient de bonnes collaborations avec les autorités sanitaires :
 - Avec la DPS : invitations dans les réunions des groupes thématiques, mise en relation avec d'autres PTF, facilitations auprès des membres de la SCS⁸¹, intégration de la SCS pour les activités de masse à tous les niveaux
 - Avec la ZS : participation de la SCS dans les activités de sensibilisations
 - Participation de la SCS à chaque niveau de la structuration sanitaire provinciale :
 - La SCS participe aux réunions CPP-SS (comité provincial de pilotage du secteur de la santé), l'organe de concertation et décision au niveau de la province⁸² ;
 - La SCS participe aux revues semestrielles⁸³ qui évaluent les activités de la DPS et des ZS ;
 - La SCS, à travers ses comités locaux dans les ZS, participe aux COGE (comité de gestion) et au CA
 - Bonnes collaborations avec les médias : par exemple, quand il y a eu un soulèvement des prestataires de soins ou que la population ne voulait pas se faire vacciner, les journalistes vont d'abord voir la SCS pour obtenir les informations.
 - Mise en place de groupes thématiques : (1) lutte contre la maladie, (2) EHA, (3) santé de la reproduction, (4) mutuelle de santé.
 - 2 mutuelles de santé sont opérationnelles : MUSATU (à Rubero dans le grand nord) et MUSAKI (à Kiroshé).
 - La SCS organise les activités phares comme la revue annuelle : toutes les ANGS/OSC membres y participent. Au cours de cette revue, les besoins des ANGS/OSC membres sont exprimées.
- Quelques difficultés sont relevées :
 - Faibles cotisations des membres (idem que SCS Kongo-Central).
 - L'appui de BAC ayant été réduit⁸⁴ (*voir supra*), ce qui impacte sur le bon fonctionnement des activités (ex. : aucun renforcement de capacités n'a été organisé).
 - Malgré l'appui d'OSISA, la SCS souffre d'une insuffisance de moyens financiers pour mener à bien ses objectifs. Des efforts devraient être entrepris dans la mobilisation de ressources (tant interne qu'externe). Notons toutefois que la SCS exerce des activités génératrices de revenus comme des prestations de consultance, ce qui contribue à appuyer le fonctionnement de la structure.
- Sur le volet « redevabilité », relevons quelques exemples intéressants de la participation de la SCS dans le cadre des finances publiques du secteur de la santé :
 - La SCS a réussi à faire intégrer en 2017 dans le budget de la province, les activités VIH/SIDA pour la prise en charge des PVVIH (avec l'accompagnement de Médecins du Monde France).

⁸¹ Par exemple, quand les ANGS/OSC membres ont besoin de documents, la DPS facilite le travail de la SCS dans la province (ordre de mission, lettre d'accréditation auprès des partenaires ou recommandations).

⁸² Le Gouverneur de la province en est le président.

⁸³ Présidées par le Ministre provincial de la santé.

⁸⁴ D'après nos témoignages, au final (fin 2021), environ 30 à 35% seulement des fonds ont été décaissés.

- En 2018, la SCS a réussi à faire intégrer un fonds dans le budget provincial sous forme de l'allocation pour l'achat des contraceptifs afin de pallier au taux élevé de décès maternel et néonatal.
- La SCS a essayé de faire le suivi en récoltant les données sur l'exécution budgétaire des ripostes contre les épidémies Ebola et Covid-19, ce qui n'a pas été facile au regard des autorités sanitaires gestionnaires de ripostes.



Fig.10 Entretien avec le SEP de la SCS Nord-Kivu (Goma)

R3.3 – « Les leaders de groupes de base et les communautés participent activement dans les espaces d'expression et de concertation sur les droits humains » - FONCABA, BAC-Cap Santé, CONGODORPEN, RC4D

Indicateurs de résultat : OS3.R3.1 % de structures de base communautaires fonctionnelles sur les structures existantes dans les zones d'intervention ; OS3.R3.2 Nombre d'initiatives incluant une approche genre résultants de la participation des leaders aux espaces de concertation

Les résultats des indicateurs sont :

- **OS3.R3.1** : la baseline était de 40% ; 76% en 2019 ; 79% en 2020 ; 87,5% en 2021 – soit pour 2021 : 75,52 % pour **CONGODORPEN**, 100% pour **FONCABA**, 75% pour **RC4D**, 100% pour **BAC**
- **OS3.R3.2** : la baseline était de 2 ; 20 en 2019 ; 11 en 2020 ; 19 en 2021

RODHECIC/FONCABA

- Parmi l'ensemble des organisations partenaires parties prenantes dans le programme DGD, RODHECIC est sans conteste celle qui est la plus active en termes de plaidoyer. Pour rappel, RODHECIC est un réseau de 72 OSC actives en matière d'éducation civique et droits humains. Le réseau a structuré 6 antennes appelées comités locaux de coordination provinciales ou CLCP via lesquels il intervient dans 6 provinces : Kinshasa, Kasai-Oriental, Maniema, Kasai-Central, Kwilu, Kongo-Central).
- Pour mener à bien ses actions de plaidoyer, RODHECIC s'appuie sur des Observateurs permanents provinciaux (OPP⁸⁵) qui sont des délégués des OSC membres. Ces OPP vivent avec les communautés et identifient les problèmes existants en leur sein. Au sein de chaque province, il existe un Comité local de coordination provinciale (CLCP) qui est constitué de l'ensemble des OPP de la province. Ces OPP ont pour mission d'« observer, de juger et d'agir » et les solutions sont

⁸⁵ Ces OPP existent depuis 2017.

trouvées de concert avec les autorités. Si des questions sont d'envergure nationale, les OPP remontent alors les informations au niveau de RODHECIC.

- RODHECIC renforce les capacités de ses membres selon une approche en « cascades » ou formation de formateurs (OPP) : les formations sont d'abord données à Kinshasa et ensuite le suivi est opéré en province (via un responsable de l'équipe pédagogique).
- Concernant l'indicateur OS3 R3.1, l'on relève les résultats suivants : 93 structures de base communautaire existantes et fonctionnelles (100%) : 72 membres du réseau ; 6 Comités locaux de coordination provinciales (= antennes RODHECIC en provinces) ; 1 réseau d'OSC DH, d'éducation civique et 'genre' ; 14 cadres de concertation et de dialogue de Kinshasa.
- Dans le cadre du programme DGD 2017-2021, RODHECIC a mené plus d'une trentaine⁸⁶ de plaidoyers sur des thématiques variées : gouvernance démocratique et élections, accès à l'eau potable de qualité, paix et bonne gouvernance politique, démocratie et bonne gouvernance économique, démocratie et bonne gouvernance sociale, environnement et santé, environnement et gestion des déchets ménagers, environnement et lutte contre les érosions, droits humains/économiques/sociaux, droit à la santé, environnement/éducation/santé, leadership féminin et environnement, etc.
- Dans le cadre de ces divers plaidoyers, plus de 150⁸⁷ recommandations proposées par RODHECIC ont été retenues parmi celles des cadres de concertation des plaidoyers (CEPAS, CENADEP, ODEP, OSSD, Réseau PRODDDES, etc.).
- Il ressort de nos témoignages que les plaidoyers relatifs aux droits socioéconomiques et culturels sont les plus difficiles à mener (les populations se mobilisent très peu à ce niveau).
- La stratégie de RODHECIC qui consiste à travailler sur le renforcement des capacités à la base, de pérenniser les OSC leaders, est jugée très pertinente.
- Parmi les multiples plaidoyers menés, nous souhaiterions mettre en valeur 2 d'entre eux qui ont fait l'objet de visites/entretiens/focus-group lors de notre mission d'évaluation. Ces deux exemples sont particulièrement intéressants dans la mesure où ils révèlent d'une part l'important travail dans la durée⁸⁸ mené par l'équipe du RODHECIC et de ses membres et d'autre part, l'importance d'une participation multi-acteurs (en particulier l'implication des communautés et des pouvoirs publics) :
 - Plaidoyer sur l'accès à l'eau potable de qualité dans la commune de Kinkole (province de Kinshasa)⁸⁹ :
 - Différentes actions de plaidoyer ont été menées sur toute la durée du programme⁹⁰ : (1) restituer le transformateur du centre de la REGIDESO déplacé depuis 20 ans ; (2) alimenter les robinets dans chaque parcelle abonnée ; (3) renouvellement du circuit de distribution vieille de 50 ans ; (4) régulariser l'approvisionnement d'eau en quantité et en qualité.
 - À travers ces différentes actions, les différents leaders communautaires ont été consultés, des cadres/tribunes d'expression populaire ont été mis en place (populations, pouvoirs publics, REGIDESO) avec l'appui notamment des médias. Par ailleurs, de nombreuses correspondances ont été adressées aux Autorités (Ministre

⁸⁶ En novembre 2021, un total cumulé de 34 plaidoyers ont été menés sur toute la durée du programme.

⁸⁷ En novembre 2021, l'on relève un total cumulé de 154 recommandations sur toute la durée du programme.

⁸⁸ Plaidoyers inscrits dans la durée, qui demandent analyse, observation et beaucoup d'action.

⁸⁹ Le problème à l'origine se situe à l'époque de la rébellion de Laurent-Désiré Kabila où celui-ci a sollicité la Regideso pour détourner les infrastructures d'eau de Kinkolé et les connecter au camp Kimbogando.

⁹⁰ En collaboration avec l'OSC membre, CADED.

provincial de l'énergie, Gouverneur, Directeur général de la REGIDESO, président de l'Assemblée provinciale de Kinshasa).

- Au final, l'eau circule à nouveau dans le quartier grâce à la mise en place d'une nouvelle pompe d'alimentation (+ matériels annexes). Cependant, elle coule de manière irrégulière (problèmes de pression). A cela s'ajoute des tuyaux/canalisation non renouvelés par la REGIDESO.
- Projet de construction de route, avenue de la paix, dans la commune de Kinsenso :
 - Ce plaidoyer a été mené depuis 2005 en collaboration avec l'OSC membre⁹¹. Ce projet de construction de route est d'importance vu qu'il s'agit d'une véritable desserte agricole (3000/4000 maraîchers dans la zone). Par ailleurs, 800.000 habitants vivent le long de cette route.
 - De multiples actions ont été menées pour faire face aux problèmes de constructions anarchiques le long de la route et empêchant ainsi le projet d'aboutir. RODHECIC et l'OSC membre ont contacté plusieurs autorités dont la présidence de la République. Les populations, les notables ont été conscientisés (avec l'implication des services techniques). Et c'est finalement avec l'appui du 1^{er} vice-président de l'Assemblée nationale⁹² que le projet a pu aboutir.
 - Au final, 2,5km ont déjà été asphaltés. La 2^{ème} phase (3,5km) a été validé et le début des travaux était prévu pour janvier 2022. Il restera ensuite la 3^{ème} phase (2,5km.).
 - Remarque : il existe un accord de partenariat entre la commune de Kinsenso et l'OSC membre de RODHECIC, via la commission communale de développement en concertation avec le comité local de développement. Ce cadre de concertation préexistant et les bonnes collaborations entre les Autorités et la société civile ont sans aucun doute joué dans l'aboutissement de cette action de plaidoyer.

CBMT/FONCABA

- Concernant l'indicateur OS3 R3.1, l'on relève les résultats suivants : 68 structures de base communautaire existantes et fonctionnelles : 56 organisations féminines ; 1 mouvement féminin ; 11 cadres de concertation et de dialogue du Kasai-Central et régional.
- Dans le cadre du programme DGD 2017-2021, CBMT a mené un total de 29 plaidoyers sur des thématiques variées : participation des jeunes et des femmes à la paix, VBG⁹³, justice et participation des femmes à la défense des droits humains, femmes/paix/sécurité, élections/participation des femmes et des jeunes en prévention des conflits, droit des femmes et égalité du genre, environnement et lutte contre les érosions, gouvernance et participation des femmes à la défense des droits humains/économiques/socioculturels, etc.
- Dans le cadre de ces divers plaidoyers, un total de 110 recommandations proposées par CBMT ont été retenues parmi celles des cadres de concertation des plaidoyers (ANMDH, CENI, CARG, CRONGD, etc.).
- Ces différents plaidoyers sont menés à différents niveaux : (1) au niveau local (plaidoyers initiés par les organisations locales membres du CBMT ou par le CBMT lui-même) ; (2) au niveau régional (via un forum régional⁹⁴ mis en place par le CBMT avec des associations partenaires au Rwanda et au Burundi) ; (3) au niveau de l'Assemblée provinciale (ex. : plaidoyer pour la participation de la femme lors de la conférence pour la paix et le développement du Grand Kasai).
- Parmi les nombreux plaidoyers menés, soulignons les suivants :

⁹¹ APROHU (Association pour la promotion humaine).

⁹² Kinsenso est son fief électoral.

⁹³ Violences basées sur le genre.

⁹⁴ Focus sur la sensibilisation pour la prévention des conflits.

- Environnement et lutte contre les érosions : plaidoyer du consortium des organisations de la société civile sur la lutte antiérosive dans les localités Tshiamba Ndiba et 20 mai – Quartier Plateau, dans la ville de Kananga. De nombreuses actions de sensibilisations/conscientisations de la population ont été menées. CBMT a appuyé les communautés dans l’apport de sacs pour canaliser les eaux et les tôles. Les autorités locales et les leaders religieux ont été associés. Un prêtre même s’est approprié cette activité et a sensibilisé les jeunes. CBMT a ensuite contacté la Banque Mondiale et l’OVD⁹⁵ (pour l’expertise des travaux d’érosion). Le Président Tshisekedi est venu voir les érosions fin 2021 avec des promesses d’études pour que les travaux puissent démarrer. Aux dernières nouvelles, les études sont presque finies, la Banque Mondiale est prête à financer (dans l’attente seulement de l’avis du Gouvernement).
- Contribution à la construction du marché du côté BENA MANDA. L’autorité coutumière a contribué à faciliter l’obtention de l’espace pour le marché (2020-2021) car les femmes avaient du mal à écouler leurs produits dans les marchés traditionnels. Ce marché est en pleine construction (au niveau des travaux de finissage). Ce plaidoyer a produit quelque chose pour faciliter les échanges commerciaux. Leurs plaidoyers ont touché l’autorité coutumière, municipale, urbaine, provinciale et même au niveau des autorités nationales.



Fig.11 Marché de Bena Manda en phase de construction (Kasaï-Occidental)

Concernant les partenaires de **CONGODORPEN (ADINE et CDI-Bwamanda)**, relevons que les leaders de groupes de base et les communautés des aires de santé participent activement dans les espaces d’expression et de concertation sur les droits humains. Dans ce cadre, des plaidoyers ont été réalisés par les CRDI/CLD⁹⁶. Par exemple, au Nord-Ubangi, l’organisation Maison des femmes⁹⁷ a fait pression auprès du gouvernorat du Nord-Ubangi pour éviter que leur terrain soit spolié par l’UNHCR et obtenir ainsi un titre immobilier.

2.3.5. Efficacité des synergies du programme commun

Pour rappel, les programmes communs s’inscrivent dans le cadre de l’ambition du secteur et des pouvoirs publics de renforcer la complémentarité et les synergies entre les acteurs de la coopération non gouvernementale, de réduire la charge de travail administrative des parties concernées et d’encourager l’apprentissage collectif.

⁹⁵ Office des voiries et de drainage.

⁹⁶ Total de 7 plaidoyers pour chacun des partenaires.

⁹⁷ Plateforme des associations féminines de Yakoma.

Sur base des termes de référence de la présente évaluation, nous apprécions ici la cohérence et l'efficacité des synergies sous l'angle de la plus-value des relations entre les organisations du programme commun.

Avant d'arriver à cela il est important d'abord de rappeler le fonctionnement de la coordination de ce programme commun.

En septembre 2016, les quatre organisations ont signé une convention afin de formaliser les modalités de leur collaboration. Cette convention stipule que la coordination du programme est assumée par **CONGODORPEN**. Toujours selon cette convention, les tâches qui reviennent à la coordination (opérationnelle) sont (i) l'introduction du dossier de subvention auprès de la DGD, (ii) la communication avec cette dernière, (iii) la publication des rapports narratifs et financiers, et (iv) la réalisation des activités liées à la gestion du programme et sa coordination.

Aux côtés de cette coordination opérationnelle, un comité de pilotage a été mis en place en Belgique (COBE). Ce dernier réunit un-e représentant-e de chacune des organisations. Selon la convention, ce comité est chargé de (i) valider les rapports narratifs et financiers internes et des plans d'actions trimestriels, (ii) valider les rapports destinés aux partenaires opérationnels et financiers, dont la DGD, (iii) valider les demandes de modifications d'objectifs, de résultats, de budgets.

En RDC, la coordination (CORDC) est le bras des communications en provenance de la Belgique. CONGODORPEN a également été présenté pour prendre le « lead » de cette coordination en RDC.

Dans le cadre de la réalisation des différents OS, les organisations avaient prévu de développer plusieurs types de synergies :

- Synergies d'échanges d'informations ;
- Synergies opérationnelles ;
- Synergies organisationnelles.

Voici d'abord nos constats sur ce qui a bien fonctionné en termes de synergies au sein du programme commun (exemples parmi d'autres) :

- **CONGODORPEN, RC4D, BAC** et **FONCABA** ont collaboré ensemble sur le volet « mutuelles de santé » :
 - CONGODORPEN a organisé un atelier de formation sur le montage de mutuelles de santé, avec la participation de RC4D et de FONCABA (septembre 2017).
 - Un atelier d'échange et de partage d'expérience a été organisé à Kinshasa (du 22 au 24/11/2018) entre acteurs **RC4D – BAC-Cap Santé – CONGODORPEN – FONCABA** et leurs partenaires locaux des 8 provinces de la RDC dans le secteur des mutuelles de santé communautaires sur le thème « Définir une approche commune de sensibilisation à la dynamique mutualiste et d'accompagnement dans la gestion efficace d'une mutuelle de santé communautaire ».
 - Une mission d'échange d'expériences a été menée entre la mutuelle de santé Boboto (RC4D) et Bwamanda (CDI/CONGODORPEN), du 5 au 12 octobre 2019 à Bwamanda.
- Avec la participation des 3 autres ACNG, **RC4D** a organisé un atelier WASH⁹⁸ d'échange et de partage d'expériences autour du thème principal "L'échange et partage d'expériences entre acteurs, une voie essentielle vers l'harmonisation des approches d'intervention" (du 21 au 23 juin 2018 à Kinshasa).
- **RODHECIC** a travaillé en synergie avec les partenaires locaux de **BAC** (SCS Kinshasa) et **RC4D** (mutuelle de santé Boboto) dans la ville province de Kinshasa sur le plaidoyer auprès des Autorités des quartiers périphériques pour soutenir la sensibilisation des familles des quartiers

⁹⁸ Water, Sanitation and Hygiene.

périphériques des ZS des communes urbaines sur la CSU ainsi que pour l'éducation citoyenne et l'assainissement.

- En 2020, sous le lead de la Coordination de la **SCS/Nord Kivu**, la Fondation Sud-africaine OSISA a financé un projet commun monté en concertation avec les Coordinations de la SCS/Ituri, de la SCS/KIN et de la SCS/Sud Kivu, ce qui a permis la formalisation de la SCS/Sud Kivu sous la facilitation et l'accompagnement de proximité de la SCS/NK et l'accompagnement technique à distance de BAC.
- En février 2020, **CONGODORPEN** a invité une vingtaine d'ONG (dont les 3 autres ACNG et leurs partenaires) à un atelier de réflexion sur l'approche communautaire à Bwamanda. Ceci afin de challenger son modèle de développement et s'inspirer d'autres expériences.
- Avec l'appui d'Axyom, **CONGODORPEN** et **BAC** ont collaboré ensemble en termes de gestion pour le contrôle interne des risques.
- Des visites d'échanges ont été menés entre **RC4D** et **CONGODORPEN** sur le volet « entrepreneuriat » (en particulier sur la fabrication et la vente de braseros/foyers améliorés, en lien avec le changement du climat).
- L'évaluation à mi-parcours sur la prise en compte des thèmes transversaux (genre et environnement) dans le programme commun 2017-2021, a suscité chez l'ensemble des ACNG une conscience accrue sur ces thématiques. Cela a abouti concrètement à la production d'un document de politique harmonisée sur ces thématiques dans la mise en œuvre des activités du programme⁹⁹.
- Au début de l'année 2018, les 4 ACNG ont organisé à Kinshasa un atelier commun d'appropriation sur les outils de reporting et de planification des synergies. Cela a permis, entre autres, l'élaboration d'un plan de planification des activités de synergie.
- Des auto-évaluations conjointes annuelles sont organisées entre les 4 ACNG.
- **RC4D** et **CONGODORPEN** partagent un bureau commun à Kinshasa.

Voici ensuite nos constats sur ce qui a moins bien fonctionné en termes de synergies au sein du programme commun :

- La crise du Covid-19 et les nombreuses adaptations qu'elle a suscitées ont restreint les possibilités de synergies et de complémentarités entre les organisations en 2020.
- Le CORDC ne présente pas un cadre aussi clair que le COBE ; les 4 coordinateurs au sein du CORDC se rencontrent très peu pour se mettre d'accord sur la façon de travailler. Il semblerait que les coordinateurs en RDC ont manqué d'instructions claires sur comment organiser leur propre coordination et mener à bien les activités communes sur place.
- Il a manqué un véritable budget commun dédié à la coordination du programme (une ligne budgétaire spécifique, voire même en lien avec un résultat transversal spécifique « synergies » - voir recommandations).
- Peu de travail commun est réalisé avec les partenaires locaux de chacune des organisations. Les différents ateliers et visites d'échanges ne font pas l'objet de réel suivi par la suite.
- Il y a eu très peu de mutualisation des compétences entre les différents partenaires. Par exemple, **CONGODORPEN** ayant une expertise avérée sur les mutuelles de santé, aurait pu jouer un rôle plus important en termes de renforcement des capacités des autres partenaires et en particulier

⁹⁹ Document conçu au départ par BAC et soumis aux 3 autres ACNGS. La version finale de ce document est elle-même le fruit de plusieurs séances de travail entre les représentants des ACNG membres du programme, leurs partenaires et bénéficiaires locaux d'une part, et de l'autre, la consultante pour l'évaluation à mi-parcours du programme (séances de travail à Kinshasa du 2 au 9 septembre 2019).

de **RC4D** (dans l'appui à la mise en place et au fonctionnement de la mutuelle de santé Boboto). De même, **RODHECIC** ayant une expertise avérée en termes de plaidoyer, aurait pu jouer un rôle plus important en termes de renforcement des capacités des autres partenaires sur ce volet.

- **CONGODORPEN** et **RC4D** disposent d'un bureau commun à Kinshasa, mais il s'agit plus d'une mise en commun pour des questions pratiques qu'un réel souci d'investissement mutuel. Le programme commun n'a pas eu de réelle ambition d'investissements collectifs au niveau financier, matériel ou en ressources humaines.
- Le volet « gestion des connaissances » est à renforcer, quand bien même il y ait eu des autoévaluations annuelles et autres ateliers d'échanges. Il serait intéressant de mener de manière collective des travaux de capitalisation sur les différentes thématiques du programme (accès aux soins de santé, développement communautaire, gouvernance/plaidoyer) – voir recommandations.

En conclusion, de manière générale, le travail en synergie et l'échange d'expertises entre les ACNG ont certes contribué quelque peu à l'amélioration générale des activités mises en œuvre dans le programme mais il a clairement manqué une véritable approche de mutualisation des compétences entre les partenaires du programme. Cette approche serait très utile au niveau opérationnel afin de contribuer de manière significative à l'efficacité du programme commun.



Fig. 12 CS & CRDI Tongu (Nord-Ubangi)

2.4. EFFICIENCE

De manière générale, l'efficacité du programme est jugée bonne (4/5)

L'efficacité permet de mesurer si les ressources (fonds, expertise, temps, etc.) sont converties en résultats de façon économe, avec une bonne répartition et que l'action présente dès lors un bon rapport qualité/coût.

Les consultants n'ont pas analysé l'efficacité du programme de manière approfondie dans la mesure où ils ont manqué de temps sur le terrain pour échanger plus longuement avec les RAF de chaque organisation partenaire.

Cependant, nous formulons ci-après quelques enseignements généraux et spécifiques.

- Le programme (à travers l'action de ses partenaires) a fait preuve d'une adaptabilité certaine à plusieurs reprises (efficacité organisationnelle) :
 - Les ajustements budgétaires effectués par les ACNG du Consortium ont visé à maximiser les inputs et activités du programme. Voici deux exemples :
 - Pour **RC4D**, le retrait de l'HGR de Kinkole aura effectivement permis un focus plus efficace sur les centres de santé et l'appui au développement des activités de la mutuelle de santé. L'activité d'appui au comité directeur de l'hôpital de Kinkole dans le but d'une amélioration de la gestion de l'institution n'a pas atteint son objectif. Ce qui a engendré la décision de mettre fin à la collaboration en termes de gouvernance entre l'hôpital et RC4D. La réorientation des ressources disponibles vers les structures locales (gouvernance des mutuelles de santé et des centres de santé) a été jugée opportune vu leur évolution générale positive et de l'implication accrue des responsables des organes de gestion de ces structures.
 - **FONCABA** a des budgets limités pour ses plans annuels. Avec ses partenaires (CBMT, JCC et RODHECIC), elle a proposé de combiner les ateliers d'auto-évaluation annuelle conjoints (février 2020 et 2021) avec des échanges d'expériences, la présentation des témoignages et des bonnes pratiques des autres partenaires des 4 ACNG. Cela permettait de partager les expériences et leçons apprises sur ces deux thématiques transversales. La priorité était partagée sur les deux thèmes transversaux.
 - Face à la Covid-19, les partenaires ont su s'adapter (réunions virtuelles, gestes barrières, etc.) et certains (en particulier **RC4D**, **BAC** et **CONGODORPEN**) ont même mené des activités concrètes de lutte contre la Covid-19 (sensibilisations, équipements de protection)¹⁰⁰.
- La mutualisation des ressources issues de divers partenaires techniques et financiers a permis de relever le niveau de réalisation des activités et des investissements sur le terrain, mieux que le permettait ordinairement l'accompagnement d'un seul partenaire. Ceci est vrai en particulier pour **RC4D** et l'ONG canadienne CCISD qui ont organisé des formations à l'intention des prestataires de santé dans des ZS communes (adaptation des soins et sensibilisation à l'hygiène du public adolescent, gestion des déchets médicaux, soins obstétricaux d'urgence). Ce type de collaboration démontre le pouvoir amplificateur qu'a une bonne analyse de la complémentarité d'action possible entre deux organisations intervenant dans une même zone d'action.
- Cependant, en termes de mutualisation des ressources, l'efficacité aurait pu être plus élevée si l'approche programme avait été développée pleinement, c'est-à-dire avec mutualisation des compétences entre partenaires (voir 2.3.5 *Efficacité des synergies du programme commun*).
- La pandémie de Covid-19, bien qu'elle n'ait finalement pas entraîné de retards majeurs dans les activités, a tout de même impacté les revenus des bénéficiaires ciblés (voir résultats efficacité), en particulier ceux vivant majoritairement de l'agriculture et de petits commerces.

¹⁰⁰ Voir notamment le projet en partenariat avec la SCS Kongo-Central, sous financement de la Fondation Roi Baudouin.

- Soulignons également l'appui du bureau belge AXYOM auprès des partenaires de **CONGODORPEN**, sur le plan de l'efficacité de l'utilisation des moyens financiers, le respect des principes et règles comptables et des reportages adéquats¹⁰¹ ;
- Pour rappel, **BAC** a subi plusieurs coupes budgétaires de la DGD¹⁰², ce qui a sérieusement impacté le bon déroulement des activités (*voir efficacité*). Cependant, au Nord-Kivu, la SCS (avec l'appui de BAC) a décroché un financement¹⁰³ de la fondation sud-africaine OSISA (réparti sur 2 ans). L'entrée de ce nouveau bailleur dans les sources de financement des Coordinations de la SCS Nord Kivu, Kinshasa, Ituri et Sud Kivu assure l'engagement des activités opérationnelles prévues, ce qui leur permet au final d'être des Coordinations provinciales de la SCS plus opérationnelles que les autres.
- Relevons enfin deux autres difficultés constatées en termes d'efficacité :
 - L'augmentation de l'impôt prélevé par l'INSS passant de 8,5 à 18,5% a compliqué la budgétisation et la réalisation de certaines actions de terrain pour les partenaires locaux.
 - Il est constaté des retards dans le décaissement des fonds annuels, imputables à la DGD.

2.5. DURABILITE

Le programme a un vrai potentiel de durabilité mais celle-ci doit être renforcée (3/5)

La durabilité permet d'apprécier les bénéfices résultant d'une action de développement après la fin de l'intervention. Il s'agit de la probabilité d'obtenir des bénéfices sur le long terme.

Sur le plan de la durabilité de son intervention, le programme présente d'une part des atouts intéressants mais aussi quelques limites auxquelles il sera important d'être attentif en perspective du prochain programme DGD. Soulignons d'abord les atouts suivants à la durabilité des dispositifs :

- Le renforcement des capacités (des ACNG, de leurs organisations partenaires, des communautés bénéficiaires) en général est un axe transversal (on le retrouve au niveau des 3 OS) et essentiel du programme DGD 2017-2021. Toute action de renforcement des capacités est en soi gage de pérennisation des acquis.
 - Les formations données dans le cadre du volet santé (OS1) aux Gestionnaires/Directions médicales, aux ECZS, aux prestataires ainsi qu'aux gestionnaires des mutuelles de santé auront certainement de bénéfices sur le long terme.
 - Les formations et actions de sensibilisation/animation données dans le cadre du volet agriculture/OS2 (et de manière transversale sur la promotion du genre et la protection de l'environnement) aux organisations partenaires ainsi qu'aux communautés de base sont des acquis indiscutables.
 - Les activités d'appui à la structuration des communautés et en particulier celles qui consistent à travailler sur le renforcement des capacités à la base et de renforcer le leadership des OSC locales offrent des bonnes perspectives sur la durabilité institutionnelle de celles-ci.

¹⁰¹ AXYOM renforce les compétences et accompagne conjointement les Partenaires Locaux (PL), du Bureau Local (BL) et du HQ de CONGODORPEN (CD) afin que :

- (1) Les PL soient à aptes à gérer des processus d'achat transparents dans le respect du budget, tenir une comptabilité et un rapportage financier efficace et mettre en œuvre un contrôle interne.
- (2) Le BL de CD soit apte – en cascade- à ensuite réaliser un contrôle mensuel des factures (100% scannées et ON LINE) et trimestriel du respect budgétaire et des soldes de trésorerie – ainsi qu'un contrôle organisé sur le terrain sur l'effectivité des achats et le transfert de matériel aux groupes-cibles.
- (3) Le HQ soit apte à conceptualiser des procédures et processus efficace et à coordonner le contrôle interne et le rapportage conforme à la DGD.
- (4) Les PL et CD acquièrent donc des compétences de gestion qualité- durables et efficaces- susceptibles d'intéresser d'autres bailleurs.

¹⁰² Notons que les autres ACNG ont subi également une coupe budgétaire au début du programme.

¹⁰³ 100.000 \$.

- Les différentes actions de renforcement des capacités des organisations partenaires devraient permettre à celles-ci de mieux gérer leur organisation et les futurs projets qu'ils mettront en œuvre.
 - La combinaison des approches et le travail en synergie avec d'autres OSC qui interviennent dans des zones proches.
- L'approche inclusive et participative ou en d'autres termes l'approche communautaire, est gage de durabilité. En effet, cette approche est une condition incontournable pour faciliter l'appropriation et accroître la participation tant physique, qu'intellectuelle et financière des bénéficiaires. Cette participation induit ainsi une meilleure prise de responsabilité des bénéficiaires qui deviennent moins attentistes et dévoilent leurs vraies capacités en devenant acteurs de leur propre développement. En particulier concernant les partenaires de **CONGODORPEN (ADINE et CDI-Bwamanda)**, il est très encourageant de constater qu'à travers la structuration des communautés, de multiples activités et initiatives communautaires ont vu le jour dans un temps relativement court (les activités communautaires de réhabilitation des infrastructures sanitaires et scolaires, des champs et étangs communautaires, la contribution aux cours d'alphabétisation, la participation aux mutuelles de santé, l'implication comme représentants responsables volontaires dans les différents comités, la création de fédérations des paysans, etc.). Rappelons en particulier le fonds de développement local mis en place au sein des CRDI/CLD : les remboursements financiers des populations ayant reçu un appui pour la mise en œuvre de leurs projets économiques alimentent ce fonds destiné à pouvoir, par la suite, financer de nouvelles initiatives. Ce système contribue à la pérennité du programme en favorisant la responsabilisation et l'autonomisation des communautés même s'il est constaté que les remboursements financiers des populations ne sont pas systématiques et qu'il s'avère nécessaire de renforcer davantage la responsabilisation des communautés à ce niveau (voir recommandations).
 - L'ancrage communautaire des organisations partenaires (les consultants ont pu le constater sur le terrain) contribue à la durabilité des actions entreprises. Soulignons en particulier **CBMT/FONCABA** et ses groupements membres (organisations féminines/OF) qui ont une forte assise communautaire dans la zone d'intervention du programme.
 - La création des CRDI/CLD (**CONGODORPEN**) et des CLCP (**RODHECIC/FONCABA**), ainsi que le renforcement des **SCS (BAC)** et des OF (**CBMT/FONCABA**), est totalement légitime, en particulier par rapport à l'objectif de consolidation du processus de décentralisation au niveau local en RDC. Ces cadres de concertation ne remplacent pas le pouvoir en place mais peuvent être l'intermédiaire entre les communautés et les autres institutions telles que l'Etat et les projets de développement. Le système de démocratie participative dans le cadre du processus de décentralisation trouverait ainsi sa base à cet échelon du village/groupement/province.
 - Les différents investissements matériels (en particulier les médicaments et autres intrants, les équipements et infrastructures sanitaires, les décortiqueuses, les foyers améliorés et autres matériels investis dans le cadre de l'OS2) constituent un autre facteur de durabilité de l'intervention du programme.
 - La durabilité politique du programme est appréciable également. En effet, une majorité d'organisations partenaires collaborent à des degrés divers avec les autorités locales et services techniques. Soulignons en particulier le partenariat entre **RC4D** et le **Ministère provincial de la santé de Kinshasa**. Rappelons également les bonnes collaborations entre les **SCS** et les Autorités sanitaires provinciales. Et notons enfin la collaboration étroite (lors des multiples plaidoyers menés) entre chaque partenaire de **FONCABA (RODHECIC et CBMT)** et les Autorités locales, provinciales et nationales¹⁰⁴.

¹⁰⁴ « Le dynamisme de CBMT impose le respect non seulement avec les autres ONG mais aussi avec les autorités publiques. Elle a acquis une certaine notoriété et un certain pouvoir auprès de celles-ci » (cf. un des responsables de plateforme de la société civile du Kasai-Occidental).

- La durabilité environnementale est un des axes majeurs du programme. Toutes les organisations partenaires impliquées dans l'OS 2 mettent en avant des méthodes de production durables et organiques dans l'agriculture avec le but d'apporter une contribution clé à la stabilité écologique dans la zone d'intervention.
- De manière générale à l'ensemble des partenaires, la prise en compte des jeunes et des femmes assure l'inclusion et le renouvellement de la base au sein des communautés. Par ailleurs, le renforcement du leadership féminin contribue à l'acceptation d'une plus grande responsabilisation de la femme et ainsi d'une réduction des inégalités entre les hommes et les femmes.

Le programme présente cependant quelques limites non négligeables en termes de durabilité. Nous distinguons les risques externes liés au contexte du programme des risques internes sur lesquels le programme aurait pu agir directement :

Risques internes :

- Les moniteurs d'alphabétisation (**CONGODORPEN**) ont de très faibles primes avec comme possibles conséquences des risques de démotivation et à la longue, de décroissance de la qualité d'apprentissage et pour quelques-uns, l'abandon simplement de ce travail.
- La durabilité des mutuelles de santé pose question (*voir questions spécifiques*). Elle est avant tout mise en péril par l'intervention de programmes multilatéraux et nationaux visant la gratuité des soins (sans réelle concertation préalable avec la société civile) nuisant ainsi sur l'attractivité de l'affiliation aux mutuelles de santé (voir en particulier **ADINE et CDI-Bwamanda/CONGODORPEN**). Par ailleurs, afin de garantir la durabilité des mutuelles de santé créées ou redynamisées, il nous semble essentiel d'une part de renforcer la sensibilisation/conscientisation des communautés ciblées ainsi que des prestataires dans les principes, fonctionnement et enjeux des mutuelles de santé. Le leadership et le pouvoir de plaidoyer des partenaires locaux auprès des prestataires de santé (au niveau CS, ZS, DPS) pour agir sur la qualité des soins de santé et la collaboration des FOSA avec les mutuelles dans une recherche de promotion d'avantages communs en faveur d'un meilleur accès aux soins de santé. D'autre part, tenant compte du contexte de pauvreté des communautés ciblées, le développement des mutuelles de santé devrait davantage s'insérer dans une approche de développement intégré avec parallèlement au développement des mutuelles de santé, l'appui au développement d'activités génératrices de revenus (via surtout l'appui à la commercialisation des produits agricoles) pour éviter que les revenus issus de la production soient absorbés dans les soins de santé (pertinence des mutuelles de santé pour rompre le cycle de pauvreté et permettre de réinvestir dans la production afin d'accroître les revenus).
- Les Coordinations de la **SCS (BAC)** souffrent d'une insuffisance de moyens financiers, ce qui ne leur permet pas de mener à bien leurs missions. Des efforts devraient être entrepris dans la mobilisation de ressources (tant interne qu'externe).

Risques externes :

- La situation socio-économique globale de la RDC (qui des suites de la pandémie de Covid-19 s'est encore dégradée) constitue le risque majeur pour la durabilité financière des actions du programme. Par exemple, le bénévolat au niveau des référent-e-s de la base sociétale des partenaires montre ses limites dans le contexte de pauvreté généralisée en RDC.
- Le principal goulot d'étranglement des producteurs agricoles est le mauvais état des infrastructures (ponts, routes) surtout pendant la saison de pluies. Ce contexte défavorable impacte lourdement l'insécurité alimentaire des producteurs.

- Et enfin, nous tenons à souligner que la durabilité du programme restera toujours limitée par la faible volonté politique : (1) aucune garantie actuelle sur l'engagement réel des Autorités quant à la pérennisation du programme sur le volet santé ; (2) aucune garantie actuelle sur l'engagement réel des Autorités quant à l'appui à la structuration des communautés ainsi qu'à l'appui à l'évacuation et à la commercialisation de leurs produits agricoles.

2.6. EFFETS/IMPACTS

Les effets/impacts (prévus ou imprévus) du programme sont significatifs (4/5)

Les consultants relèvent un certain nombre d'effets/impacts indéniables¹⁰⁵. Nous nous focalisons essentiellement sur les volets santé/éducation (OS1) et AGR/agriculture (OS2). Mais avant cela, concernant le volet gouvernance/plaidoyer (OS3), nous rappelons brièvement les effets de l'appui du programme (et hors-programme¹⁰⁶) sur les Coordinations de la **SCS (BAC)** en termes de plus grande reconnaissance comme interlocuteur dans les différents cadres de concertation (et bonnes collaborations avec les autorités sanitaires), ainsi que l'apport indéniable et appréciable de la SCS à travers la participation des délégués de ses organisations membres aux activités d'envergure telles que les campagnes de vaccination et de distribution des moustiquaires imprégnées d'insecticide, et les ripostes contre les épidémies survenues dans les Zones de Santé. On peut juste citer ici le cas des certificats d'excellence accordés par les Autorités Sanitaires nationales à 10 délégués des organisations membres de la SCS dans la province de l'Ituri. Nous rappelons également les effets des différentes actions de plaidoyer menées par les partenaires de **FONCABA (RODHECIC et CBMT)**, comme la construction de routes, les travaux d'érosion, la réhabilitation de systèmes d'adduction d'eau, etc.

Volet santé/éducation (OS1)

- Les infrastructures réhabilitées/construites induisent des effets immédiats dans l'amélioration de l'offre de soins. « *On vient accoucher dans une bonne maison (CS) et avant c'était construit en paille et les femmes après l'accouchement repartaient directement. Maintenant, elles peuvent rester après l'accouchement pour une période d'observation avec le nouveau-né* » (cf. femme membre du CLD de Bobandu/**CDI-Bwamanda**).
- Le dispositif de pérennisation des médicaments assuré dans les AS couvertes par les partenaires de **CONGODORPEN (ADINE et CDI-Bwamanda)** influe sur la gestion des médicaments avec une réduction du nombre de jours de rupture de stocks de ceux-ci. Les membres du CODESA interrogés au CRDI de Tongu (**ADINE**) nous confirment par ailleurs les acquis des différentes formations reçues (gestion des stocks, entretien CS) « *Maintenant nous savons gérer les médicaments, avant c'était l'affaire des médecins* ».
- L'ouverture de services nutritionnels au sein des CS appuyés par **CDI-Bwamanda** a des effets positifs sur la réduction de la malnutrition dans la zone. « *Avant, la malnutrition a été mal identifiée dans le village. On l'a attribué à d'autres causes. Elle avait accouché mais, elle n'avait pas de lait maternel et donc l'enfant était malnutri. Grâce au projet avec l'ouverture de centre nutritionnel, les infirmiers pendant la CPN, envoient les malnutris à l'unité de nutrition au CS pour leur réhabilitation nutritionnelle. Le projet achète les nutriments nécessaires (sucre, farine de maïs, soja, arachide, farine de chenilles, farine de poisson, niébé). Et beaucoup d'enfants sont réhabilités et leur état nutritionnel amélioré* » (cf. un usager des services de santé dans la ZS de Boto).
- Rappelons que grâce à l'appui au fonctionnement des ESDR (**RC4D**), un nombre important d'enfants a eu accès aux soins de qualité. Par ailleurs, les personnes interrogées au niveau de l'ESDR Don Bosco nous révèlent d'autres effets intéressants de l'appui du programme : (1)

¹⁰⁵ Majoritairement issus des échanges avec les communautés bénéficiaires.

¹⁰⁶ Voir l'appui d'OSISA au Nord-Kivu.

amélioration de l'hygiène au niveau du centre et au niveau du dispensaire ; (2) 50% des enfants réinsérés viennent des familles qui ont été appuyées sur les activités de maraîchage.

- La mobilisation et renforcement de centres d'alphabétisation (fonctionnelle et conscientisante) appuyés par les partenaires de **CONGODORPEN (ADINE et CDI-Bwamanda)**, a eu des effets/impacts intéressants auprès des bénéficiaires interrogés. « *Maintenant on sait lire et écrire ! nous savons mieux vendre, mieux connaître notre marge bénéficiaire* » (cf. une femme bénéficiaire de l'alphabétisation, membre du CRDI Mission/ADINE). « *Avant, le centre d'alphabétisation existait mais, il y avait un seul niveau et il n'y avait pas de supports ni de programme. Et sous l'accompagnement de CDI, nous avons reçu des supports et le programme a été élaboré. Et, nous avons atteint tous les trois niveaux pour le centre alphabétisation. C'est un grand changement parce que dans la communauté il y avait beaucoup de femmes analphabètes et maintenant, en plus de savoir lire, elles savent elles-mêmes calculer et vendre leur production agricole seules sans l'aide des enfants qui venaient les aider* » (cf. membre du CLD de Bobandu/CDI-Bwamanda). A noter par ailleurs que certaines femmes formées en alphabétisation deviennent des responsables d'associations/d'OP. « *Elles sont des relais communautaires et sont membres des comités et en plus occupent des fonctions grâce à l'alphabétisation* » (cf. membre du CLD de Bobandu). L'alphabétisation est un levier important pour la contribution à la promotion et au développement de la femme dans la société.
- Grâce notamment aux sensibilisations menées par les COPA (avec l'appui d'**ADINE** et de **CDI-Bwamanda**), le taux de scolarisation des filles a augmenté dans les zones d'intervention au Nord et au Sud-Ubangi. Par ailleurs, ces sensibilisations ont aussi pour effets que certains COPA appuient à la construction de bâtiments scolaires (par exemple, dans la communauté de Bobandu/CDI-Bwamanda, les personnes interrogées nous révèlent que le COPA construit chaque année un bâtiment scolaire de 2 salles de classe).
- L'appui du programme à la restructuration des COPA a aussi comme principal effet une meilleure implication/responsabilisation des parents dans la gestion et le fonctionnement de l'école. « *Avant, le Directeur d'école gérait à sa manière, il donnait les primes comme il voulait. Avec l'appui du programme, les parents savent mieux comment l'école doit fonctionner. Avant, les enseignants arrivaient en retard, maintenant il y a plus de respect des normes, plus de respect des parents. L'approche est tripartite (Direction école – enseignants – parents) pour décider notamment des primes des enseignants* ». (Un membre du COPA interrogé au CRDI de Tongu/**ADINE**). La fabrication des bancs par les parents est un autre exemple de leur implication.
- Effets liés aux mutuelles de santé (voir 3. Questions spécifiques).

Volet AGR/agriculture (OS2)

Concernant ce volet, sur base des entretiens/focus-groups, les consultants ont relevé un grand nombre d'effets positifs et intéressants exprimés par les communautés ciblées :

- Les différentes actions de renforcement des capacités auprès des productrices/entrepreneures ont des effets intéressants sur l'amélioration de la gestion de leur activité.
 - Par exemple, les femmes de l'association REAVFA (**RC4D**) nous expriment ces changements : « *Maintenant nous écrivons, nous savons combien nous avons gagné et combien nous avons perdu. Maintenant nous savons gérer ! Avant nous avions des dépenses inutiles, nous touchions le capital, nous payions des intermédiaires, maintenant nous le faisons ensemble, collectivement* ».

- Un autre exemple est celui des membres d'OP de la zone d'intervention de **CDI-Bwamanda** : « Avant, il y avait les OP sans statuts ni RI, maintenant, l'OP a ses statuts et RI et sa note de légalisation. Nous avons bénéficié des formations sur les techniques culturales, ce qui nous a permis d'augmenter notre production. Nous avons aussi bénéficié de formations sur le traitement et conservation des produits agricoles. Avant, nous vendions au mois de novembre et décembre tous les produits des champs (arachide) mais avec l'accompagnement, nous arrivons à séparer la production : nous gardons la semence, nous vendons une partie et la grande partie reste pour vendre en période de rareté afin de gagner plus. Les produits augmentent de prix à partir du mois de janvier, février, mars et avril. C'est le temps propice de la sensibilisation pour l'affiliation aux mutuelles de santé parce nous avons vendu et que nous avons de l'argent ».
- Renforcement de la cohésion sociale (moins d'attentisme, moins d'individualisme) :
 - Par exemple, les productrices interrogées dans la zone d'intervention de **CBMT/FONCABA** nous expriment ces changements liés à la mise en place d'une caisse de solidarité au sein du groupement : « Avant l'appui, les personnes travaillaient de manière individuelle. Maintenant, le travail se fait en communauté. Après l'appui, on a organisé une caisse de solidarité. Chaque fois après la récolte, on vend les produits et on met l'argent dans la caisse. C'est au cours de l'Assemblée générale qu'on décide sur les options à prendre pour l'utilisation de cet argent ». « La formation que nous avons reçue nous a appris à mettre l'argent ensemble, pour acheter les produits vivriers et les vendre. Avec la caisse de solidarité, les autres ont acheté les lits, les casseroles et il y en a qui ont payé les soins des enfants ».
 - Remarque : CBMT/FONCABA a travaillé dans le contexte particulier où une partie de la population avait connu les atrocités (en 2017) liées aux événements de Kamwina Nsapu dans la province de Kasai-Central et plus précisément à Nganza (faubourg de Kananga). Durant cette période de violences, la population s'était déplacée pour se mettre à l'abri. A la fin du conflit, les ménages sont rentrés et ont perdu leurs biens. Cette situation a aggravé la pauvreté dans ce milieu. L'appui CBMT/FONCABA est venu dans ce contexte de vie précaire en appui aux initiatives des femmes maraichères. Ce précieux soutien a contribué à impulser une dynamique de lutte contre la pauvreté chez ces femmes démunies dans le but d'accroître leurs activités, leurs revenus et enfin, redonner l'espoir (la résilience) aux ménages vivant dans l'extrême pauvreté causée par ce conflit. Il faut signaler aussi que c'est à Nganza que se trouvent les sites d'exploitation des maraichers (sites de Kombwa et Katwishi). A partir de ces sites, la population de la ville de Kananga est approvisionnée en légumes.
 - Le fonds de développement local mis en place au sein des CRDI/CLD (**ADINE, CDI-Bwamanda**) est un autre exemple de cet esprit de solidarité renforcé. Pour rappel, pour chaque micro-projet, 10% du financement est reversé par le bénéficiaire dans la caisse du CRDI/CLD. Ceci devant permettre de constituer un fonds de développement local qui devrait alors servir à financer d'autres micro-projets.



Fig.13 Responsables du REAVFA (Mbankana/Maluku II)

- Amélioration des revenus et réinvestissements : bon nombre de bénéficiaires de micro-projets (**ADINE/CDI-Bwamanda**) ont vu leurs revenus augmenter et ont pu ainsi réinvestir dans d'autres activités génératrices de revenus :
 - Au Nord-Ubangi (**ADINE**), une femme a d'abord bénéficié d'un 1^{er} micro-projet qui lui a permis de renforcer en équipements son atelier de couture/broderie. Grâce à cet appui, ses revenus ont triplé et cette marge bénéficiaire, avec l'appui d'un 2^{ème} micro-projet, lui ont permis de réinvestir dans une autre activité parallèle de restauration/service-traiteur.
 - Au Sud-Ubangi (**CDI-Bwamanda**) : des femmes membres d'une OP¹⁰⁷ avaient initié l'élevage des poules. Avec l'appui d'un micro-projet, elles ont bénéficié de formations ainsi que d'un bouc géniteur améliorateur. Celui-ci a produit, et cela a donné de bons rendements. Chaque femme de l'OP élève seule chez elle les chèvres. Avec les recettes, elles ont acheté des porcs qu'elles élèvent. Les petits seront distribués entre les membres de l'OP. Toujours grâce aux recettes, elles ont acheté une charrette pour l'évacuation des produits vers le port ou du champ vers la maison.
 - Toujours au Sud-Ubangi (**CDI-Bwamanda**, OP Tosangana-Communauté Bobandu) : des membres de l'OP ont fabriqué du savon et grâce aux recettes de la vente, elles ont d'abord acheté des marmites qu'elles ont ensuite distribué à chaque membre (les mamans). En outre, elles ont acheté 7 truies en raison d'une truie pour 3 membres.
 - Encore un autre exemple au Sud-Ubangi (communauté de Bombese) : un homme a bénéficié d'un appui avec une machine à coudre mécanique (à utilisation manuelle) ainsi que des intrants de couture (mètres rubans, boîte de lubrifiant). Grâce à cet appui et aux bénéfices engendrés, il s'est acheté une moto qui l'aide à distribuer les habits déjà cousus et à superviser la formation auprès de 6 apprenants.
- Amélioration des revenus et effets multiplicateurs/transferts de compétences :
 - Par exemple, au Nord-Ubangi (**ADINE**), une femme a bénéficié d'un micro-projet qui lui a permis de renforcer ses équipements en coupe/couture. Grâce à cela, ses revenus ont augmenté et elle a en parallèle former 2 autres femmes en techniques de coupe/couture. Les 3 femmes mènent actuellement leur activité de manière autonome.
- Effets/impacts des infrastructures/équipements :

¹⁰⁷ OP DEDOKOMO dans la communauté Kasongo.

- Par exemple, au Sud-Ubangi (**CDI-Bwamanda**), l'appui du programme en unité de transformation (moulins) a réduit la pénibilité du travail des femmes. « *Auparavant, la transformation se faisait avec le pilon et le mortier et ça prenait beaucoup de temps. Avec le moulin, le processus de transformation du manioc se fait entre 10 ou 15 minutes* » (cf. membre du CLD de Bobandu).
- Effets sociaux :
 - Plus grande reconnaissance du statut de la femme : « *Les femmes ont des ressources et aident maintenant leurs maris. Avant nous étions locataires, maintenant nous sommes propriétaires* » (cf. membre du CRDI Cité/ADINE). « *Pour les femmes qui n'avaient pas de maisons, elles ont eu les rôles et elles ont pu construire leurs maisons. Les femmes ont même des comptes en banque* » (cf. femmes appuyées par CBMT). « *Les femmes paient la scolarisation de leurs enfants sans déranger leurs maris* » (cf. femme appuyée par CDI-Bwamanda). « *Avant on avait honte pour parler en public, maintenant non ! on a de la valeur !* » (cf. femme membre du CRDI Tongu/ADINE).
 - Autres effets genre (*voir genre*).

2.7. AXES TRANSVERSAUX

Concernant l'analyse des axes transversaux (genre et environnement), ceux-ci s'avèrent satisfaisants (4/5)

Le genre et l'environnement constituent des axes transversaux majeurs du programme DGD 2017-2021. Rappelons que l'évaluation à mi-parcours (2019) a porté précisément sur « la prise en compte des thèmes transversaux genre et environnement en RDC »¹⁰⁸.

2.7.1. Genre

De manière générale, le programme tend à contribuer en matière de genre de façon transversale et plus spécifiquement sur 2 points : (1) réduction des inégalités existantes entre hommes et femmes ; (2) accès accru aux soins de santé pour les femmes.

Par ailleurs, le programme a spécifiquement encouragé le renforcement des capacités des femmes en vue d'une participation à la prise de décision et d'impulsion du leadership de la femme dans les communautés ciblées.

- Le programme enregistre de bons résultats dans la représentation des femmes membres d'organisations de la société civile, ainsi que la proportion de femmes leaders.
 - Par exemple, pour **RC4D**, les 94 % d'entrepreneurs sont des femmes.
 - Au Sud-Ubangi et au Nord-Ubangi (**CDI-Bwamanda/ADINE**), certaines OP sont désormais dirigées par des femmes (grâce à l'accompagnement du programme, à travers les différentes formations données aux femmes).
 - Les femmes appuyées par **CBMT** sont très engagées ; il y a un leadership féminin bien formé.
 - Concernant la **SCS Nord-Kivu**, les femmes sont bien représentées (entre 33 et 40%) au niveau des organes de décision. Par ailleurs, la SCS dispose d'un groupe thématique santé maternelle et infantile dans lequel est encadré spécifiquement les associations féminines et celles travaillant en faveur de femmes.
 - Les CLCP appuyés par **RODHECIC** sont constitués d'environ 70 % de femmes.

¹⁰⁸ Réalisée par Nancy Jaspers et Nathan De Baets, Humanya.

- La promotion du genre dans le développement communautaire est soutenue par le taux élevé de femmes suivant les formations à l’alphabétisation. Ces cours offrent la possibilité aux filles mères, aux mamans qui n’ont jamais été sur les bancs de l’école ainsi que des autres groupes marginalisés, d’apprendre de façon fonctionnelle et conscientisante.
- Des microprojets qui favorisent les femmes pour pouvoir augmenter les revenus (de manière globale à l’ensemble du programme, 67% des AGR sont portées par des femmes) – *voir effets/impacts*
- La réduction de la pénibilité des travaux des femmes (*voir effets/impacts*).
- La sensibilisation accrue des hommes et des femmes sur la planification familiale soutient l’autonomisation stricte des femmes. Les centres de santé appuyés par le programme participent pleinement à cette activité.
- Diverses activités de sensibilisation ont été menées auprès des femmes et des hommes : sur les VBG, sur la scolarisation des filles, sur la gestion concertée H-F des ressources et des tâches ménagères, etc. De manière générale, à chaque occasion, les droits des filles et femmes sont soulignés (pour leur scolarisation, pour des soins mères-enfants, comme cultivatrice et dans les réunions). Soulignons en particulier les actions de **CBMT** qui ont beaucoup plaidé en faveur de l’éducation des filles.
- Parmi les actions de plaidoyer menées par les partenaires de **FONCABA** (**CBMT** et **RODHECIC**), beaucoup d’entre elles sont spécifiques au genre. Relevons par exemple le plaidoyer sur la participation politique de la femme (candidature aux élections, loi sur la parité) ou encore celui sur accès à l’eau potable.
- Le programme a utilisé des outils sexo-spécifiques pour la récolte de données en lien avec les activités réalisées (liste de présence avec rubrique reprenant le sexe, suivi des IOV, appuis accordés aux partenaires locaux).
- Les partenaires locaux ont intégré de manière variable les femmes au sein de leur structure organisationnelle. Soulignons en particulier **CBMT** qui est constitué d’une majorité de femmes. Relevons également la présence au sein de l’équipe **ADINE** d’une femme chargée du volet genre, avec de nombreuses actions entreprises via son appui (notamment l’encadrement des centres d’alphabétisation). Notons qu’au niveau de **RC4D**, les femmes sont insuffisamment intégrées au sein de la structure.

Tous ces bons résultats font suite aux efforts entrepris durant la durée du programme par l’ensemble des ACNG et de leurs organisations partenaires. Ces efforts doivent être soutenus dans la durée afin de renforcer davantage les capacités des femmes en vue d’une participation à la prise de décision et d’impulsion du leadership de la femme dans les communautés ciblées.

2.7.2. Environnement

Le programme DGD 2017-2021 a clairement pris en compte les aspects environnementaux. Les animateurs et animatrices du programme sensibilisent les différentes communautés sur la protection de l’environnement et de la biodiversité. Nous relevons ici de nombreux exemples.

- **RC4D** (dans la province de Kinshasa) ainsi que les partenaires de **CONGORDPEN** (Nord-Ubangi et Sud-Ubangi) ont appuyé un certain nombre de CS dans l’installation de panneaux solaires et dans la construction d’incinérateurs performants ainsi que dans des activités de gestion des déchets biomédicaux¹⁰⁹ (surtout RC4D).

¹⁰⁹ En leur apprenant à trier les déchets (médicaux et autres) et en utilisant différentes poubelles.

- Au Sud-Ubangi (*CDI-Bwamanda*), les membres de la communauté sont conseillés sur l'hygiène, la salubrité ou l'assainissement du milieu (entretien des pompes d'eau et des sources d'eau captées, installations sanitaires hygiéniques dans la communauté).
- Au Nord et au Sud Ubangi (*ADINE, CDI-Bwamanda*), les infrastructures (CS, écoles) sont construites/réhabilitées avec des matériaux locaux durables (avec la participation communautaire).
- Les producteurs-trices impliqué(e)s dans le programme pratiquent majoritairement des méthodes respectueuses de l'environnement.
 - Pour *CBMT* par exemple, 96 % de ménages actifs dans les AGR pratiquent ces méthodes :
 - Utilisation de semences biologiques, la pratique de la jachère, sensibilisations des familles pour l'implantation de cultures agroforestières, l'utilisation des plantes fertilisantes, l'utilisation de la cendre pour le traitement des plantes, l'aménagement des compostières, la culture et mise en marché de produits agricoles biologiques, etc.
 - Pour les partenaires de *CONGODORPEN (ADINE et CDI-Bwamanda)*, beaucoup de ménages actifs dans les AGR pratiquent également ces méthodes :
 - La rotation des cultures, l'introduction des variétés améliorées, la promotion de la pisciculture (à travers des étangs communautaires), la sauvegarde d'espèces rares (végétales et animales) ou en voie de disparition, etc.
- Pour les partenaires de *CONGODORPEN (ADINE et CDI-Bwamanda)*, soulignons l'important volet de développement d'activités contribuant à la fois à l'augmentation de revenus et à l'amélioration de l'environnement :
 - Pépinière et vente de plantules d'arbres fruitiers et essences à chenilles contribuant au reboisement des forêts.
 - Association de cultures pérennes (caféier et cacaoyer) et vivaces (ananas) dans le développement d'une agroforesterie durable.
- Des activités de fabrication de braseros/foyers améliorés : plusieurs partenaires (en particulier *RC4D* et *ADINE*) ont appuyé les communautés dans la fabrication et l'utilisation de ces foyers améliorés. Ceux-ci contribuent à la réduction de la cueillette de bois de chauffe dans les milieux naturels : moins de braises sont nécessaires pour cuisiner, donc moins d'arbres doivent être abattus (réduction de la pression sur la forêt).
- Gestion durable des déchets des équipements électriques et électroniques (DEE) : cette activité est réalisée et gérée entièrement par *BAC*, sur trois sites différents (Kinshasa, Lubumbashi et Kongo-Central). Le site de Kinshasa est soutenu par le programme commun. L'objectif principal est de récupérer et d'éviter que ces déchets se trouvent dans la rue et les rivières.
- Les partenaires de *FONCABA (CBMT et RODHECIC)* ont réalisé des plaidoyers pour la protection et la préservation de l'environnement : construction de dispositifs de lutte contre les érosions, réalisation de plaidoyers envers les autorités politico-civiles provinciales et communales sur l'environnement et santé, plaidoyers sur l'environnement et gestion des déchets ménagers, etc.
- *CONGODORPEN* a lancé un 'Projet Nature' avec ses partenaires. Ce dernier vise la conscientisation des organisations de la société civile sur les problématiques environnementales afin d'aboutir à un plan d'action concret de protection de l'environnement par chacune des communautés/aires de santé. Un guide pratique a été élaboré dans ce cadre.

- Concernant la *SCS Nord-Kivu (BAC)*, les organisations membres sont structurées en quatre groupes thématiques parmi lesquels il y a le groupe « Eau, hygiène, assainissement et environnement ». Dans ce groupe thématique, les membres élaborent des microprojets sur entre autres : la protection de l'environnement, la bonne gouvernance pour la conservation des espaces protégés, la promotion de la biodiversité autour du Parc National de Virunga ainsi que le ramassage de déchets biodégradables et non dégradables.
- Tous les partenaires du programme utilisent des panneaux solaires dans la fonctionnalité de leur bureau, ce qui contribue à une bonne gestion de l'environnement.



Fig.14 Plantules d'arbres fruitiers – espèces en voie de disparition (ASS Timbinganda/Nord-Ubangi)

3. QUESTIONS SPECIFIQUES

3.1. OS1 : LES POPULATIONS DES ZONES D'INTERVENTION ONT ACCES A DES SERVICES DE BASE DE QUALITE, PRIORITAIREMENT LA SANTE

3.1.1. Pour chaque ACNG membre : quelles sont les conditions de pérennisation de sa stratégie de promotion de l'accès à la santé et spécifiquement de la durabilité des mutuelles de santé qu'elle soutient ?

Pour rappel, Concernant les mutuelles de santé, les résultats sont variables en fonction des partenaires/zones d'intervention. De manière générale, le taux de pénétration de la population à la mutuelle de santé dans les zones d'intervention reste assez faible (OS1.R3.1). Ces difficultés s'expliquent par les contextes provinciaux spécifiques (Covid-19, Ebola, réfugiés fuyant des guerres), en particulier au Sud-Ubangi et Nord-Ubangi (**CONGODORPEN**), qui ont favorisé la mise en place de programmes multilatéraux et nationaux visant la gratuité des soins (sans réelle concertation préalable avec la société civile) nuisant ainsi sur l'attractivité de l'affiliation aux mutuelles de santé. Chez CDI-Bwamanda, il est important de distinguer la qualité de l'impact entre l'assurance hospitalisation (avec une diminution de 21% en 5 ans des adhérents mutualisés qui se font soigner/an à l'hôpital) et la micro assurance (avec une augmentation de 70% en 5 ans des adhérents mutualisés qui se font soigner/an au centre de santé). Dans la Province de Kinshasa (zone d'intervention de **RC4D**), le faible taux de pénétration de la population à la mutuelle de santé s'explique probablement par la jeunesse de l'initiative et le fait que les communautés et prestataires ne soient pas encore suffisamment sensibilisés sur les principes, fonctionnement et enjeux des mutuelles de santé.

Pour chaque partenaire, nous apprécions les conditions de pérennisation de sa stratégie de durabilité des mutuelles de santé qu'elle soutient (*voir aussi R1.3 Efficacité*).

RC4D

- Pour rappel, voir R1.3
- Les changements opérés au niveau des cotisations (*adhésion familiale*) ont eu un **impact sur l'augmentation des adhésions**.
- Parallèlement au développement de la mutuelle de santé, la stratégie d'appui de RC4D est de **renforcer les associations** présentes dans les 3 ZS dans le **développement d'AGR (avec actions de renforcement des capacités liées)**.
- Il s'avère que les associations semblent plus actives à Maluku II en comparaison de celles dans les 2 autres ZS. Au vu des résultats plus faibles à Maluku I et à N'sele (taux de recouvrement plus faibles¹¹⁰, taux de pénétration plus faibles¹¹¹), **le dynamisme associatif semble à priori un élément important qui contribuerait à l'augmentation des adhésions à la mutuelle**.
- **La nécessité de fidéliser les adhérents** (taux de recouvrement faible) **passé d'une part par un renforcement de la sensibilisation et d'autre part par l'appui au développement d'AGR des membres d'associations adhérentes**. D'après nos témoignages, une partie des mutualistes ne comprennent pas encore le principe du ticket modérateur. Par ailleurs, aux yeux des mutualistes, il y a parfois une confusion avec la tarification forfaitaire.
- D'autres difficultés sont à prendre en compte (voir efficacité) dont : (1) **difficultés de sensibilisations liées aux antécédents** (escroqueries – voir banque coopérative à Maluku II). (2) Dans les zones couvertes, il y a un **manque de concurrence des structures sanitaires**, ce qui ne facilite pas toujours une bonne négociation des prix entre la mutuelle et ces structures ; (3) **Insuffisance des fonds propres** pouvant permettre à la mutuelle de couvrir ses charges d'exploitation et faire face à ses différents engagements.

¹¹⁰ Maluku II = 79% ; Maluku I = 72% ; Nsélé = 59%.

¹¹¹ Maluku II = 2,39% ; Nsélé = 0,70% ; Maluku I = 0,27%.

CDI-Bwamanda/CONGODORPEN

- Pour rappel, voir R1.3 :
- Tant que le **programme PDSS** est présent dans les ZS couvertes par les mutuelles, les **conditions de durabilité** des mutuelles de santé **ne seront pas remplies**.
- Indépendamment de l'intervention du PDSS dans les ZS couvertes par les mutuelles, les stratégies mises en place par CDI-Bwamanda pour pérenniser les mutuelles sont les suivantes¹¹² :
 - Facteurs et stratégies permettant d'accroître le taux de pénétration et de fidélisation : (1) fixation démocratique de taux de cotisation avec un **montant de cotisation faible** ; (2) **collaboration efficace** entre BCZS, CS, CDI et la mutuelle de santé. Le facteur qui influe le plus sur l'efficacité et la durabilité du mécanisme c'est que le Partenaire Local – CDI-Bwamanda- occupe lui-même une fonction de gestionnaire de Zone de santé et peut donc influencer directement la qualité des soins et la mobilisation des prestataires de santé – qui sont 2 facteurs vitaux ; (3) **CDI gère les mutuelles de santé** et réinvesti les résultats financiers dans la qualité des soins de santé (comme incitant à l'adhésion). C'est sur cette base qu'a été financé l'hôpital de BOTO. C'est le seul exemple de financement participatif d'un hôpital en RDC ; (4) **la confiance de l'initiateur** de la mutuelle de santé (CDI) ; (5) le coût de soins bas et par catégorie et affiché dans chaque structure, pour les affiliés à la mutuelle et les non-affiliés ; (6) **approche volontariat** accepté par la communauté, ainsi qu'un paiement des primes d'encouragements après campagne de sensibilisation.
 - Facteurs et stratégies facilitant le bon fonctionnement des organes de la mutuelle : (1) l'implication du CDI et BCZS dans le fonctionnement de la mutuelle ; (2) la délégation de toutes les responsabilités aux membres de CA selon les statuts et RI ; (3) l'approche mutualiste maîtrisée par la communauté, ainsi que celle du volontariat.
 - Les mécanismes (efficace, efficiente, transparente et dynamique) facilitant une bonne gestion quotidienne de la mutuelle de santé : (1) l'utilisation de timbres sur les cartes des membres comme garde-fou pour la gestion des fonds ; (2) la récolte des fonds au niveau des CS par les IT ; (3) l'implication des représentants des communautés de base (SM) dans certaines activités d'organisation et fonctionnement de la mutuelle; (4) l'utilisation d'un réceptionniste au niveau de chaque CS partenaire ayant une prime de la mutuelle.
 - Les autres éléments à prendre en compte : (1) un **système d'assurance hospitalisation basé sur une affiliation familiale** ; (2) **une implication de la communauté dans tout le processus de gestion de la mutuelle de santé** (notamment participation démocratique de la communauté dans les prises de décision).
- Les difficultés suivantes, observées chez CDI-Bwamanda, sont à prendre en compte dans la stratégie de durabilité des mutuelles :
 - **Faible compréhension** des mécanismes de gestion des mutuelles de premier échelon par la population.
 - **Tickets modérateurs sous-estimés par la communauté** menaçant de ce fait la viabilité financière de la mutuelle de santé.
 - **Absence d'une étude de faisabilité** formelle avant la mise en œuvre (même s'il y a eu des préalables avec études des contextes sur les lieux).
 - **Absence de manuel des procédures de gestion** ; absence de contrôle interne- structuré et qui implique les bénéficiaires.
 - **Faibles capacités des gestionnaires** des organes de gestion.

Dans le cadre du programme DGD 2017-2021, ce sont surtout RC4D et CDI-Bwamanda qui ont développé/renforcé leur appui aux mutuelles de santé.

¹¹² Notons que la majorité de ces stratégies sont issues d'un travail de diagnostic de CDI-Bwamanda sur le fonctionnement de la mutuelle.

Comme nous l'avons déjà mentionné (*voir efficacité*), **ADINE** a également appuyé la mise en place d'une mutuelle de santé. Celle-ci n'a pas fait l'objet d'une analyse approfondie par les consultants. Tout comme dans le Sud-Ubangi, beaucoup d'organismes dans la région proposent la gratuité des soins (cf. réfugiés), ce qui impacte là-aussi sur l'augmentation du nombre d'adhésions.

Et enfin, les partenaires de **FONCABA** (**CBMT** et **RODHECIC**) réfléchissent également à appuyer le développement de mutuelles de santé dans leurs zones d'intervention. Lors de leur mission de terrain auprès de **RODHECIC**, les consultants ont eu à rencontrer et à échanger avec un groupement de femmes sensibilisées sur les questions de mutuelle de santé¹¹³. Les consultants souhaitent attirer l'attention sur plusieurs points : (1) la **nécessité d'une étude de faisabilité** comme préalable à toute autre action ; (2) une campagne de **sensibilisation qui doit être soutenue dans la durée** et avec l'utilisation **d'outils adéquats et adaptés** au public-cible ; (3) l'appui à des groupements ayant déjà une bonne **cohésion sociale** (avec des pratiques de solidarité existantes) ; (4) parallèlement à la mise en place de la mutuelle, **l'appui au développement d'AGR** (pour renforcer le pouvoir d'achat du public-cible).



Fig.15 Focus-group avec les mamans maraîchères du camp Louka (Kinshasa/RODHECIC)

En conclusion :

- La nécessité d'une étude de faisabilité comme préalable à toute autre action (permettant notamment de fixer un taux de cotisation adapté au public-cible ainsi que l'efficacité du résultat financier annuel de la mutuelle) ainsi que d'un système modélisé (quantifié) pour systématiser et optimiser le fonctionnement/la gestion de la mutuelle.
- Un point crucial pour augmenter le taux de pénétration d'une mutuelle est le déroulement de campagne de sensibilisation et d'affiliation soutenues (dans la durée) et efficaces (avec l'utilisation d'outils adéquats et adaptés au public-cible).
- Le leadership du partenaire local dans son contact avec les autorités et institutions nationales (en particulier les prestataires de soins) ainsi qu'avec les acteurs de développement (en particulier les programmes influençant la santé comme le PDSS).
- L'appui à des groupements ayant déjà une bonne cohésion sociale (avec des pratiques de solidarité existantes).
- Au niveau des cotisations, le principe de l'adhésion familiale a un impact sur l'augmentation des adhésions.

¹¹³ Mamans maraîchères du camp Louka.

- La stratégie d'appui au développement de mutuelle de santé devrait être couplée avec celle d'appui au développement d'AGR pour les publics-cibles (avec actions de renforcement des capacités liées).
- Une implication de la communauté dans tout le processus de gestion de la mutuelle de santé est un élément crucial à la pérennisation du dispositif ainsi que la définition de processus clairs qui déterminent les responsabilités des parties et les moyens de les contrôler.
- Avoir des tarifs de soins moins élevés pour les mutualistes et préalablement négociés rendant ainsi la mutuelle de santé « attractive ».
- Poursuivre le renforcement des capacités des gestionnaires (formations, outils).
- Développer des stratégies de mobilisation de ressources pour assurer la pérennité financière de la mutuelle.
- Renforcer la concertation pour la négociation dans le but de trouver les pistes de solutions sur l'harmonisation des approches avec les programmes multilatéraux et nationaux visant la gratuité des soins.

3.1.2. Pour chaque ACNG membre : quels sont les effets (positifs et lacunes) de leurs appuis aux mutuelles de santé ?

L'un des principaux effets recherchés de l'appui au développement de mutuelles de santé est ***d'influencer l'offre et la qualité des soins***. Il n'est pas simple de pouvoir apprécier cela auprès des 2 principaux partenaires impliqués dans les mutuelles de santé (***RC4D*** et ***CDI-Bwamanda***). D'un côté, la jeunesse de la mutuelle « BOBOTO » dans la province de Kinshasa, avec une masse critique d'adhérents insuffisante, n'est pas encore en position de force pour impacter sur l'offre et la qualité des soins (capacité encore faible de la mutuelle à pouvoir financer l'offre et la qualité des soins). De l'autre côté, la MUSABO dans la province du Sud-Ubangi, a été confrontée aux problèmes d'interaction et d'interférence avec le PDSS.

Cependant, d'autres effets sont perceptibles en termes d'une ***plus grande implication des communautés dans les cadres de concertation existants*** aux différents échelons de la pyramide sanitaire. En effet, que ce soit dans la province de Kinshasa ou dans celle du Sud-Ubangi, les mutuelles participent dans les CODESA ainsi que dans les divers cadres de concertation au niveau de la ZS. Ceci renforce la collaboration entre les communautés et les autorités sanitaires et constitue ainsi une bonne base pour la suite du développement de la mutuelle de santé (notamment le pouvoir de négociation des tarifs et du paquet minimum de soins).

Et enfin, pour rappel, les mutuelles de santé appuyées par les partenaires du programme ont contribué de manière variable à l'amélioration de l'accessibilité aux soins de santé tenant compte des contextes/zones d'intervention/partenaires. Il est enfin important de souligner que d'après nos témoignages, l'adhésion aux mutuelles de santé permet aux bénéficiaires de ***diminuer leurs dépenses en matière de santé*** (à travers le mécanisme solidaire de partage de coûts), ce qui a un impact sur le développement de leur activité. « *Les dépenses ont diminué grâce à l'adhésion à la mutuelle ! Avant, en cas de maladie sérieuse, nous étions obligées de vendre une partie de notre production de manioc. Maintenant, ce n'est plus le cas* ». (Cf. femmes membres de REAVFA/***RC4D***).

3.2. OS2 : LES BENEFICIAIRES - HOMMES, FEMMES, ENFANTS - AUGMENTENT LEURS REVENUS DURABLEMENT, PAR L'UTILISATION DU POTENTIEL AGRICOLE ET D'ELEVAGE, AFIN D'AMELIORER L'ACCES AUX SERVICES DE BASE, PRIORITAIREMENT A LA SANTE

3.2.1. Pour chaque ACNG membre : est-ce que la ou les stratégie(s) choisie(s) pour booster les revenus locaux a été suffisante pour soutenir l'amélioration de l'accès aux services de santé (et s'il y a lieu l'affiliation à une mutuelle de santé) ?

Pour pouvoir répondre à cette question, il est important de revenir d'abord sur l'un des indicateurs de l'OS2, en l'occurrence « *Le taux d'utilisation des formations sanitaires par les membres des ménages qui développent des AGR* ». Nous avons souligné (*voir efficacité*) que cet indicateur a augmenté durant la durée du programme même si la Covid-19 a freiné dans une certaine mesure cette croissance, particulièrement durant l'année 2020.

Ce résultat est confirmé par nos témoignages dans la mesure où bon nombre de personnes interrogées nous révèlent que l'augmentation de leurs revenus leur permet de subvenir à leurs besoins de base dont la santé.

Mais il est important de nuancer cela en fonction des partenaires.

A Kananga, le **CBMT/FONCABA** encourage les structures de base (organisations féminines/OF) actives dans les activités agricoles à épargner une partie de leurs revenus dans des caisses de solidarité dont une bonne part devrait être destinées à payer les soins de santé des membres de la famille/du groupement. Nos témoignages confirment effectivement que les membres des OF sont capables d'assurer les soins de santé de leurs familles et de payer les médicaments prescrits par les CS sur place. Par ailleurs, notons que le CBMT a signé des conventions de partenariat avec certains CS afin d'avoir des tarifs préférentiels pour les OF qu'elle appuie.

Concernant les associations appuyées par **RC4D**, l'augmentation des revenus des membres suite à l'appui du programme a de multiples effets dont celui d'une plus grande fréquentation des soins de santé, en l'occurrence via l'affiliation à la mutuelle de santé « BOBOTO ». Nous l'avons en tout cas remarqué en interrogeant les femmes membres de REAVFA, qui ont clairement révélé le fait qu'elles fréquentent plus qu'avant le CS et l'HGR (Mbankana).

Pour les partenaires de **CONGODORPEN, ADINE** et **CDI-Bwamanda**, de nombreuses personnes interrogées nous ont exprimé le fait que l'augmentation de leurs revenus via les micro-projets leur ont permis de mieux faire face aux soins de santé en s'affiliant à la mutuelle. « *Les recettes aident à payer les soins. Les recettes permettent le paiement de la mutuelle* » (cf. membre de l'OP Mboka Lamuka/communauté Bobandu 2/CDI-Bwamanda).

En conclusion, la stratégie choisie pour booster les revenus locaux est certes variable d'un partenaire à l'autre mais dans tous les cas elle a des résultats significatifs en termes d'augmentation des revenus (*voir effets/impacts*). Ces stratégies constituent des conditions de base pour soutenir l'amélioration de l'accès aux services de santé (voir nos recommandations sur les mutuelles de santé¹¹⁴). Mais ces stratégies, bien que nécessaires, ne sont pas suffisantes pour soutenir pleinement l'amélioration de l'accès aux services de santé. Elles doivent s'intégrer dans une approche de développement intégré¹¹⁵ qui est celle prônée par le programme DGD 2017-2021 : (1) appui à l'offre de soins (infrastructures/réhabilitations, médicaments, formations des prestataires, amélioration de la qualité des soins, etc.) ; (2) appui à la demande des soins (mutuelles de santé et sensibilisations liées) ; (3) appui socio-économique (AGR, coopératives agricoles, entrepreneuriat) ; (4) appui plaidoyer/gouvernance participative/réseautage.

¹¹⁴ La stratégie d'appui au développement de mutuelle de santé devrait être couplée avec celle d'appui au développement d'AGR pour les publics-cibles.

¹¹⁵ « Rien ne sert de réhabiliter des infrastructures sanitaires et de promouvoir le développement de mutuelles de santé si en parallèle, l'on n'appuie pas les communautés concernées dans le développement d'activités génératrices de revenus. En outre, vu le faible niveau d'instruction constaté au sein de ces communautés, rien ne sert de les structurer afin qu'elles développent (avec l'impulsion du programme) des activités génératrices de revenus si on ne les appuie pas en parallèle dans l'alphabétisation fonctionnelle. Les 3 composantes de base sont essentielles et nécessitent un appui parallèle à chaque niveau » (rapport d'évaluation à mi-parcours du programme DGD 2014-2016 : appui à un accès de qualité aux services de base/CONGODORPEN, Stéphane Vancutsem & Jean-Marie Tshibanda, COTA, juin 2016).

3.2.2. Y-a-t-il un lien ? est-ce que l'augmentation de revenu est une condition suffisante pour favoriser l'affiliation à la mutuelle ou à un autre mécanisme de sécurité sociale ?

La réponse à cette question est traitée en 3.1.1.

3.3. OS3 : LA SOCIETE CIVILE PARTICIPE ACTIVEMENT A L'AMELIORATION DE LA GOUVERNANCE A TOUS LES NIVEAUX POLITIQUES ET A L'AMELIORATION DU RESPECT DES DROITS DES FEMMES ET DES HOMMES

3.3.1. Pour chaque ACNG membre : est-ce que l'échelle d'action de nos partenaires locaux favorise effectivement l'efficacité de l'autonomisation communautaire des organisations de la société civile ?

L'approche inclusive et participative ou en d'autres termes l'approche communautaire, qui est celle prônée par l'ensemble des partenaires du programme DGD 2017-2021, est gage de durabilité. En effet, cette approche est une condition incontournable pour faciliter l'appropriation et accroître la participation tant physique, qu'intellectuelle et financière des bénéficiaires. Cette participation induit ainsi une meilleure prise de responsabilité des bénéficiaires qui deviennent moins attentistes et dévoilent leurs vraies capacités en devenant acteurs de leur propre développement. En particulier concernant les partenaires de **CONGODORPEN (ADINE et CDI-Bwamanda)**, il est très encourageant de constater qu'à travers la structuration des communautés, de multiples activités et initiatives communautaires ont vu le jour dans un temps relativement court (les activités communautaires de réhabilitation aux infrastructures sanitaires et scolaires, des champs et étangs communautaires, la contribution aux cours d'alphabétisation, la participation aux mutuelles de santé, l'implication comme représentants responsables volontaires dans les différents comités, la création de fédérations des paysans, etc.).

Rappelons que les partenaires locaux ont vu leurs capacités renforcées dans le cadre du programme. Certains d'entre eux (en particulier les partenaires de CONGODORPEN) ont amélioré leurs compétences/aptitudes d'auto-analyse, leur permettant de mieux appuyer les bénéficiaires dans le cadre d'une approche de développement communautaire.

Par ailleurs, la stratégie des organisations partenaires qui consiste à travailler sur le renforcement des capacités à la base et de renforcer le leadership local, est jugée très pertinente. Dans ce cadre, la création des CRDI/CLD (**CONGODORPEN**) et des CLCP (**RODHECIC/FONCABA**), ainsi que le renforcement des **SCS (BAC)** et des OF (**CBMT/FONCABA**), est totalement légitime, en particulier par rapport à l'objectif de consolidation du processus de décentralisation en RDC. Ces cadres de concertation ne remplacent pas le pouvoir en place mais peuvent être l'intermédiaire entre les communautés et les autres institutions telles que l'Etat et les projets de développement. Le système de démocratie participative dans le cadre du processus de décentralisation trouverait ainsi sa base à cet échelon du village/groupement/province.

Cependant, pour que cette structuration des communautés puisse réellement perdurer, il est important : (1) de maintenir l'accompagnement (formations, sensibilisations) de manière continue sur du plus ou moins long terme. En effet, le changement des mentalités/comportements est un processus lent et nécessite du temps ; (2) de responsabiliser davantage les communautés dans la contribution financière des appuis dont elles bénéficient (par exemple, au niveau d'ADINE et de CDI-Bwamanda, les communautés pourraient contribuer davantage au financement du fonds de développement local¹¹⁶) ; (3) que les organisations partenaires associent le plus possible les Autorités locales dans ce processus de structuration des communautés (voir notamment la cohérence avec les PLD¹¹⁷, voir la possibilité de mettre en place une dynamique de développement territorial via l'appui à un fonds de développement territorial – cf. recommandations) ; (4) de mener de manière plus générale des actions d'appui à l'émergence d'une dynamique de groupements féminins au sein des communautés (ou à renforcer ceux existants). Par ailleurs, les femmes devraient jouer un rôle central dans cette dynamique communautaire émergente, étant donné que ce sont surtout elles qui, au sein de leur ménage, sont les plus mobilisées et maîtrisent la gestion des activités liées à la santé et à l'éducation notamment. De manière générale, il s'agirait de renforcer les capacités des femmes en vue d'une participation à la prise de décision et aussi stimuler le leadership des femmes dans les communautés.



Fig.16 Focus-group avec les membres du CRDI Tongu (Nord-Ubangi)



Fig.17 Focus-group avec les responsables des OF appuyées par CBMT (Kananga)

¹¹⁶ Via notamment un système de crédit-revolving.

¹¹⁷ Plans locaux de développement.

4. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

4.1. CONCLUSION

Le programme commun DGD 2017-2021 « Ensemble avançons » trouve toute sa légitimité par rapport au contexte de la RDC et aux contraintes initialement identifiées par celui-ci : des services de base précaires, un faible accès des populations aux soins de qualité, des agents de santé insuffisamment formés, l'irrégularité et la qualité insuffisante des supervisions médicales, la quasi inexistence des structures (communautaires) d'assurance maladies, un Etat fragile en situation post-conflit, l'insécurité alimentaire, modicités des technologies rurales appropriées, la dégradation des infrastructures routières empêchant l'évacuation des produits agricoles ou encore le manque de structuration communautaire. Le programme tente de répondre à ces diverses contraintes en donnant une impulsion tant sur le volet santé (appui à l'amélioration de la qualité des soins, appui à l'amélioration de l'accès de la population aux soins de qualité) que sur le volet développement économique (appui à la structuration des communautés, appui au renforcement de la sécurité alimentaire des populations ciblées) avec un axe transversal d'amélioration de la gouvernance (et de respect des droits humains).

De manière générale, l'efficacité du programme en termes de résultats atteints est satisfaisante. Concernant le volet santé (OS1), le taux de satisfaction des usagers aux services de santé appuyés est en constante augmentation depuis le début du programme. Globalement, la qualité des soins s'est améliorée dans les ZS appuyées. D'une part, le nombre de jours de rupture de stock de médicaments a continué à s'amoinrir grâce à l'appui du programme. D'autre part, le nombre de CS offrant un PMA de base a constamment augmenté durant toute la durée du programme. Ces bons résultats sont dus principalement aux différentes actions de renforcement des capacités (matérielles/infrastructures, formations) qui ont été menées durant toute la durée du programme. De manière générale, le taux d'utilisation moyen des formations sanitaires des zones de santé appuyées a augmenté durant la durée du programme, quoique légèrement. Cela serait dû surtout aux effets des projets de tarification forfaitaire et des mutuelles de santé. Concernant celles-ci, les résultats sont variables en fonction des partenaires/zones d'intervention. De manière générale, le taux de pénétration de la population à la mutuelle de santé dans les zones d'intervention reste assez faible (OS1.R3.1). Ces difficultés s'expliquent par les contextes provinciaux spécifiques (Covid-19, Ebola, réfugiés fuyant des guerres), en particulier au Sud-Ubangi et Nord-Ubangi (**CONGODORPEN**), qui ont favorisé la mise en place de programmes multilatéraux et nationaux visant la gratuité des soins (sans réelle concertation préalable avec la société civile) nuisant ainsi sur l'attractivité de l'affiliation aux mutuelles de santé. Chez CDI-Bwamanda, il est important de distinguer la qualité de l'impact entre l'assurance hospitalisation (avec une diminution de 21% en 5 ans des adhérents mutualisés qui se font soigner/an à l'hôpital) et la micro assurance (avec une augmentation de 70% en 5 ans des adhérents mutualisés qui se font soigner/an au centre de santé). Dans la Province de Kinshasa (zone d'intervention de **RC4D**), le faible taux de pénétration de la population à la mutuelle de santé s'explique probablement par la jeunesse de l'initiative et le fait que les communautés et prestataires ne soient pas encore suffisamment sensibilisés sur les principes, fonctionnement et enjeux des mutuelles de santé.

Concernant le volet développement économique (OS2), les résultats sont particulièrement intéressants. Dans la perspective d'augmenter les revenus des communautés, les organisations partenaires ont appuyé celles-ci dans le renforcement de leurs capacités (appui structuration, appui technique) et dans l'appui au développement d'AGR. De manière générale, l'on constate une augmentation des revenus auprès des communautés bénéficiaires de l'appui du programme. Cette augmentation est particulièrement significative chez les femmes organisées/structurées en groupements/coopératives et qui développent des activités agricoles (maraîchage, transformation/commercialisation de produits agricoles). Cela est particulièrement le cas chez les groupements appuyés par CBMT/FONCABA. Quant au taux d'utilisation des formations sanitaires par les membres des ménages qui développent des AGR, il a lui aussi augmenté durant la durée du programme même si la Covid-19 a freiné cette croissance, particulièrement durant l'année 2020.

Concernant le volet gouvernance/plaidoyer (OS3), malgré les ralentissements engendrés par la pandémie de Covid-19 en 2020, le programme a maintenu un soutien efficient à la réalisation de plaidoyers de la société civile congolaise et au renforcement de capacités de ses partenaires. Les résultats relatifs à cet OS sont particulièrement intéressants pour les partenaires de FONCABA (RODHECIC et CBMT) : le nombre de recommandations émanant de la société civile qui ont été pris en compte dans des plateformes de concertation a été croissant durant la durée du programme. Le taux de représentativité et de participation des femmes au sein des différents cadres de concertation et de dialogue a été croissant durant la durée du programme. Par ailleurs, que ce soit au Kongo-Central ou au Nord-Kivu, la Société Civile Santé (SCS/BAC) est reconnue comme interlocuteur dans les différents cadres de concertation. En outre, elle entretient de bonnes collaborations avec les autorités sanitaires. Cependant, de manière générale, les Coordinations de la SCS souffrent d'une insuffisance de moyens financiers pour mener à bien leurs missions et le volet redevabilité (vis-à-vis des pouvoirs publics) de leurs actions est à renforcer. La création d'organes de concertation (CLD/CRDI, comités locaux de coordination provinciale/CLCP, structuration des paysans en OP ou en groupements d'organisations féminines de maraîchères bio, et Unions/coopératives) contribue à l'émergence de la démocratie participative au niveau des communautés, cadrant ainsi avec le processus de décentralisation toujours en cours en RDC.

De manière générale, l'efficience du programme est jugée bonne. En particulier, son efficience organisationnelle est soulignée (ajustements budgétaires, adaptations et projets concrets de lutte contre la Covid-19). L'ensemble des ACNG ont subi des coupes budgétaires de la DGD (en particulier en début de programme) mais c'est surtout au niveau de BAC que cela a sérieusement impacté le bon déroulement des activités (pas ou peu d'actions de renforcement des capacités auprès des SCS comme initialement prévu).

Le programme présente des atouts très intéressants sur le plan de la durabilité de son intervention : les différentes actions de renforcement des capacités (des ACNG, de leurs organisations partenaires, des communautés bénéficiaires) sont des acquis indiscutables, l'approche inclusive et participative (l'approche communautaire), l'ancrage communautaire des organisations partenaires ou encore l'émergence d'un système de démocratie participative locale via la structuration des communautés (CRDI/CLD, CLCP, SCS, OF).

Cependant, la situation socio-économique globale de la RDC (qui des suites de la pandémie de Covid-19 s'est encore dégradée) constitue le risque majeur pour la durabilité financière des actions du programme. Par ailleurs, les moniteurs d'alphabétisation (CONGODORPEN) ont de très faibles primes avec comme possibles conséquences des risques de démotivation et à la longue, de décroissance de la qualité d'apprentissage. Au niveau agricole, le principal goulot d'étranglement des producteurs est le mauvais état des infrastructures (ponts, routes). Ce contexte défavorable impacte lourdement l'insécurité alimentaire des producteurs.

Et enfin, quant aux premiers effets/impacts (prévus ou imprévus) du programme, les consultants en relèvent quelques-uns tout à fait intéressants : (1) certaines femmes formées en alphabétisation deviennent des responsables d'associations/d'OP (CONGODORPEN) ; (2) grâce notamment aux sensibilisations menées par les COPA (avec l'appui d'ADINE et de CDI-Bwamanda), le taux de scolarisation des filles a augmenté dans les zones d'intervention au Nord et au Sud-Ubangi ; (3) bon nombre de bénéficiaires de micro-projets (ADINE/CDI-Bwamanda) ont vu leurs revenus augmenter et ont pu ainsi réinvestir dans d'autres activités génératrices de revenus (effets multiplicateurs) ; (4) la cohésion sociale des groupements a été renforcée (voir par exemple les caisses de solidarité au sein des groupements appuyés par CBMT) ; (5) les différentes actions de renforcement des capacités auprès des productrices/entrepreneures ont des effets intéressants sur l'amélioration de la gestion de leur activité dont notamment une meilleure gestion des dépenses (voir l'exemple de l'association REAVFA appuyée par RC4D).

4.2. RECOMMANDATIONS

4.2.1. Recommandations générales (pour l'ensemble des ACNG et leurs partenaires)

Volet transversal

- Les consultants confirment la pertinence et l'urgence de développer la stratégie de développement intégré au niveau de chaque ACNG (appui des 4 secteurs : la santé, l'éducation, l'agriculture et le plaidoyer et interrelations entre eux).
- Maintenir l'accompagnement (formations, sensibilisations) de manière continue sur du plus ou moins long terme. En effet, le changement des mentalités/comportements est un processus lent et nécessite du temps. De manière générale, renforcer les partenaires (animateurs) en techniques d'animation communautaire. Cette campagne de formations/sensibilisations serait transversale aux différents secteurs (actions préventives santé, mutuelles de santé, éducation nutritionnelle, structuration des communautés, etc.).
- Responsabiliser davantage les communautés dans la contribution financière des appuis dont elles bénéficient (par exemple, au niveau d'ADINE et de CDI-Bwamanda, les communautés pourraient contribuer davantage au financement du fonds de développement local¹¹⁸).
- Associer le plus possible les organisations partenaires aux Autorités locales dans le processus de structuration des communautés. Par exemple, impliquer les communautés dans l'élaboration des PLD, voire aussi la possibilité de mettre en place une dynamique de développement territorial via l'appui à un fonds de développement local. L'idée ici serait de tester une dynamique territoriale à travers un cadre multi-acteurs (société civile, pouvoirs publics, privés) tournant autour d'un projet concret, qui serait lui-même financé par un fonds commun (chaque partie prenante contribuant à financer ce fonds¹¹⁹).
- Renforcer les capacités des animateurs endogènes ; s'appuyer davantage sur des personnes dynamiques, potentiellement porteuses de changement. Ces leaders devraient jouer un rôle dans l'animation des groupes et le suivi des activités.
- Renforcer les actions d'appui à l'émergence d'une dynamique de groupements féminins au sein des communautés. Les femmes devraient jouer un rôle central dans cette dynamique communautaire émergente, étant donné que ce sont surtout elles qui, au sein de leur ménage, maîtrisent la gestion des activités liées à la santé et à l'éducation notamment. De manière générale, il s'agirait de renforcer les capacités des femmes en vue d'une participation à la prise de décision et aussi stimuler le leadership des femmes dans les communautés.
- Continuer à renforcer les capacités des organisations partenaires : (1) en matière de suivi-évaluation ; (2) en matière de « fundraising » (encourager les partenaires à trouver d'autres sources de financement que celles provenant de l'ACNG) ; (3) en matière de planification stratégique, (4) en matière de commercialisation et d'entrepreneuriat (*voir infra*), (5) en matière de plaidoyer, (6) en matière de leadership.
- Pour de futurs programmes communs, encourager une approche de mutualisation des compétences entre partenaires ; les synergies entre partenaires qui ont des savoirs faire différenciés mais complémentaires sur les thématiques du programme sont un levier pertinent pour des gains de temps et d'efficacité. Par ailleurs, renforcer le volet « gestion des connaissances » selon une approche programme commun : (1) capitalisation d'expériences sur des thématiques communes (développement communautaire, micro-assurance santé, entrepreneuriat, etc.) ; (2) organiser des ateliers thématiques qui regrouperaient les différents partenaires. En outre, encourager des initiatives conjointes entre partenaires (réseautage sur des thématiques spécifiques, actions de plaidoyer, etc.). Et finalement, envisager une ligne budgétaire spécifique aux activités menées en synergies.

¹¹⁸ Via notamment un système de crédit-revolving.

¹¹⁹ Avec l'appui éventuel des ACNG.

- Renforcer le dispositif de suivi avec la définition de marqueurs de progrès (indicateurs d'effets), l'organisation d'ateliers participatifs permettant de travailler collectivement et régulièrement sur l'appréciation de l'atteinte de ces indicateurs, l'élaboration d'outils concrets (comme par exemple un journal de suivi des marqueurs de progrès) et qui seraient remplis à fréquence régulière par les différentes parties prenantes et enfin, l'élaboration d'un véritable plan de suivi-évaluation orienté changement (avec rôles et responsabilités de chaque partie prenante dans ce dispositif).

Volet santé

- Poursuivre l'appui à l'amélioration de la qualité des soins en renforçant le paquet minimum d'activités (PMA) au niveau des CS mais aussi le paquet complémentaire d'activités (PCA) au niveau des HGR, afin d'assurer la continuité des soins, à la réhabilitation de l'un ou l'autre CS, au renforcement d'équipements de labo (HGR) ou encore à la formation du personnel dans l'usage de certains matériels (échographie, radiographie, ECG/électrocardiogramme).
- Les actions préventives devraient être intégrées aux actions curatives. En agissant sur la prévention, on agit sur les indicateurs d'impact du système de santé par la réduction de la morbidité et de la mortalité. Les actions préventives réduisent aussi les charges de la mutuelle. De manière générale, les actions préventives agissent sur l'objectif de l'OS1. Ce qui est primordial, c'est que la communauté comprenne son rôle dans l'amélioration de la qualité des soins de santé. En outre, il paraît important également de sensibiliser les communautés sur la plus-value de l'utilisation de services de santé pour faire face à l'automédication (très fréquente en RDC).
- Concernant les mutuelles de santé :
 - La nécessité d'une étude faisabilité comme préalable à toute autre action (permettant notamment de fixer un taux de cotisation adapté au public-cible).
 - Un point crucial pour augmenter le taux de pénétration d'une mutuelle est le déroulement de campagne de sensibilisation et d'affiliation soutenues (dans la durée) et efficaces (avec l'utilisation d'outils adéquats et adaptés au public-cible).
 - L'appui à des groupements ayant déjà une bonne cohésion sociale (avec des pratiques de solidarité existantes).
 - La stratégie d'appui au développement de mutuelle de santé devrait être couplée avec celle d'appui au développement d'AGR pour les publics-cibles (avec actions de renforcement des capacités liées).
 - Une implication de la communauté dans tout le processus de gestion de la mutuelle de santé est un élément crucial à la pérennisation du dispositif (gestion participative de la mutuelle de santé).
 - Avoir des tarifs de soins forfaitaires et accessibles pour les mutualistes et préalablement négociés rendant ainsi la mutuelle de santé « attractive ».
 - Poursuivre le renforcement des capacités des gestionnaires (formations, outils).
 - Développer des stratégies de mobilisation de ressources pour assurer la pérennité financière de la mutuelle.
 - Renforcer la concertation avec les programmes multilatéraux et nationaux visant la gratuité des soins (pour trouver des pistes de solutions par la négociation).

Volet éducation

- Renforcer les actions d'alphabétisation fonctionnelle (en corrélation avec les activités agricoles et d'entrepreneuriat). L'idée est de former les producteurs/transformateurs à tenir leurs comptes, suivre leurs propres performances, être en mesure d'utiliser des outils et supports (comptes d'exploitation individualisés et consolidés) pour améliorer leurs propres performances et partager entre eux. Cela implique au-delà de l'alphabétisation classique et conscientisante, une alphabétisation plus orientée sur l'activité de production/transformation agricole.

Volet développement économique/AGR

- Renforcer l'approche « entrepreneuriat » auprès des communautés ciblées (planification stratégique, leadership, suivi-évaluation) car cette approche pourra servir à la longue d'un moteur de création des richesses au niveau local en contribuant ainsi à la lutte contre la pauvreté. Dans ce cadre, adopter une approche filière (appui sur l'ensemble de la chaîne de valeurs – production, stockage, transformation, commercialisation).
- Accompagner le développement des outils de production : accès aux intrants et semences de qualité ; techniques agricoles de production (semence, petit outillage, itinéraire technique) ; amélioration des capacités de stockage et de centralisation des produits en vue de leur commercialisation.
- Diversifier les revenus des ménages (pisciculture, élevage, maraîchage, etc.).
- Renforcer les capacités des animateurs en techniques agricoles innovantes et durables (agroécologie), en techniques améliorées de transformation et de conservation des produits agricoles en vue d'assurer leur meilleure diffusion via les OP.
- L'accès durable aux marchés reste une contrainte majeure pour l'ensemble des producteurs-trices impliqué(e)s dans le programme. Les ACNG devraient s'impliquer davantage auprès de leurs partenaires dans l'appui au développement d'une stratégie de commercialisation (e-commerce, partenariat, marketing). A ce sujet, la mobilisation d'une expertise spécifique intégrée au niveau du staff de chacune des ACNG serait la bienvenue (ou via l'appui d'une consultance externe).
- Appui à l'ouverture/réhabilitation des routes/pistes (en particulier principales voies d'accès vers les ports dans le cadre d'une stratégie de commercialisation par voie fluviale), via l'appui au cantonnement et via le plaidoyer (auprès d'Autorités et/ou organisations concernées).
- Renforcer l'axe d'appui à la gestion des ressources naturelles et ce, vu les enjeux importants (déboisements illicites, agriculture sur brûlis) à ce niveau en RDC en général. Les différentes organisations communautaires structurées (CRDI/CLD, OP, CLCP, SCS) peuvent jouer un rôle majeur dans la gestion de ces problèmes.

4.2.2. Recommandations spécifiques pour CONGODORPEN et ses partenaires

- **CONGODORPEN** : l'outil de suivi-évaluation PME, certes bien élaboré, est à simplifier pour une meilleure appropriation des partenaires.
- **ADINE & CDI-Bwamanda** :
 - Voir recommandations générales (en particulier appui entrepreneuriat et approche filière).
 - Améliorer les conditions d'infrastructures des centres d'alphabétisation (réhabilitation/construction en matériaux durables).
 - Mettre en œuvre une stratégie de mobilisation de ressources qui permettrait de renforcer les primes des moniteurs d'alphabétisation afin d'éviter la démotivation de ceux-ci.
 - Au niveau des CS :
 - Envisager la construction d'installations sanitaires (WC et douche) pour les usagers femmes et hommes ainsi que pour le personnel médical ;
 - Installer les pompes solaires pour approvisionner le CS en eau potable ;
 - Installer les incinérateurs dans chaque CS selon les normes pour éviter la pollution de l'air auprès des populations et de l'environnement.
 - Appuyer les supervisions formatives des CS par l'ECZS parce qu'elle permet d'améliorer la prise en charge des malades (amélioration de la qualité des soins et renforcement de capacités des prestataires de premier échelon).

- Dans le cadre des micro-projets :
 - Responsabiliser davantage les communautés dans la contribution financière au fonds de développement local (via notamment l'appui d'un système de crédit-revolving). Par ailleurs, ce fonds devrait davantage concerner les projets à dimension collective (transformation/commercialisation) ;
 - Encourager les microprojets qui contribuent à la lutte contre le changement climatique (agroforesterie, agroécologie) et accompagner les bénéficiaires dans la sensibilisation sur les solutions alternatives crédibles pour la protection de l'environnement (afin notamment de réduire la pression sur la forêt¹²⁰) ;
 - Privilégier les microprojets à effets multiplicateurs (qui touchent un nombre important de bénéficiaires indirects¹²¹) ;
 - Réduire le nombre de microprojets tout en augmentant le montant de financement de chacun d'entre eux afin d'impulser de manière durable l'activité.
- **ADINE :**
 - Renforcer l'antenne de Gbadolite ; en tant que chef-lieu de la province du Nord-Ubangi, les actions de plaidoyer ainsi que les relations de partenariat avec d'autres acteurs (PTF, programmes nationaux/provinciaux), la participation aux différents cadres thématiques de concertation provinciale des acteurs, l'accès à la cartographie d'interventions d'autres partenaires et l'exécution de démarches administratives provinciales ont le plus de chance d'y être menées.
 - Appui à l'élaboration du plan stratégique ; cela permettrait de renforcer la visibilité de l'ONG pour ensuite mobiliser d'autres sources de financement.
- **CDI-Bwamanda :**
 - Les consultants confirment l'approche AS avec l'extension de l'appui à d'autres AS de la ZS de Boto mais il est recommandé d'appuyer également l'HGR pour assurer la continuité des soins (appui en particulier au niveau du service de nutrition ainsi qu'au niveau du laboratoire).
 - Renforcer le plaidoyer auprès des autorités locales pour la réhabilitation des routes.
 - Doter l'équipe projet d'un véhicule 4x4.
 - Concernant la mutuelle MUSABO :
 - Former les gestionnaires des mutuelles de santé sur la gestion financière (tenir le cahier de caisse, etc.) ;
 - Informatiser les données des mutuelles avec un logiciel de base de données ;
 - Renforcer la sensibilisation de proximité pour l'affiliation aux mutuelles avec différentes techniques de communication (scénettes, réunions d'échanges dans les villages, etc.) ;
 - Doter la mutuelle de santé d'un manuel des procédures propres et d'un livre de caisse pour un suivi périodique ;
 - Voir aussi recommandations générales.
 - Concernant la FEPASU :
 - Approvisionner la fédération en semences améliorées (pépinières sur les différents sites afin de disponibiliser les plantules auprès des membres) ;
 - Renforcer les capacités des membres sur les techniques agricoles et la gestion institutionnelle d'une fédération (avec l'appui à la restructuration des organes).

¹²⁰ L'utilisation de charbon biologique (fait à base des déchets organiques), de foyers améliorés.

¹²¹ Par exemple, l'approvisionnement des déplacés centrafricains en bananes plantins (voir CDI-Bwamanda).

4.2.3. Recommandations spécifiques pour KBA-FONCABA et ses partenaires

- **CBMT :**
 - Voir recommandations générales sur le volet développement économique/AGR.
 - Doter l'association d'une décortiqueuse d'arachides et de riz. Les membres des OF pourront les utiliser et aussi la communauté pourra accéder à ce service pour réduire surtout la pénibilité des travaux de la femme.
 - Former et mettre à niveau les membres de la jeune coopérative agricole (gestion, organes, stockage, transformation, commercialisation).
 - Appuyer à l'émergence et/ou renforcer les OF à la périphérie de Kananga, ceci afin d'augmenter l'offre des produits et éviter ainsi la pénurie pendant la période de soudure.
 - Appuyer la construction de marchés pour l'écoulement des produits.
 - Appuyer la construction d'un magasin de stockage.
 - Renforcer les OF dans la gestion des caisses de solidarité.
 - Renforcer les capacités de CBMT sur le plan logistique (véhicule adapté de terrain vu les nombreuses demandes d'appui à l'intérieur de la province) ; humain (conseiller juridique et fiscal, voir également un chargé de lobby et plaidoyer).

- **RODHECIC :**
 - Voir recommandations générales sur les mutuelles de santé.
 - Voir recommandations générales (en particulier celle sur la dynamique de développement territorial).
 - Renforcer les capacités des partenaires de mise en œuvre d'autres ACNG (CDI-Bwamanda, Adine et autres) en matière de plaidoyer, d'éducation citoyenne et en outre, relayer leurs plaidoyers sur les questions spécifiques auprès d'Autorités nationales.

4.2.4. Recommandations spécifiques pour Rotary Clubs for Development et ses partenaires

- Voir recommandations générales sur les mutuelles de santé. Voici d'autres recommandations spécifiques :
 - Renforcer la visibilité de la section mutualiste de N'sele.
 - Organiser une session de renforcement des capacités des gestionnaires et autres animateurs sur le suivi de la viabilité financière et économique de la mutuelle et de recouvrement des cotisations.
 - Tenir compte du calendrier agricole dans la fixation de la périodicité de la cotisation.
 - Obtenir des autorités sanitaires l'implication formelle des IT et autres infirmiers traitants/Prestataires de soins de santé (CODESA) dans le fonctionnement de la mutuelle (cogestion) et l'encadrement de la population afin de concilier la politique nationale en matière de soins de santé primaires avec les exigences de la population mutualiste (prescriptions, rendre la liste des médicaments génériques disponible, etc.).
 - Effectuer de manière régulière les audits de la qualité des soins de santé offerts par les formations sanitaires aux membres mutualistes en vue de les rassurer.

- Voir recommandations générales (en particulier renforcement des FOSA en médicaments, appui AGR). Voici d'autres recommandations spécifiques :
 - Renforcer les associations locales des zones Nsélé et Maluku I.

- Mettre en place un cadre formel de concertation entre les associations locales à base communautaire appuyées par Rotary (REAVFA, CAADC, SBB) et la mutuelle de santé Boboto pouvant donner l'occasion de discuter et de régler certains problèmes liés à l'adhésion des membres de ces associations à cette mutuelle, et au besoin récolter les desideratas des membres desdites associations.
- Renforcer la participation communautaire au sein des organes de gestion des ZS par l'intégration et l'implication des délégués désignés des associations locales à base communautaire appuyées par RC4D dans leurs zones d'intervention respectives.
- Conclure des partenariats gagnant-gagnant avec les IMF et/ou associations du genre sérieuses existants dans le milieu et possédant un programme de renforcement des revenus de la population par l'octroi des microcrédits notamment.
- Envisager un axe d'appui à la réinsertion professionnelle des jeunes sortants issus des ESDR appuyés.

4.2.5. Recommandations spécifiques pour Benelux Afro Center/BAC et ses partenaires

- **BAC** (recommandations générales pour l'ensemble des Coordinations de la SCS) :
 - Voir recommandations générales (en particulier dynamique de développement territorial).
 - Encourager les échanges d'expériences entre Coordinations de la SCS.
 - Renforcer les capacités des Coordinations de la SCS (en particulier suivi-évaluation, plan stratégique, manuel de procédures et de gestion, plaidoyer, etc.).
 - Renforcer l'opérationnalité des ANGS dans les ZS : valoriser les comités locaux santé pour la remontée des informations (dynamiser les points focaux dans chaque ZS), collaborer avec les relais communautaires.
 - Renforcer les capacités des Coordinations de la SCS en matière de finances publiques ; les Coordinations de la SCS devraient être impliquées dans les finances publiques de leur province lors de l'élaboration du budget du secteur de la santé (le degré de prise en compte des besoins de la population dans les allocations budgétaires et faire le plaidoyer pour l'amélioration de la situation) et dans le suivi de l'exécution budgétaire (voir si l'exécution tient compte des priorités de la population, notamment les populations vulnérables).
 - Appuyer les Coordinations de la SCS dans la mise en œuvre d'activités concrètes (par exemple, mission de suivi d'une activité de mobilisation communautaire au sein d'une ZS).
 - Renforcer les capacités de la coordination nationale du Réseau SCS/RDC.
 - Appuyer les Coordinations de la SCS dans la définition et la mise en œuvre de stratégies de mobilisation de ressources (internes et externes).
 - Renforcer le leadership féminin des Coordinations de la SCS.
- **SCS Kongo-Central** :
 - Décentraliser les formations (par ZS), envisager des réunions tournantes au niveau du CA et des autres réunions de la SCS. Cela permettrait aussi plus de visibilité/crédibilité de la SCS au niveau décentralisé. Cela permettrait aussi plus de concertation avec les pouvoirs publics locaux et enfin, cela permettrait aussi à la SCS de mieux palper les réalités locales (actions des ANGS).
 - Mieux communiquer sur l'utilité de la SCS (contrepoids face au gouvernement/contrôle citoyen, mobilisation des communautés autour des problèmes de santé, etc.).
- **SCS Nord-Kivu** :

- La couverture de la SCS Nord-Kivu au niveau de la province devrait être améliorée en termes d'augmentation du nombre des ZS ayant un comité local.
- Il serait mieux que la SCS N-K mobilise des fonds auprès de BAC pour financer quelques activités phares des ANGS afin d'accroître leurs capacités et même la visibilité de BAC.
- Renforcer la capacité des ANGS dans la réalisation des études de terrain serait nécessaire à la SCS N-K pour avoir les données probantes (les évidences) qui serviraient de base pour les plaidoyers efficaces auprès d'autorités sanitaires de la province.
- Le SCS N-K devrait promouvoir l'utilisation des techniques de communication et d'information auprès des ANGS pour faciliter le travail en groupe à distance (information, réunions, formations).
- Valoriser le siège de la SCS (le rendre plus visible).



Fig.18 Visite des activités de transformation de manioc (REAVFA/Mbankana-Maluku II)

ANNEXES

ANNEXE 1 : QUESTIONS EVALUATIVES/MATRICE

Questions évaluatives (TdR)	Commentaires/compléments (consultants)
<p><u>Pertinence (et cohérence) :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Le lien entre la pertinence de chaque Outcome et la Théorie du Changement, qui doit viser un questionnement critique des liens de cause à effets escomptés par le programme Le positionnement de chaque Outcome par rapport aux politiques nationales en RDC Comment est intégré le thème transversal de la dimension du GENRE qui vise l'empowerment des femmes et l'égalité des hommes et des femmes dans la société Comment est intégré le thème transversal de l'ENVIRONNEMENT et des ressources naturelles, y compris la lutte contre les changements climatiques, la sécheresse et la déforestation mondiale Démontrer la contribution de chaque Outcome par rapport aux cibles stratégiques identifiées dans le CSC La prise en compte des recommandations et des leçons apprises antérieures (spécifiques à la pertinence) La pertinence partenariale et/ou de collaboration 	<ul style="list-style-type: none"> Le contexte national (voire international) est-il favorable à la mise en œuvre du programme ? Concernant les formations, vérifier si les publics-cibles ont bien été choisis en lien avec la problématique identifiée et si par la suite les participants aux formations ont bien été les personnes impliquées au quotidien dans la prise en charge des problèmes ciblés ; en d'autres termes, les bénéficiaires directs étaient-ils les bonnes personnes ? Y a-t-il eu beaucoup de turn-over après la formation ? Y a-t-il eu d'autres contraintes liées aux bénéficiaires (on sait par exemple que la mise en capacité induit parfois une fuite des cerveaux ; est-ce que ce risque a su être évité ?) Pertinence et cohérence des approches mises en œuvre : appréciation de la logique interne du programme – est-ce que le programme a été formulé de manière pertinente (qualité du cadre logique), c'est-à-dire est-ce qu'il y a cohérence entre la problématique identifiée et les objectifs, entre les inputs et les outputs de chaque résultat intermédiaire et entre les différents résultats intermédiaires ? Pertinence (et efficacité) du système de suivi-évaluation et dispositif organisationnel mis en place par les parties prenantes ? De manière plus générale, qualités d'innovation du programme et son adéquation avec les approches du secteur ? Les activités du programme sont-elles spécifiques aux contextes qui prévalent dans la zone d'intervention ?
<p><u>La cohérence :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> La cohérence des synergies sous l'angle de la plus-value des relations entre les organisations du programme commun Les spécificités des stratégies de chaque ACNG membre pour contribuer aux différents Outcome, par rapport aux stratégies d'autres acteurs (locaux, belges, internationaux) présents dans le même contexte En quoi chaque Outcome est complémentaire et complète les stratégies d'autres acteurs (locaux, belges, internationaux) dans le même contexte (sur le plan du secteur, de la thématique, de la zone géographique, des groupes-cibles..) Le lien entre la cohérence (des stratégies effectivement mises en œuvre par Outcome) et la Théorie du Changement La cohérence (pour chaque ACNG membre) de chaque Outcome par rapport à d'autres activités/projets qu'elle met potentiellement en œuvre (expertise) 	<ul style="list-style-type: none"> Y a-t-il conformité avec le cadre référentiel national (le plan national stratégique de développement/PNSD) ou sectoriel (santé/plan national de développement sanitaire, agriculture/plan national d'investissement agricole) et international (les objectifs de développement durable/ODD) ; Dans quelle mesure le programme a pu coordonner avec les actions d'autres acteurs locaux ou nationaux ? Existe-t-il des contraintes majeures identifiées ayant eu des effets sur la cohérence ?

<ul style="list-style-type: none"> • La prise en compte des recommandations et des leçons apprises antérieures (spécifiques à la cohérence) • La cohérence partenariale et/ou de collaboration 	
<p><u>L'efficacité :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Efficacité réalisée analysée à la lumière de la Théorie du Changement (et de liens de cause à effets escomptés) • La réalisation de chaque Outcome et de chaque résultat (suivant les indicateurs cibles/réalisés du Cadre Logique et les Plans d'action annuels de chaque ACNG membre) • Comment il a été tenu compte des groupes marginalisés, et comment les Outcome ont veillé à éviter de creuser les inégalités • Pour chaque résultat : (1) la qualité de participation des bénéficiaires ; (2) la qualité de l'appropriation par les bénéficiaires ; (3) la qualité de l'effectivité (la matérialité et qualité des réalisations, conduite des opérations) • La prise en compte des recommandations et des leçons apprises antérieures (spécifiques à l'efficacité) • L'efficacité partenariale et/ou de collaboration 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>De manière générale, il s'agira ici de mesurer et d'analyser les résultats obtenus par rapport aux résultats attendus (relatifs aux objectifs fixés dès le départ) : résultats énoncés et définis dans les documents du programme en fonction des indicateurs initialement définis</i> • Quelles sont les causes ou les éléments circonstanciels ayant permis l'atteinte de ce niveau de résultat ? • Dimension genre : Combien de femmes occupent des postes-clés au programme? Comment se fait la participation de la femme au cours de la mise en œuvre du programme ? Cette participation est-elle garantie à la fin du programme? • Quel est le niveau de satisfaction des bénéficiaires et leur perception (différenciée par rapport aux femmes et aux hommes) des services rendus ? • Analyse des risques contextuels (et stratégies liées pour y faire face) sur les activités du projet • Les dispositifs formatifs/renforcement des capacités sont-ils en adéquation avec les objectifs visés ? Permettent-ils un développement idoine des compétences ? Le processus de formation/évaluation est-il original/innovant (ex. : processus participatif, mise en situation des bénéficiaires, accompagnement formatif...) ? La durée de formation est-elle considérée comme adéquate par les parties prenantes ?
<p><u>L'efficience :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Appréciation du ratio entre les moyens utilisés pour la mise en œuvre (humains, fonctionnement et investissements) et les résultats réalisés, de manière à démontrer le rapport coût/résultat • Appréciation de l'allocation des ressources de chaque ACNG membre par stratégie (typologie) d'action (en comparaison avec d'autres stratégies possibles) • Les synergies de type « organisationnel et logistique » mises en œuvre et leurs effets sur l'efficience (exemples : le partage de bureaux) • La prise en compte des recommandations et des leçons apprises antérieures (spécifiques à l'efficience) • L'efficience partenariale et/ou de collaboration 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Il s'agit d'analyser si les ressources ont été utilisées de manière optimale pour obtenir les résultats à la fin du programme</i> • Les investissements (infrastructures et équipements) sont-ils de bon rapport qualité/prix ? Le programme a-t-il privilégié les équipements disponibles localement, sinon a-t-il mis en place un système d'acquisition permettant une fourniture continue des consommables utiles ou des pièces d'usure ? • <u>Gestion des ressources humaines :</u> le projet a-t-il mobilisé les compétences locales ou sinon a mis en place un système de formation permettant de valoriser efficacement les ressources humaines locales ? (efficacité¹²²/coût de l'expertise mobilisée au niveau de l'accompagnement – efficience technique) • <u>Gestion organisationnelle :</u> dans quelle mesure le dispositif organisationnel et de suivi permet-il au programme de réagir de manière flexible pour répondre et s'adapter à des circonstances inattendues ou à des effets positifs ou négatifs inattendus de ses activités – efficience organisationnelle ? en d'autres termes, le programme a-t-il su s'adapter à des facteurs extérieurs qui ont pu gêner sa mise en œuvre ? De ce point de vue, est-il en adéquation avec le milieu dans lequel il se déroule et s'adapte-t-il correctement aux évolutions du contexte (institutionnelles, politiques, économiques, sanitaires, etc.) ? Les différentes activités de RC ont-t-elles été adaptées en fonction des aléas et contraintes rencontrées ? Les différentes activités de RC ont-t-elles évolué en capitalisant des succès et échecs des étapes précédentes ? • Quelles sont les raisons des éventuels retards dans le décaissement des fonds ou dans l'exécution du programme ? Ces retards ont-ils eu des effets négatifs sur le programme ? • Dans quelle mesure la coordination/collaboration entre les 4 ACNG a-t-elle permis de mettre en œuvre le programme de manière efficiente ?
<p><u>La durabilité :</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Quels moyens ont été mis en œuvre pour permettre l'appropriation du programme par les bénéficiaires ? En quoi peut-on dire qu'elle est effective ?

¹²² Dans quelle mesure les capacités (techniques, de gestion) des partenaires locaux sont suffisantes pour exécuter de façon totale et satisfaisante le programme ?

<ul style="list-style-type: none"> • La viabilité de chaque Outcome, du point de vue : (1) de la durabilité technique (maîtrise par les partenaires et pérennisation de l'accompagnement des groupes-cibles) ; (2) de la durabilité financière (capacité de prise en charge des coûts récurrents par les partenaires et/ou les groupes-cibles) ; (3) de la durabilité sociale (maîtrise de l'intervention par les groupes-cibles) ; (4) de la durabilité institutionnelle (appropriation) ; (5) de la durabilité écologique (effets voulus suite à l'action) • L'intégration effective des différentes capacités renforcées par le programme et pour les différentes catégories de bénéficiaires directs et l'appréciation des méthodes utilisées pour les renforcer • En quoi et comment d'éventuels acteurs « multiplicateurs » contribuent effectivement à la durabilité des effets recherchés par le programme • La durabilité partenariale et/ou de collaboration • <u>Question secondaire/spécifique OS1</u> : pour chaque ACNG membre, quelles sont les conditions de pérennisation de sa stratégie de promotion de l'accès à la santé et spécifiquement de la durabilité des mutuelles de santé qu'elle soutient au niveau de : (1) leurs processus de création/mise en place ; (2) gestion quotidienne (opérationnelle et financière) ; (3) gouvernance et processus d'apprentissage/amélioration/gestion des risques ; (4) compétitivité : efficacité sociale et économique des produits d'assurance santé (tarification/cotisation) • <u>Question secondaire/spécifique OS3</u> : pour chaque ACNG membre, est-ce que l'échelle d'action de nos partenaires locaux favorise effectivement l'efficacité l'autonomisation communautaire des organisations de la société civile ? 	<ul style="list-style-type: none"> • Dans ce cadre, tenter de mesurer la relation de confiance entre les partenaires techniques et les bénéficiaires paraît tout à fait pertinent (les équipes d'encadrement bénéficient-elles d'un ancrage socio communautaire suffisamment solide ?) • La durabilité des actions liées au programme ciblé sera évaluée essentiellement à travers les mécanismes et le système d'acteurs : durabilité socioculturelle (dans quelle mesure est-ce que les activités du programme contribuent-elles au renforcement du tissu social local ?), durabilité politique (dans quelle mesure les activités du programme contribuent-elles au renforcement de la confiance entre les acteurs principaux impliqués dans le développement de la zone ? Existe-t-il des actions mises en œuvre dans le cadre du programme qui sont désormais capitalisées par les Pouvoirs Publics ?) • La notion de durabilité renvoie aussi à la question du renforcement des capacités des acteurs ciblés : il s'agira ici d'évaluer comment ceux-ci capitalisent ou s'approprient les différents appuis reçus ? • Le renforcement des capacités s'inscrit-il de façon logique et adéquate dans le contexte social et structurel ? C'est à dire, dans quelle mesure le renforcement des capacités individuelles (formation) est-il en adéquation avec les moyens logistiques ? Par exemple est-ce qu'on ne forme pas du personnel qui n'aura pas les moyens d'agir faute de matériel, de réactifs ? de médicaments ? est-ce qu'on ne forme pas des gens qui risquent de s'en aller faute de salaire suffisant ? • Dans quelle mesure les relations partenariales permettent-elles à chaque partenaire de s'enrichir au sens global du terme (où chacun apprend de l'autre) ? Quelle contractualisation a été établie (notamment, la démarche a-t-elle été participative) ? Comment s'est effectué le suivi des engagements, le suivi des conventions ? Quels ont été les freins/obstacles à ce niveau ? • Si différents groupes d'individus sont représentés dans les activités du programme, participent-ils de manière égale ? Pourquoi/Pourquoi pas ? Quelles sont les conséquences anticipées ou imprévues ? En particulier apprécier la participation effective des femmes à tous les niveaux du processus programme ? • Quel est le niveau de viabilité des AGR développées par les membres des ménages (durabilité) ? • Les partenaires locaux sont-ils suffisamment renforcés pour la pérenniser des acquis du programme ? Quel est le niveau de risques chez les partenaires locaux (capacités organisationnelle, financière et logistique) en rapport avec la pérennisation des acquis du programme ? • Recommandations sur les processus de renforcement et d'autonomisation tels qu'ils sont mis en place dans le cadre du programme ainsi que sur leurs possibles effets. Quelles sont les pratiques reproductibles/à recommander dans d'autres contextes, le cas échéant ? Quels sont les outils/documents/modules de formation qu'il pourrait être intéressant de diffuser plus largement ?
<p><u>Effets/impacts :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • L'impact attendu/réalisés de l'Outcome, notamment pour les groupes-cibles identifiés et les facteurs de risque et/ou qui favoriseront sa réalisation • <u>Question secondaire/spécifique OS1</u> : pour chaque ACNG membre, quels sont les effets (positifs et lacunes) de leurs appuis aux mutuelles de santé ? 	<p><u>Remarque :</u> il s'agit ici d'apprécier surtout les <i>effets</i> et moins l'<i>impact</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Quelles sont les activités de renforcement des capacités, qui dans certains contextes précis, peuvent donner lieu à un impact plus significatif ? Qu'est-ce que les parties prenantes considèrent comme impact plus significatif (ou « transformationnel ») dans ce contexte ? Quels cadres temporels seraient appropriés pour cela et selon quels types de mécanismes et appuis ? • Effets spécifiques en termes d'appropriation/responsabilisation des acteurs locaux ? Changements de posture du bénéficiaire (proactivité entrepreneuriale) ? • Quels sont aussi les effets sociaux : amélioration du bien-être des bénéficiaires et de leurs familles, degré d'épanouissement, amélioration de la confiance en soi et de l'assurance, degré d'accès au savoir, qualité des relations que les personnes tissent entre elles ? • Autres effets/impacts des actions d'accompagnement des bénéficiaires, prévus et/ou <u>imprévus</u>, positifs et/ou négatifs ? • Effets en termes d'action de plaidoyer ?

<ul style="list-style-type: none"> • <u>Question secondaire/spécifique OS2</u> : (1) pour chaque ACNG membre, est-ce que la/les stratégie(s) choisie(s) pour booster les revenus locaux a été suffisante pour soutenir l'amélioration de l'accès aux services de santé (et s'il y a lieu à l'affiliation à une mutuelle de santé) ?; (2) Y-a-t-il un lien ? est-ce que l'augmentation de revenu est une condition suffisante pour favoriser l'affiliation à la mutuelle ou à un autre mécanisme de sécurité sociale (analyse des chiffres des AGR et % d'affiliation) ? 	<ul style="list-style-type: none"> • Dans quelles mesures les appuis reçus ont-ils induit des innovations au sein des communautés ? Peut-on déceler, identifier des répliques d'actions appuyées ou de comportements acquis dans des zones contiguës non bénéficiaires ? • Le système de suivi-évaluation mis en œuvre dans le cadre du programme se base-t-il uniquement sur l'atteinte des résultats ou s'oriente-t-il également sur les effets/changements ? • Quels sont les changements générés par les plaidoyers de la société civile par rapport aux droits des femmes et des hommes (Droit humains, économiques et socioculturels) ? • Quels sont les changements résultants de la prise en compte des recommandations de la société civile dans les plates formes de concertation (CPP, Cluster Santé, CARG, etc.) ? • Quels sont les changements impulsés par l'augmentation de la représentativité de la femme dans les différents cadres de concertations et de dialogue ? • Qu'est-ce qui a changé, en termes d'amélioration de la qualité, dans les services de santé appuyés par le programme ?
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

ANNEXE 2 : LISTE DES PERSONNES CONSULTEES

Nom, post-Nom et prénom	Qualité
RC4D	
AMISI MUSAFIRI Moïse ¹²³	Directeur régional
KUMAKAMBA Pierre Damien	Coordinateur UMUSAC
SAFARI Ghislain	Coordinateur point-focal mutuelle BOBOTO/UMUSAC & RC4D
Dr. MVUANDULU MALOSA Willy	MCZ Maluku II
Dr. MABIALA Mutiene	Médecin-Directeur de l'HGR de Mbankana
MAJARA Armel	MCS HGR Mbankana
MUDIBANTU Augustin	Animateur communautaire BCZS Maluku II
MABIALA Fabrice	Animateur communautaire BCZS Maluku II
MPATA Nkanga	Animateur communautaire BCZS Maluku II
LOKWA Lenzime	Animateur communautaire BCZS Maluku II
ELENGE Michel	Animateur communautaire BCZS Maluku II
Maman KIDUMU Suzanne	Présidente REAVFA
Anne-Marie	Présidente noyau REAVFA
Maman MISSI Annie	Secrétaire noyau REAVFA
Maman KICKA Véronique	Présidente noyau REAVFA
Maman AYEBE Gastinne	Présidente noyau REAVFA
MUMBITI Bienvenue	Gestionnaire section mutuelle Boboto Maluku II
BOLEMPETI Jacques	Président CA mutuelle Boboto
ANHOKA Dieudonné	Gestionnaire section mutuelle Boboto Nsélé
IMBU Aristote	Assistant gestionnaire section mutuelle Boboto Nsélé
OUMBEBE Lucie	ITCS Mbangu Bambu (ZS Nsélé)
Dr. KABEMBA Kalenga	MCZS Nsélé
Dr. TESSI Sammy	MC staff ECZS Nsélé
VUNGU Alexis	IT CS Bibwa (ZS Nsélé)
Frère SENGA Jésus	Responsable ESDR Don Bosco Maison Papy
Frère GODDING Jean-Pierre	Directeur ESDR Ndako ya Bisu
NSITU Nancy	Responsable maison & alpha/ESDR Ndako ya Bisu

¹²³ Pas d'entretien individuel, uniquement échanges lors de la réunion de cadrage et lors de la réunion de restitution.

Nom, post-Nom et prénom	Qualité
EKOKANGA Martin	Responsable santé & grands jeunes/ESDR Ndako ya Biso
BAC	
Dr. NDUDI PHASI ¹²⁴	Directeur BAC
KAPAKALA José	Représentant pays BAC
SCS Kongo-Central	
MALPASI Lambert	PCA coordination SCS KC
BONDO SANDANDA Joseph	SEP coordination SCS KC
NKUNSU Nehemie	1 ^{er} contrôleur coordination SCS KC
MBAMBI Damien	2 ^{ème} contrôleur coordination SCS KC
MATSWELA Odette	Directrice ANGS « Dynamique Femme et Famille/DFF »
Mme Charlotte	Chargée de formation DFF
KONDE Théophile	Point-focal SCS Matadi & Directeur ANGS « Centre des jeunes »
Dr. KIMFUTA Jacques	Chef de DPS Kongo-Central
BENGA Jules	Président CRONGD Kongo-Central
SCS Nord-Kivu	
SENGA Raphaël	PCA coordination SCS NK
V. BASIKIA Emmanuela	Vice-présidente du CA coordination SCS NK
BISAFI Nicole	Conseillère coordination SCS NK
BITANGALO N'SOLO Emmanuel	SEP coordination SCS NK
KAZIGE Emmanuel	Coordonnateur, Groupes des hommes voués au développement intercommunautaire (GHOVODI)
BASIKIA Emmanuela	Secrétaire exécutif/Coordonnatrice de l'Action des Volontaires pour la Solidarité et le Développement (AVSD)
AMISI MUYANGO	Chef bureau Enseignement des SC de santé faisant l'intérim du Chef de Division Santé (DPS)
Dr PALUKU Obed	Médecin Chef de Zone de Santé de Karisimbi
CONGODORPEN	
GUYAUT Magali	Directrice CONGODORPEN
ADINE	

¹²⁴ Pas d'entretien individuel, échanges lors de la réunion de restitution.

Nom, post-Nom et prénom	Qualité
NGALEKO JM	PCA ADINE
KOBANDA Jean-Claude	Directeur Exécutif ADINE
WULUWULU JDD	RAF ADINE
MANGE Rémy	Animateur ADINE
YENGA Stanislas	Animateur ADINE
JATIALO Baby	Animatrice ADINE
ANGBAMBI Adrien	Animateur ADINE
BALA Fulgence	Point-focal mutuelle ADINE
LITA Pascaline	Présidente CRDI (+ présidente association des femmes pour le développement/AFD)
KOWOZOGONO Roger	Représentant association MTB (Mettons-nous au travail)
+ Focus-group CRDI Mission & Cité: 26 personnes (dont 8 femmes) + Focus-group CRDI Tongu : 16 personnes (dont 5 femmes)	
CDI-Bwamanda	
Equipe CDI	
NAKWADO Barnabé	Coordinateur
NDOMBENE Charlie	Administrateur – superviseur
ANDANI Trésor	Animateur
MOMBIMBO Théo	Animateur/point focal mutuelle de santé MUSA
ZANZU NWAFIKO Valentin	Animateur
GBADO MOBIDONGO Jean-Pierre	Animateur
KANDEGE Thimothée	RAF
Prestataires des CS appuyés	
NZOLAMBE Patric	IT/CS Bobandu
MADIDISI Jacques	ITA/CS Bobandu
KENEDEDE Joseph	IT/CS Kasongo
ZILIBENU Clarisse	ITA/CS Kasongo
NGALA	Infirmier responsable maternité/CS Kasongo
AMBADA Jules	Infirmier traitant/CS Kasongo
MANDA Robert	IT/CS Boto
WANDENGA Pierre	Membre du bureau du CS ECZS/CS Boto

Nom, post-Nom et prénom	Qualité
GBALIKOMO Jacques	IT/CS Bombese
BIYELE Yanick	ITA/CS Bombese
MOBAY Semplice	IT/CS Isabe
MBONGI Thomas	ITA/CS Isabe
Responsables de CLD visités	
NGBANGBO DEMODEDO Gabriel	Président de CLD Bobandu
LIBENGE Jean-Marie	Président du CLD Boto
KANDA Jean Bernard	Président du CLD Kasongo
DENANGOWE MOKILI	Président de CLD Bombese
DUBUKUNDA Emmanuel	Vice-président de CLD Isabe
Responsable et moniteurs de centre d'alphabétisation	
NYA E TEYA Jacqueline	Monitrice du centre AMALA 4/Bobandu
Denise Délivrance	Monitrice du centre AMALA 4/Bobandu
MOMBILA Prescille	Monitrice du centre AMALA 4/Bobandu
KANA KIOBE	Responsable du centre AMALA 3/Kasongo
WOTENA YEMBE Alphonsine	Monitrice du centre AMALA 3/Kasongo
NGBOZA Joseph	Moniteur du centre AMALA 3/Kasongo
YUBONAGO Combault	Moniteur du centre AMALA 3/Kasongo
Bénéficiaires de microprojets financés par le programme	
NZAMBEADEME Séraphine	Présidente de l'OP Tosagana /Bobandu
APENGE Mado	Vice-présidente de l'OP Tosagana /Bobandu
ZAMELE FIOTAGELE Roger	Secrétaire de l'OP Tosagana /Bobandu
MONGA KONDOMA DUNGUBAKO	Caissière de l'OP Tosagana /Bobandu
MBITI NZOKO	Conseillère de l'OP Tosagana /Bobandu
BWAMANDE NGAGBO Alice	Présidente de l'OP Mboka Lamuka /Bobandu 2
NAKOZA KOLO Bienvenu	Secrétaire de l'OP Mboka Lamuka /Bobandu 2
KPADEMOGO BEMBA	Caissière de l'OP Mboka Lamuka /Bobandu 2
BIMBOYI BOLOGELE	Conseillère de l'OP Mboka Lamuka /Bobandu 2
NANGIFI YAMBA	Président de l'OP Palasa
MBONKOLI NGANDAKWE	Vice-président de l'OP Palasa
KOLONDO MOSE Ivette	Caissière de l'OP Palasa

Nom, post-Nom et prénom	Qualité
SAYULA KOFIO	Secrétaire de l'OP Palasa
YUDONAGO	V/Secrétaire de l'OP Palasa
GBENU BOBITO	Entrepreneur mécanicien/Kasongo
TUBWA OLONA Aimé	Couturier de Bombese, Vice-président de CLD et président des PEIG/Bombese
APALAFIO Philistin	Président de l'OP AJDR/Bombese
MOSI NAPI FONGO	Membre de l'OP AJDR/Bombese
TUNAKULA Baudouin	Couturier Isabe
Autres personnes rencontrées	
Dr LANGI NADAKA Stève	Médecin Chef de l'HGR de Boto/ECZS
MOWONDO KEKE Jean-Louis	Vice-Président de FEPASU du Conseil d'Administration
Dr KAMBO Charles	Coordonnateur médical de CDI Bwamanda
FONCABA	
ZUBATSE Bernadette ¹²⁵	Directrice
RODHECIC	
KABEYA Paul	Coordinateur RODHECIC
MOTULI NSHOLE Joseph	Comptable RODHECIC
MUKENI Christian	Chargé S/E RODHECIC
KISITA Marcelline	Coordinatrice pédagogique RODHECIC
MASANKA Symphorien	UPAGDEH
MAKUNGU Yollande	Animatrice RODHECIC
BERTINKANYINDA Gaston	DE APROHU
BANKALE Frisette	Animatrice RODHECIC
BADILA Danny	Responsable OSC Santé pour les prisonniers
OMOKODI JC	DE CADED
+ entretien avec le bourgmestre-Adjoint de Kinsenso	
+ focus-group avec les mamans maraîchères du camp Louka (autour de 15 femmes) + focus-group avec les communautés bénéficiaires du projet Kinkole (20 personnes dont 8 femmes)	

¹²⁵ Pas d'entretien individuel, échanges lors de la réunion de cadrage et lors de la réunion de restitution.

Nom, post-Nom et prénom	Qualité
CBMT	
Equipe CBMT	
NSONGA Emérance	Secrétaire Exécutif
NTUMBA DIBAYA Hélène	PCA et Présidente du Comité de gestion
MVIDIE KAPUKU Madeleine	Secrétaire Caissière
TSHITSHIA Bernadette	Chargée de la Banque de Céréales
MUBENGAYI Célestin	Comptable
MASAKA David	Chargé de gestion
MBUAMBAVI Thérèse	Animatrice de suivi des AGR Locomotives
Equipe agriculteurs dans le site de NKOMBWA	
KALUBI Jean Bosco	Président des maraichers
NGALULA Marguerite	Présidente de l'OF responsable des maraîchers
BUKASA Joseph	Membre
NTUMBA Louis	Membre
Equipe des agriculteurs dans le site de KATWISHI	
MPUTU MUTSHIPAYI Pierre	Président
TSHIMANGA NTUMBA Crispin	Vice-président
Ngalula Ilunga Antoinette	Membre
ODIA MBUYAMBA Suzanne	Membre
MBELU ILUNGA Henriette	Membre
TSHIBOLA MWAMBA Anastasie	Membre
MPUTU BAKAJIKA Thérèse	Membre
BITWAFWA MWAMBA Marie José	Membre
NTUMBA KANKONDE José	Membre
Responsables des organisations régionales (Réseau) et internationales	
KIUNGU Albert	Secrétaire exécutif de CRONGD
NGALA MULUME Théodore	Chargé du projet des jeunes à NRC
Représentantes/responsables des organisations féminines (OF)	
META KASONGA Marie José	OF Sanga Bantu
TSHIABU Elisabeth	OF Twibake Cingana
TSHILANDA Rosalie	OF Twibake Saint Eloi

Nom, post-Nom et prénom	Qualité
NTUMBA Christine	OF Tukebayi
KAPINGA MONEKAYI Nelly	OF Shatikumba
BUDIMUNA BAMBEBE Astrid	OF Bunabe Mama
NGALULA Marcelline	OF Tudibambe I
MBOMBO Augustine	OF Tudienzele
LUKADI Marie	OF Tudibamwe
BITSHILUALUA Jeannie	OF Tudiwike
NGALULA Margueritte	OF Tukebulule
MBOMBO Pauline	OF Tудisangayi
BATSHINI Justine	OF Tukoleshayi
BILOLO Ponastasia	OF Tudibambe
NTUMBA Godelieve	OF Mamu Betu
NGALULA Madeleine	OF Tudikalele
TSHITSHIA Bernadette	OF Kukebiji
NSHIND EKEKA Madeleine	OF Tudifile
KAPINGA Angélique	OF Baya waya
LUSAMBA Christine	OF Dikongayi
NGALULA Scolastique	OF Ditekemena
MVIDIYE Marie José	OF Tujukayi
MUTSHIPAYI Pierre Mputu	OF A.J.M.K
MULENGA Elisabeth	OF Bobumwe
NGOLELA Célestine	OF Tuditwale
TUSEKU Agnès	OF Notre Père Disangayi
Bakampambula Mado	OF Tudikolele 3
Mbwambakala Régine	OF Twede Dikasa Dimwe
MBILOLO Appolanie	OF Sacré Cœur
MAYOYO Agnès	OF Baya waya
TSHIELA Marthe	OF Bana Bamamu
MIKEMU Marie	OF Bungana
LUSE Alice	OF Tujukayi

ANNEXE 3 : LISTE DES DOCUMENTS CONSULTÉS

Documentation commune

- Document de programme « Ensemble avançons », mars 2017
- Cadre logique (2019-2020-2021)
- Convention de collaboration
- Plan d'action des synergies 2019-2021, COBE
- Politique harmonisée pour la prise en compte des thématiques transversales « Genre » et « Environnement » dans la mise en œuvre des activités du programme commun Ensemble avançons 2017-2021
- Rapports DGD Lessons learnt
- Rapports DGD scores de performance
- Rapport d'évaluation à mi-parcours sur la prise en compte des thèmes transversaux (genre, environnement) dans le programme commun 2017-2021 « Ensemble avançons », Nancy Jaspers & Nathan de Baets, Humanya, décembre 2019
- Rapport d'évaluation programme commun, Acodev, juillet 2019
- Dialogue institutionnel 2017-2018-2019-2020
- Rapport de mission d'échanges d'expériences entre la mutuelle de santé BOBOTO de Kinshasa et la mutuelle de santé BONDEKO de Bawamanda, octobre 2019
- Cadre stratégique commun (CSC) RDC, avril 2016
- Rapport d'atelier d'échange et de partage d'expériences entre acteurs et partenaires locaux des 8 provinces de la RDC dans le secteur des mutuelles de santé communautaires, novembre 2018

BAC

- Compte-rendu de l'AG constitutive de la Société Civile Santé du Sud-Kivu tenue à Bukavu le 08/08/2020, SCS S-K
- Cadre conceptuel de l'approche d'action de la Société Civile du secteur santé structurée en RDC
- Rapports financiers DGD
- Rapports d'activités BAC (2017, 2019)
- Plan de préparation, prévention et de réponse à l'épidémie de Covid-19 dans la province du Kongo Central, Division Provinciale de la Santé/Kongo Central
- Mission de remise des équipements de protection aux FOSA et sensibilisation de la population sur le Covid-19 au Kongo Central, avril 2020
- Rapport de formation des membres de comité de développement des AS Rughena, Mitoya, Vighole et Wayene de la Zone de santé de Katwa en partenariat avec la Société Civile Santé du Nord-Kivu sous l'appui financier de OSISA, ECZS Katwa, novembre 2020
- Rapport d'action de riposte Covid-19 Province du Kongo Central, BAC, avril 2020
- Rapport de la mission d'évaluation sur les aspects organisationnel et fonctionnel du réseau Société Civile Santé de la RDC pour sa redynamisation, Dr. Pamphile Lubamba-Ngimbji, novembre 2019
- Rapport d'évaluation finale du programme DGD 2013-2016 « Les Coordinations provinciales de la Société Civile Santé, et leur Bureau National de liaison remplissent bien leur rôle d'interface faîtière entre les Acteurs Non Gouvernementaux de Santé, l'OMS, les Pouvoirs Publics, et les Partenaires Techniques et Financiers du système de santé congolais », Bernard Van den Abeele
- Rapport d'analyse du partenariat entre la Société Civile Santé du Nord-Kivu et BAC, avril 2020
- Convention de partenariat entre BAC et la SCS N-K, février 2017
- Plan stratégique 2021-2025 SCS N-K
- Certificat d'excellence Mwanda Pataule John, Coordination générale de la riposte contre la Maladie à Virus Ebola dans les provinces de l'Ituri, du Sud-Kivu et du Nord-Kivu, Ministère de la santé, juin 2020
- Certificat d'excellence Kabazaire Baguma Maria, Coordination générale de la riposte contre la Maladie à Virus Ebola dans les provinces de l'Ituri, du Sud-Kivu et du Nord-Kivu, Ministère de la santé, juin 2020

CONGODORPEN

- Rapports financiers DGD
- Guide des priorités qualité 2020/2021 partenaires locaux de Congodorpen
- PME (ADINE, CDI)

- Rapport d'évaluation « Approche communautaire » programme DGD 2017-2021 Congodorpen, missions d'évaluation de juin et septembre 2018, drs. M. Waals
- Analyse des chiffres des mutuelles gérées par CDI-Bwamanda – 2017/2021
- Draft étude de capitalisation des expériences et de la gestion des mutuelles de santé de CDI-Bwamanda

FONCABA

- Plans opérationnels (RODHECIC, CBMT)
- Cadre logique (RODHECIC, CBMT)
- OS3/liste des dossiers de plaidoyers (RODHECIC, CBMT)
- Rapports financiers
- Plan stratégique CBMT (2015-2019 & 2020-2025)
- Convention de partenariat FONCABA-CBMT/2017-2021
- Rapport de la journée de restitution/présentation des réalisations des membres des OF CBMT au public, 07 août 2019
- Rapport de formation des animateurs (H&F) en intégration femmes en gestion & organisation d'initiatives socio-économiques, CBMT, mai 2019
- Rapport de la session de formation sur l'agroforesterie, CBMT, septembre 2017
- Rapport de l'atelier de formation sur la gestion financière d'une coopérative, CBMT, décembre 2021
- Rapport de l'atelier de recyclage en AGR, CBMT, décembre 2021
- Rapport de l'atelier d'échanges d'expériences sur la contribution des femmes à la promotion du développement et la protection de l'environnement, CBMT, novembre 2020

RC4D

- Rapport d'étude de faisabilité pour la mise en place des mutuelles de santé dans la ville de Kinshasa (cas des zones de santé de N'sele, Maluku I et Maluku II), Dr. Anatole Mangala/CGAT, juin 2016
- Rapport d'étude de faisabilité pour la mise en place d'une tarification forfaitaire dans les centres de santé de la zone de santé de N'sele, CECFOR, octobre 2016
- Rapport final de la revue annuelle 2019 programme commun Ensemble avançons, José Kapakala, janvier 2020
- Rapport final de la revue annuelle 2020 programme commun Ensemble avançons, José Kapakala, février 2021
- Rapport de consultance sur la capacité contributive des membres à la mutuelle de santé Boboto, Roger Luamba Makiadi, octobre 2020
- Évaluation du fonctionnement de la mutuelle de santé Boboto (janvier-juin 2021), Pierre Damien Kumakamba, UMUSAC, août 2021
- Rapports financiers DGD
- Conclusions de l'atelier d'échange d'expériences entre acteurs et partenaires locaux dans le secteur de l'eau, de l'hygiène et de l'assainissement (EHA) : guide méthodologique pour la mise en œuvre d'un projet dans le secteur de l'EHA, juin 2018