

Evaluation externe du Projet amélioration des conditions de vie des populations autochtones de la Likouala

Rapport final et annexes

451 EV Ordre de Malte France

Novembre 2019

Martin Bévalot - Consultant santé publique, expert en suivi-évaluation
Emmanuel Bayeni — Expert promotion et protection des droits des peuples
autochtones

Sommaire

Sigles et abréviations.....	3
Synthèse des tableaux et graphiques.....	5
Synthèse.....	6
1 Introduction	19
2 Rappel des objectifs de l'évaluation	21
3 Méthodologie de mise en œuvre	21
a. Approche globale.....	21
b. Collecte de données	22
c. Organisation de la mission d'évaluation	23
d. Difficultés et limites	23
4 Résultats	25
a. Stratégie d'intervention	25
i. Rétrospectif.....	25
ii. Prospectif	35
b. Dispositif de mise en œuvre de partenariat.....	47
i. Rétrospectif.....	47
ii. Prospectif	53
c. Résultats des actions	60
i. Rétrospectif.....	60
ii. Prospectif	66
d. Conclusion	68
e. Principales Recommandations	69
5 Annexes	74
a. Planning Réalisé.....	74
b. Termes de référence pour	78
Evaluation externe du Projet :	78
c. Axes Stratégiques Unités de consultation mobiles	92
d. Exemple Guide Entretien.....	93
e. Exemple Guide Focus Groupe	95

Sigles et abréviations

AGR	Activité Génératrice de Revenu
AFD	Agence Française de Développement
APIFLORDEV	Apiculture, Flore, Développement
APVPS	Association Professionnelle pour la Valorisation des Produits forestiers et Subsidiaries
ASC	Adjoint de Santé Communautaire
ASLAV	Association de l'Amour Vivant
ASPC	Association des Spiritains du Congo
CdM	Chef de Mission
CEDAW	Convention on the Elimination of all forms of Discrimination Against Women
CIB	Congolaise Industrielle des Bois
CNRS	Centre National de Recherche Scientifique
COGES	Comité de Gestion
COPIL	Comité de Pilotage
COSA	Comités de Santé
CPLCC	Consentement Préalable, donné Librement et en Connaissance de Cause
CPN	Consultation Pré Natale
CSI	Centre de Santé Intégré
CPPA	Cadre de Planification en faveur des Populations Autochtones
DDS	Direction Départementale de la Santé
DNUDPA	Déclaration des Nations Unies sur les Droits des Peuples Autochtones
ECOM	Enquête Congolaise auprès des Ménages
EDS	Enquête Démographique et de Santé
EMM	Equipe Médicale Mobile
FAO	Food and Agriculture Organization / Organisation des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture
FC	Facilitateurs Communautaires
HCR	Haut-Commissariat aux Réfugiés
IASC	Inter Agency Standing Committee
ID	Initiative et Développement
MTN	Maladies Tropicales Négligées
ODD	Objectifs de Développement Durable
OMF	Ordre de Malte France
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisations Non Gouvernementales
ORA	Observer, Réfléchir et Agir
OS	Objectif Spécifique

PCPA	Programme Concerté Pluri-Acteurs
PDSSII	Projet sectoriel de Développement du Secteur de la Santé (phase II)
PEV	Programme Elargi de Vaccination
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
PRAEBASE	Projet d'Appui à l'Education de Base
PSE	Paquet de Services Essentiels
PTF	Partenaires Techniques et Financiers
RAMU	Régime d'Assurance Maladie Universelle
RC	Relais Communautaire
RCA	République Centrafricaine
RDC	République Démocratique du Congo
REIPER	Réseau des Intervenants sur le Phénomène des Enfants en Rupture
RGPH	Recensement Général de la Population et de l'Habitation
SIMR	Surveillance Intégrée des Maladies et Riposte
SNIS	Système National d'Information Sanitaire
SONUC	Soins Obstétricaux Néo Nataux d'Urgence Complets
TdR	Termes de Références
TSF	Terre Sans Frontière
UCM	Unité de Consultation Mobile
UNESCO	Organisation des Nations Unies pour l'Education, la Science et la Culture
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la Population
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
WASH	Water Sanitation and Hygiene

Synthèse des tableaux et graphiques

➤ Synthèse des tableaux

Tableau 1)	Synthèse des Focus Group Discussion avec les populations autochtones
Tableau 2)	Synthèse des Focus Group Discussion avec les populations autochtones
Tableau 3)	Répartition des axes longs et courts
Tableau 4)	Données explicatives sur la notion de CPLCC
Tableau 5)	Répartition du rôle des Relais Communautaires et Adjoints de Santé Communautaire
Tableau 6)	Gender Marker/ Notation de Genre
Tableau 7)	Quelques actions prioritaires de la Politique nationale sanitaire 2018-2030
Tableau 8)	Le personnel employé par le Projet à la base d'Enyellé
Tableau 9)	Récapitulatif du nombre de jours de consultation du CSI de Bétou en 2019
Tableau 10)	Données annuelles sur le déparasitage
Tableau 11)	Synthèse de l'activité de production du miel à Mboua

➤ Synthèse des graphiques

Graphique I	Evolution du nombre de consultations réalisées
Graphique II	Evolution du nombre de consultations
Graphique III	Principales causes de consultations en 2017
Graphique IV	Principales causes de consultations en 2018
Graphique V	Evolution des CPN

Rappels Objectifs

L'objectif global de l'évaluation pour l'OMF (Ordre de Malte France) était double : rétrospectif et prospectif. Il s'agissait d'une part d'évaluer l'efficacité des actions mises en œuvre par l'OMF et ses partenaires (APIFLORDEV et ASPC) pendant les trois premières années du programme et d'analyser les difficultés rencontrées sur 3 axes (i) la stratégie d'intervention, (ii) les dispositifs de mise en œuvre et partenariat et, (iii) les résultats des actions.

Il s'agissait également de contribuer à faire évoluer l'approche d'OMF à travers la mise en place de recommandations, notamment sur la prise en compte du genre. Cette évaluation a constitué un moment important pour orienter la seconde phase en cours d'élaboration. L'évaluation avait également pour objectif d'analyser, de documenter, de cartographier de manière rétrospective les changements de comportement aussi bien positifs que négatifs qui ont pu avoir lieu avec projet. Enfin, ce travail avait pour objectif de pouvoir contribuer à la prospective du projet et permettre de faciliter la formulation participative des changements escomptés et attendus des différentes familles d'acteurs pour la deuxième phase. Par ailleurs, l'évaluation avait des enjeux de redevabilité envers l'AFD, le principal bailleur de fonds et l'Ordre de Malte France (OMF).

Méthodologie mise en œuvre

La méthodologie d'évaluation qualitative et quantitative, à forte dimension participative, a permis de contribuer à l'appropriation de ses résultats par les acteurs du projet. En outre, au-delà d'une méthodologie classique de collecte de données [entretiens semi-structurés, Focus Groupes Discussions (FGD)], 2 ateliers cartographie des incidences ont été organisés.

Au total, ce sont 65 personnes ressources qui ont été interrogées. 10 FGD (7 FGD de femmes 3 FGD hommes) ont été menés, regroupant 101 bénéficiaires (72 femmes/ 29 hommes) dans 7 localités différentes.

La collecte d'information au Congo s'est déroulée du 17 septembre au 4 octobre 2019. L'équipe de l'OMF a facilité l'organisation de cette mission d'évaluation en planifiant les rendez-vous et visite dans la Likouala. Les entretiens réalisés à Brazzaville ont été organisés par Emmanuel Bayeni, membre de l'équipe des évaluateurs.

Les principales limites de l'évaluation ont été les suivantes : Difficultés de transport entre Brazzaville et la Likouala, manque de disponibilités de certaines autorités sanitaires, Distance trop importante pour se rendre à Mboua, quelques approximations dans la traduction, qualité insuffisante de certaines données liées à l'activité. En revanche ces limites n'ont pas impacté la collecte d'information.

Stratégie d'intervention

Dimension rétrospective

Le taux de pauvreté dans la Likouala est de 71,9 % contre 46,5% pour le reste du pays. Les populations autochtones représentent 1,2 % de la population congolaise et un quart de celle de la Likouala peuvent être considérées comme des populations vulnérables, car, elles souffrent d'un manque d'accès aux services élémentaires. Cette situation est aggravée par leur isolement géographique, la discrimination et souvent l'exploitation qu'elles subissent de la part des Bantous. Cette situation s'est aggravée par leur isolement géographique, la discrimination et souvent l'exploitation qu'elles subissent de la part des Bantous. La situation sanitaire, en particulier chez les femmes et les enfants est particulièrement catastrophique. Le taux de mortalité maternelle chez les autochtones est de 781 pour 100 000 naissances

vivantes (le taux national étant de 410 pour 100 000 naissances vivantes)¹². La population autochtone, notamment les enfants, souffre de nombreux cas de malnutrition sévère, mais aussi d'une recrudescence des épidémies de choléra, de tuberculose, de rougeole et de lèpre. Ensuite, au-delà des réalités sanitaires et économiques, cette population souffre de discriminations importantes quant au respect de leurs droits, malgré la promulgation de la *Loi du 25 Février 2011 portant promotion et protection des droits des peuples autochtones*. L'article 22 garantit notamment « l'accès des populations autochtones à tous les services sociaux et de santé sans aucune discrimination ».

Au regard de ces constats, l'approche multisectorielle était pertinente car elle prenait en compte aussi bien les réalités de la Likouala sur le plan sanitaire que dans les domaines économique et juridique (droits humains).

Concernant l'accès aux soins, la stratégie d'intervention de l'OMF s'est révélée appropriée pour plusieurs raisons. Tout d'abord, elle a su s'adapter à la forte dégradation du contexte, en mettant en œuvre un Projet que l'on peut qualifier davantage de post-urgence que de développement. Ainsi, le Projet a permis aux populations autochtones d'avoir un accès amélioré aux soins, grâce à la réalisation d'un certain nombre d'activités : (i) La mise en place d'UCM (Unités de Consultations Mobiles) a permis de couvrir une vaste zone, (ii) la mise en place d'un binôme Adjoint de santé communautaire (ASC) et Relais Communautaires (RC) (iii) l'accompagnement des patients autochtones hospitalisés.

La mise en œuvre de la stratégie d'intervention au niveau communautaire repose sur des ressources humaines qui ne sont pas toujours originaires du Congo. Certains ASC peuvent quitter le pays soit de leur plein gré, soit renvoyés par les autorités, pouvant ainsi fragiliser la mise en œuvre de la stratégie d'intervention.

Dans les autres secteurs d'intervention (économique et droits), l'OMF n'ayant pas d'expertise dans ces domaines, a eu une stratégie de partenariat avec l'ASPC (pour les droits) et APIFLORDEV (pour le volet économique à travers la filière Miel). La dimension multisectorielle de l'approche a été pertinente car elle permet d'aller, au-delà de l'amélioration de l'accès aux soins et de contribuer à des conditions de vie meilleures.

La stratégie d'intervention a fonctionné sur des modalités d'action de post-urgence, ce mode opératoire urgentiste s'explique en partie par les faiblesses avérées du système de santé. Les carences avérées du système sanitaire questionnent d'autant plus la pérennité de l'action : la faible implication des autorités sanitaires questionnant sur la durabilité du Projet.

L'approche communautaire du Projet a permis d'intervenir au niveau prévention primaire³ avec la mise en place d'activités de sensibilisation. Le binôme ASC/RC a permis de mettre en œuvre de cette approche. Même si les RC sont issus de la communauté autochtone, la stratégie de mise en œuvre n'a pas bénéficié d'une approche participative forte. L'OMF a toutefois respecté la volonté des populations autochtones, leur choix d'accéder aux services de santé, tel que les UCM sans influencer leur choix.

L'approche santé publique n'a pas atteint la dimension escomptée, ceci est en partie lié aux manquements des autorités sanitaires. A l'origine, il était prévu d'adjoindre à la double approche communautaire-publique un accompagnement des politiques publiques sanitaires. Mais les faibles capacités des autorités sanitaires locales ont fait que l'approche santé publique n'a pas été développée telle qu'initialement prévue. Néanmoins, l'approche santé

¹ Ces chiffres sont à prendre avec précaution étant donné les difficultés chroniques à avoir des données fiables sur les populations autochtones. Toutefois à défaut d'être complètement fiables, ils permettent d'illustrer la situation des autochtones.

² Cf. *Les termes de référence de la mission d'évaluation*, p. 2.

³ Selon l'OMS, « La prévention primaire désigne l'ensemble des actes destinés à diminuer l'incidence d'une maladie ou d'un problème de santé, donc à réduire l'apparition des nouveaux cas dans une population saine¹ par la diminution des causes et des facteurs de risque » (OMS, *Glossaire promotion de la santé*, 1999,

publique a permis de référencer un certain nombre de patient dans les CSI environnants. Par ailleurs le manque de fiabilité des données collectées ainsi que leur complétude, n'a pas permis de pouvoir analyser suffisamment l'approche santé publique.

Il a été également observé une fréquence élevée des rotations des UCM pour couvrir un nombre important de villages afin d'atteindre les résultats fixés par le Projet. Cette stratégie a eu tendance à privilégier une approche quantitative au détriment du qualitatif sans prendre complètement en considération les spécificités de la culture Aka notamment sur le volet santé materno-infantile où les croyances restent fortes.

Concernant les changements les plus significatifs : (i) l'accès à certains soins de base pour les populations autochtones présents sur les axes lors des UCM, (ii) l'accès à l'information sur différentes thématiques (hygiène de l'eau et hydratation, hygiène corporelle et des mains, déparasitage, diversification alimentaire, hygiène l'environnement et de la maison) (iii) l'accompagnement des populations autochtones hospitalisés apparaissent comme les changements les plus significatifs liés à l'intervention.

Pour ce qui est de l'impact des autorités sanitaires sur la prise de conscience et la mobilisation des autorités sanitaires sur les enjeux sanitaires sociaux de la Likouala, le projet n'a pas joué de rôle spécifique : La DDS (Direction Départementale Sanitaire) n'a pas spécifiquement fait évoluer sa stratégie par rapport aux populations autochtones suite à l'action de l'OMF. Le manque de rencontres régulières avec les acteurs de la santé, en particulier le Ministère de la Santé⁴ pendant cette première phase, fait que le Projet reste mal connu, limitant d'autant plus les possibilités de faire évoluer l'approche des autorités sanitaires en direction des populations autochtones.

Au niveau du système de santé, le Projet a eu davantage un effet dans les centres de santé avec ce dispositif permettant aux facilitateurs d'accompagner les patients pendant leur durée d'hospitalisation. Les actions d'accueil des populations autochtones menées au sein des CSI, ont permis de faire évoluer la prise de conscience des personnels de santé sur la réalité des populations autochtones.

Concernant le choix, le recrutement et la formation, le fonctionnement et la répartition entre ASC et RC, un décalage a pu être observé entre les documents développés et la mise en œuvre. Certains binômes ASC-RC ont une répartition des tâches assez logiques : Les ASC sachant lire, écrire, parler français ont des responsabilités supplémentaires (dispensation médicaments, reporting). Le RC se concentre davantage sur la sensibilisation, l'information et l'éducation de la population du village. Dans certains villages, le RC n'aura qu'un rôle de traduction des activités menées par l'ASC limitant ainsi la valeur ajoutée de la connaissance des RC des communautés. Il existe donc un manque de cohérence globale concernant le binôme ASC-RC, étant donné qu'elle n'est pas toujours la même.

La stratégie de dispensation de médicaments peut être problématique car si l'ASC n'est pas présent alors le respect de la prise des médicaments par les autochtones devient alors aléatoire. La répartition des ASC/RC sur les différents axes reste hétérogène, certains axes sont peu couverts avec un ASC devant couvrir un nombre important de localité.

Enfin la stratégie de binôme, si elle permet de mieux de répondre aux besoins du Projet en matière de santé communautaire a eu tendance à recréer la relation de subordination entre population bantou et population autochtones.

Concernant l'approche genre, on peut constater que la prise en compte du genre n'a pas été véritablement intégrée dans la stratégie globale. La *transversalisation* du genre (« *gender*

⁴ Entretien avec Dieu Merci Emeriand Kibangou, Directeur des Etudes et de la Planification, 3 octobre 2019.

mainstreaming ») n'a pas été effective. Pour cela, il aurait fallu prendre en compte cette dimension dans l'ensemble des actions menées par le Projet ainsi qu'au niveau organisationnel dans la dynamique interne du staff. En revanche on peut souligner que le projet a compté des femmes parmi les RC et FC et que celles-ci ont été rémunérées sans discrimination fondée sur le sexe.

Dimension prospective

Il apparaît qu'il serait pertinent de conserver le périmètre actuel du Projet : la partie nord de la Likouala. La pertinence de ce périmètre s'explique par le fait qu'il couvre une zone non négligeable de peuplement autochtone permettant d'assurer un suivi régulier des activités. Le ciblage de cette zone de couverture est justifié par des raisons sanitaires et socio-économiques.

Par ailleurs le maillage de ce périmètre se fait suivant une stratégie pertinente combinant les axes courts (PB, PC, etc.) et axes-longs (Mboua et Tingama). En maintenant ces itinéraires, le Projet pourra continuer à atteindre un nombre non négligeable de bénéficiaires. Un changement significatif du périmètre est difficilement envisageable : comment expliquer à certains villages qu'ils ne seront plus couverts alors que d'autres le seront toujours ?

Les principaux objectifs spécifiques (OS) du Projet ont prouvé leur pertinence au regard des besoins des autochtones et de l'extrême vulnérabilité dans laquelle ils se trouvent par rapport aux Bantous représentant le groupe majoritaire. L'OS1 portant sur l'amélioration de l'accès aux soins et aux services de santé pour les populations autochtones devrait être maintenu dans la mesure où il favorise le développement de l'accès aux premiers secours et une participation communautaire à l'offre de santé ; L'OS2 relatif à l'amélioration de la qualité de l'offre de soins pour les populations autochtones devra également être maintenu dans la mesure où il s'agit de dresser un état des lieux de la situation sanitaire de la Likouala. Cet objectif permet de collecter des données quantitatives sur la situation épidémiologique des peuples autochtones. L'OS3 portant sur l'autonomisation et la responsabilisation des populations autochtones est également à maintenir dans le cadre d'une prochaine phase. Il s'agit non seulement de faire que les populations autochtones de la Likouala soient sensibilisées sur la manière d'exercer leurs droits et d'obtenir réparation en cas de violations de ceux-ci. De même, le maintien du volet développement d'activités génératrices de revenus se justifie par le souci de réduire leur extrême pauvreté économique et surtout leur forte dépendance vis-à-vis de leurs « maîtres ». Toutefois, cet objectif, au-delà de sa pertinence, ne devrait être reconduit qu'à la condition qu'un suivi régulier et rapproché des activités des AGR soit mis en place. Les objectifs actuels du Projet doivent donc être maintenus pour les peuples autochtones et les activités prévues rattachées. Leur mise en œuvre cadrerait avec les objectifs de la Politique nationale sanitaire 2018-2030.

Les axes incontournables du Projet (dans le cadre de la phase 2) restent la santé et les droits. L'économie pourrait continuer à être pris en compte à la condition que les partenaires identifiés soient disponibles pour réaliser le suivi. La sensibilisation aux droits est un axe stratégique du Projet. Il serait indiqué qu'il le demeure pour la phase 2, car sensibiliser les autochtones à leurs droits, c'est favoriser l'accès au savoir juridique de cette communauté, leur donner davantage de connaissances et de moyens pour agir sur les problèmes qu'ils rencontrent.

La participation et l'engagement des différentes parties prenantes du Projet a été une des difficultés rencontrées dans la mise œuvre du Projet. Ceci s'explique en partie par le manque d'espace de dialogue, de mécanisme de coordination entre les différents acteurs du Projet dans le cadre de la mise en œuvre des accords signés. Pour la nouvelle phase, il s'agira de s'appuyer davantage sur le Ministère de la Santé et de la Population. Dans la perspective de la mise œuvre des activités de sensibilisation aux droits, il serait indiqué d'avoir un minimum d'échange avec les ministères de la justice et des affaires sociales. Des partenariats avec la

Délégation de l'Union Européenne (pour le financement), l'OMS, le HCR et le PAM (alimentation/AGR) pourraient également continuer à être sollicités. La CIB s'avère également être un partenaire clef dans le cadre du soutien au CSI d'Enyellé.

Cependant au cours de la première phase, certains partenaires n'ont pas donné entière satisfaction : l'ASPC (sensibilisation aux droits) et APIFLORDEV (production miel). Concernant l'ASPC en dehors de quelques événements associant Droit et culture, il reste difficile d'avoir une vision claire sur les réalisations de ce volet. S'agissant de la production du miel, la mission d'APIFLORDEV a été de former les Aka à l'apiculture. Ce volet a été également confronté à des difficultés de mise en œuvre : la principale raison étant le problème de suivi des activités : entre autres un espacement important des missions de suivi. Ainsi, la reconduite de cette activité est donc liée à la mise en place d'un mécanisme de suivi plus rapproché des activités.

Concernant la participation des bénéficiaires, mise à part le rôle de RC et ASC, les autochtones ne jouent pas un rôle suffisamment déterminant dans l'offre de santé, la majorité des autochtones se contente d'utiliser les services que le Projet met à leur disposition. L'amélioration de la prise en compte des besoins de santé passe par la mise en place de mécanismes permanents de consultation des populations bénéficiaires (mécanismes spécifiques existants pour pop. Autochtones) leur implication dans l'offre de santé (notamment par le renforcement du rôle des RC autochtones), ainsi que l'amélioration du niveau de connaissance des intervenants non-autochtones de la perception de ces derniers des problématiques de l'accès à la santé.

Le système sanitaire actuel dans la Likouala ne permet pas de faire évoluer la logique d'urgence, à court terme. La sortie progressive de la logique d'urgence ne dépend pas que du Projet. Cette évolution doit aussi se faire avec une prise en compte effective par les acteurs du secteur public. Il semblerait qu'un programme de renforcement des districts sanitaires soit en cours de discussion entre le Gouvernement, l'OMS et la Banque mondiale. Ce n'est qu'avec la mise en place de ce type de programme que le Projet pourrait faire évoluer son approche.

Il est pertinent de continuer à privilégier l'équilibre entre le développement de l'activité de santé communautaire et l'approche plus globale de santé publique. L'approche communautaire est également à poursuivre, le dispositif existant avec une réponse communautaire des autorités sanitaires à travers les Comités de santé (COSA) et Comité de gestion (COGES) ne fonctionne pas toujours de manière efficace. L'approche plus globale de santé publique, avec la mise en place d'action de santé sous ses différents aspects (curatif, préventif, éducatif et social) est d'autant plus importante à poursuivre.

L'identification, le choix et le recrutement des RC pourrait se faire à travers de larges consultations au sein des communautés sur la base de profils prédéfinis ensemble avec les autochtones. Cette procédure repose sur le principe du consentement libre, préalable et éclairé. S'agissant de la stratégie de formation des RC et ASC, les entretiens organisés avec les intéressés ont fait apparaître un besoin en formation.

Les activités relevant du volet médecine traditionnelle ne devraient donc pas être poursuivies en l'état actuelle des connaissances. Le Projet ne maîtrise pas toutes les implications relatives à ce volet. Se posent également les questions de la preuve de la non-toxicité de certaines plantes utilisées, du dosage et de l'efficacité de certains traitements.

Le Projet est mis en œuvre dans l'un des départements les plus enclavés du pays. La couverture en communication est l'une des plus faible, les supports les plus adaptés pour la compréhension des messages restent auditifs (la radio). L'audiovisuel pourrait s'avérer utile avec les projections ambulantes/communautaires des films thématiques/documentaires (santé, droits, protection de l'environnement, etc.). Ces films pourraient être projetés à

l'occasion des missions de terrain (infirmiers et autres) : le visuel est plus démonstratif que l'audio.

Le lecteur MP3 est destiné à la diffusion d'information sur les droits en procédant à des enregistrements (vulgarisation et traduction littérale de loi, témoignages). Il s'agit là d'un outil essentiel dans la promotion des droits et la diffusion des messages de santé. Ainsi, la mesure de niveau de satisfaction des bénéficiaires de cet outil est importante. La collecte des informations peut se faire à travers des enquêtes/sondages.

La prise en compte d'une approche genrée est une stratégie appropriée pour renforcer la participation des femmes à la mise en œuvre du Projet. Sa prise en compte pourrait intégrer les éléments suivants : (i) la théorie de l'intervention (l'intervention a recensé les problèmes et les difficultés qui touchent les femmes autochtones et non-autochtones) ; (ii) La conception de l'intervention (cadre logique, indicateurs, activités, systèmes de suivi-évaluation, mécanismes d'établissement de rapports) ; (iii) les documents de suivi de la mise en œuvre et les rapports d'activité montrent comment les questions de genre ont été traitées ; (iv) Les parties prenantes (hommes et femmes) ont participé aux différentes phases de l'intervention de manière active, significative et libre ; (V) Les données recueillies ont été ventilées (par sexe, âge, etc.), reflétant la diversité des parties prenantes.

Enfin la stratégie d'intervention n'a pas véritablement intégré les dimensions jeunesse et environnement. La prise en compte de la jeunesse passe par le renforcement de la participation des jeunes Aka aux activités du Projet. Très peu de jeunes Aka figurent parmi les RC. A l'instar des femmes Aka, les jeunes Aka ont besoin d'être intégrés dans les instances de coordination et de suivi du Projet. Concernant la dimension environnementale du projet, il apparaît que le Projet n'a pas eu une empreinte écologique très élevée.

Dispositif de mise en œuvre de partenariat

Dimension rétrospective

Le Projet emploie actuellement une vingtaine de personnes à sa base d'Enyellé. L'organisation interne a permis la mise en œuvre des activités de façon appréciable. Le changement de personnel n'a pas été sans ralentir le rythme d'exécution des activités, si ce n'est un changement de vision. Le « turn-over » a concerné également l'équipe locale. Le départ précipité de la première cheffe de mission a provoqué un temps de latence qui a duré jusqu'à la nomination d'un nouveau chef de mission. Le management du Projet a réalisé très peu de mission de coordination et de suivi des activités sur le terrain, souvent accaparé par d'autres priorités à Enyellé. D'autre part, le Projet ne comptant aucune femme parmi les infirmiers, a pu limiter le suivi des femmes, notamment les femmes enceintes. Le nombre d'infirmiers intervenant avec les UCM reste insuffisant au regard du volume d'activités. Dans certaines situations le chauffeur doit également participer aux activités des UCM.

Il ressort des discussions de groupes qu'une majorité des autochtones pensent que l'équipe Bantou du Projet a répondu aux besoins sanitaires des autochtones. Le rôle des UCM est reconnu par une très grande majorité des personnes interrogées. Néanmoins, les intéressés ont regretté le nombre limité de rotations des équipes mobiles (une fois/mois/par localité).

Pendant les discussions de groupe, les autochtones ont exprimé que les UCM ont pour rôle de les consulter, de distribuer gratuitement des médicaments et de leur donner des conseils en matière de santé. Le rôle des RC est reconnu par les autochtones. Plus de 2/3 des personnes interrogées ont précisé que leur rôle est de leur donner des conseils sur la nécessité de se faire consulter en cas de maladie et de suivre les traitements prescrits. Ils ont également pour rôle de les sensibiliser sur les mesures d'hygiène et sur les notions des droits

(utilisation du MP3). Le même rôle a également été reconnu aux FC, traduisant une certaine confusion de fonction entre les deux.

Le rôle du FC n'est connu que de ceux qui ont déjà été hospitalisés pour un accouchement et pour maladie. Le rôle du FC est reconnu dans les CSI visités. Sa présence quotidienne au sein des CSI dissuade toute tentative de mauvais traitement ou de marginalisation des autochtones. Toutefois, un effort de vulgarisation de son rôle doit être fait auprès des CSI.

La qualité de la collaboration entre l'équipe locale de l'OMF et les partenaires locaux est apparue mitigée. Si avec le CSI d'Enyellé, de Betou et l'Hôpital Le Pionnier à Impfondo, les relations ont été plutôt positives, avec les autorités administratives locales, la collaboration a été difficile. Il s'en est suivi des difficultés de coordination avec la Direction départementale de la santé (DDS), entraînant par exemple le blocage de la campagne de vaccination. Aussi, pour la nouvelle phase du Projet, il serait souhaitable que le staff de l'OMF engage un dialogue constructif avec le Ministère de la santé afin de renforcer la collaboration et de redéfinir le cadre de partenariat ainsi que les modalités de gestion. Il est revenu à l'équipe des évaluateurs qu'un Comité de pilotage du Projet pour la nouvelle phase sera mis en place. Ce comité de pilotage pourrait être un cadre de concertation et de prise de décisions des grandes orientations du Projet. Il s'agira également de veiller à la représentativité des parties prenantes, y compris les bénéficiaires (femmes/hommes autochtones et jeunes).

Les divergences de visions avec l'OMF concernant le Projet ont conduit l'ASPC à décider d'arrêter sa collaboration dans le cadre du Projet futur. Cette décision d'arrêter la collaboration avec l'OMF a été prise au moment où l'ASPC a entamé une réflexion interne sur la définition de ses activités futures et les moyens de leur mise en œuvre.

La réalisation du Projet a bénéficié de la contribution de l'expertise des anthropologues du Musée de l'homme. Il ressort des documents consultés et des entretiens réalisés que l'expertise des anthropologues a été recherchée dès le démarrage du Projet avec pour objectif l'amélioration de la connaissance globale de la situation et en particulier de la relation Bantous-autochtones afin d'effectuer un transfert de compétences auprès des acteurs locaux à tous les niveaux (communautaire, institutionnel...). L'apport du musée de l'homme a permis de mieux concevoir les actions de sensibilisation susceptibles de provoquer des changements de comportements à tous les niveaux dans l'accès aux soins et la demande de soins. A ce titre, l'exemple le plus symbolique, est l'introduction de la technologie MP3 (avec thématiques variés et contextualisés) dans le dispositif de sensibilisation. Toutefois, un manque de stratégie globale dans le déploiement de ces MP3 a été observé.

La majorité des personnes (acteurs étatiques et non étatiques) interrogées ont une perception positive du Projet, dans la mesure où il vise l'amélioration de l'accès aux soins et aux services de santé pour les populations autochtones, de la qualité de l'offre de soins, ainsi que leur autonomisation et leur responsabilisation cependant le manque de rencontre et de communication régulière ont contribué au manque de connaissance des activités menées par l'OMF, en particulier de la part des autorités sanitaires nationales. A la décharge du projet, il faut également signaler que la Direction départementale n'a pas pleinement joué son rôle d'interface entre le Projet et les acteurs gouvernementaux. Elle n'a pas su être proactive dans la collecte des données sur le Projet à transmettre à ces acteurs. Cette faiblesse inhérente au fonctionnement de la DDS Likouala a été, du reste, reconnue par le Ministère de la Santé et de la Population. Il ressort également que le Projet, n'a pas bénéficié d'une coordination efficace faute de cadre approprié malgré un protocole d'accord signé. Par ailleurs le suivi des activités ainsi que la coordination a été d'autant plus compliquée avec l'isolement géographique et technologique qui prévaut dans la Likouala.

Dimension prospective

Par rapport aux enjeux futurs de la mission, plusieurs postes pourraient être renforcés : le poste de médecin pourrait davantage jouer un rôle de coordinateur médical afin de mieux appuyer la stratégie d'intervention médicale. D'autres postes pourraient être créés : (i) ajout d'un infirmier supplémentaire pour renforcer le pool d'infirmier. Idéalement cet infirmier devrait être une infirmière afin d'aborder plus facilement les problématiques de santé materno-infantile avec les populations autochtones, (ii) Chargé de suivi évaluation : il ne s'agit pas forcément d'une création de poste mais cela permettrait de renforcer la gestion des données quantitatives. Cela pourrait également permettre au chargé de suivi/ Evaluation de mener des enquêtes pour mesurer le changement de comportement.

Concernant les méthodes de sensibilisation. Le MP3 reste le support le plus important mais il n'existe pas de stratégie globale pour le changement de comportement pour les volets hygiène et droit. Il serait intéressant d'améliorer les compétences / connaissances en changement de comportement (« *Behaviour Change* ») car c'est sur cette dimension que les RC de par leur connaissance de la culture Aka peuvent faire évoluer les mentalités.

Par ailleurs, il est important de poursuivre l'effort sur la formation veille épidémiologique notamment sur l'alerte des épidémies (rougeole, méningite, paludisme, diarrhées, épidémie à forte mortalité : shigelloses, Monkey Pox, Ebola...) afin d'améliorer le niveau de connaissance des ASC et RC pour l'identification des maladies à potentiel épidémique.

Concernant les pistes d'amélioration pour la perception du projet par les autorités congolaises nationales, locales, les organisations internationales et françaises, le renforcement du réseau est à développer à travers une relation de proximité. Très peu de Projet existent dans la Likouala dans le secteur de la Santé. Les autorités et autres acteurs sont demandeurs d'avoir davantage d'informations.

Concernant les bénéficiaires, il s'agit de développer des mécanismes permettant aux populations autochtones de pouvoir donner leur avis sur l'action. La dimension participative des bénéficiaires est déterminante et doit être intégrée à chacune des étapes du Projet : conception, suivi, évaluation. Concernant la phase 2, il s'agirait d'avoir une démarche beaucoup plus participative afin que le point de vue des bénéficiaires de l'action soit davantage entendu et pris en compte dans les différentes phases du projet.

Des ateliers de travail mêlant bantous et populations autochtones pourraient être organisés afin de tenter de rapprocher les deux communautés et ainsi de mieux se connaître. A ce sujet, il pourrait être intéressant de s'inspirer des plans de développement locaux d'ID (Initiative et Développement).

Pour les pistes d'amélioration pour la collaboration avec les partenaires opérationnels, concernant l'ASPC et étant donné que l'ASPC ne fera pas partie du nouveau projet ; il s'agira de clarifier la question de la double appartenance de certains ASC à l'ASPC et à l'Ordre de Malte : Certains ASC étant également des enseignants/ Directeur écoles ORA.

Pour APIFLORDEV, il est pertinent de maintenir cette activité sous condition d'avoir un suivi plus rapproché. La collaboration avec les experts anthropologues pourrait être intéressante à poursuivre : (i) au niveau des activités de sensibilisation et du changement de comportement, (ii) au niveau du binôme ASC-RC afin de réduire dans la mesure du possible les discriminations.

Pour le développement de l'approche droit : Des plateformes associatives comme le PCPA (Programme Concerté Pluri Acteurs) ainsi que le Forum des jeunes entreprises pourraient également être contactés. Dans le domaine de la promotion et la protection des droits des populations autochtones, l'Association des Femmes Juristes du Congo (AFJC), l'Observatoire

Congolais des Droits de l'Homme (OCDH), l'Association des Droits de l'Homme en l'Univers Carcéral (ADHUC), l'AZUR Développement et le Comptoir Juridique Junior jouissent d'un crédit indéniable au plan national. Le Réseau National des Associations des Peuples Autochtones du Congo (RENAPAC) bien que connaissant des difficultés managériales peut également être mis à contribution.

L'OMF a également contacté l'APVPS (Association Professionnelle pour la Valorisation des Produits forestiers et Subsidiaries) dans le cadre de la phase 2 pour intervenir sur les volets droits et économiques.

Résultat des actions

Dimension rétrospective

La révision de la stratégie d'intervention des UCM est une des réussites du Projet. La programmation des UCM est désormais bien rodée avec une fréquence mensuelle. Toutefois un certain nombre de points de vigilance sont à noter. Le nombre de village à couvrir, la fréquentation des populations autochtones aux consultations, les faibles moyens humains dédiés à cette activité (1-2 infirmiers) par UCM font que les UCM fonctionnent à flux tendus. L'attention particulière aux femmes comporte des faiblesses. En effet, le manque d'espace d'intimité et le déficit d'infirmières sont autant d'éléments qui font que les CPN n'atteignent pas les standards minimums. L'accouchement des femmes dans la forêt, reste la pratique majoritaire pour 9 femmes sur 10.

L'implication du Projet de l'OMF dans la gestion, la reconnaissance et la documentation des épidémies qui touchent les populations de la Likouala (grandes endémies, MTN, etc.) est également un des résultats atteint par le Projet. L'OMF est très impliqué au niveau de la lèpre au niveau identification, traitement et opération (le cas échéant. Même remarque pour le Pian où l'OMF identifie les cas et les traite.

Concernant le niveau d'activités des UCM, on peut observer une moyenne autour de 800 consultations/ mois avec des variations assez importantes : allant du simple au double (Août 2019 : 693 cas ; Septembre 2019 : 1301). Le paludisme simple reste la cause de principale de consultation représentant plus de 37% des cas de consultations parmi les 10 principales causes de consultation. L'évolution du nombre de CPN réalisées est également très variable. Il semblerait également que les différents calendriers saisonniers (Juillet-Août : Chenille, Novembre : Poisson) n'ont pas véritablement d'impact sur le nombre de CPN réalisées.

Concernant les hospitalisations réalisées, la durée moyenne d'hospitalisation est de 8 jours. Une quinzaine de patients sont hospitalisés par mois au CSI de Bétou en 2019, 3 à 10 par mois à Enyellé. Pour le déparasitage, le manque de données sur les premiers mois de l'année 2018 ne permet pas de faire une analyse complète. On observe cependant une augmentation significative du nombre moyen de déparasitages réalisés. En 2018 la moyenne était de 2 379 et en 2019 sur le 9 premiers mois de l'année, on observe une moyenne de 4 469 déparasitages réalisés, soit une augmentation de 188% entre 2018 et 2019.

Pour les AGR miel, les résultats sont difficilement appréciables car ils n'ont pas pu être pleinement appréciés par les évaluateurs, Mboua étant une localité très éloignée. On peut cependant estimer en Octobre 2019 que 44 ruches sont fonctionnelles à Mboua, 500 litres de miel récolté issus des essaims sauvages ont été récoltés depuis le début de l'année, 15 litres de miel récolté issu des ruches avec un prix d'achat du miel provenant des ruches de 2 000 F CFA/ litre et de 1 200 F CFA/ litre pour le Prix d'achat du miel "sauvage" provenant de la forêt.

Les résultats liés à l'action, ne sont pas véritablement acquis à long terme. L'accès aux consultations à travers les UCM n'existent pas au-delà de l'action menée par l'Ordre de Malte étant donné que le district sanitaire n'a pas les moyens logistiques, financiers et humains de

prendre le relais sur ce type d'activité. Pour l'accès aux services de santé, on peut espérer que l'accueil des populations autochtones mis en place au sein des CSI continue au-delà de l'intervention de l'OMF mais sans le système de facilitateur mis en place par OMF et de nourriture distribuée, les populations autochtones risquent de désertier à nouveau les CSI si ces derniers ne sont pas en capacité de prendre le relais. Au niveau communautaire, les résultats acquis à long terme sont limités, le Projet n'ayant que 3 ans, les acquis restent fragiles par rapport aux thématiques de sensibilisation liés à l'hygiène et au droit.

Il reste difficile d'estimer les résultats qui n'ont pas été atteints, étant donné que les indicateurs de résultats sont difficilement mesurables : 70% des populations autochtones ont accès aux premiers secours, Diminution de 40% de la mortalité maternelle et infantile, 70 % des populations autochtones de la Likouala connaissent leurs droits à la fin du Projet, 30% des populations autochtones ont accès aux activités génératrices de revenus. Cependant on peut souligner que certains résultats semblent avoir été moins atteints que d'autres : Objectif 1/ Résultat 2 : Les populations autochtones de la Likouala ont accès aux consultations médicales de qualité (Notamment les femmes enceintes). Tel que vu précédemment la qualité des CPN reste insuffisante, le niveau des ASC et RC est également problématique. Concernant l'amélioration de la qualité des soins, (Objectif 2 Résultat 2), ce résultat n'est pas véritablement atteint : en cause les faiblesses constatées au dans le binôme ASC/RC dans le volet santé communautaire.

Pour la connaissance des statuts épidémiologique et démographique des peuples autochtones isolés. Les UCM ont effectivement fourni des rapports d'activités permettant d'avoir une meilleure connaissance des pathologies des peuples autochtones. Les statuts épidémiologiques sont mieux connus, avec le paludisme, les parasitoses intestinales, les Infections respiratoires aiguës, le Pian.

La base de données qui reprend l'ensemble des cas consultés classe les cas reçus en consultations, par ordre alphabétique au niveau pathologie. Cette classification n'est pas appropriée car différentes topologies sont utilisées : des types de consultations (CPN) avec différents types de pathologies (Maladies tropicales négligées ; exemple : Pian), maladies à potentiel épidémique (Monkey Pox). Enfin la qualité des informations notifiées dans les rapports réalisés par les ASC/RC n'est pas suffisante : les problèmes de complétude et de fiabilité des données restent importants.

Dimension Prospectif

Le Projet a présenté un déficit en suivi à plusieurs niveaux : suivi des UCM, des ASC, des RC, des FC, des partenariats, des AGR et des actions de sensibilisation en droits. La mise en place d'une structure type comité de pilotage ou comité de gestion pourrait être profitable au Projet, en favorisant la concertation et le dialogue entre les bénéficiaires, les partenaires et l'équipe du Projet. Cette dimension est d'autant plus intéressante dans le cadre d'une phase 2 avec un rapprochement avec le système de santé avec un soutien accru au CSI d'Enyellé. Ce dispositif pourrait permettre également de faire le bilan d'exécution des grandes orientations, au cours de la phase de mise en œuvre, et d'envisager des solutions aux difficultés éventuelles.

D'autre part, des réunions régulières (cadre, échange, débriefing), à tous les niveaux entre ASC eux-mêmes, ASC-infirmiers, ASC-Coordination sont à systématiser. L'absence de telles rencontres ne contribue pas à l'homogénéisation des pratiques et au renforcement du sentiment d'appartenance au Projet chez tous les membres de l'équipe locale.

Concernant l'Amélioration des outils de suivi pour documenter de manière plus précise et rigoureuse la situation sanitaire (détermination des statuts épidémiologique et démographique), il n'existe pas actuellement de base de données permettant de suivre les activités médicales, les différentes pathologies de manière synchronisée. Par ailleurs, un travail sur les indicateurs pourrait être réalisés. Les indicateurs développés sont soit des

indicateurs permettant de mesurer les résultats atteints au niveau quantitatifs (nombre de consultations mobiles) soit des indicateurs pertinents sur l'accès aux soins mais difficilement mesurables. Concernant la mesure du changement (quantitatif et qualitatif), il est plus approprié de mener des enquêtes périodiques avec les Relais Communautaires et de voir de quelle manière le changement de comportement a eu lieu.

Enfin Il convient de renforcer la formation du personnel à la collecte des données et lui faire prendre conscience de son importance. Les données collectées par des RC non-Aka étaient biaisées : simplification et/ou réécriture des plaintes de façon à rentrer dans les catégories préexistantes des rapports, perceptions différentes pour des raisons sociales (perception de la maladie, de l'hygiène), manque de proximité avec les Aka au quotidien, voire absence d'empathie lorsque les responsables de l'OMF sont absents. Ces données étaient également incomplètes ou mal notées sur la fiche.

Conclusion

Le Projet d'amélioration des conditions de vie des populations autochtones de la Likouala a contribué à améliorer l'accès aux soins et aux services de santé de ces populations. Les stratégies d'intervention alliant l'approche santé publique et l'approche santé communautaire avec la mise en place d'unités de consultation mobiles et binôme ASC-RC permettent de répondre à certains besoins de santé primaires.

La dégradation du contexte a été telle dans la Likouala que le Projet a évolué d'une logique de développement et d'accompagnement des politiques publiques vers une logique d'urgence en palliant aux carences du gouvernement. Le Projet s'inscrit à ce titre dans un continuum urgence-développement. Ce manquement des autorités sanitaires a eu tendance à renforcer une stratégie d'intervention post-urgence, limitant d'autant plus la pérennité du Projet. Dans le cadre d'une nouvelle phase, l'OMF devra revenir à la logique initiale d'accompagnement des politiques publiques afin d'ancrer davantage son action en appui du système de santé. A ce sujet un effort particulier doit être fait avec les autorités sanitaires. Le renforcement du CSI d'Enyellé est un des axes forts de la prochaine phase, cette priorité d'intervention est pertinente, néanmoins l'équilibre entre l'amélioration de l'accès aux soins avec les UCM, le binôme ASC-RC reste à trouver : le soutien au CSI d'Enyellé ne devra pas se faire au détriment du maintien des UCM et de l'approche santé communautaire. L'approche genre n'est pas suffisamment prise en compte et a été soumise au défi de trouver du personnel féminin médical, néanmoins il est important que cette approche soit davantage prioritaire. La qualité des soins et services dispensés par les équipes OMF, notamment avec les ASC/RC a montré certaines faiblesses, il est déterminant de maintenir l'effort de formation continue. Les populations autochtones ont été sensibilisées sur plusieurs thématiques autour de thématique de santé et du droit mais le changement de comportement reste un des principaux défis du Projet. La dimension participative avec l'implication des populations autochtones n'a pas été suffisamment effective. L'approche multi sectorielle est pertinente et doit être maintenue, néanmoins le suivi des AGR doit être renforcée. La formation continue du personnel en premier lieu les ASC/RC. Concernant le droit, un manque de visibilité sur les actions entreprises a été observé. Les activités menées au niveau du droit doivent être mieux maîtrisées et accompagnées : le changement de comportement est d'autant plus complexe dans ce domaine.

Recommandations

NB : Les recommandations listées ci-dessous sont présentées de manière synthétique. Ces recommandations sont développées dans la partie recommandation. En outre s'agissant d'une évaluation à forte dominante prospective, d'autres recommandations sont également présentes dans les parties prospectives du rapport.

I. Sur le plan stratégique

Relations pouvoirs publics

- Développer un mécanisme de coordination avec la mise place d'un comité de pilotage permettant de valider les principales orientations et de suivre les principales évolutions du projet avec les parties prenantes.

Genre et Droits

- Intégrer l'approche Genre dans la stratégie d'intervention (« *Gender Mainstreaming* ») afin d'avoir une incidence sur les résultats du Projet.
- Renforcer l'approche fondée par les droits notamment par l'actualisation de l'évaluation de la situation de base des droits l'homme dans le pays, en général, et de la Likouala, en particulier.

Suivi-évaluation

- Renforcer la qualité des données épidémiologiques et démographiques collectées.
- Entreprendre un travail sur les indicateurs permettant de suivre l'avancée du projet afin de mieux apprécier l'évolution de la qualité des interventions mises en œuvre.
- Mener des enquêtes régulières permettant de pouvoir mesurer l'évolution du changement de comportement auprès des populations autochtones.

Partenariat

- Formaliser et suivre les partenariats spécifiques dans le cadre des activités futures menées à Enyellé avec les autorités sanitaires du district ainsi qu'avec la CIB.
- Développer une culture du partenariat en rencontrant régulièrement les différents partenaires (APIFLORDEV, CIB, ID, APVPS,...).

Formation

- Développer une stratégie de formation basée sur les faiblesses constatées intégrant des objectifs, la population cible un plan de formation répertoriant les thématiques à aborder.

II. Sur le plan opérationnel

Relations pouvoirs publics

- Renforcer le réseau en rencontrant régulièrement les autorités sanitaires afin de développer une relation de proximité.

Genre et droits humains

- Augmenter le nombre de femmes parmi le staff du Projet en recrutant davantage de femme.
- Elaborer et développer les outils de sensibilisation aux droits humains et les faire expertiser par un juriste spécialiste du domaine et par un anthropologue.

Formation

- Continuer à améliorer le niveau de connaissance des ASC et Relais Communautaire pour l'identification des maladies à potentiel épidémique.

Partenariat

- Poursuivre la collaboration avec les experts anthropologues sur le changement de comportement et la relation ASC-RC.

Organisation

- Favoriser les espaces d'échanges et de réflexions au sein du Projet entre positions similaires (ex : ASC) et positions différentes (ex : Infirmiers – ASC).

1 Introduction

1.1 Contexte

Le Congo compte 4.012.809 habitants⁵. Les autochtones sont estimés à 43.378⁶, soit 1,17% de la population générale. Ils sont présents dans presque tous les départements du Congo, mais avec une plus forte concentration dans cinq départements regroupant 43,1 % d'autochtones : la Likouala (15,3%), la Lékoumou (12,4%), la Sangha (8,7%), les plateaux (3,6%) et le Niari (3,1%)⁷.

Le droit de vivre dans des meilleures conditions de vie est garanti aux peuples autochtones. La *Constitution issue du référendum du 25 octobre 2015* consacre la protection des droits de ces peuples, dans son Préambule et, davantage, dans ses dispositions de fond. Elle vise l'ambitieux objectif de protéger leurs droits civils et politiques (titre II), culturels (titre III) ; leur droit à l'éducation (titre IV), à la santé (titre V), au travail (titre VI), à la propriété (titre VII) et à l'environnement (titre VIII).

L'inscription de la République du Congo dans la dynamique mondiale visant la reconnaissance et la protection des droits des peuples autochtones s'est traduite, outre les activités législatives et réglementaires, par l'adhésion de l'Etat à la plupart d'instruments et mécanismes internationaux de protection des droits de l'homme (Examen Périodique Universel, Instance Permanente des Nations Unies sur les questions des peuples autochtones, etc.).

D'autres mesures, cette-fois, sur le plan programmatiques et opérationnelles ont été prises. Il s'agit, entre autres, de l'insertion de la question autochtone dans le Plan National de Développement 2012-2016 ; avec pour finalité : leur « accès (...) aux soins et services de qualité », encourageant notamment la mise en place de cliniques mobiles. Ces plans nationaux ont inspiré les différents programmes de coopération de l'Etat avec ses partenaires bi ou multilatéraux (UNICEF, UNFPA, OMS, etc.). C'est le cas du Projet sectoriel de Développement du Secteur de la Santé (PDSSII) qui entendait, à partir de 2013, développer un paquet de services essentiels (PSE) de qualité en tant que stratégie de rationalisation et de ciblage des actions sanitaires qui offrent une opportunité permettant d'assurer des prestations dans les zones enclavées et un accès équitable aux services de santé. A cette fin, il était prévu d'acheter et d'équiper des cliniques mobiles (ambulances, pirogues, hors-bord) pour améliorer l'accès des peuples enclavés, notamment les peuples autochtones aux soins de santé de qualité⁸. La stratégie de ciblage des peuples autochtones vivant dans les zones enclavées a aussi été adoptée par d'autres partenaires financiers et techniques (PTF), tels que l'UNFPA⁹ et l'UNICEF¹⁰ et l'OMS¹¹ dans leurs programmes respectifs.

En dépit de ces initiatives, la situation des peuples autochtones reste préoccupante, notamment leur état de santé ; en particulier celui des femmes et des enfants, comme le montrent les termes de référence de la mission. Cela est confirmé par de nombreuses études. La situation est plus criante dans le département de la Likouala, situé à l'extrême-nord du pays, où, l'isolement géographique aidant, les indicateurs sont peu reluisants concernant la lutte contre les maladies tropicales dites négligées (mais les autres indicateurs sociaux et

⁵ Lanzy Achille et Mbambi Julien, *Etude des déterminants de l'utilisation des services de santé de la reproduction par les peuples autochtones en République du Congo*, Brazzaville, 2013, p. 13.

⁶ Ministère de la Santé et de la Population, *Cadre de Planification en faveur des Populations Autochtones (CPPA)*, 2013, p. 9.

⁷ Lanzy Achille et Mbambi Julien, *Op. Cit.*, p. 13. Toutefois ce pourcentage ne fait pas l'unanimité. Selon les auteurs, il varie entre 1 et 10%. Ces divergences sont dues aux difficultés de recenser cette population, du fait de son mode de vie majoritairement semi-nomade, et des scrupules gouvernementaux quant à organiser un recensement sur une base ethnique.

⁸ Ministère de la Santé et de la Population, *Op. Cit.* p. 9.

⁹ *Plan d'Action du Programme de Pays 2014-2018*, p. 10.

¹⁰ *Projet de descriptif de programme de Pays 2014-2018*.

¹¹ *Stratégie de coopération de l'OMS avec les pays 2009-2013 : Congo*.

économiques ne sont guère meilleurs). Le taux de mortalité maternelle chez les autochtones est de 781 pour 100 000 naissances vivantes (le taux national étant de 410 pour 100 000 naissances vivantes)¹². Dans la Likouala, seulement 18% des femmes autochtones se rendent aux consultations prénatales, alors que 89.3% des femmes du département bénéficient de ces soins¹³. Les peuples autochtones, notamment les enfants, souffrent de nombreux cas de malnutrition sévère, mais aussi d'une recrudescence des épidémies de choléra, de tuberculose, de rougeole et de lèpre. En 2006 déjà, l'OMS a indiqué que le département de la Likouala était l'un des grands foyers de la lèpre (avec un taux de prévalence de 5,9 cas pour 10,000 habitants, ce alors que l'Etat a atteint un seuil d'élimination, avec un taux national de prévalence de 0,60 pour 10.000 habitants)¹⁴. La même organisation onusienne a révélé que, pour la même année, le Pian a sévi à des stades d'endémicité divers, principalement dans les groupes de populations les plus défavorisés, des départements de la Likouala, la Sangha et la Lékoumou. Au total 5 441 sujets ont été traités dont 1 690 cas (31,1 %) et 3 751 sujets contacts (68,9 %). L'ampleur de la maladie est telle que dans certaines communautés autochtones, plus de 90 % des enfants de moins de 5 ans étaient atteints¹⁵. En 2013, une autre étude a montré que le département de la Likouala, parce qu'il abrite les peuples autochtones souvent marginalisés, présente une faible couverture vaccinale des 12-23 mois (33%)¹⁶.

Le tableau épidémiologique décrit, s'explique par une conjugaison de facteurs dont les plus typiques sont la faiblesse dans la demande des services socio-sanitaires de la part des autochtones. A l'origine de la situation se trouvent des barrières financières (le taux de pauvreté dans la Likouala est de 71,9%, contre 46,5% pour le reste du pays¹⁷, la main d'œuvre de plusieurs autochtones est encore exploitée par leurs maîtres Bantou appelés « Milos »), géographiques et culturelles (la marginalisation et les discriminations). Le Projet de filets sociaux « Lisungi », lancé en 2014, et dont le passage à l'échelle nationale était prévu en 2017 n'a pas pu prendre en compte le département de la Likouala jusqu'à la fin de cette échéance¹⁸. L'analphabétisme n'est pas en reste. Selon les données du recensement de 2007, le taux net de scolarisation primaire des enfants autochtones de 6 à 11 ans était de 44%, soit deux fois moins élevé que celui de l'ensemble des enfants de cette classe d'âge. De plus, moins de 4% des élèves autochtones se trouvaient dans l'enseignement secondaire. Le programme PRAEBASE financé par la Banque mondiale et mis en œuvre dans le cadre de la coopération entre le Congo et le PNUD a tenté de limiter le phénomène mais sans grand succès. Dans ce contexte, l'école ORA demeure une initiative crédible pour l'accès à l'éducation des enfants autochtones de la Likouala et de la Sangha. Toutefois, une évaluation réalisée en 2012, a révélé que ce système tel qu'il fonctionnait comportait quelques faiblesses d'ordre administratif (la faible implication de l'administration scolaire dans la définition des programmes, la supervision des enseignants, et dans des dotations scolaires), pédagogique (absence de programmes disciplinaires) et socio-culturel (le mode de vie autochtone réglée sur le rythme des saisons et des cérémonies traditionnelles cadre difficilement avec le calendrier scolaire ORA ou officiel)¹⁹. La méconnaissance des droits accentue cette faible capacité de la demande d'accès aux différents services.

¹² Cf. *Les termes de référence de la mission d'évaluation*, p.1.

¹³ *Idem*.

¹⁴ *Stratégie de coopération de l'OMS avec les pays 2009-2013 : Congo*, p. 6.

¹⁵ *Ibid*, pp. 6-7.

¹⁶ Akowanou Emile et Kounkou Yvon Roland, *Enquête sur les connaissances, attitudes et pratiques en matière de vaccination, de l'AMPE, de la Téléphonie mobile, de connaissance des signes de danger et recours aux soins devant un enfant malade de paludisme, diarrhée et pneumonie au Congo*, Brazzaville, 2013, p. 70.

¹⁷ Cf. *Les termes de référence de la mission d'évaluation*, p. 2.

¹⁸ Toutefois, en 2018, le processus de planification des activités dans ce département a été lancé (Cf. Ministère des affaires sociales et de l'action humanitaire/ Projet de Filets Sociaux « Lisungi », *Cadre de planification en faveur des populations autochtones (CPPA)*, Rapport final, Brazzaville, 2018, 47 pages.

¹⁹ Gambeg Yvon Norbert, Itoua Yoyo Ambianzi et Nzimba Zere Carine, *Rapport de l'étude d'évaluation des écoles ORA dans les départements de la Likouala et la Sangha*, Brazzaville, 2012, pp. 74-79.

D'autre part, la faiblesse de l'offre de ces services sociaux et sanitaires de la part de l'Etat, à qui incombe la responsabilité, en premier, de protéger les droits des peuples autochtones (ce conformément au prescrit de ses textes fondamentaux et des engagements souscrits au plan international) est maintes fois soulignées. La mauvaise gouvernance, la corruption, les faiblesses de coordination des actions, de reddition des comptes, des capacités (managériales, financières et logistiques) comptent parmi les causes qui expliquent l'impotence des débiteurs d'obligations.

C'est donc pour apporter sa contribution à la résolution des problèmes lancinants ci-haut évoqués que le Projet, porté en partenariat avec l'Association des Spiritains au Congo (ASPC) et l'association APIFLORDEV, est soutenu par l'Ordre de Malte France (OMF). Ce Projet visait en premier lieu à améliorer l'accès aux services et aux soins de qualité pour les habitants et habitantes de la Likouala (en particulier, les quelques 20 000 Aka parmi les 60 000 que compte ce département)²⁰ grâce aux équipes médicales mobiles qui se déplacent dans les zones les plus reculées. Il visait également à autonomiser et responsabiliser les peuples autochtones grâce à la mise en place d'activités de sensibilisation sur leurs droits et d'activités génératrices de revenus (miel et poivre). Le Projet a prévu de prendre en compte les besoins des populations bantous et de travailler sur la relation bantou-autochtone.

2 Rappel des objectifs de l'évaluation

L'objectif global de l'évaluation pour l'OMF était double : rétrospectif et prospectif. Il s'agissait d'une part d'évaluer l'efficacité des actions mises en œuvre par l'OMF et ses partenaires (APIFLORDEV et ASPC) pendant les trois premières années du programme et d'analyser les difficultés rencontrées. Il s'agissait également de contribuer à faire évoluer l'approche de l'OMF à travers la mise en place de recommandations, notamment sur la prise en compte du genre. Cette évaluation constitue un moment important pour orienter la seconde phase qui est en cours d'élaboration. L'évaluation avait également pour objectif d'analyser, de documenter, de cartographier de manière rétrospective les changements de comportement aussi bien positifs que négatifs qui ont pu se mettre en place à travers le Projet. Enfin, ce travail ambitionnait de contribuer à la prospective et de faciliter la formulation participative des changements escomptés et attendus des différentes familles d'acteurs pour la deuxième phase. Par ailleurs, l'évaluation avait des enjeux de redevabilité envers l'AFD, le principal bailleur et l'OMF.

3 Méthodologie de mise en œuvre

a. Approche globale

La méthodologie d'évaluation qualitative et quantitative, à forte dimension participative, a permis de contribuer à l'appropriation des résultats par les acteurs du Projet. En outre, au-delà d'une méthodologie classique de collecte de données [entretiens semi-structurés, Focus Groupes Discussions (FGD)], un focus spécifique sur les changements de comportements a été réalisé à travers une méthodologie de cartographie des incidences. Dans ce cadre-là, plusieurs ateliers ont été animés : (i) 1 atelier pour affiner les résultats identifiés à partir de la revue de littérature. (ii) 2 ateliers ont été animés à Enyellé [1 avec l'équipe médicale (1 médecin et 3 infirmiers)], 1 avec l'équipe de facilitateurs (4 facilitateurs).

L'OMF et ses partenaires ont soulevé des questions en différents axes : (i) la stratégie d'intervention, (ii) les dispositifs de mise en œuvre et partenariat et, (iii) les résultats des actions. Le questionnement évaluatif a été développé sur la base des Termes de Référence (TdR). Il a été enrichi des informations tirées des documents mis à disposition de l'équipe des

²⁰ Cf. *Les termes de référence de la mission d'évaluation*, p. 4.

évaluateurs, lors de la réunion de cadrage. Pour chacun des axes, un focus spécifique sur les changements apportés a été réalisé.

b. Collecte de données

Plusieurs outils de collecte de données ont été mobilisés pour cette évaluation finale :

➤ Entretiens semi-structurés

Pour mener à bien les entretiens, un questionnaire semi-structuré (exemple en annexe) a été élaboré. Celui-ci a couvert l'ensemble des questions soulevées dans les TdR. Il a été décliné pour chaque institution et profil de personnes interrogées. Ce questionnaire a contribué à l'analyse des différentes questions évaluatives.

Pour répondre aux exigences de l'analyse souhaitée dans les termes de référence de la mission d'évaluation, ce sont 65 entretiens semi-structurés qui ont été menés avec les personnes ressources du Projet :

- L'équipe de l'OMF ;
- Au niveau communautaire : Les Adjoints de Santé Communautaire (ASC), les Relais communautaires (RC) et les Facilitateurs Communautaires (FC) ;
- Partenaires : L'Association des Spiritains du Congo (ASPC), APIFLORDEV, l'Association de l'Amour Vivant (ASLAV), la Congolaise Industrielle des Bois (CIB), le Musée de l'homme/CNRS (un expert) ;
- Potentiel futur partenaire : Initiative et Développement (ID) ;
- Les autorités congolaises : Le Ministère de la Santé et de la Population ;
- Les autorités locales : Les membres des comités de villages et le Directeur départemental des affaires sociales ;
- Les agents des secteurs publics et privés de santé présents dans la zone d'évaluation ;
- Le Directeur de l'AFD Congo, un chargé de Projet (à Brazzaville) et une cheffe de Projet (basée à Paris, mais en mission au Congo au moment de l'évaluation) ;
- Le Premier Conseiller et le Conseiller régional en santé mondiale de l'ambassade de France ;
- Le Conseiller en santé de la mère et de l'enfant de l'OMS Congo ;
- Le Représentant adjoint, le Spécialiste en santé et le Spécialiste en éducation de l'UNICEF ;
- L'Ambassadeur et la Chargée en santé et secteurs sociaux de l'Union Européenne ;
- Le spécialiste en santé et le spécialiste en financement du secteur privé de la santé de la Banque Mondiale ;
- Les hommes et femmes autochtones.

➤ Synthèse des entretiens réalisés

Tableau 1) Synthèse des Focus Group Discussion avec les populations autochtones

Institution	Participants
OMF (Personnel d'Enyellé, ASC et RC) *	30
Ministère de la Santé et de la Population	2
AFD, Ambassade de France	5
Partenaires (ASPC, ASLAV, APIFLORDEV, Hôpital Le Pionnier et CIB)	13
OMS, Banque Mondiale et l'UNICEF	8
Personnel de Centres de Santé	5
Autres acteurs (ID, Terre Sans Frontière)	2
Total	65

Source : notre enquête.

*Le nombre de personnes comptabilisées au sein de l'OMF ne tient pas compte de la réunion de cadrage et de l'atelier de cartographie des incidences organisées à Paris.

➤ Focus groupes

Ils ont eu lieu avec les populations autochtones. Cela a permis de collecter leurs points de vue sur les différentes composantes et résultats du Projet. Au total, 10 FGD ont été organisés ; soit 7 FGD des femmes et 3 FGD des hommes. Ces discussions de groupes ont concerné 101 personnes (72 femmes/ 29 hommes). Le nombre plus élevé de femmes sollicitées s'explique, entre autres, par le fait que le Projet s'était appesanti plus sur les femmes, la fréquentation de celles-ci était plus importante lors des passages des UCM, ainsi que par le manque de disponibilités des hommes.

Tableau 2) Synthèse des Focus Group Discussion avec les populations autochtones

Localité	Date	Participants (H/F)	
		Hommes	Femmes
Makodi	19/09/2019	13	10
Akolo	20/09/2019		10
Mongoya	20/09/2019		11
Longa	24/09/2019	8	11
Bissambi	25/09/2019	8	10
Lilongo	27/09/2019		10
Moungoungui	27/09/2019		10
Total		29	72

Source : notre enquête.

➤ Observation sur le fonctionnement des UCM

Chacun des sites où ont été menées les activités a été visité afin d'observer *in situ* les différentes réalisations. Dans ce cadre-là les évaluateurs ont pu observer pendant plusieurs jours le fonctionnement des UCM sur un axe, visiter des CSI (Enyellé, Impfondo). Les visites ont également permis d'échanger avec les parties prenantes présentes.

c. Organisation de la mission d'évaluation

La collecte d'information s'est déroulée du 17 septembre au 4 octobre 2019. L'équipe de l'OMF a facilité l'organisation de cette mission d'évaluation en planifiant les rendez-vous et visites dans la Likouala. Les entretiens réalisés à Brazzaville ont été organisés par Emmanuel Bayeni, membre de l'équipe des évaluateurs.

d. Difficultés et limites

L'équipe des évaluateurs n'a pas éprouvé de contraintes importantes susceptible d'impacter les résultats de l'évaluation. Les principales contraintes auxquelles elle a fait face sont les suivantes :

- Les difficultés de transport entre Brazzaville et la Likouala ont obligé les évaluateurs à annuler certains rendez-vous (pour les entretiens), à Brazzaville, en vue de saisir l'unique opportunité qui s'était offerte (le vol du Programme Alimentaire Mondial) et de les reprogrammer pour la suite. Malheureusement, au retour de la Likouala, certaines institutions/personnes listées au départ, n'ont plus été disponibles pour ces entretiens (l'UNFPA, la Direction générale des affaires sociales, le Représentant de l'Ordre Souverain de Malte au Congo, etc.) ;

- Le manque de disponibilité de certaines autorités sanitaires dans la Likouala (DDS) et locale (Sous-Préfet) des dirigeants locaux de l'ASPC ;
- La distance trop importante pour se rendre à Mboua, lieu de la miellerie communautaire, n'a pas permis d'apprécier le travail réalisé dans cette localité par APIFLORDEV ;
- La traduction Aka – Français a été réalisée par un instituteur de l'école ORA d'Enyellé. Elle a été de qualité. Toutefois à plusieurs reprises des approximations de traduction ont pu être constatées ;
- La mission s'est déroulée en pleine saison des pluies. Cela n'a pas facilité les déplacements dans certaines localités. Cependant le planning prévu a pu être réalisé.
- En République du Congo, les statistiques sur les problématiques relatives aux peuples autochtones sont encore parcellaires, cela ne facilitant pas les analyse ;
- La qualité insuffisante de certaines données liées à l'activité de l'OMF (complétude, fiabilité) ne garantit pas l'exactitude de certains résultats.

Toutes ces contraintes ont certainement limité l'affinement de l'analyse sur le plan rétrospectif et, surtout, prospectif. Toutefois, ces limites éventuelles ne peuvent être considérées comme dirimantes, car grâce à la méthodologie ci-haut décrite, l'équipe des évaluateurs estime avoir abouti à des résultats fiables répondant aux interrogations contenues dans les TdR de la mission, comme le montre le développement qui suit.

4 Résultats

a. Stratégie d'intervention

i. Rétrospectif

➤ Pertinence de la stratégie d'intervention

Tout d'abord, il est important de rappeler que le taux de pauvreté dans la Likouala est de 71,9%, contre 46,5% pour le reste du pays²¹. Les populations autochtones représentant 1,2 % de la population congolaise²² et un quart de celle de la Likouala peut être considéré comme des populations vulnérables, car, elles souffrent d'un manque d'accès aux services élémentaires. Cette situation est aggravée par leur isolement géographique, la discrimination et souvent l'exploitation qu'elles subissent de la part des Bantous.

La situation sanitaire, en particulier chez les femmes et les enfants est catastrophique. Le taux de mortalité maternelle chez les autochtones est de 781 pour 100 000 naissances vivantes (le taux national étant de 410 pour 100 00 naissances vivantes)²³. Dans la Likouala, seulement 18% des femmes autochtones se rendent aux consultations prénatales, alors que 89.3% des femmes du département bénéficient de ces soins²⁴. La population autochtone, notamment les enfants, souffre de nombreux cas de malnutrition sévère, mais aussi d'une recrudescence des épidémies de choléra, de tuberculose, de rougeole et de lèpre.

Ensuite, au-delà des réalités sanitaires et économiques, cette population souffre de discriminations importantes quant au respect de leurs droits, malgré la promulgation de la *Loi du 25 Février 2011 portant promotion et protection des droits des peuples autochtones*. L'article 22 garantit notamment « l'accès des populations autochtones à tous les services sociaux et de santé sans aucune discrimination ».

Au regard de ces constats, l'approche multisectorielle était pertinente car elle prenait en compte aussi bien les réalités de la Likouala au plan sanitaire, mais aussi dans les domaines économique et juridique (droits humains).

Concernant l'accès aux soins, la stratégie d'intervention de l'OMF s'est révélée appropriée pour plusieurs raisons. Tout d'abord, elle a dû s'adapter à la forte dégradation du contexte, en mettant en œuvre un Projet que l'on peut qualifier davantage de post-urgence* que de développement ; cette stratégie a contribué à pallier les défaillances du système sanitaire congolais. Ce système sanitaire, surtout dans la Likouala, n'a pas les capacités financières, logistiques et humaines de développer des actions de stratégies avancées telles que celles menées par les Unités de Consultations Mobiles (UCM).

**Post Urgence-Développement : Le plus souvent, les actions humanitaires d'urgence ne sont pas développées en partenariat avec les acteurs « associatifs » locaux. Les autorités publiques du pays concerné autorisent l'entrée des acteurs internationaux sur le territoire national, afin de porter secours et assistance aux populations qu'elles ne peuvent atteindre.*

²¹ UNICEF Congo, *Descriptif de programme de pays révisé : République du Congo (2014-2018)*, 2012

²² Lanzy Achille et Mbambi Julien, *Op. Cit.*, p. 13. Nous avons précédemment indiqué que ces chiffres sont à manier avec prudence du fait des difficultés de recensement de ces populations.

²³ Cf. *Les termes de référence de la mission d'évaluation*, p. 2.

²⁴ UNICEF Congo, *Analyse de la situation des enfants et des femmes au Congo en 2013, 2014*

Ces actions s'inscrivent généralement sur du court ou moyen terme, contrairement aux actions humanitaires de développement. Elles peuvent être suivies d'actions de post-urgence et de réhabilitation, qui participent à la reconstruction de la région ou du pays²⁵.

Ainsi, le Projet a permis aux populations autochtones d'avoir un accès amélioré aux soins, grâce à la réalisation d'un certain nombre d'activités : (i) La mise en place d'UCM a rendu possible la couverture d'une vaste zone répartie en 5 axes « longs » (axes visités dans une semaine) et 3 axes « courts » (axes visités en une journée).

Tableau 3) : Répartition des axes longs et courts

Axes	Nom
Axes Longs	
Axe 1	Gouga
Axe 2 Axe 2b	Ndongo Nzengue
Axe 3	Sambala
Axe 4	Tingama
Axe 5	Wanza
Axe 6	Bondeko
Axe 7	Mboua
Axes Courts	
P. A	Lilongo
P. B	Liboko
P. C	Limite

Source : notre enquête.

Cette organisation des axes a permis de visiter et d'organiser les consultations mensuellement en moyenne par localité. Grâce aux UCM les populations autochtones ont un meilleur accès à la santé. (ii) La mise en place d'un binôme Adjoint de Santé Communautaire (ASC) et Relais Communautaires (RC) est également un élément clef de la stratégie d'intervention. A l'origine, il n'existait que les RC. Suite au travail réalisé par Romain Duda, l'anthropologue du Musée de l'homme et les équipes de l'OMF au Congo, un dédoublement des postes a été réalisé pour mieux répondre aux enjeux de santé communautaire, avec la mise en place d'un binôme (ASC – RC). Les ASC sont pour certains d'anciens RC.

La mise en œuvre de la stratégie d'intervention en milieu communautaire repose sur des ressources humaines étrangères : un certain nombre d'ASC n'ont pas la nationalité congolaise, sont issus de la République Démocratique du Congo et de la République Centrafricaine. Cette situation a pu être observée à Lilongo avec un ASC venant de RCA et à Moungoungui avec un ASC venant de RDC. Certains installés depuis plusieurs années peuvent partir du jour au lendemain soit de leur plein gré, soit renvoyés par les autorités comme cela est déjà arrivé récemment, en 2014, avec l'opération « Mbata Ya Bakolo » (l'expulsion de 179,452 Congolais de la RDC). Ensuite n'étant pas originaire des communautés autochtones, des difficultés d'intégration où de compréhension des communautés peuvent persister. Cette réalité des ressources humaines engagées par le Projet peut donc fragiliser la mise en œuvre des actions.

Dans les autres secteurs d'intervention (économique et droits), l'OMF, n'ayant pas d'expertise dans ces domaines, a eu une stratégie de partenariat avec l'ASPC (pour les droits) et APIFLORDEV (pour le volet économique à travers la filière Miel). La dimension multisectorielle de l'approche a été pertinente car elle a permis d'aller au-delà de l'amélioration de l'accès aux soins, de contribuer à l'amélioration des conditions de vie. L'amélioration des conditions

²⁵ <https://www.solaire-info.org/domaines/humanitaire-developpement-urgence> (consulté le 14/11/2019).

économiques permet potentiellement d'augmenter le niveau de vie et indirectement la couverture des besoins en santé. Pour assurer le déplacement au Centre de Santé Intégré (CSI), il peut être nécessaire de mobiliser des moyens financiers. Le droit était également un des axes pertinents car la connaissance des textes de loi peut aussi avoir un impact sur l'accès aux soins.

➤ **Pertinence de la mise en œuvre d'actions d'urgence liée à la dégradation économique et au faible engagement du gouvernement**

La stratégie d'intervention a fonctionné sur des modalités d'action de post-urgence, ce mode opératoire urgentiste s'explique en partie par les faiblesses avérées du système de santé. Dans la politique nationale de Santé (2018-2030), il ressort que la République du Congo a fait des progrès non négligeables en termes d'amélioration de la santé de la population. Cependant l'état de santé de cette population reste globalement peu satisfaisant. Cette situation se traduit notamment par : (i) la persistance du niveau élevé de la mortalité maternelle ;(ii) le niveau élevé de la mortalité néonatale, infantile et juvénile ; (iii) la fréquence élevée des comportements à risque chez les adolescents et les jeunes, (iv) la mortalité élevée liée aux maladies transmissibles ; (v) la prévalence croissante des maladies non transmissibles ; (vi) la persistance des maladies tropicales négligées²⁶.

Les causes principales de ces problèmes sanitaires prioritaires sont (i) l'insuffisance qualitative et quantitative de l'offre de santé à travers le pays, (ii) la sous-utilisation des soins et services de santé par la population, (iii) un environnement peu favorable à l'amélioration de la santé de la population et, (iv) une préparation et une gestion inadéquate des épidémies et des catastrophes. Ces observations et analyses faites au niveau national sont d'autant plus vraies dans la Likouala.

Ces carences avérées du système sanitaire questionnent d'autant plus la pérennité de l'action : la faible implication des autorités sanitaires pouvant provoquer des problèmes de durabilité du Projet.

Il existe un certain nombre de postes de santé dans la Likouala. Ceux-ci sont fonctionnels grâce au soutien d'ONG tel que Médecin d'Afrique, Terre Sans Frontière (exemple Poste de santé d'Ibenga). Certains postes de santé sont soutenus par le district sanitaire (Bolomo). L'OMF aurait éventuellement pu se rapprocher de ses différentes structures afin d'assurer une continuité dans l'accès aux soins au-delà du passage des UCM.

➤ **Pertinence de l'équilibre entre l'approche santé communautaire et l'approche santé publique**

Selon l'OMS, l'approche de santé communautaire est fondée sur la participation communautaire. Et, cette dernière est « *un processus dans lequel les individus et les familles, d'une part prennent en charge leur propre santé et leur propre bien-être comme ceux de la communauté, d'autre part développent leur capacité de concourir à leur propre développement comme à celui de la communauté. Ils en viennent ainsi à mieux appréhender leur propre situation et être animés de la volonté de résoudre leurs problèmes communs, ce qui les mettra en mesure d'être des agents de leur propre développement au lieu de se cantonner dans le rôle de bénéficiaires passifs de l'aide au développement... S'il faut que la communauté ait le désir d'apprendre, le devoir incombe au système de santé d'expliquer et de conseiller ainsi que de fournir des renseignements clairs sur les conséquences favorables et dommageables des interventions proposées comme sur leurs coûts relatifs.*²⁷ ».

²⁶ Ministère de la Santé et de la Population, *Politique nationale sanitaire (2018-2030)*, Brazzaville, p.18.

²⁷ OMS, *Déclaration soins de santé primaire*, Alma Ata, décembre 1979

La santé communautaire fait partie intégrante de la santé publique. Elle est au cœur de la stratégie de promotion de la santé. Sa spécificité est d'être populationnelle et non individuelle et de promouvoir et mettre en œuvre une vision globale et de proximité de la santé.

L'approche communautaire du Projet a permis d'intervenir au niveau de la prévention primaire²⁸ avec la mise en place d'activités de sensibilisation. Le binôme ASC/RC a favorisé la mise en œuvre de cette approche communautaire. La définition ci-dessus insiste sur la dimension participative qui est une des caractéristiques de la santé communautaire. Même si les RC sont issus de la communauté autochtone, la stratégie de mise en œuvre n'a pas bénéficié d'une approche participative forte telle que décrite dans la définition de l'OMS ci-haut mentionnée. On peut dire qu'il s'agit davantage d'un volet communautaire que d'une stratégie de santé communautaire.

Le bureau de l'OMS Congo²⁹ a souligné que le niveau communautaire du système de santé, même s'il reste embryonnaire dans le système de santé actuel, a tendance à prendre de plus en plus d'importance. L'interface avec les RC est au cœur de la nouvelle politique de santé.

L'approche santé publique est l'approche collective et administrative des problèmes de santé. Dans le cadre de ce Projet, la santé publique fait référence à l'interaction non seulement avec le système de santé congolais mais également avec l'organisation des UCM.

L'approche santé publique n'a pas atteint la dimension escomptée, du fait des capacités actuelles des autorités sanitaires. A l'origine, il était prévu d'adjoindre à cette double approche communautaire-publique un accompagnement des politiques publiques sanitaires. Mais la faiblesse des capacités gouvernementales dans le département a fait que l'approche santé publique n'a pas été développée comme prévue. Néanmoins, l'approche santé publique a permis de référencer un certain nombre de patient dans les CSI environnants. Et, malgré les difficultés rencontrées avec les autorités du district sanitaire, l'OMF a pu travailler avec les différents CSI (Enyellé, Bétou et Boyellé).

Par ailleurs, la fiabilité des données collectées ne permet pas de pouvoir analyser suffisamment l'approche santé publique. Ce manque de qualité des données collectées, en particulier celles provenant des RC, pose problème, en termes d'affinement de l'analyse de cette approche.

➤ **Prise en considération des spécificités des peuples Aka par l'approche santé publique**

Globalement l'OMF a respecté la volonté des populations autochtones, leur choix d'accéder aux services de santé, tel que les UCM sans influencer leur choix. D'après certains enquêtés, il semblerait que la fréquence des UCM mobiles a été adaptée au calendrier autochtone, en particulier celui qui concerne le calendrier des différentes cueillettes [(Chenille, Champignon, Miel, Pêche (Combo)). Mais le planning des rotations ne montre pas véritablement d'adaptation à ce calendrier.

Il a été également observé une fréquence élevée des rotations des UCM pour couvrir un nombre important de villages afin d'atteindre les résultats fixés par le Projet. Cette stratégie a induit la tendance à privilégier une approche quantitative au détriment du qualitatif, sans suffisamment prendre en considération les spécificités de la culture Aka : le cas particulier du volet santé materno-infantile. Traditionnellement les femmes Aka accouchent au village avec des accoucheuses traditionnelles/ matrones, mais il n'existe pratiquement pas d'interaction entre les UCM et ces accoucheuses traditionnelles. Les femmes Aka réalisant des CPN, le

²⁸ « La prévention primaire désigne l'ensemble des actes destinés à diminuer l'incidence d'une maladie ou d'un problème de santé, donc à réduire l'apparition des nouveaux cas dans une population saine par la diminution des causes et des facteurs de risque » (OMS, Glossaire promotion de la santé, 1999)

²⁹ Entretien avec Guy Michel Mbemba Moutounou, Conseiller en santé de la mère et de l'enfant à l'OMS Congo, 17 septembre 2019.

font dans des CSI ; mais il s'agit des femmes Aka résidant près de certaines localités (Enyellé, Bétou, etc.). Dans ce cadre il aurait pu être intéressant de s'inspirer de *l'Encyclopédie des Pygmées Aka* qui décrit de manière très détaillée les croyances et coutumes dans différents domaines, entre autres celui de la santé³⁰. Par ailleurs, la dernière visite de la rapporteuse spéciale des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones³¹ a également souligné que les femmes et les filles autochtones de la République du Congo font face à des problèmes spécifiques qui se traduisent par un manque d'accès aux soins de santé sexuelle et reproductive, des violences sexuelles, des mariages précoces, des taux élevés de mortalité maternelle et infantile, une insécurité alimentaire, des difficultés d'approvisionnement en eau potable, des abandons de jeunes filles enceintes par les hommes Bantous, et des difficultés d'accéder à la terre.

La prise en considération des spécificités des populations autochtones peut également s'inspirer du droit spécifique « Consentement Préalable, donné Librement et en Connaissance de Cause (CPLCC) » que le FAO définit de la manière suivante :

« Le Consentement Préalable, donné Librement et en Connaissance de Cause (CPLCC) est un droit spécifique qui concerne les peuples autochtones, et qui est reconnu dans la Déclaration des Nations Unies sur les Droits des Peuples Autochtones (DNUDPA). Il leur permet de donner ou de retenir un consentement à un Projet qui peut les affecter ou affecter leurs territoires. Une fois le consentement donné, ils peuvent le retirer à toute étape. De plus, le CPLCC leur permet de négocier les conditions sous lesquelles le Projet sera conçu, mis en œuvre, suivi et évalué. Il est également intégré dans le droit universel à l'autodétermination³² ».

Tableau 4. Données explicatives sur la notion de CPLCC³³

Consentement : décision collective faite par les détenteurs de droits, et prise en suivant les processus de décision coutumiers des communautés.	Préalable : consentement recherché suffisamment en avance de toute autorisation ou début des activités.
Donné librement : consentement donné volontairement et en absence de toute coercition, intimidation ou manipulation. Un processus autodirigé par la communauté dont le consentement est recherché, sans entrave par la contrainte, exigences ou délais imposés de l'extérieur.	En Connaissance de cause : nature de l'engagement et type d'information qui devraient être fournis préalablement pour rechercher le consentement et tout au long du processus.

➤ **Changements les plus significatifs induits par la stratégie d'intervention**

- ✓ Accès à certains soins de santé base à travers les UCM

Les changements les plus significatifs sont l'accès à certains soins de base pour les populations autochtones présents sur les axes lors des UCM. Avant le passage des UCM, les populations autochtones des différents axes avaient un accès limité aux services de santé ; elles se rendaient au poste de santé, où au CSI le plus proche seulement en cas de nécessité. Il n'existait pas de dispositif tel que les UCM permettant d'avoir un accès à des consultations dans les localités des autochtones.

³⁰ Thomas Jacqueline, Bahuchet Serge, Epelboin Alain et Fürniss Susanne, *Encyclopédie des Pygmées Aka III, Lexique alphabétique français-Aka*, Editions Peeters, Coll. Tradition orale, 2018, 669 pages.

³¹ Tauli-Corpuz Victoria, *Conclusion de la visite en République du Congo du 14 au 24 septembre 2019*, www.ohchr.org (consulté le 13 novembre 2019).

³² FAO, *Le consentement préalable, donné librement et en connaissance de cause : Un droit des peuples autochtones et une bonne pratique pour les communautés locales. Manuel des praticiens de Projet*, 2017

³³ *Ididem*,

✓ Accès aux différents types d'information

L'accès à l'information sur les différentes thématiques à travers les séances de sensibilisation est également un changement important comparé à avant l'intervention de l'OMF. Si le résultat des actions de sensibilisation sur les différents thèmes (hygiène de l'eau et hydratation, hygiène corporelle et des mains, déparasitage, diversification alimentaire, hygiène l'environnement et de la maison. L'accès à l'information diffusée par le MP3) est encore difficile à apprécier, il faut souligner que l'accès à ces informations est une évolution importante.

✓ Accompagnement au sein des CSI

L'intervention de l'OMF a permis aux populations autochtones hospitalisées dans les CSI d'Enyellé et de Bétou d'être accompagnés par des facilitateurs. Cet accompagnement a été l'un des changements importants induits par le Projet. Avant l'intervention de l'OMF, l'accès aux CSI était plus compliqué pour les autochtones. Ces derniers ne bénéficiaient pas du même accueil que les populations bantoues. Il n'était pas rare que les autochtones dussent mener certaines actions pour avoir accès aux soins : tailler l'herbe autour du CSI, apporter des chenilles, etc. Désormais ces pratiques n'existent plus au CSI d'Enyellé et de Bétou. En revanche au CSI de Boyellé, cette pratique semble toujours d'actualité.

✓ Contribution de la stratégie d'intervention de l'OMF à la prise de conscience et à la mobilisation des autorités locales sur les enjeux sanitaires et sociaux de la Likouala

Le Projet mis en œuvre n'a pas eu véritablement d'impact sur les autorités sanitaires, la prise de conscience et la mobilisation des autorités sanitaires, ainsi que sur les enjeux socio-sanitaires de la Likouala. La DDS (Direction Départementale de la Santé) n'a pas spécifiquement fait évoluer sa stratégie par rapport aux populations autochtones, suite à l'action de l'OMF. Par exemple, il était prévu de réaliser un plaidoyer auprès des acteurs étatiques et privés afin de les impliquer et les inciter à tenir leurs engagements notamment en termes de mise à disposition de moyens humains et financiers. Dans les termes de référence, il est précisé que ce plaidoyer s'est concrétisé par la mise à disposition de personnels fonctionnaires pour le CSI d'Enyellé qui était en déshérence. Or, il semblerait que le personnel actif au sein du CSI est davantage en activité grâce à la mise en œuvre de la politique nationale que du fait des actions de plaidoyer de l'OMF.

Le manque de rencontres régulières avec les acteurs de la santé, en particulier le Ministère de la Santé³⁴ pendant la durée du Projet, fait que celui-ci est resté mal connu. Cela a limité les possibilités de faire évoluer l'approche des autorités sanitaires en direction des populations autochtones. Dans ce cadre-là il aurait été intéressant de développer un plan de plaidoyer.

Néanmoins les actions d'accueil des populations autochtones menées au sein des CSI, en particulier celui d'Enyellé, ont permis de faire évoluer la prise de conscience des personnels de ces CSI sur la réalité des populations autochtones. La stigmatisation est y aujourd'hui en recul concernant les populations autochtones. Néanmoins les pratiques n'ont pas encore suffisamment évolué partout en faveur de ces populations. C'est le cas au CSI de Boyellé où les autochtones doivent couper l'herbe où réaliser d'autres services avant de se faire soigner.

➤ Pertinence de la stratégie développée par l'OMF pour le choix, le recrutement et la formation des RC et ASC en vue d'assurer les soins de santé primaires

Concernant le choix, le recrutement et la formation des RC, il faut distinguer plusieurs périodes. Durant la période 2017-2018, le Projet ne comptait que des RC dans le dispositif. A partir de fin 2018, il a été constitué le binôme ASC-RC. Comme souligné dans le rapport de

³⁴ Entretien avec Dieu Merci Emeriand Kibangou, Directeur des Etudes et de la Planification au MSP, 3 octobre 2019.

Romain Duda³⁵, la première difficulté rencontrée par la cheffe de Projet en 2017 a été la complexité d'identifier de potentiels RC issus de la communauté Aka, et ce afin de répondre à l'objectif du programme qui prévoyait initialement 80 % de RC autochtones. Le système de cliniques mobiles de l'ASPC (opérationnel depuis 2015) n'avait sélectionné que des RC non-Aka. En bénéficiant de cette structure déjà en place, le programme a pu disposer d'une équipe préalablement formée à cette activité sur une partie du territoire d'action. Face aux paradoxes des objectifs initiaux (RC devant être autochtones, mais RC sachant écrire), le choix de ces RC non-Aka n'a pas été remis en cause afin de permettre un démarrage rapide des actions à l'échelle régionale et de permettre la production de rapports médicaux écrits. Ainsi, en octobre 2017, la totalité des RC n'était pas autochtone. Une partie était issue d'ethnies locales, tandis qu'une autre non négligeable était formée par des immigrés en provenance soit de la RCA, de la RDC ou de Brazzaville. De ce groupe de 19 personnes, 7 étaient déjà RC avec l'ASPC avant le démarrage du Projet en 2017. L'identification était fondée sur le critère d'alphabétisation. Celui-ci était primordial, car il fallait produire des résultats chiffrés (nombre de patients consultés, pathologies traitées, etc.). Cette exigence relative à la production des données chiffrées excluait donc les Aka, du fait de leur analphabétisme. Sans capacité d'écriture, aucun rapport ni suivi n'était possible. En outre, comme souligné dans le rapport du Musée de l'homme en 2017³⁶, les villageois non-Aka sont également sédentaires. Les RC sont ainsi choisis préférentiellement du fait qu'ils remplissent les critères pour lesquels les Aka sont localement discriminés (trop nomade, incapacité de lecture, d'écriture, de calcul). La fonction des RC telle qu'elle a été définie au démarrage du Projet était donc contradictoire avec l'objectif initial, car cette fonction ne peut pas être détenue par un Aka. Suite au passage de Romain Duda, il a été décidé de dédoubler les rôles d'ASC et RC. Ainsi, depuis septembre 2018, les rôles d'ASC et de RC semblent être mieux précisés, comme le montre le tableau ci-dessous.

Tableau 5) Répartition de rôles entre les Relais Communautaires et les Adjoints de Santé Communautaires

Relais Communautaires	Adjoint de Santé Communautaire
Rôles	
Les RC sont des personnes volontaires qui acceptent d'assurer bénévolement le lien entre la communauté et la mission de l'OMF et de consacrer une partie de leur temps aux activités d'intérêt communautaire en vue de contribuer, de manière durable, au développement de leur village. Ils doivent résider dans le village, savoir lire et écrire et parler, si possible, le français. Ils sont nommément désignés par le CdM après validation par l'équipe médicale de la mission et par le chef du village. Ils doivent avoir reçu une formation au préalable. Dans le cadre de cette mission, ils perçoivent un défraiement. Dans la mesure du possible, ils sont rattachés à un ASC de tutelle.	Les ASC sont des personnes ayant reçu une formation renforcée. Issus du pool des RC ou non, ils doivent impérativement savoir lire, écrire et parler le français. Ils remplissent les mêmes rôles que les RC mais ont des responsabilités supplémentaires, à savoir : Outre les fonctions des RC, ils doivent soutenir les RC qui seront dans leur zone de compétence, définie par le CdM, à la demande de ces derniers (essentiellement les besoins en médicaments) ; Ils pourront dispenser les médicaments qui seront fournis par les UCM lors de passages réguliers dans leur zone de responsabilité. Tout ASC devra impérativement avoir une RC Aka dans son village d'appartenance. Cette condition ne souffrira d'aucune exception. L'ASC n'a pas à interférer sur les actions des RC de leur zone. Ils restent autonomes, sauf

³⁵ Duda Romain, *L'Initiative Relais Communautaires Autochtones au sein du Programme OMF*, avril 2018, p.2

³⁶ Duda Romain, *Evaluation socio-anthropologique du programme*, 2017, p.4.

	pour ce qui concerne la distribution et le suivi des médicaments. En revanche, ils font des rapports circonstanciés, le cas échéant.
Le dénombrement de la population du village une fois par trimestre et par famille ; La sensibilisation, l'information et l'éducation de la population du village ; Le suivi des femmes enceintes et des naissances des populations autochtones ; Le déparasitage de la population (autochtones et Bantou) une fois par mois (en début de mois). Pour cela, ils devront remplir, mensuellement, les fiches en annexe (qui leur seront fournies et récupérer par les UCM) ; Ils participent à l'organisation et à l'exécution des interventions sanitaires dans le village lors du passage des UCM ; Ils pourront, pour les plus aptes, et sur accord du CdM, délivrer certains médicaments sous la responsabilité de l'ASC de tutelle en précisant la pathologie, le nom, l'âge et le sexe de la personne soignée dans la colonne observations	

Source : Documentation Odm

On observe cependant un décalage entre ce qui était prévu et ce qui a pu être observé. La répartition des tâches telle que décrite ci-dessus est indicative, dans la réalité la situation est différente ; chaque binôme ASC-RC pouvant fonctionner différemment et développer ses activités assez librement.

Concernant la dispensation de médicaments, celle-ci n'est effective que lors du passage des UCM. Il n'existe pas de dispensation de médicaments en dehors des passages des UCM. La dispensation et prise de médicaments ont lieu à la maison de l'ASC. Si l'ASC n'est pas présent lors du passage des UCM, ce qui peut arriver sur certains axes (exemple axe 3 : Sambala), les médicaments sont directement donnés aux patients, ce qui pose ainsi un vrai problème de respect de la prescription et de la prise de médicaments.

Dans certaines localités (exemple : Moungoungui), le RC a essentiellement un rôle de traducteur par rapport aux activités menées par l'ASC. Ainsi dans ce cas de figure, le RC n'a pas l'occasion de valoriser la connaissance de la culture autochtone, qui est pourtant une des raisons d'être de l'existence des ASC.

Les ASC jouent un rôle important dans la dispensation des médicaments fournis par les UCM. Les RC se concentrent sur la sensibilisation, l'information, l'éducation de la population des villages sur les différents thèmes. Cette stratégie de binôme, si elle permet de mieux répondre aux besoins du Projet en matière de santé communautaire en particulier pour couvrir les différentes activités à mener au sein de la communauté, a tendance à recréer la relation de subordination entre Bantou et Aka.

La stratégie développée par l'OMF concernant le recrutement, la formation des RC et ASC est pertinente à différents points de vue. Tout d'abord, nombre d'ASC étaient des RC avant la

mise en place du binôme. Les ASC sont des personnes ayant reçu des formations renforcées, ils doivent impérativement savoir lire, écrire et parler le français.

Le principal problème rencontré est la répartition des ASC/ RC sur les différents axes. Ainsi des axes sont relativement peu couverts, c'est le cas de l'Axe 3 (Sambala) qui dispose d'un seul binôme : 1 ASC et 1 RC pour 5 localités relativement espacées. Alors que d'autres axes, en particulier les axes courts ont 2 binômes complets par axe (exemple axe PA), permettant ainsi de mieux couvrir les besoins et d'être présent à chaque passage de l'UCM. Il s'agit donc d'un manque d'homogénéité dans la répartition des ASC/RC suivant les différents types d'axe.

➤ Prises en compte des problématiques liées au genre

On peut constater que la prise en compte du genre n'a pas été véritablement intégrée dans la stratégie globale. En d'autres termes, le Projet n'a pas eu pour stratégie la *transversalisation* du genre (« *gender mainstreaming* »). Pour cela, il aurait fallu prendre en compte cette dimension dans l'ensemble des actions menées par le Projet ainsi qu'au niveau organisationnel dans la dynamique interne du staff.

Il existe de nombreux outils permettant d'évaluer le niveau de prise en compte de l'approche genre au sein d'un Projet ou d'une organisation. La grille développée par l'Inter-Agency Standing Committee³⁷ (IASC) est un des outils utilisés en contexte humanitaire.

Avec cette grille de notation du Genre, il est possible d'attribuer au Projet la note 1 (voir tableau explicatif ci-dessous). La raison en est qu'il ne serait pas objectif de dire que le Projet a été totalement insensible au Genre. Quelques exemples permettent d'illustrer cela : le Projet a compté des femmes parmi les RC et FC. Celles-ci ont été rémunérées sans discrimination fondée sur le sexe, des activités de sensibilisation sur les droits humains ont été organisées. Cependant, il serait exagéré de soutenir que le Projet a comporté une approche intégrée du genre, dans la mesure où il n'est pas apparu aux évaluateurs qu'une analyse de Genre a accompagné celle des besoins des bénéficiaires et que cela a contribué de façon significative à l'égalité des sexes.

Tableau 6) Gender Marker/ Notation du Genre

Note	Description
0	Le Genre n'est pas reflété dans la fiche Projet : ce type de Projet est "insensible" au genre
1	Le Projet ne prend que partiellement en compte l'égalité des sexes : ce type de Projet contribue de façon limitée à l'égalité des sexes
2a Approche intégrée du genre	Une analyse de genre est incluse dans l'analyse de besoins. Cette analyse sensible au genre est reflétée dans les activités et résultats attendus du Projet : ce type de Projet contribue de façon significative à l'égalité des sexes
2b Action ciblée	Le Projet est une action ciblée sur la base d'une analyse genre : L'objectif principal du Projet est de favoriser l'égalité des sexes.
N/A Non-Applicable	Le Projet n'a aucun contact direct avec les populations affectées, et n'impacte , ni ne détermine directement le choix ou l'utilisation des ressources, biens ou services dont les populations vulnérables bénéficient.

Source : IASC, Gender Marker : Un outil d'évaluation du niveau de prise en compte du Genre dans un programme.

³⁷ <https://iascgenderwithagemarker.com/en/home> (consulté le 16/11/2019).

Par ailleurs, aucun objectif spécifique du Projet n'a été rédigé de manière à refléter l'approche Genre, c'est-à-dire la prise en compte des besoins différenciés des femmes, filles, garçons et hommes. Ces objectifs ont été présentés de façon globalisante : *Améliorer l'accès aux soins et aux services de santé pour les populations autochtones (OS1), améliorer la qualité de l'offre de soins pour les populations autochtones (OS2) et autonomiser et responsabiliser les populations autochtones (OS3)*. Or, comme tel que précisé précédemment³⁸, les femmes et les filles autochtones de la République du Congo font face à des problèmes spécifiques.

³⁸ Tauli-Corpuz Victoria, *Op. Cit.* (consulté le 13 novembre 2019).

ii. Prospectif

➤ Evolution de la stratégie en termes de périmètre ou de mise en œuvre

Au regard des données observées sur le terrain et des entrevues réalisées (entretiens individuels et discussions de groupes), il apparaît qu'il serait pertinent de conserver le périmètre actuel du Projet : la partie nord de la Likouala. La pertinence de ce périmètre s'explique par le fait qu'il couvre une zone non négligeable du peuplement autochtone. Cela permet également d'assurer un suivi régulier des activités. Ce périmètre est le fruit du redimensionnement opéré lors de l'évaluation initiale, car l'objectif initial de donner accès aux premiers secours à 70% des populations Aka de la Likouala s'est révélé trop ambitieux. Ainsi, la définition initiale de la zone d'intervention s'est avérée trop étendue en raison des moyens techniques et humains limités.

Le ciblage de cette zone de couverture est justifié par des raisons sanitaires et socio-économiques. En effet, cette zone se situe dans un département où les indicateurs sanitaires sont inquiétants, s'agissant de la lutte contre les maladies tropicales négligées (les autres indicateurs sociaux et économiques ne sont guère meilleurs), comme rappelé dans ce rapport (voir *Introduction*).

Il apparaît donc que le périmètre reste pertinent. Et le maillage de ce périmètre se fait suivant une stratégie pertinente combinant les axes courts (PB, PC, etc.) et axes-longs (Mboua et Tingama). En maintenant ces itinéraires, le Projet pourra continuer à atteindre un nombre non négligeable de bénéficiaires.

Un changement significatif du périmètre est difficilement envisageable : comment expliquer à certains villages qu'ils ne seront plus couverts alors que d'autres le seront toujours ? Par ailleurs ce changement de périmètre pourrait nuire à la pérennisation des acquis du Projet, mais aussi obliger la mise en place de nouveaux dispositifs ; ce qui pourrait impliquer un temps d'adaptation important. Toutefois, même si la stratégie est pertinente dans son ensemble, la consolidation des acquis passe par la mise à disposition du Projet des ressources humaines, financières et matérielles adéquate.

➤ Maintien des objectifs spécifiques dans le cadre d'une nouvelle phase

Les principaux objectifs spécifiques (OS) du Projet ont prouvé leur pertinence au regard des besoins des autochtones et de l'extrême vulnérabilité dans laquelle ils se trouvent par rapport aux Bantous représentant le groupe majoritaire.

L'OS1 portant sur l'amélioration de l'accès aux soins et aux services de santé pour les populations autochtones devrait être maintenu dans la mesure où il favorise le développement de l'accès aux premiers secours et une participation communautaire à l'offre de santé. L'approche communautaire vise à susciter la demande des services et des soins de santé de la part de la population autochtone ; laquelle demande de services se fait soit directement (les autochtones se rendent dans des CSI), soit par le biais de RC et des ASC ou, le plus souvent, à l'occasion du passage des UCM. Dans le cadre du Projet, plusieurs services ont été suscités. Il s'agit, entre autres : (i) du déparasitage, (ii) du traitement des MTN, (iii) de l'hygiène corporelle et de l'assainissement du milieu, (iv) de l'utilisation appropriée de la moustiquaire par les femmes enceintes, (v) de la gestion des urgences, (vi) du nourrissage des personnes hospitalisées. Et, selon le rapport intermédiaire, le Projet aurait atteint 20% à 30% des Aka. Ce pourcentage reste cependant difficile à confirmer étant donné le manque de données désagrégées.

Dans le cadre de la phase 2, la mise œuvre de cet objectif exige une meilleure participation de la communauté notamment par la mise en exergue d'une approche genrée. D'autre part,

une attention particulière devra être portée au binôme Bantou-Aka afin qu'il fonctionne de façon plus égalitaire. Enfin, un effort pourrait être fait pour rendre le Projet moins dépendant des ASC et infirmiers étrangers (RDC et RCA).³⁹.

Le maintien de cet objectif trouve également sa pertinence par le fait qu'il vise le développement de l'accès aux consultations médicales, notamment pour les femmes enceintes. La mise en œuvre de cet objectif a contribué à mieux répondre aux besoins des bénéficiaires, selon pratiquement l'ensemble des personnes interrogées.

Les UCM ont permis la réalisation des rotations sur des itinéraires qui ont été développés en axes longs et axes courts. En l'absence de cette répartition du travail selon les axes, il aurait été difficile de réaliser les consultations des infirmiers de manière plus rationnelle et d'aboutir à une réelle prise de conscience chez les nombreux autochtones de l'importance de se faire soigner, de prendre ses traitements. Pratiquement la totalité des personnes interrogées ont reconnu avoir bénéficié des services de ces UCM (conseils ou médicaments, etc.) ; ce qui est appréciable, compte tenu du mode de vie semi-nomade de ces populations.

Le maintien de cet objectif est souhaitable. Mais, les actions en vue de son opérationnalisation pourraient être mieux orientées en direction des femmes enceintes, notamment par le renforcement du suivi ; le renforcement du staff des UCM (actuellement, il est habituellement prévu un infirmier par mission de consultation). Enfin, pour la nouvelle phase, le référencement, pour être plus efficace, devrait bénéficier d'une logistique appropriée et suffisante (moyens de communication) au regard de l'immensité de la zone à couvrir et du choix opéré de ne pas faire des interventions nocturnes (pour des raisons sécuritaires) et d'une meilleure coordination avec les autorités sanitaires du département et des localités concernées.

L'OS2 relatif à l'amélioration de la qualité de l'offre de soins pour les populations autochtones pourrait également être maintenu dans la mesure où il s'agit de dresser un état des lieux de la situation sanitaire de la Likouala. Cet objectif permet la documentation de la problématique par la collecte des données quantitatives sur la situation épidémiologique des peuples autochtones.

Le domaine de la collecte des données sur l'enfant et la mère a bénéficié des appuis concertés des agences du système des Nations-Unies et des agences de coopération bi et multilatérale à travers l'organisation de grandes opérations de l'EDS (Enquête Démographique et de Santé) 2005 et 2011, de l'ECOM (Enquête Congolaise auprès des Ménages) 2005 et 2011 et du RGPH (Recensement Général de la Population et de l'Habitation) 2007. En dépit de ces efforts, la réorganisation et la redynamisation des systèmes sectoriels d'information s'imposent. Au cours des années 60, 70 et 80 le pays disposait d'un système permettant d'avoir, par département, une image précise de l'état sanitaire des populations en présentant les principales causes de morbidité et de mortalité par âge et sexe, les taux de fréquentation des CPN, les nombres et causes de consultations, les principaux actes médicaux pratiqués etc. Le premier plan national de développement sanitaire (1993-1998) avait prévu de mettre en place le système national d'information sanitaire (SNIS). Mais, plusieurs années après, celui-ci peine toujours à prouver son efficacité. Le maintien de cet objectif participe donc aussi de la contribution au renforcement de ce mécanisme.

Dans le cadre de la nouvelle phase, le renforcement des mécanismes de collecte des données sera nécessaire afin non seulement de les rendre fiables, mais aussi de constituer une base de données désagrégées.

L'objectif 2 vise également l'amélioration de la qualité des soins (formation et compétences médicales). A ce titre, il devra être maintenu car la formation initiale et continue du personnel

³⁹ Amnesty International, *Opération Mbata ya Bakolo : Mass expulsions of foreign nationals in the Republic of Congo*, 2015, p. 5.

est un gage de réussite dans les interventions. Les besoins en formation sont considérables au Congo, comme il est indiqué dans le document Projet de la Politique nationale sanitaire 2018-2030 : « *bien que le gouvernement ait entrepris la formation en masse des médecins à l'extérieur (Cuba, Chine, Maroc, Russie, Turquie etc...), les capacités de production au niveau local demeurent encore insuffisantes pour espérer combler le déficit en vue de l'atteinte des ODD* »⁴⁰.

De la même manière que l'OS1, le maintien de l'OS2 passe par l'amélioration de la coordination avec les autorités sanitaires au niveau local (Direction départementale de la santé), voire central (Ministère de la santé). Il s'agira également de rechercher une synergie avec le système de santé (poste de santé de Bolomo, poste de santé de l'ONG Terre Sans Frontière d'Ibenga, la sage-femme de Moungoungui, etc.).

L'amélioration de la qualité de l'offre de soins devrait également être une priorité pour les ASC et les RC pour la phase 2. Des formations continues sont nécessaires à différents niveaux : renforcement des capacités pour l'identification de certaines maladies à potentiel épidémiques, amélioration des connaissances sur les 7 thématiques de sensibilisation afin de mieux informer les populations autochtones (hygiène, droits, suivi des prescriptions, techniques de changement de comportement, etc.).

L'OS3 portant sur l'autonomisation et la responsabilisation des populations autochtones est également à maintenir dans le cadre d'une prochaine phase. Il s'agit non seulement de faire que les populations autochtones de la Likouala soient sensibilisées sur la manière d'exercer leurs droits, mais aussi d'obtenir réparation en cas de violations de ceux-ci. L'ignorance des droits se traduit par leur incapacité à revendiquer leurs droits et surtout à utiliser les mécanismes existants de garantie de droits.

De même, le maintien du volet développement d'activités génératrices de revenus se justifie par le souci de réduire leur extrême pauvreté économique et surtout leur forte dépendance vis-à-vis de leurs « maîtres » bantous. Enfin, les ressources générées peuvent permettre de faire face à certaines dépenses de santé non prise en compte par le Projet. Toutefois, cet objectif, au-delà de sa pertinence, ne devrait être reconduit qu'à la condition d'une implication effective de l'administration publique et des ONG dans la mise œuvre des activités, car le dispositif précédent a pâti du manque de suivi régulier et rapproché des activités des AGR et d'une méthodologie de sensibilisation qui n'a pas encore montré ses preuves.

Les objectifs actuels du Projet doivent donc être maintenus pour les peuples autochtones et les activités prévues rattachées. Leur mise en œuvre cadrerait avec les objectifs de la Politique nationale sanitaire 2018-2030, comme l'illustre le tableau sélectif des actions prioritaires ci-dessous.

Tableau 7) Quelques actions prioritaires de la Politique nationale sanitaire 2018-2030

Axes stratégiques de la Politique nationale sanitaire 2018-2030	Actions prioritaires de la Politique nationale
Orientation stratégique 1 : Amélioration de l'accès équitable des populations à des paquets de services essentiels et de qualité	Renforcement de la contribution du secteur privé à l'offre de soins et services de santé
	Le renforcement de la qualité du suivi de la grossesse et du suivi post-natal de la femme
	La promotion de l'accouchement propre et de qualité
	L'augmentation de la couverture du pays en formations sanitaires offrant les SONUC de qualité
	L'amélioration de la qualité de la consultation curative de l'enfant

⁴⁰ Ministère de la Santé et de la Population, *Op. Cit.*, p. 20.

	L'amélioration de l'offre des services de vaccination, de supplémentation à la vitamine A et du déparasitage systématique
	L'amélioration de l'état nutritionnel
Orientation stratégique 2 : Sécurité sanitaire et gestion des situations d'urgences selon l'approche englobant l'ensemble des menaces	Le renforcement de la surveillance épidémiologique des maladies et des événements de santé publique à tous les niveaux y compris le niveau communautaire
	Le renforcement de la surveillance épidémiologique dans toutes les aires de santé
Orientation stratégique 3 : Promotion de la santé de la population	Le renforcement de PEV de routine dans toutes les formations sanitaires du 1 ^{er} échelon tant publiques que privées
	Le renforcement de la supplémentation en vitamine A et le déparasitage systématique au mebendazole
	Le renforcement des capacités de gestion des programmes de lutte contre les maladies tropicales négligées
	L'amélioration des conditions d'utilisation des relais communautaires
	La promotion de l'approche communautaire dans l'organisation de l'offre de soins et services essentiels dans les aires de santé
	Le renforcement des approches visant à accroître la demande et la redevabilité communautaire ;
	Le développement et mise en œuvre des plans de communication pour l'acquisition des comportements favorable à la santé
Orientation stratégique 4 : Renforcement de la gouvernance et du pilotage du secteur	La promotion du partenariat et de la multisectorialité

Source : Ministère de la Santé et de la Population, *Politique nationale sanitaire (2018-2030)*, Brazzaville, pp.29-34.

➤ **Axes incontournables pour la pérennisation des résultats de l'action**

Au regard de l'expérience récente, les axes incontournables du Projet restent la santé et les droits. L'économie pourrait continuer à être pris en compte à la condition que les partenaires identifiés soient disponibles pour réaliser le suivi. Les pistes de la phase 2 comprenant l'ID en chef de file sur les volets Economique et Droits devront intégrer des activités de suivi pour les autres acteurs (ASLAV, APVPS, APIFLORDEV). En tant que responsable du futur projet, l'OMF devra maintenir un certain nombre de visites de terrain de ces acteurs.

La question de l'accès aux soins et aux services de santé des populations autochtones se pose toujours avec acuité. Les raisons qui expliquent cette situation dramatique ont été évoquées précédemment. Ainsi, en dépit des résultats encourageant obtenus par le Projet, la situation reste préoccupante. Le volet santé trouve sa pertinence dans la mesure où le taux d'utilisation des services de santé reste toujours faible (surtout en matière de CPN). La Loi instituant le « Régime d'assurance maladie universelle (RAMU) en République du Congo » (Loi n°37-2014 du 27 juin 2014) peine à être appliquée. Ces différents éléments justifient le maintien du volet santé, car une couverture efficace de cette zone par les acteurs étatiques de santé est difficile à envisager à très court terme, dans la mesure où le pays connaît une situation économique et financière difficile. Et, en dépit de cette morosité, il est toujours classé comme "pays à revenus intermédiaires de la tranche inférieure" avec un PIB/habitant de 1 600 USD en 2016. Ce statut limite l'accès du pays aux sources de financements extérieures. Face

à la persistance et à l'amplification de la crise économique, le Congo a fait appel au Fonds Monétaire International (FMI)⁴¹. L'accord signé avec le FMI n'est pas un gage de l'amélioration de l'intervention de l'Etat dans le secteur de la santé. Durant la période d'embellie économique, la part du budget général de l'Etat consacrée à la santé est restée timide, évoluant de 6-7% entre 2007 et 2009 à 3-4% entre 2012 et 2013, loin des 15% préconisés par la Déclaration d'Abuja. Même si ce taux est passé à 9% en 2014 et 12% en 2015⁴², le taux d'exécution du budget alloué à la santé a évolué de manière irrégulière, passant de 95% en 2014 à 32% en 2015, hypothéquant, de ce fait, la prévisibilité sur les paiements et les priorités budgétaires, et rendant d'autant plus difficile le pilotage du système de santé⁴³.

De même, la sensibilisation aux droits est un axe stratégique du Projet. Il serait indiqué qu'il le demeure pour la phase 2, car sensibiliser les autochtones aux droits, c'est favoriser l'accès au savoir juridique de cette communauté, leur donner davantage de connaissances et de moyens pour agir sur les problèmes qu'ils rencontrent. A ce sujet, la totalité des autochtones interrogés lors des discussions de groupes a affirmé qu'ils sont encore victimes de violences, leurs relations avec les Bantous restent très inégalitaires. Dans le domaine du travail, par exemple, l'inégalité de statut social entre la majorité bantoue et les populations autochtones se manifeste dans des relations de domination et d'exploitation qui équivalent bien souvent à des formes de servage ou de servitude forcée. Des « maîtres » bantous (« Milos ») peuvent contrôler ainsi un certain nombre de personnes autochtones, et considérer qu'ils sont les « propriétaires » des membres de certaines familles autochtones dès leur naissance et que par conséquent le travail et la loyauté de ces personnes leur reviennent de plein droit⁴⁴. C'est le cas à Kpeta, le 23 septembre 2019, lors de la sensibilisation des autochtones en vue de leur participation aux consultations médicales organisées le lendemain, l'un des infirmiers de l'UCM a rapporté à l'équipe d'évaluateurs que l'épouse du chef de village lui a dit qu'*«il ne devait pas venir soigner ses autochtones sans demander sa permission ! »*. La persistance de ces pratiques qui sont devenues quasiment des normes sociales⁴⁵ ne peut qu'avoir une prégnance négative sur l'accès des autochtones à la santé ; de même qu'elle ne peut favoriser leur autonomisation. Aussi, la sensibilisation aux droits ne devrait-elle pas se limiter aux communautés autochtones. Elle devrait concerner également les Bantous. Le manque d'initiatives et de dynamiques collectives de la part des villageois peut nuire à l'efficacité de la promotion et la défense des droits des autochtones. Le renforcement de la participation communautaire à la question passe donc par la formation de petits noyaux communautaires (au niveau villageois) chargés de relayer et de pérenniser au sein des différentes communautés les connaissances dans le domaine. Cela pourrait également renforcer la capacité de réflexion et de prise de conscience de la population en vue de l'élaboration collective de solutions aux problèmes que rencontrent les autochtones. Les méthodes pédagogiques à privilégier dans le cadre de ces formations sont celles dites actives : animations sous forme de travaux de groupe, études de cas, pièces de théâtre, etc.

➤ **Parties prenantes sur lesquelles s'appuyer dans le cadre d'une nouvelle phase**

La participation et l'engagement des différentes parties prenantes du Projet a été une des difficultés rencontrées dans la mise œuvre du Projet. Ceci s'explique en partie par le manque

⁴¹ Le 11 juillet 2019, le Conseil d'administration du FMI a approuvé en faveur du pays un accord triennal au titre de sa Facilité Elargie (FEC) de crédit pour un montant de 324 millions de DTS (environ 448,6 millions de dollars, ou 200% de la quote-part du pays), à l'appui du programme de réformes économiques et financières du pays.

⁴² PNDS 2018-2022, p. 47.

⁴³ Kariburyo Juma et Ibemba Gabin, *Evaluation finale du PDSS II*, Brazzaville, 2018, p. 35.

⁴⁴ Anaya James, *La situation des peuples autochtones dans la République du Congo (A/HRC/18/35/Add.5)*, 2011, p. 6.

⁴⁵ UNICEF, *Rapport d'analyse diagnostique sur les normes et pratiques sociales vis-à-vis des populations autochtones en République du Congo*, Brazzaville, 2009, 67 pages.

d'espace de dialogue, de mécanisme de coordination entre les différents acteurs du Projet dans le cadre de la mise en œuvre des accords signés.

Pour la nouvelle phase, il s'agira de s'appuyer davantage sur le Ministère de la Santé et de la Population (y compris sa direction départementale). Dans la perspective de la mise œuvre des activités de sensibilisation aux droits, il serait indiqué d'avoir un minimum d'échange avec les ministères de la justice (la Direction générale de la promotion des peuples autochtones et sa direction départementale), des affaires sociales (Direction générale des affaires sociales, sa direction départementale et les Circonscriptions d'Action sociale d'Enyellé et de Bétou). Ce dernier ministère gèrera le Projet « Lisungi » (transfert monétaire) dans la Likouala. Dans les départements où ce Projet a été mis en œuvre, il a pris en charge les populations autochtones à travers la mise à disposition de cartes d'indigence en faveur des ménages des autochtones installés dans les aires de santé couvertes, suivant un processus de sélection communautaire des indigents. Les ménages identifiés ont reçu des cartes d'indigence et ont bénéficié de l'accès gratuit aux soins et services de santé de qualité dans les centres de santé et/ou dans les hôpitaux de base sous contrat. La mise œuvre projetée de ce Projet dans le département de la Likouala peut donc être une opportunité à considérer pour construire une collaboration future.

Des partenariats avec la Délégation de l'Union Européenne (pour le financement), l'OMS, le HCR et le PAM (alimentation/AGR) pourraient également être sollicités. La CIB s'avère aussi un partenaire clef pour l'amélioration de l'offre de santé. Les responsables de cette société d'exploitation forestière ont confirmé, lors de l'évaluation, leur engagement futur dans le cadre de la nouvelle phase : appui réhabilitation du CSI d'Enyellé, appui aux frais de fonctionnement (recrutement d'un médecin, d'un infirmier, d'une accoucheuse) ⁴⁶.

➤ **Parties prenantes qui ne sont pas prioritaires dans le cadre d'une prochaine phase**

Au cours de la première phase, l'ASPC (sensibilisation aux droits) et APIFLORDEV (production miel) n'ont pas donné entièrement satisfaction. Les actions de sensibilisation aux droits de l'homme ont été initiées lors de la deuxième année du Projet. Avec l'appui de l'anthropologue⁴⁷, des sessions de formations ont été organisées par l'ASPC, à qui ce volet a été confié. Deux sessions ont été organisées à Makodi (16 mars 2018) et à Enyellé (avec l'appui du Réseau REIPER), à Akolo (3 mai 2018, avec l'appui de la Circonscription d'Action Sociale d'Enyellé). De retour de la mission de terrain, l'équipe d'évaluateurs a été informée que l'ASPC a mené des activités de sensibilisation en 2019 : une vidéo a été enregistrée (novembre-janvier) avec les acteurs suivants : un Bantou enseignant à l'école catholique et deux élèves Aka. Ensuite, une rubrique intitulée « *A la rencontre des autres* » a été ajoutée à la vidéo. Elle a porté sur des discussions avec les Akas « *rencontrés sur la route* » et qui devraient parler d'eux. D'autres vidéos ont été tournées. Elles ont porté sur la loi nationale de protection des droits des populations autochtones. Enfin, un clip de musique a été enregistrée. Il portait sur « *un mélange de culture Aka et de sonorité coupé-décalé* (la musique urbaine d'origine ivoirienne) ». L'ASPC explique ce choix de la musique ivoirienne par le fait que le coupé-décalé se répand dans le milieu Aka⁴⁸ ! Au-delà du fait que « l'initiation » des Aka au coupé-décalé soulève le problème de la perte de l'identité culturelle, la mise œuvre de ces activités traduisent une certaine improvisation. Dans le rapport, l'ASPC reconnaît d'ailleurs que les acteurs des vidéos ont improvisé leurs prestations.

En dehors de ces événements, l'équipe d'évaluateur n'a pas trouvé d'autres documents explicitant la mise œuvre de ce volet. Selon la présidence de l'ASPC⁴⁹ à Brazzaville, la mise

⁴⁶ Entretien du 18 septembre 2019.

⁴⁷ Duda Romain, *Mission d'anthropologie appliquée au programme du 12 février au 24 mars 2018*, 54 pages.

⁴⁸ ASPC, *Rapport d'activités de sensibilisation (juin - août 2019)*.

⁴⁹ Entretien avec Père Toussant Ngoma Fourmanet, Président de l'ASPC, 17 septembre 2019.

œuvre de ce volet a connu des difficultés liées à la longue absence du Père Lucien Favre de la localité (voyage en Europe).

S'agissant de la production du miel, la mission d'APIFLORDEV a été de former les Aka à l'apiculture. Le Projet s'est déployé dans deux secteurs : autour d'Enyellé (villages de Makodi, Lobi, Limite 1 et Limite 2) et autour de Mboua (village de Mobangui et village d'Attention). La mission d'évaluation n'a pu se rendre à Mboua où, selon les échos, la production a été satisfaisante. Toutefois, se basant sur les observations faites (à Makodi : plus aucune ruche n'est viable) et sur les entretiens avec les autochtones et l'ASPC, il apparaît que ce volet a été également confronté à des difficultés de mise en œuvre ; la principale raison étant le problème de suivi des activités. Les missions de l'experte ont été très espacées dans le temps : l'étude de faisabilité a eu lieu en février 2017, la formation des apiculteurs et la réinstallation des ruches Kenyanes a été organisée en octobre et novembre 2017, soit 8 mois plus tard. Par la suite 2 missions ont été étalées sur 2 ans : en février 2018 et en février 2019. La première mission a porté sur : la fabrication de ruches cylindriques tressées en matériaux naturels, la formation sur la capture des essaims dans les ruches Kenyanes et dans les ruches tressées et la distribution du matériel de récolte du miel (seaux, tamis, brosses de récolte) aux apiculteurs formés. La seconde mission a eu pour objet le renforcement des acquis et le suivi des apiculteurs Aka, la construction et l'équipement d'une miellerie collective à Mboua, la formation de 10 nouvelles familles Aka en apiculture et la dotation de 25 nouvelles ruches.

Ainsi, la reconduite de cette activité est donc liée à la mise en place d'un mécanisme de suivi plus rapproché des activités. Cela passe, par exemple, par la formation ou le recrutement d'un expert local ou d'une ONG d'exécution en vue de relayer le travail de l'experte internationale.

➤ **Nécessité d'améliorer la prise en compte des besoins de santé communautaire**

Mise à part le rôle de RC et de l'ASC (dans une certaine mesure), les autochtones n'ont pas joué un rôle déterminant dans l'offre de santé. Le Projet n'a pas disposé de suffisamment d'espace de dialogue en vue de recueillir les doléances des autochtones. Ainsi, la majorité des autochtones s'est contentée d'utiliser les services que le Projet a mis à leur disposition. L'amélioration de la prise en compte des besoins de santé communautaire exprimés par les populations passe par la mise en place de mécanismes permanents de consultation des populations bénéficiaires (mécanismes spécifiques existants pour les populations autochtones), leur implication dans l'offre de santé (notamment par le renforcement du rôle des RC autochtones), ainsi que l'amélioration du niveau de connaissance des intervenants non-autochtones de la perception de ces derniers des problématiques de l'accès à la santé de ces populations.

Une meilleure participation des peuples autochtones, outre de répondre aux prescriptions internationales et nationales, pourrait favoriser une plus grande appropriation du Projet par ces derniers ; aussi bien dans ses objectifs que dans ses résultats. Aussi, cette participation des autochtones passe-t-elle par le renforcement du dialogue avec ces derniers afin qu'ils soient consultés de façon viable, pour toute question cruciale. Cela pourrait consister par exemple en des ateliers de planification conjointe des activités, ainsi que de suivi.

Par ailleurs, il faut préciser qu'en principe les mécanismes à mettre en place pour collecter les avis des bénéficiaires sont ceux prévus par la Loi n°5-2011 du 25 février 2011 portant promotion et protection des droits des populations autochtones, en son article 3. Il s'agit d'identifier et d'utiliser (i) les institutions représentatives des populations concernées où les représentants librement choisis par eux-mêmes, (ii), les procédures appropriées qui tiennent compte de leurs modes de prise de décisions et (iii) avec la participation des femmes et des hommes autochtones. L'anthropologie pourrait également jouer un rôle important à ce niveau.

➤ **Sortir progressivement de la logique d'urgence pour revenir dans une stratégie de développement à long terme**

Le système sanitaire actuel dans la Likouala ne permet pas de faire évoluer la logique d'urgence, à court terme. La sortie progressive de la logique d'urgence ne dépend pas que du Projet. Cette sortie doit aussi se faire avec une prise en compte effective par les acteurs du secteur public. Or, le Gouvernement lui-même reconnaît que la prise en compte de l'urgence est à l'épreuve de : (i) l'insuffisance des textes, la coordination interministérielle et partenariat notamment avec les sociétés de télécommunication ; (ii) la non sécurisation des financements prévus par l'OMS sur les urgences et catastrophes ; (iii) manque de pré positionnement des médicaments et intrants, (iv) la faiblesse du laboratoire national dans la confirmation des épidémies ; (v) l'inexistence d'un plan Intégré de Communication ; (vi) l'insuffisance des ressources humaines formées à la gestion des épidémies et catastrophes ; (vii) la faiblesse de la surveillance intégrée des maladies et riposte (SIMR) n'impliquant pas la communauté et les formations sanitaires du secteur privé, et ; (viii) manque de régularité dans la production du bulletin hebdomadaire⁵⁰. Dans ce contexte, il serait difficile d'envisager à court terme la sortie de la logique d'urgence ; à moins de décider de laisser à l'abandon une partie des patients. Cette approche semble difficilement envisageable aussi bien sur le plan éthique que sur celui de l'équité.

Néanmoins, il semblerait que des discussions sont en cours entre le Gouvernement, l'OMS et la Banque Mondiale en vue de la mise en place d'un programme de renforcement des districts sanitaires⁵¹. Il s'agit là d'un changement important de paradigme. Ce renforcement du système de santé est destiné à améliorer l'offre et la qualité des soins, ainsi que la couverture des zones. Ce n'est qu'avec la mise en place de ce type de programme que le Projet pourrait faire évoluer son approche.

➤ **Maintenir l'équilibre entre l'approche santé communautaire et l'approche santé publique**

Au regard de ce qui précède, il semble pertinent de continuer à privilégier l'équilibre entre le développement de l'activité de santé communautaire et l'approche plus globale de santé publique. Sur le plan formel, la réponse communautaire s'exprime à travers l'implication de trois entités distinctes : (i) les organes de participation communautaires : les Comités de santé (COSA) et Comité de gestion (COGES), (ii) les relais communautaires et (iii) les Organisations non gouvernementales (ONG). Ce dispositif institutionnel a été mis en place en vue du renforcement de l'implication des communautés dans la surveillance épidémiologique des maladies et des événements de santé publique, l'amélioration de l'offre de soins et services essentiels dans les aires de santé, ainsi que l'accroissement de la demande et de la redevabilité communautaire. Toutefois, ce dispositif ne fonctionne pas toujours de façon efficace : on note une « *faible appropriation des problèmes de santé par les acteurs communautaires* »⁵². Il est donc également pertinent que le Projet continue avec le développement de son axe santé communautaire. Les faiblesses évoquées précédemment ne permettent pas de privilégier une approche spécifiquement communautaire ; d'où l'intérêt de combiner à cette approche une dimension plus globale de santé publique, c'est-à-dire la mise en place d'action de santé sous ses différents aspects (curatif, préventif, éducatif et social). Les actions projetées dans le cadre de la coopération entre la CIB et le Projet participent d'ailleurs de la mise en œuvre de cette vision qui combine les approches verticales et horizontales de santé publique : réhabilitation prochaine du CSI d'Enyellé, appui au fonctionnement optimal de la pharmacie ; recrutement d'un médecin, d'un infirmier, d'une

⁵⁰ Ministère de la Santé et de la Population, *Politique nationale sanitaire*, Brazzaville, août 2018, p. 27.

⁵¹ Entretien avec l'OMS Congo, le 17 septembre 2019 et le DEP du MSP, le 3 octobre 2019.

⁵² *Ibidem*.

accoucheuse, etc. Cette approche de la phase 2, permet de renforcer l'approche santé publique en étant plus actif au niveau du système de santé.

➤ **Evolution de la stratégie développée pour l'identification, le choix, le recrutement et la formation des RC et ASC**

L'identification, le choix et le recrutement des RC pourrait se faire à travers de larges consultations (voir ci-haut) au sein des communautés sur la base de profils prédéfinis ensemble avec les autochtones. Cette procédure repose sur le principe du consentement libre, préalable et éclairé tel que détaillé précédemment.

Celui-ci pourrait être directement réalisé par le Projet au sein des communautés (s'il s'agit des Bantous). Dans tous les cas, le choix et le recrutement des RC et ASC devraient faire l'objet d'une plus large publicité (radio communautaire, rencontres de sensibilisation, etc.). La *Loi n°5-2011 du 25 février 2011 portant promotion et protection des droits des populations autochtones*, en son article 3, prescrit le principe de la consultation des autochtones, comme indiqué précédemment. Le choix des RC pourrait donc respecter ces principes car jusqu'à présent cela n'a pas été toujours le cas. Le rapport de l'anthropologue du Projet du 19 avril 2018 indique, par exemple, qu'à Enyellé la RC autochtone (Angélique Mozanda, l'épouse du directeur de l'école ORA) avait été identifiée par la première cheffe de mission. A Mokodi, l'anthropologue avait suggéré que l'identification du/de la RC soit faite par l'animatrice Bantou de l'école ORA. A Akolo, c'est à un Bantou (Roger) qu'on s'était adressé pour la première fois pour identifier un RC Aka (celui-ci avait proposé Michel Yoko). A Bissambi, c'est à Serge Remy Selomé (un Bantou) que l'anthropologue avait confié la mission de repérer le/la RC autochtone⁵³. Il faut ajouter que certaines personnes à qui a été confié la mission de sélectionner les RC sont des étrangers (africains originaires des pays voisins).

S'agissant de la stratégie de formation des RC et ASC, les entretiens organisés avec les intéressés ont fait apparaître un besoin en formation. A ce sujet la préconisation suivante de l'anthropologue reste toujours d'actualité : *« apporter aux Aka une formation simple et adaptée sur des différents aspects de la santé préventive est aujourd'hui une priorité dans le programme. Dans l'idéal, une formation spécifique devrait être prodiguée par les infirmiers sur ces notions de prévention, de gestion de la maladie, de capacité de diagnostic, etc. (cela peut éventuellement se faire dans le cours des consultations au village, avec des cas concrets) »*⁵⁴.

➤ **Recours aux techniques utiles de médecine traditionnelle et perspectives futures**

Le rapport d'exécution intermédiaire pour la période allant du 1^{er} décembre 2016 au 30 avril 2018 indique⁵⁵ que la mise en œuvre de cette activité a évolué après la première mission d'évaluation réalisée par le Musée de l'Homme. Elle a été requalifiée comme une AGR basée sur des concepts de médecine alternative importée. Elle a été dissociée des activités médicales du programme car entrant en contradiction avec les objectifs de mise en synergie de la médecine occidentale moderne et les activités traditionnelles autochtones. Les activités relevant du volet médecine traditionnelle ne devraient donc pas être poursuivies en l'état actuelle des connaissances. La raison en est que le Projet ne maîtrise pas toutes les implications relatives à ce volet. D'ailleurs se posent les questions de la preuve de la non-toxicité de certaines plantes utilisées, du dosage, de l'efficacité des traitements, etc. Aussi, aurait-il pu être intéressant de mener une réflexion de fond à ce sujet avec l'appui d'un médecin anthropologue en lien avec le Ministère de la santé, les partenaires techniques et financiers (OMS, Banque Mondiale, UNFPA, UNICEF, PNUD, UNESCO), les ONG et les peuples

⁵³ Duda Romain, *Mission d'Anthropologie appliquée au programme. Soutien et amélioration des conditions de vie des populations autochtones de la Likouala (Congo). Initiative "Relais Communautaires", sensibilisation sanitaire et sensibilisation aux droits (12 février – 24 mars 2018)*, pp. 12-17.

⁵⁴ Duda Romain, *Op. Cit.*, p. 11.

⁵⁵ OMF, *Rapport d'exécution intermédiaire (période couverte 01/12/2016-30/04/2018)*, 9 juillet 2018, pp. 9-10.

autochtones eux-mêmes. A ce sujet, la rapporteuse spéciale des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones qui venait de séjourner en République du Congo, en septembre 2019, a révélé que la Ministre de la Santé l'a informée que la médecine traditionnelle est une composante du système de santé et qu'une stratégie nationale de promotion de la médecine traditionnelle est en vigueur au Congo. Elle est basée sur l'identification de près de 5.000 plantes et la promotion de concoctions à base de plantes médicinales⁵⁶. Cette stratégie pourrait, par exemple, nourrir la réflexion et les échanges du Projet avec les partenaires potentiels ci-haut listés.

➤ **Axes et supports à privilégier dans le recours au TIC pour la circulation et la capitalisation des informations**

Le Projet est mis en œuvre dans l'un des départements les plus enclavés du pays. La couverture en communication est l'une des plus faible. D'autre part, les bénéficiaires du Projet sont dans leur majorité analphabètes. Dans ce contexte, les supports à privilégier dans le recours aux TIC pour la circulation et la capitalisation des informations seraient le sms (téléphone) et l'email (internet) pour la communication entre la base et le siège à Paris. S'agissant de la communication avec les bénéficiaires, les supports les plus adaptés sont la radio, la communication visuelle, les projections et le MP3.

Compte tenu du fait qu'en dehors d'Enyellé et des localités importantes, beaucoup d'endroits ne sont pas couverts par le réseau téléphonique, le sms ne devrait pas convenir. Il en est de même des tablettes qui exigent un bon niveau en français (pour la manipulation) ainsi que l'utilisation constante de l'électricité.

Pour les raisons évoquées précédemment, les supports les plus adaptés pour la compréhension des messages restent auditifs (la radio). L'audiovisuel pourrait s'avérer utile avec les projections ambulantes/communautaires des films thématiques/documentaires (santé, droits, protection de l'environnement, etc.). Ces films pourraient être projetés à l'occasion des missions de terrain (infirmiers et autres) : le visuel est plus démonstratif que l'audio. L'UNICEF⁵⁷, l'UNFPA et d'autres partenaires ont déjà réalisés un certain nombre de films sur les autochtones.

S'agissant de la sensibilisation (droits et santé), il serait recommandé d'associer à ce qui vient d'être dit une démarche pédagogique reposant sur des projections vidéo (entre-coupées d'intermèdes musicaux qui favorisent l'intégration des informations transmises), des sketches humoristiques, de théâtre, des danses folkloriques, etc.

➤ **Mécanisme à mettre en œuvre pour recueillir le niveau de satisfaction des bénéficiaires sur la qualité des messages diffusés à travers le lecteur MP3**

Le lecteur MP3 est destiné à la diffusion d'information sur les droits en procédant à des enregistrements (vulgarisation et traduction littérale de lois, témoignages, etc.). Selon Romain Duda, il s'agit-là du « *seul moyen de s'approcher de l'objectif de "70 % des populations autochtones de la Likouala connaissent leurs droits à la fin du Projet", car les ateliers, ayant lieu en journée ne rassembleront sans doute qu'une minorité des Aka des villages concernés* »⁵⁸. Cet outil est donc important dans la promotion des droits et la diffusion des messages de santé. Aussi, la mesure de niveau de satisfaction des bénéficiaires de cet outil est-elle pertinente. La collecte des informations passe nécessairement par des enquêtes/sondages. Ces enquêtes/sondages devraient porter non seulement sur la satisfaction, mais aussi sur le niveau de connaissance des droits, ainsi que sur la mise en application des messages de santé diffusés.

⁵⁶ Tauli-Corpus Victoria, *Op. Cit.*

⁵⁸ Duda Romain, *Op. Cit.*, p. 34

➤ **Prise en compte des aspects liés au genre dans la suite du programme**

L'objectif du Projet, pour la première phase, était de recruter des RC avec au moins 50% de femmes dont 80% d'entre elles seront choisies parmi les populations autochtones. Le Projet reconnaît⁵⁹ que ces objectifs ont été partiellement atteints, mais restent un objectif à long terme. Les premiers RC/ASC « femme et autochtone » ont pu être recrutées. Il s'agit d'un enjeu pour la suite du programme que de pouvoir approfondir cette prise en compte du genre notamment dans le contexte particulier de la culture Aka qui valorise traditionnellement le rôle des femmes.

Il convient de rappeler qu'en 2016, la République du Congo, pour renforcer la promotion de l'équité et de l'égalité de genre, a élaboré sa Politique Nationale Genre pour la période 2016-2020, en cohérence avec les axes du PND. Le Projet devrait s'aligner sur cet outil en matière de prise en compte de la dimension Genre, dans la mesure où cette politique prend en compte les prescriptions de la Convention de 1979 sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (CEDAW), les Objectifs de Développement Durable (ODD) des Nations Unies, etc. En clair, la dimension Genre pourrait être prise en compte dans les domaines suivants :

- ✓ La théorie de l'intervention (l'intervention a recensé les problèmes et les difficultés qui touchent les femmes autochtones et non-autochtones) ;
- ✓ La conception de l'intervention (cadre logique, indicateurs, activités et systèmes de suivi-évaluation, mécanismes d'établissement de rapports) ;
- ✓ Les documents de suivi de la mise en œuvre et les rapports d'activité montrent comment les questions de Genre ont été traitées ;
- ✓ Les parties prenantes (hommes et femmes) ont participé aux différentes phases de l'intervention de manière active, significative et libre ;
- ✓ Les données recueillies ont été ventilées (par sexe, âge, etc.), reflétant la diversité des parties prenantes.

La prise en compte d'une approche genrée est le moyen approprié pour renforcer la participation des femmes à la mise en œuvre du Projet. Cela devrait aboutir à l'augmentation du nombre des femmes parmi le management et le personnel du Projet. A titre d'exemple, le Projet ne compte aucune femme parmi les infirmiers. Son absence restreint le suivi des femmes, notamment les femmes enceintes, en toute dignité et discrétion. D'autre part, la prise en compte de cette approche permettra une plus grande valorisation des RC autochtones dans le Projet, une amélioration des conditions d'utilisation des RC et le renforcement de la surveillance épidémiologique des maladies et des événements de santé. L'approche genrée vise donc à renforcer l'appropriation des problèmes de santé par les acteurs communautaires. Il semble que le Gouvernement s'oriente vers le renforcement de cette approche, car la Ministre de la Santé a récemment évoqué les efforts du Gouvernement visant à recruter les peuples autochtones parmi le personnel de santé, notamment des sages-femmes traditionnelles afin d'améliorer leur expérience dans le système de santé⁶⁰. Le Projet pourrait se rapprocher du Gouvernement pour étudier la faisabilité de cette action dans sa zone d'intervention.

➤ **Approfondissement des enjeux liés à la jeunesse et à l'environnement (préservation de la forêt) dans la stratégie d'intervention**

La stratégie d'intervention n'a pas véritablement intégré les dimensions jeunesse et environnement. Très peu d'activités ont été réservées à la tranche juvénile. Très peu de jeunes Aka figurent parmi les RC. Il en est de même pour les autres postes. Les messages contenus dans le MP3 et la sensibilisation aux droits ne les ciblent pas directement. Or, tout comme les jeunes bantous, les jeunes Aka ont des problèmes spécifiques (éducation à la sexualité,

⁵⁹ Cf. *Les termes de référence de l'évaluation*, pp. 6-7.

⁶⁰ Tauli-Corpuz Victoria, *Op. Cit.*

alcoolisme, scolarité, emploi, etc.). Enfin, à l'instar des femmes Aka, les jeunes Aka ont besoin d'être intégrés dans les instances de coordination et de suivi du Projet. La prise en compte de la jeunesse passe donc par le renforcement de la participation des jeunes Aka aux activités du Projet.

Les questions environnementales ne se posent pas en de termes similaires que chez les Bantous. Les Aka, en général, nuisent peu à l'environnement. La stratégie pourrait donc consister à en sélectionner quelques-uns parmi eux afin de mener le plaidoyer sur le respect des normes environnementales auprès des autorités publiques, des compagnies forestières et des citoyens, car le non-respect de ces normes impact négativement leur milieu de vie (changement climatique, raréfaction des espèces fauniques, etc.).

➤ **Intégration des jeunes générations Aka dans une prochaine phase**

Sous le bénéfice de ce qui vient d'être dit, la prise en compte de la jeunesse Aka passe donc par le renforcement de sa participation aux activités du Projet. Il serait donc indiqué de les responsabiliser en tant que RC (suivant une consultation organisée en bonne et due forme). Certains jeunes pourraient recevoir une formation de pair éducateur afin de mieux servir le projet et, partant, leur communauté. Il pourrait aussi être indiqué de les intégrer dans les instances de coordination et de suivi du Projet.

➤ **Préconisations à émettre en vue d'une réduction de l'empreinte carbone du Projet**

Au regard des données recueillies sur le terrain et des entretiens réalisées, il apparaît que le Projet n'a pas eu une empreinte écologique très élevée. Les principales raisons en sont les suivantes :

- ✓ La consommation de l'énergie électrique est très limitée. L'éclairage public dans la localité d'Enyelle n'est disponible que de 18 heures (voire 19 heures) à 24 heures. Au bureau, le Projet dispose des plaques solaires qui permettent de charger des batteries et d'alimenter les ordinateurs. Tout ceci permet de réduire l'utilisation du générateur ;
- ✓ Les véhicules 4X4 sont polluants mais le transport par véhicule reste le seul moyen envisageable pour réaliser les consultations mobiles. L'optimisation de certains déplacements doit rester une priorité pour une prochaine phase. Dans tous les cas, l'achat de nouveaux véhicules est à envisager dans le cadre du nouveau programme, en vue d'écarter ceux qui sont déjà amortis. Les nouveaux véhicules seront d'autant moins polluants ;
- ✓ Le personnel du Projet, lors de ses missions (celles-ci ne sont pas fréquentes) à Brazzaville utilise le plus souvent les moyens de transport commun (bus et avion) ;
- ✓ Le Projet a un accès limité à internet.

Ainsi, les seuls efforts qui restent à fournir, outre l'achat des véhicules, pourraient l'être en matière de transport aérien, notamment pour le trajet entre la France et le Congo. A ce sujet, il pourrait être possible d'identifier un nombre assez significatif de patient lépreux à opérer avant d'envisager le voyage du Professeur Chaise dans la Likouala ; ceci afin non seulement de rendre ces voyages profitables à un plus grand nombre de patients, mais aussi d'espacer un peu plus ces voyages et de minimiser l'empreinte carbone.

b. Dispositif de mise en œuvre de partenariat

i. Rétrospectif

- Niveau d'adéquation entre l'organisation interne et la constitution de l'équipe terrain du Projet

Le Projet emploie actuellement une vingtaine de personnes à sa base d'Enyellé comme l'indique le tableau ci-dessous. A cela, il faut ajouter la Facilitatrice Communautaire (FC) de Boyellé et de Bétou. L'organisation interne a pu permettre la mise en œuvre des activités de façon appréciable. Toutefois, certaines faiblesses n'ont pas facilité la réalisation des actions de façon optimale. Le changement de personnel n'a pas été sans ralentir le rythme d'exécution des activités, si ce n'est un changement de vision. Des entretiens réalisés, il ressort que le départ de Dr Patrick Guyon a changé la vision de départ du Projet de façon substantielle⁶¹. Le « turn-over » a concerné également l'équipe locale. Le départ précipité de la première cheffe de mission a entraîné un temps de latence qui a duré jusqu'à la nomination d'un nouveau chef de mission. L'anthropologue du Projet abonde dans le même sens : « *La confiance des Aka en l'OMF [a été] atteinte (plusieurs cas d'abandon de traitement, de fuite de l'hôpital, consultations en baisse) suite au départ précipité de la Responsable terrain, Elise Janvier, en janvier 2018* »⁶². Dans ce contexte, le nouveau chef de mission a dû avoir fort à faire pour reconquérir cette confiance.

D'autre part, le Projet ne compte aucune femme parmi les infirmiers tel que déjà souligné précédemment. Son absence handicape le suivi des femmes, notamment les femmes enceintes, en toute dignité et discrétion.

Les missions de consultations mobiles sont assurées, habituellement, par un infirmier. A ce sujet, l'équipe d'évaluateurs a pu observer qu'à certains moments, celui-ci est débordé, au regard de la forte affluence des patients. Pour y faire face, il se fait assister par le chauffeur (distribution des comprimés, soutien aux malades lors des pansements des paies ou des injections, etc.).

Enfin, l'activité apicole a été confrontée au problème de suivi régulier mentionné à plusieurs reprises. Le compte-rendu de la mission organisée par Mme Enora Javaudin, du 26 janvier au 27 février 2019 indique que c'est Clément Mitterrand (ASPC et OMF) qui assurait le suivi des apiculteurs. Pour renforcer ce suivi, une moto-brouette a été financée sur fonds propres par APIFLORDEV afin de faciliter les tournées de suivi des apiculteurs, d'entretien et de récolte des ruches⁶³. L'état d'abandon dans lequel se trouvent les ruches à Makodi permet d'avancer que ce dispositif n'était pas adéquat.

Tableau 8) Le personnel employé par le Projet à la base d'Enyellé

N°	Fonctions	Nombre
1	Chef de mission	1
2	Adjoint au chef de mission	1
3	Médecin conseil	1
4	Caissier/Assistant comptable	1
5	Infirmiers	4
6	Chauffeur-mécanicien	3
7	Technicienne de surface	1
8	FC	6
9	Gardien	1
10	Gardien villa	1
Total		20

⁶¹ Entretien avec l'ASPC, 17 septembre 2019.

⁶² Duda Romain, *Op. Cit.*, p. 4.

⁶³ Javaudin Enora, *Compte-rendu de mission (26 janvier - 27 février)*, 2019, p. 5.

➤ **Cohérence de l'équipe bantou par rapport aux actions à mettre en œuvre**

Il ressort des discussions de groupes qu'une majorité des autochtones pensent que l'équipe Bantou du Projet a répondu aux besoins sanitaires des autochtones. Néanmoins, les intéressés ont regretté le nombre limité de rotations des équipes mobiles (une fois/mois/par localité). Certains ont pointé le fait que parfois, les programmes de consultations mobiles ne sont pas annoncés par avance aux patients (ce qui fait qu'au moment où l'équipe de consultations arrive dans les villages, certains patients sont déjà partis au champ).

A Bissambi, l'ASC Bantou a une zone à couvrir beaucoup plus grande que celle de la plupart de ses collègues ; ce qui ne facilite pas son travail, surtout en période de saison des pluies (sachant que celui-ci est une personne à mobilité réduite. Il se déplace, en compagnie de la RC, sur une moto-tricycle).

➤ **Profils manquants pour mettre en œuvre l'action de manière optimale**

L'organisation interne et la constitution de l'équipe de terrain du Projet a permis de mettre en œuvre les actions (consultations mobiles, prise en charge des malades hospitalisés, etc.). Néanmoins, il est apparu quelques faiblesses. Le management du Projet a réalisé très peu de mission de coordination et de suivi des activités sur le terrain (par exemple lors des consultations mobiles des infirmiers), le mécanisme de collecte des données n'a pas été totalement fiable, le personnel infirmier est insuffisant par rapport à l'immensité de la tâche (la zone à couvrir et le nombre de patients), il n'y a pas de femmes parmi le staff (le management et les infirmiers), de spécialiste en suivi-évaluation, etc. Certains RC et ASC avaient des zones plus grandes à couvrir (Bissambi) que d'autres, tandis que certains avaient d'importantes difficultés de communication avec la base à Enyellé (Boyellé).

➤ **Collaboration entre l'équipe locale de l'OMF avec d'une part les partenaires locaux et d'autre part l'équipe basée en France**

La qualité de la collaboration entre l'équipe locale de l'OMF et les partenaires locaux est mitigée. Si avec le CSI d'Enyellé, de Betou et l'Hôpital Le Pionnier à Impfondo, les choses ont assez bien fonctionnées, avec les autorités administratives locales, la collaboration a été difficile. Il s'en est suivi des difficultés de coordination avec la Direction Départementale de la Santé (DDS), entraînant par exemple le blocage de la campagne de vaccination. Un manque de synergie avec certains postes de santé existants (Poste de sante de Terre Sans Frontière d'Ibenga, Poste de Santé de Bolomo, la sage-femme de Moungoungui) a également été constatée. Enfin, tel que mentionné ci-haut, il y a très peu de rencontres avec le Ministère de la Santé et de la Population (MSP) au niveau central (à Brazzaville).

Aussi, pour la nouvelle phase du Projet, il serait souhaitable que le staff de l'OMF engage un dialogue constructif avec le MSP afin de renforcer la collaboration et de redéfinir le cadre de partenariat ainsi que les modalités de gestion. Il est revenu à l'équipe des évaluateurs qu'il sera mis en place un Comité de pilotage du Projet pour la nouvelle phase. Ce comité de pilotage pourrait être un cadre de concertation et de prise de décisions des grandes orientations du Projet. Il s'agira également de veiller à la représentativité des parties prenantes, y compris les bénéficiaires (femmes/hommes autochtones et jeunes). D'autre part, le Projet pourrait renforcer sa visibilité auprès des acteurs du secteur de santé (y compris les PTF) et intégrer les instances faïtières existantes (par exemple l'Alliance des structures privées de santé).

Les divergences de visions avec l'OMF concernant le Projet ont conduit l'ASPC à décider d'arrêter sa collaboration dans le cadre du Projet futur. Cette décision a été prise au moment où l'ASPC a entamé une réflexion interne sur la définition de ses activités futures et les moyens de leur mise en œuvre.

➤ Perception du Projet par les différents acteurs

La majorité des personnes (acteurs étatiques et non étatiques) interrogées ont une perception positive du Projet, dans la mesure où il vise l'amélioration de l'accès aux soins et aux services de santé pour les populations autochtones, de la qualité de l'offre de soins, ainsi que l'autonomisation de ces populations et leur responsabilisation. Toutefois, sa mise en œuvre a suscité quelques remarques de la part de certains interlocuteurs. Au MSP, les interlocuteurs de l'équipe des évaluateurs ont souligné le déficit de relations : « *nous ne savons pas tout ce qui a été fait pendant la phase opérationnelle* »⁶⁴. A la Direction nationale des MTN, par contre, la perception du Projet s'est nettement améliorée : « *par rapport à avant, les choses prennent une allure un peu plus régulière. Nous recevons de temps en temps des rapports de l'équipe locale de l'OMF* »⁶⁵. Plusieurs raisons peuvent expliquer ces plaintes. Parmi ces raisons figurent en bonne place l'insuffisance de communication sur les articulations (objectifs, activités et résultats intermédiaires et finaux) du Projet auprès des acteurs, surtout les acteurs clés (MSP, le préfet du département de la Likouala, le Maire d'Enyellé, etc.). La méconnaissance du contenu du Projet a fini par alimenter des interrogations chez ces acteurs. Toutefois, à la décharge du Projet, il faut signaler que la Direction départementale de la santé n'a pas pleinement joué son rôle d'interface entre le Projet et les acteurs gouvernementaux (Préfecture, Ministères, etc.). Elle n'a pas su être proactive dans la collecte des données sur le Projet à transmettre à ces acteurs. Cette faiblesse inhérente au fonctionnement de la DDS Likouala a été, du reste, reconnue par le MSP.

➤ Système de coordination entre les différents partenaires

En République du Congo, le système de santé est organisé administrativement (décret n° 2018/268 du 02 juillet 2018) en trois (03) niveaux hiérarchiques : central, intermédiaire et périphérique. (i) Le niveau central est représenté par le cabinet du ministre de la santé et de la population, les trois (3) directions générales, les directions centrales et autres structures rattachées au ministère. (ii) Le niveau intermédiaire est constitué par les directions départementales de la santé, les directions départementales de la population et les inspections départementales de la santé (iii) Le niveau périphérique, quant à lui, est constitué par le district sanitaire subdivisé en aires de santé.

Des entretiens et observations sur le terrain, il ressort que le Projet n'a pas bénéficié d'une coordination efficace, faute de cadre approprié. Pourtant le Protocole d'accord signé le 30 avril 2018 avec le MSP a prévu pour les modalités de sa mise en œuvre, une Commission consultative conjointe (article 3)⁶⁶. Malheureusement, cette Commission ne s'est jamais réunie. De toute façon une Commission consultative peut difficilement assurer un rôle opérationnel dévolu à un Comité de gestion ou de pilotage. De même, l'OMF a signé des accords séparés avec plusieurs autres acteurs (APIFLORDEV, ASPC, ASLAV, CSI de Betou, Hôpital Le pionnier d'Impfondo, etc.). L'absence d'un cadre de concertation commun ne pouvait pas faciliter la coordination des actions dans une telle situation d'éclatement des acteurs. De même l'empilement des accords n'a pas rendu aisé leur bon suivi. Toute ceci a certainement conduit le MSP à recommander pour la nouvelle phase la mise place d'un Comité de pilotage (COPIL) du Projet. Ce COPIL pourrait résoudre le problème de déficit de coordination, en outre de renforcer la gouvernance et l'intersectorialité.

➤ Optimisation de la coordination dans un contexte d'isolement technologique et géographique

La localité d'Enyellé se trouve dans une zone qui souffre d'un isolement géographique, les voies la reliant aux autres départements et pays limitrophes sont en terre avec ce que cela

⁶⁴ Entretien du 3 octobre 2019.

⁶⁵ *Ibidem*.

⁶⁶ Cette disposition renvoie à la Convention de partenariat qui lie les deux parties (articles 6 et 7).

implique en saison des pluies. De temps en temps, ces pistes sont entretenues par les compagnies forestières (le plus souvent la CIB). Mais, leur état boueux en période de saison pluvieuse complique les déplacements pour les missions de coordination à Impfondo (le chef-lieu du département) où sont basées toutes les directions départementales.

A l'isolement géographique, il faut ajouter l'isolement technologique : la connexion internet est de très mauvaise qualité. Celle-ci est obtenue via les compagnies de téléphonie mobile (système de prépaiement). L'équipe locale a tenté, sans succès, de mettre en place un système de connexion satellitaire. En réalité, la mise en place de ce dispositif nécessite l'intervention d'un spécialiste. Face à ces multiples contraintes, elle a fait preuve de pragmatisme. Pour communiquer, elle a utilisé, selon l'opportunité, le mode interpersonnel, les correspondances écrites, le téléphone et, dans une certaine mesure, internet. Mais, comme expliqué précédemment, ce pragmatisme n'a pas permis une coordination efficace. Le Projet d'antenne radio d'Enyellé pourrait éventuellement se concrétiser prochainement, permettant ainsi de diffuser des messages de prévention en santé par exemple.

➤ **Forces/ faiblesses/ à améliorer, mentionnées par les différents acteurs par rapport à la collaboration**

La première phase du Projet s'est déroulée dans un contexte de collaboration mitigée. Interrogés à ce propos, les différents interlocuteurs ont pu dégager les forces et les faiblesses de cette collaboration. Celles-ci peuvent être résumées de la manière suivante :

• **Les forces**

- ✓ Une équipe dynamique basée au siège capable d'impulser une bonne dynamique ;
- ✓ Tradition dans l'écoute et le dialogue ;
- ✓ Une capacité de remise en cause avérée et d'adaptation aux innovations ;
- ✓ Une capacité à la mobilisation des parties prenantes ;
- ✓ Une grande crédibilité pour l'action de coordination dans le cadre des activités de lutte contre la Lèpre ;
- ✓ L'existence des relais sur l'ensemble de la zone d'intervention ;
- ✓ La bonne dynamique avec les CSI (Enyellé et Betou) et l'hôpital Le pionnier.

• **Les faiblesses**

- ✓ L'absence de cadre de concertation entre les acteurs clés du Projet ;
- ✓ L'insuffisante compréhension commune des différents rôles des acteurs clés. Le Projet a faiblement sollicité la contribution des acteurs institutionnels dans la coordination des actions (par exemple, le MSP et sa direction départementale dans la Likouala), celle des bénéficiaires dans l'identification des besoins et la mise en œuvre des activités. Inversement, les acteurs institutionnels n'ont pas été suffisamment proactifs pour s'investir dans le Projet (certains responsables du Projet et du MSP ne savaient pas que leurs structures respectives étaient liées par un accord ou, du moins, n'en connaissent pas le contenu, en général, le rôle dévolu à chacune de ces structures, en particulier) ;
- ✓ Le faible implication et participation des autochtones dans la mise en œuvre du Projet ;
- ✓ Les échanges insuffisants entre le niveau horizontal (avec les autres acteurs du système basés dans la zone d'intervention et en dehors) et vertical (avec les RC, ASC et FC).

➤ **Identification, reconnaissance et intégration des UCM, RC, ASC et FC par les autorités locales et les peuples concernés dans le périmètre d'action du Projet et les différents acteurs impliqués**

Selon les données recueillies lors des discussions de groupes avec les autochtones, le rôle des UCM est reconnu par une très grande majorité de personnes interrogées. Avec les mots qui sont les leurs, les autochtones ont exprimé que les UCM ont pour rôle de les consulter, de distribuer gratuitement des médicaments et de leur donner des conseils en matière de santé (l'utilisation de la moustiquaire, la nécessité de suivre les traitements, l'hygiène corporelle et environnementale).

Ce même rôle est également reconnu par les autorités villageoises avec lesquelles l'équipe d'évaluateurs a pu s'entretenir (Makodi, Bissambi, Ibenga, etc.). Il en est de même des autorités des CSI d'Enyellé, de Betou et de l'Hôpital Le pionnier d'Impfondo. S'agissant des autorités départementales de la santé et des affaires sociales, l'intégration des UCM dans le dispositif de l'amélioration de l'accès aux soins pour les populations autochtones est encore timide. Les raisons de cette situation ont été précédemment évoquées.

Le rôle des RC est reconnu par les autochtones. Plus de 2/3 des personnes interrogées ont précisé que leur rôle est de leur donner des conseils sur la nécessité de se faire consulter en cas de maladie et de suivre les traitements prescrits. Ils ont également pour rôle de les sensibiliser sur les mesures d'hygiène et sur les notions des droits (utilisation du MP3). Le même rôle a également été reconnu au FC, ce qui traduit une certaine confusion de fonction entre les deux.

Sur le terrain, l'équipe d'évaluateurs a observé que l'organisation du travail entre ces deux acteurs variaient en fonction des localités. Ces rôles doivent également être promus et indiqués auprès des autorités villageoises et autres. A ce sujet, l'anthropologue avait déjà estimé que le RC Aka devait jouer le rôle de médiation entre l'équipe de l'OMF et les communautés Aka : lors du passage des UCM, l'équipe médicale mobile devrait en premier lieu se manifester auprès du RC aka et lui demander un point sur la situation sanitaire (de préférence en l'absence du RC bantou). Cette méthodologie n'est pas suivie sur le terrain. La raison qui explique cela est certainement le faible niveau scolaire des autochtones RC. D'autre part, l'anthropologue avait également souhaité que le RC mobilise les membres du village (en amont des visites qui doivent être faites, dans l'idéal annoncées plusieurs jours avant). Par ce biais, affirmait-il, le RC Aka se familiarise avec les diagnostics, les traitements et les messages de prévention prodigués par les infirmiers. Enfin, il devait être également la personne-ressource au sein de la communauté. Cette initiative se fonde sur une nécessité de faire du renforcement de capacité (« *capacitybuilding* ») au sein des communautés aka et non pas uniquement attribuer un statut aux seuls Bantous⁶⁷. Il s'agit-là des préconisations intéressantes dont une bonne partie a déjà été mise en œuvre dans le cadre de la première phase. Il serait donc pertinent de renforcer davantage la mise en œuvre de cette approche.

Le rôle du FC n'est connu que de ceux qui ont déjà été hospitalisés pour un accouchement et pour maladie. Dans notre échantillon, il s'agit d'une minorité. En effet, seules 3,7% de personnes interrogées affirment avoir bénéficié des services du FC. Selon les enquêtes, c'est le FC qui facilité leur installation dans leur chambre des CSI (Enyellé et Betou). Ces derniers ont indiqué que le FC donne de l'argent de poche après l'accouchement (entre 1500 FCFA et 2000FCFA/jour)⁶⁸, du savon, des habits (pour le bébé) et des médicaments.

⁶⁷ Duda Romain, *Op. Cit.*, p. 10.

⁶⁸ Il semble que depuis 2018, les FC ne distribuent plus l'argent, mais seulement un repas (le plus souvent constitué de boîte de conserve, de riz, de viande, de poissons fumés, etc.). Certains patients revendent les boîtes de conserve (parce que leur consommation n'entrerait pas dans les habitudes alimentaires des autochtones) pour acheter une nourriture locale (légumes, poissons, etc.). Entretien du 20 septembre 2019 avec le FC de Betou.

Le rôle du FC est reconnu dans les CSI visités. Sa présence quotidienne au sein des CSI dissuade toute tentative de mauvais traitement ou de marginalisation des autochtones. Toutefois, un effort de vulgarisation de son rôle pourrait être fait auprès des CSI (et même de la population), car il est revenu à l'équipe des évaluateurs que quelques FC font l'objet de jalousie de la part de certains parmi le personnel du CSI (du fait qu'il gère le stock de nourriture et de médicaments)⁶⁹ ou de moquerie⁷⁰.

➤ **Duplication de certaines activités et réalisation par différents profils**

Certaines activités réalisées, en dépit des résultats atteints, n'ont pas été à l'abri des duplications. A titre d'illustration, citons les fonctions de médiation entre l'équipe de l'OMF et les communautés Aka qui, à l'observation, sont jouées à la fois par le RC autochtone et l'ASC. C'est d'ailleurs à l'ASC que l'équipe mobile se manifestait en premier lieu pour lui demander de sensibiliser les autochtones. Et ce dernier, selon les cas, requérait à son tour le RC Aka, quand il décidait de ne pas s'en occuper lui-même. En outre, avant toute consultation, généralement, aucun point n'est fait entre le RC ou l'ASC et l'équipe mobile. D'autre part, il est apparu des entretiens que les visites domiciliaires auprès des Aka sont effectuées aussi bien par les RC Aka que par les ASC et, même, les FC⁷¹. La sensibilisation sur les mesures d'hygiène sont également réalisées par les trois personnes. L'équipe de consultations mobiles fait de même, lors des rotations. Cette implication collective dans cette tâche vise certainement à rendre l'action de l'OMF plus efficace. Toutefois, une clarification des responsabilités à ce sujet ne pourrait que contribuer à rationaliser l'utilisation du personnel et, surtout, à établir un régime clair des responsabilités au sujet de la sensibilisation, des visites domiciliaires et de suivi de la prise effective des médicaments distribués aux patients.

➤ **Valorisation de l'apport des experts anthropologues**

La réalisation du Projet a bénéficié de la contribution de l'expertise des anthropologues. Il s'agit principalement de l'expertise de M. Romain Duda. Celui-ci a effectué plusieurs missions dans la Likouala : missions d'évaluation socio-anthropologique du programme en septembre 2017, missions d'anthropologie appliquée au programme du 12 février au 24 mars 2018 et d'anthropologie (du 17 octobre au 14 novembre 2018). Il ressort des documents consultés et des entretiens réalisés que l'expertise des anthropologues a été recherchée dès le démarrage du Projet avec pour objectif l'amélioration de la connaissance globale de la situation et en particulier de la relation Bantous-autochtones afin d'effectuer un transfert de compétences auprès des acteurs locaux à tous les niveaux (communautaire, institutionnel...) et d'améliorer la contribution des organisations de la société civile aux processus de gouvernance et de développement sans heurter les mentalités. Elle a été également recherchée dans l'approfondissement de la conception et la mise en œuvre des actions de sensibilisation. Ces activités avaient pour but de provoquer des changements de comportement à tous les niveaux dans l'accès aux soins mais aussi et surtout concernant la demande de soins.

Par ailleurs, cet apport a permis de mieux concevoir les actions de sensibilisation susceptibles de provoquer des changements de comportements à tous les niveaux dans l'accès aux soins et la demande de soins. A ce titre, l'exemple le plus symbolique, est l'introduction de la technologie MP3 (avec thématiques variés et contextualisés) dans le dispositif de sensibilisation.

Toutefois, l'équipe d'évaluateurs a noté un manque de stratégie globale dans le déploiement de ces MP3. Chaque RC a opéré selon son approche (sensibilisation de groupe : en un point de la localité, individuelle ou transmission d'individu à individu sans consignes particulières). Certains RC n'ont pas encore reçu de MP3. Une personne non RC en a reçu (à Longa. Ce

⁶⁹ Cas de Boyellé.

⁷⁰ Certaines personnes se moquent d'eux du fait de travailler pour la cause autochtone.

⁷¹ C'est le cas à Enyellé (entretien avec les facilitateurs du 28 septembre 2019).

MP3 a été cassé par la suite). Une évaluation future permettra certainement de mieux évaluer l'impact de ces messages sur le vécu quotidien des Aka. La mise en application tardive de cette technologie par le Projet n'a pas permis aux évaluateurs d'en apprécier pleinement les effets chez les autochtones. Néanmoins, d'apparence, la plupart des Aka ont affiché les mêmes problèmes d'hygiène corporelle et environnementale, ainsi que l'ignorance dans l'utilisation des mécanismes de protection de leurs droits.

ii. Prospectif

➤ Evolution du dispositif et compétences de l'équipe sur place.

Tel qu'analysé précédemment, le dispositif nécessite un certain nombre d'aménagement et d'amélioration. Par rapport aux enjeux futurs de la mission, plusieurs postes pourraient être renforcés.

Médecin : Le poste occupé actuellement par le Dr Cyriaque Yamoulou est un poste de médecin conseil, il est officiellement le médecin conseil du Projet Lèpre. En pratique, il appuie régulièrement les activités médicales mises en œuvre par le Projet de l'AFD. Les infirmiers ont acquis une bonne expérience du fonctionnement des UCM. En revanche, il pourrait être pertinent que le médecin conseil ait davantage un rôle de coordinateur médical afin de mieux appuyer la stratégie d'intervention médicale. Ce rôle est important pour la phase 2 et pour le soutien plus conséquent au système de santé à travers le CSI d'Enyellé.

Infirmiers : 3 infirmiers sont actuellement actifs au sein du Projet, auxquels vient s'ajouter un infirmier actif à la pharmacie. Par rapport au constat fait sur les fréquences élevées des rotations des UCM, il paraît déterminant d'avoir au minimum un infirmier supplémentaire. Idéalement celui-ci devrait être une infirmière afin d'aborder plus facilement les problématiques de santé materno-infantile avec les populations autochtones. En ayant un infirmier supplémentaire, cela permettrait également de minimiser le nombre d'UCM réalisées avec seulement un infirmier.

Chargé de Suivi/ Evaluation : Il ne s'agit pas forcément d'une création de poste mais il existe un besoin de renforcer la gestion des données quantitatives. Il n'existe pas de données fiables et la désagrégation des données ethniques n'est pas possible, il est d'autant plus difficile de pouvoir mesurer des résultats tels que « 70% des populations autochtones ont accès aux premiers secours ». Il pourrait être pertinent de développer des indicateurs sur lesquels il est possible d'avoir des données de base et de mesurer l'évolution. Ainsi des indicateurs pourraient être définis concernant l'amélioration de la qualité de l'offre de soins, afin d'aller au-delà des indicateurs tels que : « 100% des ASC ont été formés aux soins de santé maternelle et infantile ». Cela pourrait aussi comprendre les indicateurs permettant de mieux mesurer la qualité des soins délivrés : par exemple % de CPN réalisés avec respect des standards minimum. De nombreux guidelines existant peuvent aider à affiner la rédaction de ces indicateurs⁷².

Le chargé de suivi/ Evaluation pourrait également travailler sur la dimension changement, en particulier le changement de comportement. Cela permettrait de mesurer de quelle manière les populations autochtones mettent en pratique les sensibilisations reçues. Exemple : le nombre de bénéficiaires mettant en œuvre des mesures d'hygiène corporelle, etc. Pour mesurer le changement de manière quantitative, il serait préférable de mener des enquêtes périodiques avec les RC.

⁷² Recommandations de l'OMS concernant les soins prénatals pour que la grossesse soit une expérience positive (OMS, Human Reproduction. Programme 2016).

➤ **Amélioration des compétences et méthodes de sensibilisation / changement de comportement pour les RC, ASC et FC**

Concernant les méthodes de sensibilisation, le MP3 reste le support le plus important. Toutefois, il n'existe pas de stratégie globale pour le changement de comportement par rapport à l'hygiène et au droit. Or, si certains messages ont été compris, la mise en pratique est plus aléatoire. Concernant l'amélioration des compétences, s'il est encore trop tôt pour faire un bilan, le changement de comportement des populations autochtones n'a pas véritablement commencé. Il serait intéressant d'améliorer les compétences / connaissances en changement de comportement (« *Behaviour Change* ») car c'est sur cette dimension que les RC de par leur connaissance de la culture Aka peuvent faire évoluer les mentalités.

Face à la complexité du concept de changement de comportement, plusieurs modèles et théories ont été développés et testés aussi bien dans des contextes de pays « développés » que dans des contextes de pays « en développement » au cours des dernières décennies. Il serait intéressant de s'en inspirer pour la stratégie future.

Changement de comportement : Modèles et théories⁷³.
Psychologie de la santé Les modèles de psychologie de la santé, tels que le « Health Belief Model », la « Theory for Reasoned Action » et « Theory of Planned Behaviour » apportent une base solide de réflexion pour les interventions dont l'objectif est de susciter un changement de comportement. Ils cherchent à identifier les facteurs psychologiques qui influencent les comportements liés à la santé et les processus de décision qui mènent les individus à prendre action – ou non – dans le but de protéger leur santé (Glanz, Rimer, & Viswanath, 2008) Le Health Belief Model souligne en particulier l'importance des perceptions que peut avoir un individu envers les différentes composantes liées à la santé. Si l'individu ne se sent pas menacé par un problème de santé, s'il perçoit plus d'inconvénients que d'avantages dans l'adoption d'un nouveau comportement, s'il a une faible opinion de l'efficacité de celui-ci, ou ne se sent pas capable de le mettre en œuvre, le changement sera d'autant plus difficile. Les théories of Reasoned Action and Planned Behaviour mettent l'accent sur la relation entre l'attitude, les croyances, l'intention, le contrôle perçu et le comportement de l'individu. Un changement d'attitude et de croyance changera l'intention et donc le comportement. Les limites de ces théories résident dans le fait qu'elles ne permettent pas d'appréhender de manière indépendante les dimensions sociales et environnementales qui peuvent elles aussi influencer les comportements liés à la santé.
Psychologie sociale La psychologie sociale élargit le champ d'étude des théories de psychologie de la santé en s'intéressant au processus psychologique de réflexion en relation à l'environnement social. Elle permet d'appréhender l'ensemble des déterminants sociaux et environnementaux qui peuvent avoir une influence sur le comportement de l'individu et du groupe La « Social Cognitive Theory » reconnaît l'impact de l'environnement sur le comportement, et s'intéresse également à la manière dont un groupe peut s'organiser afin de rendre l'environnement favorable à ses besoins (Glanz, Rimer, & Viswanath, 2008). Elle insiste sur le rôle des relations interpersonnelles et de l'environnement sur le comportement de l'individu et du groupe. Elle souligne également l'importance de la capacité de l'individu à accepter certains sacrifices dans le but d'obtenir un résultat positif dans le long terme et de l'apprentissage par l'observation.

⁷³ L'approche ABCD (Approach focused on Behavior Change Determinants) est une approche à sensibilité socio-anthropologique) Manuel et Outils Solidarités International 2015.

Autres modèles pertinents du changement de comportement appliqués au domaine de l'EHA (Eau-Hygiène-Assainissement)

Le modèle RANAS inspiré des modèles de psychologie de la santé, l'EAWAG⁷⁴ (Inspiré des modèles de psychologie de la santé), l'EAWAG a élaboré un modèle dénommé RANAS (Risk, Attitudes, Norms, Abilities and Self-regulation) qui postule que la création d'un nouveau comportement durable (qui devient une habitude) chez l'individu dépend des cinq blocs de déterminants qui composent son nom : Risque, Attitude, Norme, Capacité et Auto-régulation (Mosler, 2012). Le modèle RANAS offre une méthodologie claire dans son analyse des déterminants du comportement et insiste sur la nécessité de définir les comportements cibles, d'identifier quels sont les déterminants qui agissent sur ces comportements et de les prioriser. Ceci peut être fait via une méthodologie quantitative poussée. On note néanmoins que la méthodologie, lourdement penchée vers une analyse quantitative du contexte et des déterminants, ne facilite pas l'exploration, l'analyse approfondie et la compréhension de certaines dynamiques et facteurs clés qui influencent les comportements cibles.

Le modèle conceptuel de la LSHTM (London School of Hygiene & Tropical Medicine)

Une approche alternative, nommée EvoEco, est proposée par la London School of Hygiene & Tropical Medicine. Cette approche propose un modèle conceptuel qui rassemble trois éléments fondamentaux : l'environnement (physique, biologique et social), le cerveau (réactif, motivé et exécutif), et le corps qui œuvre le comportement (Aunger & Curtis, 2014). Elle postule que le comportement est une interaction dynamique entre le corps et l'environnement et non une fin en soi. Le cerveau fait partie intégrante du corps et le corps de l'environnement.

La force principale de ce modèle est qu'il reconnaît l'interaction de chaque élément et l'importance que ces interactions peuvent avoir sur le comportement. Grâce à l'analyse purement qualitative de chaque élément, il permet de mieux déterminer comment modifier un comportement. Il offre également une série de déterminants identifiés comme clés dans l'adoption des comportements EHA tels que le dégoût, la honte, et l'amour maternel (Curtis, Danquah, & Aunger, 2009). Cependant, l'aspect purement qualitatif de ces analyses rend impossible le fait d'établir un lien statistique entre les déterminants et les comportements ciblés et donc de prioriser de manière systématique et quantitative les déterminants à exploiter dans l'intervention (Curtis, Danquah, & Aunger, 2009).

Marketing Social

« Le marketing social est l'utilisation d'outils issus du marketing commercial afin de promouvoir l'adoption d'un comportement qui permet d'améliorer la santé ou le bien-être du public cible ou de l'ensemble de la société » (Weinreich, 1999).

Tout en reconnaissant le rôle que joue les déterminants liés à l'environnement ou l'individu dans l'adoption d'un comportement tel que l'utilisation d'eau potable pour la boisson, le marketing social propose d'intégrer cette compréhension du contexte dans une démarche de promotion adaptée aux groupes cibles en utilisant les meilleurs messages et moyens de communication.

En résumé : L'ensemble des théories et modèles présentés ici sont complémentaires. Tous ont pour objectif de stimuler le changement de comportement au sein d'une population pour le bénéfice de tous. En les étudiant, on peut percevoir la complexité du comportement et de la manière dont il se construit. Il est donc important de noter la difficulté qui accompagne toute intervention dont le but est de changer un comportement de manière pérenne. Cette difficulté réside dans la mise en œuvre d'une intervention appropriée et renseignée par une compréhension fine du comportement dans un contexte donné, mais également dans l'effort que peut avoir à fournir la population cible dans la mise en œuvre de ce changement. Chaque modèle et théorie présentée ci-dessus reconnaît cette complexité mais part

cependant d'une vision différente dans les dimensions du changement de comportement qui sont prises en compte. Par ailleurs, leur niveau d'opérationnalisation est très varié :

- ✓ Le modèle RANAS, qui est le plus opérationnel de tous, n'intègre pas systématiquement l'environnement dans son analyse, qui est par ailleurs lourdement quantitative et donc potentiellement trop superficielle.
- ✓ Le modèle Evo-Eco proposé par la LSHTM n'a pas, quant à lui, d'étape de priorisation systématique des déterminants du changement de comportement sur lesquels fonder une stratégie opérationnelle.
- ✓ La Social Cognitive Theory, qui se rapproche fortement du modèle Evo-Eco, souffre du même défaut sans même proposer de déterminant particulièrement pertinent au domaine EHA comme le fait ce dernier.
- ✓ Les théories de psychologie de la santé se limitent uniquement au processus psychologique de l'individu sans prendre en compte les interactions avec l'environnement.
- ✓ Enfin, le marketing social permet surtout de traduire l'analyse du contexte, du comportement et de ses déterminants en messages et moyens de communication pertinents.

➤ Amélioration des connaissances en veille épidémiologique

Dans le rapport du Musée de l'homme⁷⁵, il était précisé le manque de formation sur la veille épidémiologique de certains RC notamment en matière d'alerte des épidémies (rougeole, méningite, paludisme, diarrhées, épidémie à forte mortalité : shigelloses, Monkey Pox, Ebola, etc.). D'autres RC ont manqué de compétences notamment en diagnostic des maladies. L'effort sur la veille épidémiologique devra donc être maintenu. Des formations ont été réalisées mais celle-ci restent insuffisantes. Il faut souligner l'importance de l'amélioration du niveau de connaissance des ASC et RC en identification des maladies à potentiel épidémique, en particulier les pathologies suivantes :

- ✓ Le monkey pox. Depuis janvier 2017, une épidémie de monkey pox sévit dans la Likouala avec un total de 74 cas enregistrés sur la liste linéaire de 84 cas relevés en 2017. Il faudra aussi signaler qu'après investigation, il s'est avéré qu'il y avait 10 autres cas suspects dans le village de Manfouété et les campements environnants parmi lesquels deux sont décédés, cinq suspects se seraient réfugiés dans la forêt, trois autres seraient dans des campements de Dignonga et Nambala (respectivement à 7 et 18 km de Manfouété, seulement accessible à pied par des sentiers dans la forêt).

Au total, 5 décès ont été enregistrés depuis le début de l'épidémie (taux de létalité 5,95%). Sur les 38 échantillons prélevés et envoyés au laboratoire national à Brazzaville pour analyse, 8 ont été positifs. Les populations les plus touchées sont les peuples autochtones vivant dans la grande forêt équatoriale et se nourrissant essentiellement de viande de brousse.

- ✓ Le Choléra. De 2010 à 2016, le Congo a connu quatre épidémies dues au déclin des conditions hygiéniques et à un approvisionnement irrégulier en eau potable. La dernière, en 2016 dans le district administratif de l'Ile Mbamou, a permis d'identifier 18 cas dont 3 décès, soit une létalité de 16,7%.
- ✓ Maladie à virus Ebola. De 2001 à 2005, le Congo a connu quatre épidémies à virus Ebola dans le département de la Cuvette-Ouest. La dernière, en 2005, a occasionné 12 cas, soit une létalité de 75%. Bien que le Congo n'ait pas été confronté à une épidémie d'Ebola depuis 2005, les mesures ont été renforcées en 2014 en raison de la flambée épidémique qui a touché l'Afrique de l'Ouest et le nord de la RDC en 2017.

⁷⁵ Musée de l'homme/ Duda Romain Evaluation anthropologique 2017, p. 43.

- ✓ La rage. Il ne faut pas oublier également la rage qui a sévi pour la dernière fois en 2014 avec 14 cas (100 % létalité) à Pointe Noire et au Kouillou. Dans les pays voisins, la RDC et l'Angola, des cas de rage humaine sont régulièrement relevés.

L'identification des maladies tropicales négligées (MTN) est un processus bien rôdé avec l'identification des cas de lèpre et de Pian en particulier mais il est nécessaire de continuer à former les ASC/RC pour continuer à mener la lutte contre ces MTN. Certes l'OMF n'est pas responsable de la veille épidémiologique mais les ASC / RC sont en première ligne de ces maladies à potentielle épidémique, y compris les MTN. Tel que mentionné lors de notre entrevue avec le Dr Gilius Aloumba, directeur national des MTN, le dispositif de surveillance est défaillant en particulier dans les régions comme la Likouala qui fait frontière avec des pays présentant des risques sanitaires importants ((RDC et RCA).

Ensuite, au-delà des formations, il est important de prévoir des espaces de discussion, d'échanges, de mise en commun des pratiques, des retours d'expériences. Aujourd'hui, certains ASC et RC se sentent isolés. Dans le cadre de la phase 1, un manque d'échanges a été constaté entre les ASC et les RC. Quelques-uns ont l'impression de ne pas faire partie de l'équipe. Certes, l'organisation d'ateliers d'échanges nécessitent la mobilisation d'importantes ressources (humaines, financières et logistiques), mais il importe de trouver les moyens de contourner ces difficultés et d'insuffler une nouvelle dynamique ; ceci afin d'impliquer davantage tous les profils du personnel et d'améliorer, ce faisant, les pratiques (grâce aux retours d'expériences). Ces espaces de discussion et d'échanges sont également à généraliser à différents niveaux : Les ASC avec les infirmiers, les infirmiers avec la coordination afin d'éviter d'être dans une stratégie opérationnelle essentiellement à finalité quantitative et d'améliorer la qualité des interventions.

- Pistes d'amélioration de la perception du Projet par les autorités congolaises nationales, locales, organisations internationales et françaises

Pour améliorer la perception du Projet et la compréhension de la situation sanitaire de la Likouala, l'OMF doit renforcer son réseau vis à vis des autorités congolaises à Brazzaville. Il est nécessaire lors des passages à Brazzaville de l'équipe de coordination de consacrer du temps aux autorités sanitaires et autres institutions internationales. Très peu de projets sont mis en œuvre dans la Likouala, dans le secteur de la Santé ; mis à part ceux réalisés par ASLAV. Les autorités et autres organisations sont demandeurs davantage d'informations.

D'autres acteurs sont incontournables et doivent être rencontrés régulièrement : c'est le cas de la Délégation de l'Union européenne, à Brazzaville, qui organise des échanges sur les futures lignes directrices relatives aux subventions qu'elle envisage d'octroyer. Ces rencontres sont l'occasion de faire du plaidoyer pour influencer les futurs appels à proposition.

La Banque Mondiale cofinance le Projet Lisungui⁷⁶. Ce Projet est adossé à la Politique Nationale d'Action Sociale (PNAS). L'un des trois axes prioritaires de la PNAS est la mise en place d'un système de filets sociaux. La première phase de Lisungui se termine à la fin de l'année 2019. La seconde phase de ce projet couvrira l'ensemble du territoire. Il pourrait donc être pertinent d'échanger davantage avec l'AFD, la Banque Mondiale pour voir les synergies possibles entre le Projet OMF et Lisungui.

L'UNICEF est également très impliqué dans l'amélioration des conditions de vie des populations autochtones, en particulier dans les écoles ORA où l'UNICEF soutient 64 écoles dont 44 dans la Likouala. Dans les autres secteurs (Santé, Protection, Wash), l'UNICEF ne vise pas directement les populations autochtones. Cette agence de l'ONU soutient les campagnes de vaccination, le déparasitage. Concernant la nutrition, le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance travaille avec les DDS (Direction Départementale de la Santé). Au niveau WASH, l'approche se fait essentiellement à travers les écoles ORA. Etant donné l'importance

⁷⁶ Expérimenter un dispositif de protection sociale auprès des populations les plus vulnérables/ AFD/ 2015.

de l'action de cette Organisation Internationale, l'OMF pourrait organiser des rencontres régulières avec elle.

- **Pistes d'amélioration concernant la compréhension, la mobilisation, la motivation et l'implication des bénéficiaires et des partenaires vis-à-vis des actions du Projet**

De la même manière que l'amélioration de la perception du Projet, la compréhension du Projet par les partenaires existants et potentiels doit se faire par des rencontres régulières à Brazzaville. Concernant les bénéficiaires, il s'agit de développer des mécanismes permettant à ceux-ci de pouvoir donner leur avis sur l'action. La dimension participative des bénéficiaires est déterminante. Elle doit être intégrée à chacune des étapes du Projet : conception, suivi, évaluation. Concrètement des groupes de discussion entre populations autochtones pourraient être organisés afin de débattre, échanger sur le futur du Projet. Un certain nombre de mécanismes spécifiques aux populations autochtones existent tels que décrits précédemment.

Pendant la durée du Projet, il serait intéressant de développer des mécanismes de feed-back, permettant aux populations autochtones de pouvoir donner leur avis sur l'action menée. Pour cela, il faudrait réfléchir à un système adapté aux autochtones tel que décrit dans les sections précédentes. L'idéal serait de réfléchir à un dispositif avec les RC, permettant de collecter régulièrement les avis des communautés sur l'action.

Des ateliers de travail mêlant bantous et populations autochtones pourraient être organisés afin de tenter de rapprocher les deux communautés et ainsi de mieux se connaître. A ce sujet, il pourrait être intéressant de s'inspirer des développements locaux d'ID (Initiative et Développement). Le plan de développement local est un outil permettant une meilleure planification à l'échelle d'un district mais des adaptations pourraient être envisageables à l'échelle d'un village.

- **Pistes d'amélioration concernant la collaboration avec les partenaires opérationnels (OMF/ASPC/APIFLORDEV)**

- ✓ **ASPC**

Au plan opérationnel, il est déjà acté que l'ASPC, malgré l'invitation à faire partie du nouveau Projet, n'a pas souhaité s'impliquer dans la phase 2. Les évaluateurs n'ont pas pu apprécier suffisamment les activités du volet Droit mises en œuvre par l'ASPC. Le retrait de l'ASPC pose le problème de la double appartenance de certains ASC à l'ASPC et à l'Ordre de Malte : Quelques ASC étant à la fois enseignants et Directeur des écoles ORA. Ce point reste donc à clarifier. Par ailleurs, l'ASPC étant très implantée à Enyellé et tenant compte du fait qu'elle met à disposition de l'OMF un local pour le bureau pour son staff, Il est donc important de maintenir un minimum de lien avec elle.

- ✓ **APIFLORDEV**

La poursuite du partenariat avec APIFLORDEV pour le développement de l'Apiculture doit être maintenu car il s'agit d'une AGR pertinente, en particulier pour la miellerie collective. Le Projet de miellerie collective mise en place à Mboua devait permettre (i) de rémunérer directement et équitablement chaque famille d'apiculteur en fonction de sa récolte, en argent et /ou en équipement, (ii) d'impliquer toute la communauté, (iii) de court-circuiter les pratiques en cours d'échange du miel contre de l'alcool, (iv) d'encourager l'utilisation de la miellerie, (v) et plus globalement de permettre une amélioration des conditions de vie.

Tous ces éléments sont pertinents, mais il est difficile d'avoir une juste idée des résultats atteints à la fin du projet concernant le volet miel. Le manque de suivi entre les phases de présence est une faiblesse importante qui doit être remédiée pour la phase 2. Il pourrait être intéressant de poursuivre ce soutien sous condition : d'avoir un suivi plus régulier. L'idéal serait

d'avoir un chargé de Projet basé à Mboua pour continuer à développer cette filière. Si le budget est insuffisant, il est dans tous les cas nécessaire d'avoir un dispositif permettant d'améliorer le suivi. Par exemple, il s'agirait de (i) multiplier les missions de suivi APIFLORDEV, (ii) d'intensifier le rôle et le suivi de la part de l'OMF, en se rendant plus régulièrement à Mboua car le suivi fait par APIFLORDEV est éloigné et ses missions au Congo sont peu fréquentes.

➤ **Poursuite de la collaboration avec les experts anthropologues**

La collaboration avec les experts anthropologues du Musée de l'Homme doit être poursuivie en plusieurs domaines :

Les activités de sensibilisation. Il pourrait être pertinent de solliciter l'appui de l'anthropologie pour améliorer les stratégies de sensibilisation. Actuellement le MP3 est un support apprécié par les autochtones mais il est vu comme un support ludique et la mise en pratique des messages pose question. Le changement de comportement est un processus long qui requiert une très bonne compréhension socio-anthropologique. En s'inspirant des différentes méthodes présentées précédemment, il pourrait être pertinent que le futur partenariat du Musée de l'homme travaille sur les leviers qui pourraient influencer ce changement de comportement.

Le binôme ASC-RC. Le binôme adjoint de santé communautaire – Relais Communautaire a été mis en place pour répondre aux besoins du Projet, atteindre les objectifs fixés en matière de santé. Pour autant, ce binôme évolue dans un contexte particulier avec une forte discrimination à l'égard des populations autochtones. Etant donné que le Projet intervient également dans le domaine du Droit, il est d'autant plus déterminant de travailler également sur le binôme ASC-RC afin de réduire autant que possible les discriminations entre ASC bantous-populations autochtones. Le musée de l'homme pourrait travailler à l'amélioration de ce binôme ASC-RC afin de réduire les potentielles discriminations. La délicate gestion des revenus générés par l'AGR sur le miel pourrait également être un des axes de ce travail.

➤ **Développement de l'approche par les droits et partenariats envisageables pour la suite**

Des plateformes associatives comme le PCPA (Programme Concerté Pluri Acteurs), le Forum des jeunes entreprises pourraient également être contactées. Dans le domaine de la promotion et la protection des droits des populations autochtones, l'Association des Femmes Juristes du Congo (AFJC), l'Observatoire Congolais des Droits de l'Homme (OCDH), l'Association des Droits de l'Homme en l'Univers Carcéral (ADHUC), l'AZUR Développement et le Comptoir Juridique Junior jouissent d'un crédit indéniable au plan national. Le Réseau National des Associations des Peuples Autochtones du Congo (RENAPAC) bien que connaissant des difficultés managériales peut également être mis à contribution. L'OMF a également contacté l'APVPS (Association Professionnelle pour la Valorisation des Produits forestiers et Subsidiaries) dans le cadre de la phase 2 pour intervenir sur les volets Droit et Economique.

c. Résultats des actions

i. Rétrospectif

➤ Principaux résultats obtenus (UCM, ASC/RC, AGR et sensibilisation)

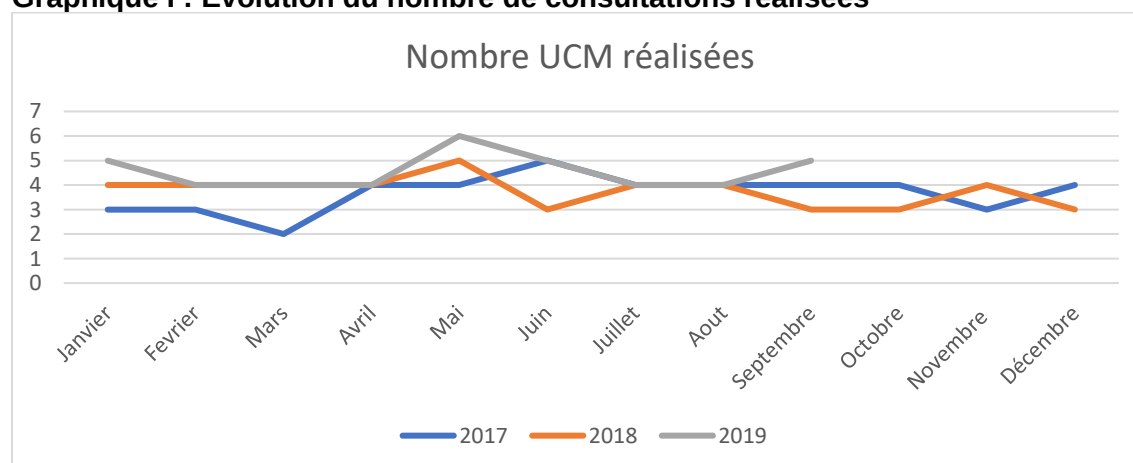
La révision de la stratégie d'intervention des UCM est l'une des réussites du Projet. La programmation des UCM est désormais bien rodée avec une fréquence mensuelle. Toutefois un certain nombre de points de vigilance sont à noter. Le nombre de village à couvrir, la fréquentation des populations autochtones aux consultations, les faibles moyens humains dédiés à cette activité (1-2 infirmiers) par UCM font que les UCM fonctionnent à flux tendus. Dans ce cadre-là les infirmiers sont très sollicités et le rythme qui leur est imposé est très élevé. Il semble important d'avoir plus de moyens humains, à minima un infirmier supplémentaire. L'attention particulière qui doit être portée aux femmes comporte des faiblesses. En effet, le manque d'espace d'intimité, le manque d'infirmière dans l'équipe sont parmi les raisons qui font que les CPN ne soient pas réellement réalisées. L'accouchement des femmes dans la forêt reste la pratique majoritaire pour 9 femmes sur 10.

L'implication du Projet de l'OMF dans la gestion, la reconnaissance et la documentation des épidémies qui touchent les populations de la Likouala (grandes endémies, MTN, etc.) est également un des résultats atteint. L'OMF est très impliqué dans la lutte contre la lèpre, notamment dans l'identification, le traitement et les interventions chirurgicales (le cas, échéant). Il en est de même pour le Pian (OMF identifie les cas et les traite). L'OMF travaille en collaboration avec le Directeur du Programme National de Lutte contre la lèpre, l'ulcère de Buruli et le Pian. Les activités de lutte contre la lèpre menées par l'OMF n'ont pas encore été évaluées car elles font partie d'une source de financement autre que l'AFD.

La prévalence des maladies à potentiel épidémique reste importante dans la Likouala. On peut citer par exemple l'épidémie de Monkeypox qui sévit dans la Likouala depuis Janvier 2017 avec un total de 84 cas donc 5 décès enregistrés en 2018 (Données PNS 2018). L'OMF n'est pas en charge de la veille épidémiologique sur les axes des UCM. Les ASC/RC dans leurs activités quotidiennes peuvent être amenées à être en contact avec un autochtone présentant des symptômes d'une maladie à potentiel épidémique (Choléra, Ebola, etc.). Ce sont les autorités sanitaires qui sont en charge de la surveillance épidémiologique.

➤ Evolution du nombre de consultations

Graphique I : Evolution du nombre de consultations réalisées



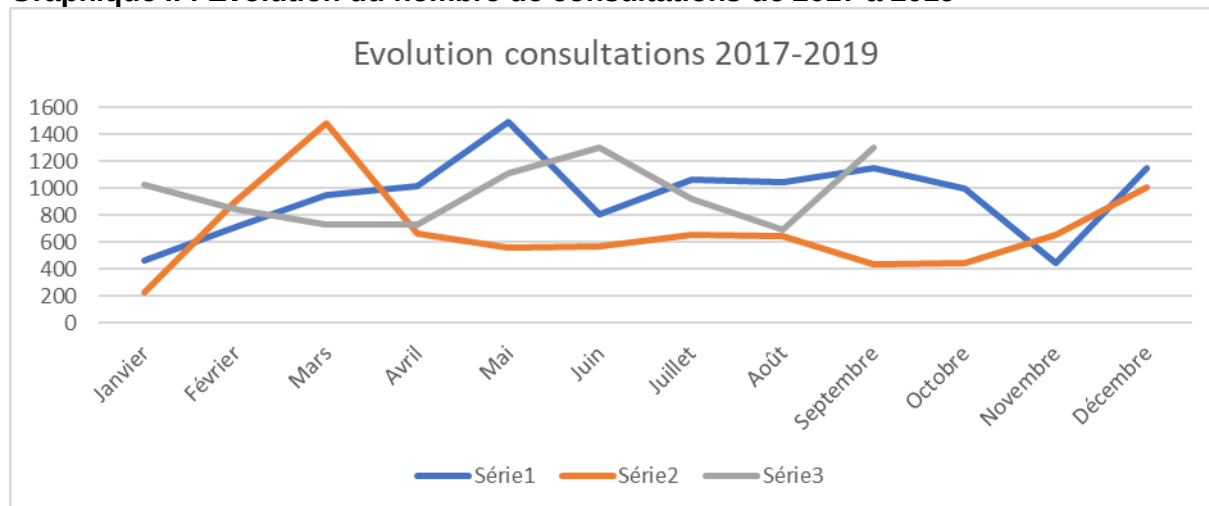
Source : notre enquête.

NB. Ce graphique ne prend pas en compte les rotations spécifiques en matière de lutte contre la Lèpre.

Le nombre de rotations UCM est stable et tourne autour de 4 par mois. Au total, la fréquence élevée des UCM avec seulement 1 ou 2 infirmiers à tendance à privilégier la dimension quantitative par rapport au volet qualitatif.

➤ Evolution nombre de consultations

Graphique II : Evolution du nombre de consultations de 2017 à 2019

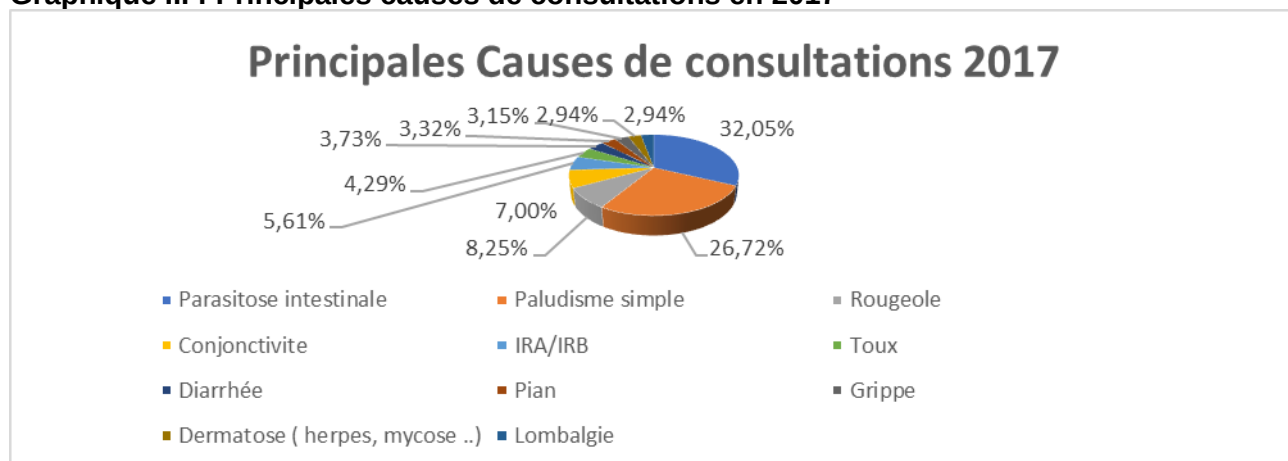


Source : notre enquête.

L'activité a été plus importante en 2017 qu'en 2018 et 2019, mais il faut préciser que l'organisation des rotations des UCM ne tenait pas compte des moyens budgétaires réellement disponibles. La période d'avril 2018 coïncide avec l'arrivée du nouveau chef de mission. On observe des fluctuations importantes, d'un mois à l'autre, de l'activité des UCM, allant du simple au double (août 2019 : 693 cas ; septembre 2019 : 1301). Comparé à l'année 2018, les fluctuations en 2019 semblent plus importantes. Les premiers mois de 2018, la mission n'était pas pourvue en Chef de Mission, impactant l'activité de manière globale.

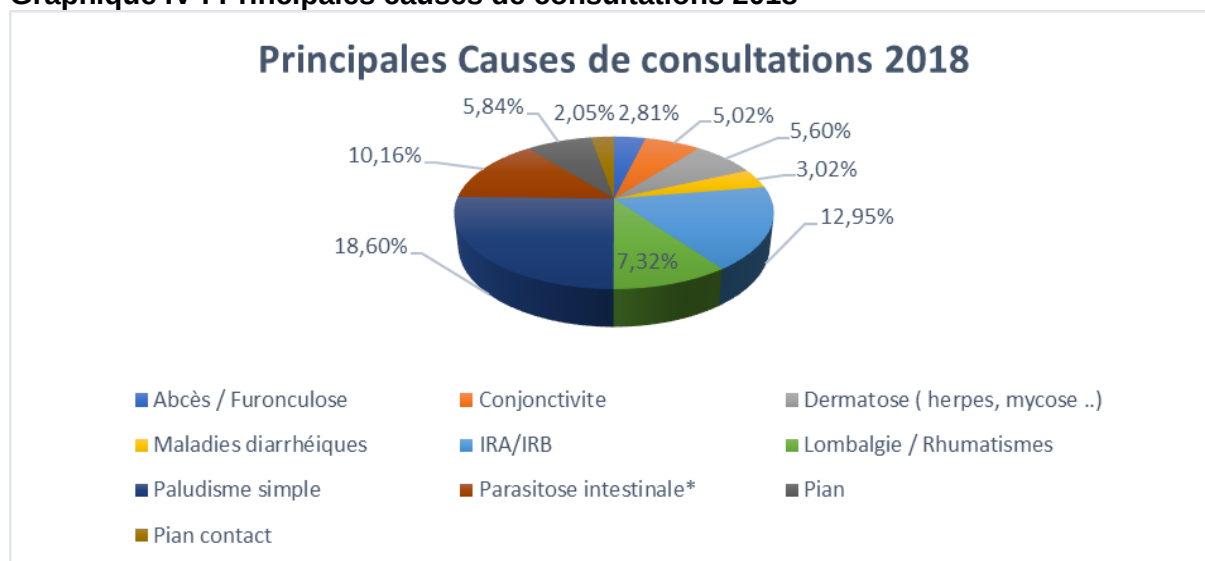
➤ Principales causes de consultations

Graphique III : Principales causes de consultations en 2017

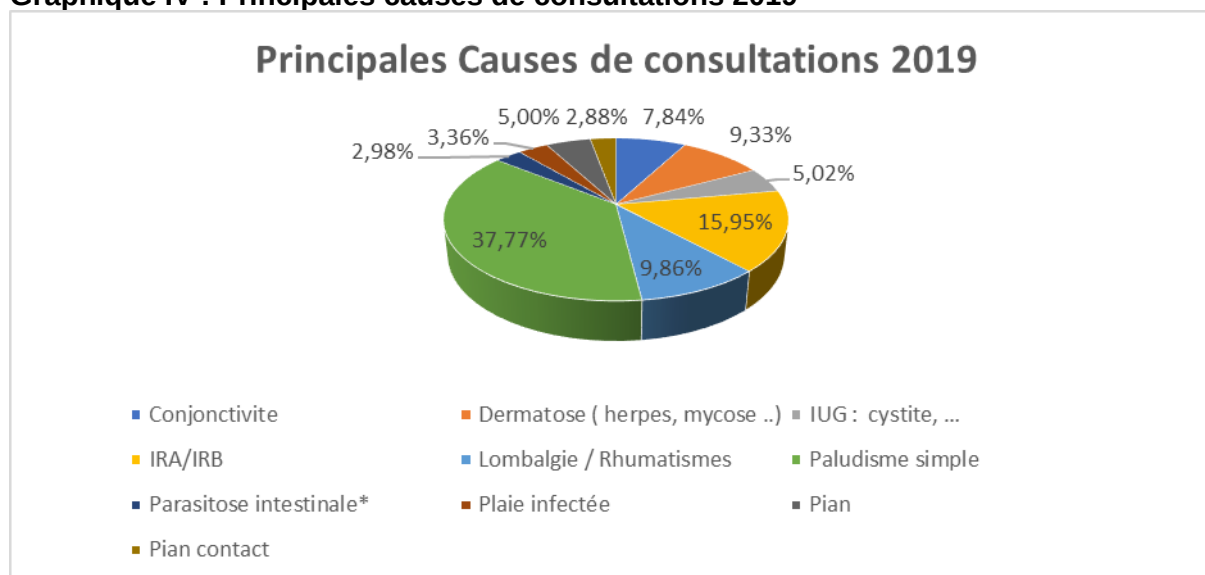


Source : notre enquête.

Graphique IV : Principales causes de consultations 2018



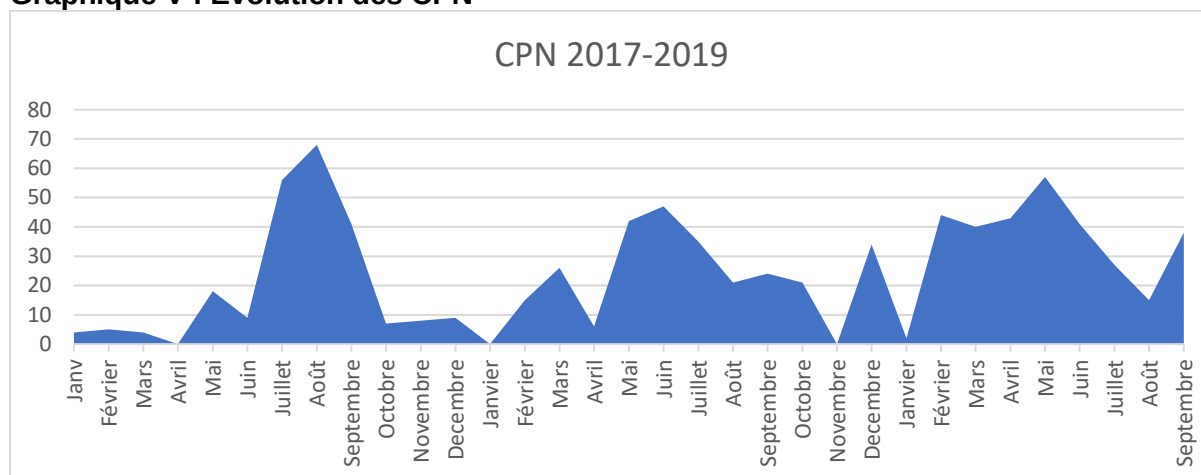
Graphique IV : Principales causes de consultations 2019



Source : notre enquête.

Les graphiques ci-dessus nous montrent que le paludisme simple est la cause principale de consultation pour les 3 années du Projet. Toutefois l'année 2019 est à prendre avec des réserves étant donné que le calcul s'est fait sur 9 mois. Pour 2019, le paludisme représente 37,7% des cas de consultation parmi les 10 principales causes de consultation. En 2018, il est de 18,6% ; alors qu'en 2017 il était de 26,7%. Le taux de parasitologie intestinale a évolué à la baisse, en 2017, plus d'un tiers des cas de consultations (32,05%) étaient des parasitoses intestinales, il s'agissait de la première cause de consultation. En 2018, ce taux est passé à 10,2%, en 2019 il ne représente plus que 3%. Il reste cependant difficile de mesurer dans quelle mesure cette réduction est liée à l'action de l'OMF même si on peut estimer que l'OMF a contribué à cette réduction d'une certaine manière à travers les activités de déparasitage.

Graphique V : Evolution des CPN



Source : notre enquête.

Le graphique ci-dessus permet de visualiser l'évolution des CPN. Au démarrage du Projet (janvier 2017), le nombre de CPN est resté très faible pendant 5 mois. Ensuite on peut observer que les pics de fréquentation ne sont pas forcément dans les mêmes périodes. Ainsi en 2017, la période juillet-août a été au regard du nombre de CPN la plus importante (juillet : 56 CPN, août : 68 CPN). En juillet-août 2019, le nombre de CPN chuté, soit 27 CPN en juillet et 15 CPN en août. Il semblerait également que les différents calendriers saisonniers (juillet-août : période la récolte de chenilles. Novembre : période de pêche aux poissons) n'ont pas véritablement d'impact sur le nombre de CPN réalisées. Le paradoxe est que la récolte des chenilles est la campagne la plus attendue et la plus suivie, c'est pourtant dans ces périodes que le nombre de CPN réalisée a été le plus élevé. Par ailleurs, tel que précisé auparavant, la qualité des CPN n'a pas pu être observée pendant l'évaluation. Certaines consultations de femmes enceintes sont notifiées comme étant des CPN alors qu'en fait il s'agit d'une consultation avec quelques questions mais il ne s'agit pas de consultation pré natale qui doit répondre à un certain nombre de critères.

➤ Nombre d'hospitalisations réalisées

Concernant les hospitalisations, la durée moyenne d'une hospitalisation est de 8 jours. Une quinzaine de patients sont hospitalisés par mois au CSI de Bétou en 2019, 3 à 10 par mois à Enyellé. Le tableau 6) synthétise le nombre de consultations pour le CSI de Bétou depuis le début 2019.

Tableau 9) Récapitulatif Nombre de jours de consultation CSI Bétou 2019

Mois	Nombre de personnes hospitalisées et prises en charge	Nombre de jours de consultations
Janvier	10	80
Février	6	45
Mars	15	133
Avril	19	132
Mai	19	145
Juin	7	52
Juillet	8	63
Août	13	101
Septembre	22	146

Source : notre enquête.

Tableau 10) Données des déparasitages par année

	2017	2018	2019
Janvier	294	N/A	6229
Février	346	N/A	3188
Mars	493	N/A	2902
Avril	464	N/A	2802
Mai	691	N/A	6187
Juin	394	N/A	6417
Juillet	531	987	4654
Aout	572	889	3610
Septembre	527	2362	4238
Octobre	668	2266	
Novembre	1414	1662	
Décembre	654	6108	
Total	7048	N/A	

Source : notre enquête.

S'agissant du déparasitage, l'analyse des résultats n'est pas complète, étant donné le manque des données pour les premiers mois de l'année 2018. On observe cependant une augmentation significative du nombre moyen de déparasitages réalisés. Ainsi pour l'année 2017, une moyenne de 587 déparasitages a été réalisée, en 2018 la moyenne était de 2 379 et en 2019 sur le 9 premiers mois de l'année, on observe une moyenne de 4 469 déparasitages réalisés, soit une augmentation de 188% entre 2018 et 2019.

➤ Principales réalisations de l'AGR miel

Pour les AGR, les résultats sont difficilement appréciables. Concernant le miel, le partenariat avec APLIFORDEV a plutôt bien fonctionné ; mais le manque d'informations actualisées ne permet pas d'avoir une juste idée des quantités de miel produites grâce au Projet. L'expérience de la miellerie de Makodi est assez mitigée, car en octobre 2019, l'équipe des évaluateurs a constaté que l'ensemble des ruches était vide et non fonctionnel. A Mboua, l'expérience semble plus positive avec la construction et le renforcement d'une miellerie collective, néanmoins cette information est difficilement vérifiable, du fait de l'éloignement de cette localité par rapport à Enyellé et des faibles possibilités de communication. Quelques données chiffrées ont cependant pu être récupérées par APIFLORDEV.

Tableau 11) Synthèse des activités de production du miel à Mboua

Production du miel	
Nombre de ruches fonctionnelles autour de Mboua	44 (Mobangui : 20, Attention : 15, Minganga : 4, Ezelo : 5)
Récolte du miel 2019 issu des ruches	15 L
Récolte du miel 2019 issu des essaims sauvages	500 L
Prix d'achat du miel provenant des ruches	2000 francs CFA/litre.
Prix d'achat du miel "sauvage" provenant de la forêt	1200 francs CFA/litre

Source : notre enquête.

➤ Résultats de l'action acquis à long terme

Les résultats liés à l'action ne sont pas véritablement acquis à long terme. L'accès aux consultations à travers les UCM n'existent pas au-delà de l'action menée par l'Ordre de Malte car le district sanitaire n'a pas les moyens logistiques, financiers et humains de prendre le relais de ce type d'activités.

En ce qui concerne l'accès aux services de santé, on peut espérer que ce qui a été mis en place avec l'accueil des populations autochtones au sein des CSI continuera au-delà de l'intervention de l'OMF ; mais sans le système de facilitateur mis en place par OMF et de nourriture distribuée, les populations autochtones risquent de désertir à nouveau les CSI si ces derniers ne sont pas en capacité de prendre le relais. Au niveau communautaire, les résultats acquis à long terme sont limités, le Projet n'ayant que 3 ans, les acquis restent fragiles par rapport aux thématiques de sensibilisation liées à l'hygiène et au droit. Si le Projet venait à s'arrêter prématurément à la fin de la phase 1 alors le changement de comportement sur l'hygiène par exemple des communautés n'aura pas lieu. Les ASC/RC ayant reçu des formations devraient avoir un certain nombre d'acquis et pourraient continuer à diffuser de l'information sur les sujets sur lesquels ils ont été formés.

➤ Principaux résultats non atteints

Il est difficile d'estimer les résultats qui n'ont pas été atteints, étant donné que les indicateurs de résultats sont difficilement mesurables : 70% des populations autochtones ont accès aux premiers secours, Diminution de 40% de la mortalité maternelle et infantile, 70 % des populations autochtones de la Likouala connaissent leurs droits à la fin du Projet, 30% des populations autochtones ont accès aux activités génératrices de revenus. Cependant on peut souligner certains résultats qui semblent avoir été moins atteints que d'autres : Objectif 1/ Résultat 2 : *Les populations autochtones de la Likouala ont accès aux consultations médicales de qualité (notamment les femmes enceintes)*. Tel que vu précédemment, la qualité des CPN reste insuffisante, le niveau des ASC et RC est également problématique. Concernant l'amélioration de la qualité des soins (Objectif 2 Résultat 2), ce résultat n'est pas véritablement atteint : les faiblesses sont constatées dans le fonctionnement du binôme ASC/RC et dans la mise en œuvre du volet santé communautaire.

➤ Facteurs facilitant l'atteinte des résultats

Le développement des différents axes et l'organisation des missions est un facteur important permettant de couvrir les zones et les populations importantes. L'engagement des infirmiers pour mener les UCM sur un rythme important a également été un élément déterminant pour atteindre les populations autochtones. Le travail réalisé par le Musée de l'Homme a aussi été un facteur ayant suscité l'amélioration de la compréhension de plusieurs problématiques autochtones retenues par le Projet. Ce travail a permis de développer les contenus pour les activités de sensibilisation.

➤ Connaissance des statuts épidémiologique et démographique des peuples autochtones isolés

Les UCM ont effectivement fourni des rapports d'activités permettant d'avoir une meilleure connaissance des pathologies des peuples autochtones. Tel que mentionné précédemment, les statuts épidémiologiques sont mieux connus : le paludisme, les parasitoses intestinales, les Infections respiratoires aiguës et le Pian. L'année 2017 a également été marquée par des cas de rougeoles (769 cas pris en charge).

Concernant la qualité des rapports, la base de données qui reprend l'ensemble des cas consultés classe les cas reçus en consultations par ordre alphabétique des pathologies. Cette classification n'est pas appropriée car différentes topologies sont utilisées : des types de

consultations (CPN) avec différents types de pathologies (Maladies tropicales négligées. Exemple : le Pian), maladies à potentiel épidémique (Monkey Pox), etc.

Par ailleurs la qualité des informations notifiées dans les rapports réalisés par les ASC/RC n'est pas suffisante : les problèmes de complétude et de fiabilité des données restent importants. Il est difficile de s'appuyer sur les données collectées dans les rapports des ASC/RC. Par ailleurs il n'existe pas d'outils permettant de pouvoir suivre les traitements dispensés aux populations autochtones. En effet, ces informations sont notées sur papier libre mais ne permettent pas d'assurer un bon suivi.

ii. Prospectif

➤ Pistes d'amélioration concernant le suivi des actions, les outils et les méthodes de suivi

Le Projet a présenté un déficit en suivi à plusieurs niveaux : suivi des UCM, des ASC, des RC, des FC, des partenariats, des AGR et des actions de sensibilisation en droits. Et, cette situation n'est pas seulement due à l'absence d'outils. Elle est liée à la carence d'une stratégie globale et intégrée au cycle du Projet. Ainsi, plusieurs améliorations peuvent être apportées. La mise en place d'une structure de type COPIL ou COGES pourrait être profitable au Projet, en favorisant la concertation et le dialogue entre les bénéficiaires, les partenaires et l'équipe du Projet. Cette dimension est intéressante dans le cadre de la phase 2, le rapprochement avec le système de santé et le soutien accru au CSI d'Enyellé.

Ce dispositif pourrait permettre également de faire le bilan d'exécution des grandes orientations, au cours de la phase de mise en œuvre, et d'envisager des solutions aux éventuelles difficultés rencontrées.

D'autre part, des réunions régulières (cadrage, échange, débriefing), à tous les niveaux entre ASC eux-mêmes, ASC-infirmiers, ASC-Coordination, etc. sont à systématiser. L'absence de telles rencontres ne contribue pas à l'homogénéisation des pratiques et au renforcement du sentiment d'appartenance au Projet chez tous les membres de l'équipe locale. A défaut donc de faire participer les ASC et autres à ces réunions qui concernent surtout le staff basé à Enyellé, il serait stratégique de créer des espaces d'échanges avec ces catégories d'acteurs participants directement à la réalisation des activités du Projet. Des espaces de réflexions de type retour d'expérience/ échange de bonnes pratiques sont à initier dans le but de favoriser les réflexions pour améliorer les stratégies d'intervention.

➤ Amélioration des outils de suivi

Actuellement il n'existe pas de base de données permettant de suivre les activités médicales, les différentes pathologies, de manière synchronisée. Ainsi, une meilleure définition des indicateurs pourrait être réalisés, comme indiqué précédemment.

Les outils de suivi ont permis de collecter une quantité significative d'information. Néanmoins, à l'analyse de ces rapports, il est apparu que ces outils ne permettaient pas de collecter des informations suffisamment fiables. Ils ne permettent pas de générer une base de données crédible et facilement maniable (pouvant se prêter à différentes analyses sur le plan qualitatif et quantitatif). Enfin, ces données ne sont pas désagrégées par âge, sexe, lieu de résidence, pathologie.

L'amélioration des indicateurs sanitaires s'est posée dès le démarrage du Projet. L'anthropologue du Projet, en 2017 avait fait quelques préconisations⁷⁷. Selon lui, les données collectées par des RC non-Aka étaient biaisées : simplification et/ou réécriture des plaintes de

⁷⁷ Duda Romain, *Evaluation socio-anthropologique du programme*, 2017, pp. 28-29

façon à rentrer dans les catégories préexistantes des rapports, perceptions différentes pour des raisons sociales (perception de la maladie, de l'hygiène, etc.), manque de proximité avec les Aka au quotidien, voire absence d'empathie lorsque les responsables de l'OMF sont absents. Ces données étaient également incomplètes ou mal notées sur la fiche (erreurs). En outre, la grille d'enquête utilisée posait plusieurs problèmes, certaines questions ou distinctions n'étant pas forcément pertinents, par exemple l'opposition entre la toux (un symptôme) et une affection broncho-pulmonaire haute ou basse qui est un syndrome pouvant inclure une toux.

L'anthropologue indiquait aussi que pour obtenir un ensemble de données permettant de juger de l'importance sanitaire des RC dans les villages concernés, il serait pertinent de relever ces indicateurs dans des villages sans RC, auprès du chef de village par exemple, et de corrélérer ces informations auprès du chef de village Aka (mais dans l'idéal par un enquêteur extérieur). Selon lui, un tel recensement d'informations devrait être effectué par un enquêteur extérieur qui interroge les RC, permettant d'identifier les points d'incompréhension, de préciser une question, de s'assurer que les termes ou l'échelle temporelle et spatiale sont bien comprises. Cette méthode devait permettre d'obtenir une homogénéité dans la collecte de données. Ainsi, en réduisant l'ambition de cette collecte de données (définition d'un échantillon réduit), celle-ci pouvait être effectuée soit par la cheffe de mission de l'époque lors de ses déplacements dans les villages (la collecte s'étalera ainsi sur plusieurs mois), par les infirmiers lors de leurs rotations, soit par un intervenant extérieur à prévoir (stagiaire, anthropologue, effectif supplémentaire, etc.). Plusieurs années après, ces préconisations ne manquent certainement pas de pertinence.

Il convient donc de renforcer la formation du personnel à la collecte des données et lui faire prendre conscience de son importance. Cette formation pourrait être organisée en partenariat avec le MSP de la santé (qui a la charge de définir et mettre en œuvre la politique nationale de collecte des données épidémiologiques), en particulier la Direction nationale de lutte contre les maladies épidémiologiques (en charge des maladies tropicales négligées telles que la lèpre et le pian). Les rencontres régulières sur la comparaison des données avec les autres acteurs du système basés dans la zone pourraient permettre la triangulation. Le Ministère du Plan (direction de la statistique) pourrait être, quant à lui, d'un grand apport pour la collecte des données démographiques.

d. Conclusion

Le Projet d'amélioration des conditions de vie des populations autochtones de la Likouala a contribué à améliorer l'accès aux soins et aux services de santé de ces populations. Les stratégies d'intervention alliant l'approche santé publique et l'approche santé communautaire avec la mise en place d'unités de consultation mobiles et binôme ASC-RC permettent de répondre à certains besoins de santé primaires.

La dégradation du contexte a été telle dans la Likouala que le Projet a évolué d'une logique de développement et d'accompagnement des politiques publiques vers une logique d'urgence en palliant les carences du gouvernement. Le Projet s'inscrit à ce titre dans un continuum urgence-développement. Ce manquement des autorités sanitaires a eu tendance à renforcer une stratégie d'intervention post-urgence, limitant d'autant plus la pérennité du Projet. Dans le cadre d'une nouvelle phase, l'OMF devra revenir à la logique initiale d'accompagnement des politiques publiques afin d'ancrer davantage son action dans l'appui du système de santé. A ce sujet, un effort particulier doit être fait avec les autorités sanitaires. Le renforcement du CSI d'Enyellé est un des axes forts de la prochaine phase, cette priorité d'intervention est pertinente, néanmoins l'équilibre entre l'amélioration de l'accès aux soins avec les UCM et le binôme ASC-RC reste à trouver : le soutien au CSI d'Enyellé ne devra pas se faire au détriment du maintien des UCM et de l'approche santé communautaire. L'approche Genre n'est pas suffisamment prise en compte et a été soumise au défi de trouver du personnel féminin médical. Néanmoins, il est important que cette approche soit davantage prioritaire. La qualité des soins et services dispensés par les équipes OMF, notamment par les ASC/RC, a montré certaines limites. Les actions de formation gardent toute leur pertinence. Les populations autochtones ont été sensibilisées sur plusieurs thématiques (santé, droit, etc.). Mais le changement de comportement reste l'un des principaux défis du Projet. La dimension participative avec l'implication des populations autochtones n'a pas été suffisamment effective. L'approche multi sectorielle est pertinente et doit être maintenue, néanmoins le suivi des AGR doit être renforcée. Concernant le droit, un manque de visibilité sur les actions entreprises a été observé. Les activités menées à ce sujet doivent être mieux maîtrisées et accompagnées : le changement de comportement étant d'autant plus complexe dans ce domaine.

e. Principales Recommandations

NB : Les recommandations développées ci-dessous ont été développées en deux sous parties : stratégique et opérationnelle. Parce que l'évaluation à forte dominante prospective, un certain nombre de recommandations sont ici formulées.

Sur le plan stratégique

Relations pouvoirs publics

Développer un mécanisme de coordination avec la mise place d'un COPIL doté d'un mandat défini de façon consensuelle par les parties prenantes congolaises. Ce dispositif permettrait de valider les principales orientations du Projet, de discuter des réajustements (le cas échéant), en particulier ceux qui impliquent les autorités sanitaires. Suivant les sujets discutés, les acteurs tels que ID, APIFLORDEV, APVPS pourraient être conviés. Une réunion de COPIL trimestriel pourrait être une fréquence adaptée à ce type de Projet. Cette fréquence est à préciser avec les différents intéressés.

Mise en œuvre : OMF + Ministère de la Santé

Echéance : Au démarrage de la phase 2

Genre et Droits

- Certes l'approche Genre n'est pas une des finalités du Projet. En revanche l'intégration du Genre pourrait être systématisée dans la stratégie d'intervention (« *Gender Mainstreaming* ») afin d'avoir une incidence sur les résultats du Projet. De nombreuses publications existent sur l'approche Genre dans le milieu de la solidarité internationale. A ce sujet, on peut mettre en avant la publication « *Etat des lieux de l'intégration du genre dans les organisations françaises de solidarité internationale* » réalisée par Coordination Sud et le F3E. Ainsi des bonnes pratiques de Projets ont été mises en avant.

- ✓ Données statistiques désagrégées par sexe ;
- ✓ Analyse du contexte intégrant l'approche genre ;
- ✓ Participation des bénéficiaires directs et indirects, hommes et femmes ;
- ✓ Partenariats avec des impacts positifs dans la réduction des inégalités entre hommes et femmes ;
- ✓ Reconnaissance de la reproductibilité du Projet (visant l'égalité femmes-hommes) ;
- ✓ Analyse des résultats et des impacts intégrant l'approche Genre (analyse des besoins et des intérêts des femmes et des hommes) ;
- ✓ Observation des changements sociaux sur la réduction des inégalités femmes-hommes (représentations, comportements, etc.) ;
- ✓ Création d'un environnement plus favorable pour l'égalité entre les sexes (impact sur la législation, sur les politiques, sur l'allocation des ressources, etc.).

Il serait donc intéressant de s'inspirer de ces recommandations et tenter de le mettre en œuvre de la manière suivante (non exhaustif) :

- ✓ Renforcer la participation des femmes aux activités génératrice de revenus (récolte et commercialisation du miel) ;

- ✓ Veiller à ce que les femmes et jeunes filles autochtones aient un accès approprié à l'information et aux services de planning familial ;
 - ✓ Mettre en réseau les femmes participants aux AGR en vue de leur *empowerment* avec pour résultats le partage d'expériences, la mise en œuvre des actions collectives et le renforcement de la confiance en soi.
- Au-delà des bonnes pratiques précisées ci-dessus, il serait intéressant de définir le score du « Gender Marker » développé par l'Inter Agency Standing Committee du Projet. Cet outil d'évaluation est une grille d'analyse permettant de connaître le niveau de transversalisation du genre. <https://iascgenderwithagemarker.com/en/home>
- Mise en œuvre : OMF + ID**
Echéance : Au démarrage de la phase 2
- Renforcer l'approche fondée sur les droits notamment par l'actualisation de l'évaluation de la situation de base des droits l'homme dans le pays, en général, et de la Likouala, en particulier. Il s'agit d'analyser les capacités matérielles et intellectuelles des autochtones « détenteurs de droits » à revendiquer leurs droits et aux institutions étatiques (« débiteurs d'obligations), à promouvoir et protéger ces droits
- Mise en œuvre : ID avec suivi OMF**
Echéance : Dans les 6 premiers mois de la phase 2
- Le projet ne porte que sur l'un des aspects de la protection (la prévention via la sensibilisation). C'est insuffisant pour atteindre les résultats escomptés en matière de droits. Il s'agit de renforcer la mise en œuvre des activités des droits de l'homme contribuant à leur respect (aucune interférence dans la jouissance des droits), protection (prévention des violations de la part de tiers) et réalisation (fourniture des ressources). Plus concrètement, des actions d'accompagnement peuvent être mises en place : soutien psychosocial, juridique (conseil et orientation) et judiciaire (octroi d'un avocat). Ce type d'accompagnement permet aux populations autochtones d'actionner les mécanismes existants car la sensibilisation à elle seule ne suffit pas.
- Mise en œuvre : ID avec suivi OMF**
Echéance : Dans les 6 premiers mois de la phase 2

Suivi-évaluation

- Renforcer la qualité des données épidémiologiques et démographiques collectées. Ce renforcement peut se faire à travers une formation continue du personnel de terrain, en particulier les ASC, RC, infirmiers et le médecin. La triangulation des données avec d'autres partenaires intervenant dans le domaine de la santé pourrait également permettre d'invalider certaines données collectées si celle-ci ne correspondent pas aux réalités épidémiologiques des données collectées par les bailleurs.
- Mise en œuvre : Equipe de l'OMF Enyellé en particulier médecin + infirmiers**
Echéance : Mise en œuvre dans les 3 premiers mois de la deuxième phase.
- Entreprendre un travail sur les indicateurs permettant de suivre l'avancée du projet. Dans le cadre de la phase 1, les indicateurs développés, étaient soit des indicateurs permettant de mesurer des résultats atteints au niveau quantitatifs (nombre de consultations mobiles) soit des indicateurs pertinents sur l'accès aux soins mais difficilement mesurables : « 70 % des populations autochtones ont accès aux premiers secours ». Il pourrait être pertinent de développer des indicateurs permettant de suivre l'évolution de la qualité des interventions et d'aller au-delà d'indicateurs tels que « 100% des ASC ont été formés aux soins de santé maternelle et infantile » mais davantage de développer des indicateurs permettant de mesurer la qualité des soins délivrés par exemple : % de CPN réalisés avec respect des standards minimum. De nombreux

guidelines existent à ce sujet tels que « *Recommandations de l'OMS concernant les soins prénatals pour que la grossesse soit une expérience positive/ Human Reproduction Programme / 2016* » permettant de développer des sets d'indicateurs.

Mise en œuvre : Equipe de l'OMF Enyellé en particulier médecin + infirmiers

Echéance : Mise en œuvre dans les 3 premiers mois de la deuxième phase.

- Mener des enquêtes régulières permettant de pouvoir mesurer l'évolution du changement de comportement sur les 7 thématiques pour lesquelles des activités de sensibilisation ont été réalisées (Lecteur MP3+ sensibilisations de masse réalisées par certains ASC/ RC). Il s'agit là de développer des sets de questions par thématique pour mesurer l'évolution des connaissances. Ensuite ces questions peuvent être administrées par les équipes de terrain tels que les ASC/ RC, après une formation avec un encadrement des infirmiers. Ces enquêtes pourraient permettre également de collecter des informations sur les supports les plus appréciés par les populations bénéficiaires. Idéalement l'encadrement de ces enquêtes, leur compilation et l'analyse de ces données pourraient se faire par le Chargé de suivi – Evaluation si celui-ci est recruté.

Mise en œuvre : Equipe de l'OMF Enyellé : Chargé de Suivi-Evaluation + infirmiers + ASC/RC

Echéance : Mise en œuvre dans les 4 premiers mois de la deuxième phase et de manière régulière

Partenariat

- Développer une culture du partenariat en rencontrant régulièrement les différents partenaires (APIFLORDEV, CIB, ID, APVPS, etc.). Précédemment, il a été préconisé de mettre en place un COPIL. Il s'agit également de multiplier davantage les échanges formelles et informelles afin que la dimension multisectorielle rentre dans une dynamique globale. Par ailleurs, au sein du futur Projet de la phase 2, les volets Droit et Economique seront mis en œuvre par ID qui devrait également « chapoter » l'APVPS et l'APIFLORDEV. Les volets droits et économiques impactant directement les objectifs du Projet.

Mise en œuvre : Equipe OMF Paris + Enyellé + « Points contact » pour chacun des partenaires

Echéance : Mise en œuvre dans les 4 premiers mois de la deuxième phase.

- Formaliser et suivre les partenariats spécifiques dans le cadre des activités futures menées à Enyellé avec les autorités sanitaires du district ainsi qu'avec la CIB. Dans le cadre de la phase 2, il est prévu un appui au système de santé d'Enyellé. Une partie du projet consistera à remettre à niveau la structure avec la rénovation du bâtiment, la dotation en d'équipements médicaux. La CIB prévoit de co-financer les travaux de rénovation ainsi que certains salaires du personnel médical. Les rôles et responsabilités de chacun des partenaires devront être précisées en amont afin d'éviter toute ambiguïté concernant les activités menées dans le CSI d'Enyellé.

Mise en œuvre : Equipe de l'OMF Paris/ Enyellé + Autorités sanitaires du District + Responsable de la CIB

Echéance : Mise en œuvre au démarrage de la deuxième phase.

Formation

- Le manque de connaissance et de compétences des ASC et RC est une des faiblesses du Projet actuel. Afin de planifier et de structurer l'offre de formation, sur la base des faiblesses constatées, il s'agit de développer une stratégie de formation basée avec un plan de formation répertoriant les thématiques à aborder, en précisant également les ressources nécessaires sur les 3 années de la prochaine phase.

Mise en œuvre : Equipe de l'OMF Paris/ Enyellé

Echéance : Mise en œuvre dans les quatre mois de la deuxième phase.

Sur le plan opérationnel

Relations pouvoirs publics

- Au-delà du comité de pilotage qui est un moyen formel de pilotage de Projet entre les autorités sanitaires congolaises et l'OMF, il s'agit de renforcer le réseau en rencontrant régulièrement les autorités sanitaires afin de développer une relation de proximité. A la fin de la mission d'évaluation, il est revenu à l'équipe des évaluateurs que, semble-t-il, c'est Anne Laure Lesvenan, la responsable du centre Kisito à Brazzaville, qui jouera ce rôle dans le cadre de la phase 2 du Projet.

Mise en œuvre : Equipe de l'OMF Paris/ Enyellé

Echéance : Dans les quatre premiers mois de la deuxième phase et pendant toute la durée du projet

Genre et droits humains

- Augmenter le nombre de femmes parmi le staff du Projet en recrutant davantage de femmes. On peut citer par exemple le recrutement d'une infirmière, le poste d'adjointe au chef de mission pourrait également être occupée par une femme dans le futur. L'appel à candidature en vue du recrutement du personnel féminin pourrait se faire via la presse (écrite et audiovisuelle). L'OMF pourrait utiliser les différents supports médiatiques pour diffuser des annonces spécifiques.

Mise en œuvre : Equipe de l'OMF Paris/ Enyellé

Echéance : Au démarrage de la phase 2

- Elaborer et développer les outils de sensibilisation aux droits humains et les faire expertiser par un juriste spécialiste du domaine et par un anthropologue.

Mise en œuvre : ID pour les dimensions droits avec suivi/ échanges de l'OMF

Echéance : Dans les quatre mois de la deuxième phase.

Formation

- Continuer à améliorer le niveau de connaissance des ASC et RC pour l'identification des maladies à potentiel épidémique. Les maladies à potentiel épidémiques sont un risque sanitaire majeur pour les populations résidentes de la sous-région. Les ASC-RC sont en première ligne de cas potentiels, leur niveau de connaissance pourrait donc être amélioré et régulièrement suivi.

Mise en œuvre : Equipe de l'OMF Paris / Enyellé

Echéance : Formations à organiser tout au long de la phase 2

Partenariat

- Poursuivre la collaboration avec les experts anthropologues en vue de l'approfondissement des connaissances sur les enjeux de l'accès aux soins des populations autochtones, en particulier le changement de comportement, la relation ASC-RC. La protection de leurs droits pourrait également être abordée.

Mise en œuvre : Equipe de l'OMF Paris/ Musée de l'homme

Echéance : Formations à organiser tout au long de la phase 2

Organisation

- Favoriser les espaces d'échanges et de réflexions au sein du Projet entre position similaire : atelier entre ASC par exemple. Les positions ASC n'existent que depuis la fin 2018. Jusqu'à ce jour il n'existe pas d'espace de discussion, d'échanges, de retour d'expériences. Ces ateliers peuvent avoir plusieurs objectifs : (i) se connaître ; (i) échanger sur le poste d'ASC, les bonnes pratiques et comment les diffuser sur les autres axes (le cas échéant), les contraintes rencontrées et les moyens de les atténuer. Il s'agit également de favoriser les espaces d'échanges entre différents types de positions entre ASC et RC, entre infirmier et RC, entre la coordination et les ASC-RC, par exemple, afin de créer une dynamique d'équipe et davantage de lien. Certes la complexité de logistique dans le Nord de la Likouala fait qu'il est difficile d'organiser des rencontres régulières. L'idéal serait d'organiser ces moments d'échange par axe en cohérence avec les réalités logistiques sans pénaliser les activités des UCM.

Mise en œuvre : Equipe de l'OMF Enyellé

Echéance : Au démarrage de la phase 2

5 Annexes

a. Planning Réalisé

Dates	Personnes rencontrées	Position	Activités	Localité
9/09	Agnès Rossetti	ID	Entretien	A distance
9/09	Michel Salefran	ASLAV	Entretien	A distance
12/09	Enora Javaudin	APIFLORDEV	Entretien	A distance
17/09	Lionel Cafferini	Directeur de l'AFD Congo	Entretien	Brazzaville
	Cyril Brulez	Chargé de Projets, forêts, agriculture, environnement et ONG		
17/09	Guy Michel Mbemba Moutounou	Conseiller en santé de la mère et de l'enfant à l'OMS Congo	Entretien	Brazzaville
17/09	Gilles Roussey	1er Conseiller à l'Ambassade de France/ Chargé d'affaires a.i.	Entretien	Brazzaville
	Pierre Crozier	Conseiller régional en santé mondiale		
17/09	Andres A. Lopez	Représentant adjoint	Entretien	Brazzaville
	Herman Boris Didi-Ngossaki	Spécialiste Santé		
	Achille Olloy	Spécialiste Education		
17/09	Père Toussaint Ngoma Foumanet	Président de l'Association des Spiritains du Congo	Entretien	Brazzaville
	Père Kisito	Econome		
18/09	Barthélémy Gonella	Chef de Mission	Entretien	Enyellé
	Toussaint Laurent	Adjoint Chef de mission	Entretien	
18/09	Vincent Istace	Junior Manager/ Responsabilité environnementale et sociale à la CIB	Entretien	Enyellé
	Francis Kamissoko	Chef de site		
19/09	Jean-Pierre Heureux Mandi	Directeur Ecole ORA	Entretien + Visite Ecole ORA	Makodi
	Ravie Boténzia	Adjoint Santé Communautaire + Enseignante		
	Chanellie Manzambi	Relais communautaire		
19/09		13 hommes	FGD	Makodi
		10 femmes	FGD	Makodi

19/09	Père Jude Okéké	Curé de la paroisse de l'Eglise catholique d'Enyelle / Tradi-thérapeute	Entretien	Enyellé
20/09	Pauline Longa Molembé Roger Ndoko Gérard Mokounga Emilie	Chef du village Adjoint de Santé Communautaire Relais Communautaire Relais Communautaire	Entretien	Akolo
20/09		10 femmes	FGD	Akolo
20/09	Patrick Mambaye Odile Massouba Brigitte Bonzoui	ASC + Directeur Ecole ORA Relais Communautaire Relais Communautaire	Entretien	Bakosso
20/09		10 femmes	FGD	Mongoya
20/09	Simplice Dzibo	Assistant Anesthésiste Réa CSI Bétou	Entretien	Bétou
20/09	Urbain Molela	Facilitateur	Entretien	Betou
21/09	Cyriaque Yamoulou Jean Bertin Bolongo Silvère Nkanda César Bessengoye Jean Félix Yondona	Médecin Conseil Infirmier Infirmier Infirmier Infirmier-major	Atelier Cartographie des Incidences	Enyellé
23/09	Observation fonctionnement UCM / 2 infirmiers César Bessengoye/ Jean Bertin Bolongo)			
24/09	Axe 3 Sambala. Observation consultations Longa + Kpeta (lieu dit « Na moyi na moyi »). Observation déparasitage dans quelques campements le long de l'Axe 3.			
24/09		11 femmes 8 hommes	FGD	Longa
24/09	Thérèse Endouma	« Matriarche Autochtone »		Kpeta (lieu dit « Na moyi na moyi »)
24/09	Sosthène Tséké	Terre Sans Frontière	Visite Poste de Santé	Ibenga
24/09	Observation Fonctionnement UCM			Bolomo
24/09	Cyr Claver Iyengui Christian Kelly-Kelly	Secrétaire du Comité du village Infirmier Chef de Poste de Santé	Entretien	Bolomo
25/09	Serge Remy Selome	Adjoint de Santé Communautaire	Entretien	Bissambi

	Myriam Ekouté	Relais Communautaire		
25/09		8 hommes 10 femmes	FGD	Bissambi
26/09	César Bessengoye Jean Bertin Bolongo	Infirmier OMF Infirmier OMF	Entretien	Bissambi
26/09	Jean-Marie Tombet	Directeur départemental des affaires sociales	Entretien	Impfondo
26/09	Dr Kala Sr Sarah Speer Guy Serge Ngalipe Martine Mouya	Médecin Infirmière au centre Kimia Coordinateur du Projet Lèpre Secrétaire du Centre Kimia	Entretien	Hôpital « Le Pionnier » et Centre Kimia à Impfondo
27/09	Ahmat Abdel Karim Yvonne Tokou Marie Kano	ASC RC Matrone		Lilongo
27/09		10 femmes	FGD	Lilongo
27/09	Justin Nasséna Mireille Woma Alexanrine Ekoumou	ASC RC Sagefemme		Moungoungui
27/09		10 femmes	FGD	Moungoungui
28/09	Jean-Pierre Eyonguiabeka Lidvine Raissa Ella Nguié Eudoxie Patience Alouki	Assistant Sanitaire Chef du CSI Enyellé Sage-femme ATS		Enyellé
28/09		3 patients Autochtones		CSI d'Enyellé
28/09	Philomène Gapo Karim Abega Félicité Oko Mireille Koudaki Angélique Mouzanda	Facilitatrice Facilitateur Facilitatrice Facilitatrice Facilitatrice	Atelier de cartographie des incidences	Enyellé
28/09	Barthélémy Gonella Toussaint Laurent	Chef de Mission Adjoint Chef de Mission	Entretien Entretien	Enyellé
29/09	Barthélémy Gonella Toussaint Laurent	Chef de Mission Adjoint Chef de Mission	Restitution à « chaud »	Enyellé
30/09	Retour Brazzaville : Enyellé -Ouessou : Voiture de l'OMF			
1/10	Ouessou Brazzaville : Avion / Bus			

3/10	Dieu Merci Emeriand Kibangou	Directeur des Etudes et de la Planification	Entretien	Brazzaville
3/10	Dr Alex Aloumba	Directeur National MTN	Entretien	Brazzaville
3/10	Cédric Ndieze Aubain Lepassa Letedi	Spécialiste Santé Banque Mondiale Spécialiste financement du secteur privé de la santé Banque Mondiale	Entretien	Brazzaville
4/10	Raul Mateus Paula Moreno Amparo	Ambassadeur Union Européenne Chargé Santé et Secteurs Sociaux	Entretien Entretien	Brazzaville Brazzaville
4/10	Florence Llorens Cyril Brulez	Cheffe de Projet AFD France Chargé de Projets, forêts, agriculture, environnement et ONG AFD Congo	Restitution à « chaud »	Brazzaville
4/10	Anne-Laure Lesvenan	Directrice du Centre de Saint Kisito	Entretien	Brazzaville

Evaluation externe du Projet :

« Amélioration des conditions de vie des populations autochtones de la Likouala, Congo Brazzaville »

I. L'action à évaluer et les acteurs et actrices impliqués

1.1 *Présentation succincte de la structure commanditaire : L'Ordre de Malte France (OMF) et sa direction internationale et de l'Outre-mer (DIOM)*

1.1.1. Résumé des missions, objectifs de la structure, et organisation institutionnelle interne

Les Œuvres Hospitalières Françaises de l'Ordre de Malte (OHFOM) dit Ordre de Malte France est une association de loi 1901 créé en juin 1927 et qui a obtenu une reconnaissance d'utilité publique en 1928. L'association œuvre pour la protection des plus fragiles en apportant son soutien aux personnes atteintes de maladie, de handicap ou victimes d'exclusion sociale, de conflits et de catastrophes naturelles. Outre sa forte implication dans le domaine de santé, l'Ordre de Malte France prend part à la protection civile, à l'accompagnement des migrant-e-s et des réfugié-e-s ainsi qu'à l'accueil des personnes en situation de précarité.

Grâce à 16 établissements médico-sociaux et sanitaires en France, l'association prend en soin le handicap, l'autisme, la dépendance et l'Alzheimer ainsi que les enfants. De plus, elle possède un agrément national qui l'autorise à offrir des formations aux gestes qui sauvent les vies et à assurer les missions de sécurité civile lors des grandes manifestations. En ce qui concerne l'aide aux migrant-es et aux réfugié-e-s, elle apporte un accompagnement social et juridique à ces populations en situation de vulnérabilité à travers son intervention dans trois centres de rétention administrative.

Afin de mener à bien ses missions, elle s'appuie sur une ressource humaine riche et diversifiée composée de 1 989 salarié-e-s, de 9 400 bénévoles, de 106 délégations territoriales en France. En 2017, l'association intervient dans 26 pays du monde afin de permettre à tous et toutes d'accéder à des services et des soins de qualité.

L'équipe basée au siège dédiée à l'activité Internationale est composée de 7 salariés et d'une dizaine de bénévoles. A l'international, l'Ordre de Malte France gère 7 hôpitaux, 16 centres de santé et 3 Centres de Formation aux Actions de Secours (CFAS). Il soutient également plus de 150 centres de santé en leur fournissant des médicaments et équipements médicaux via un établissement pharmaceutique (EPHOM). Quatre hôpitaux (au Cameroun, en Côte d'Ivoire, au Togo et au Bénin) sur sept sont généralistes et sont dotés de services de médecine générale, de chirurgie et de pôle mère-enfant (service de pédiatrie et de gynéco-obstétrique). Trois établissements de santé sont plus spécialisés dont deux en maternité (Madagascar et Palestine) et une en soins aux lépreux et lépreuses et en chirurgie orthopédique et réparatrice (Sénégal). Depuis 2014, l'OMF gère un centre de soins à Brazzaville et depuis 2017 une équipe basée à Enyellé pour diriger le Projet « Amélioration des conditions de vie des populations autochtones de la Likouala ».

L'association dispose d'une expérience avérée en expertise médicale et paramédicale notamment dans le domaine de la lèpre, la recherche médicale et le suivi des malades.

1.1.2. Budget global au domaine d'intervention concerné

Sur 92 Millions d'euros de ressource en 2017, le budget exécuté par la Direction Internationale de l'Ordre de Malte France s'est élevé à 8,481 M€ (8,407 M€ en 2016) : 1,738 M€ proviennent de subventions institutionnelles (2,283M€ en 2016) et 6,743 M€ sont issus des ressources directement collectées par l'Ordre de Malte (OMF et FOM).

La répartition géographique des dépenses met en exergue la place de l'Afrique francophone dans les activités à l'international. Le Proche-Orient est la seconde zone d'action principale.

1.2. Descriptif de l'action à évaluer

1.2.1 Information générale, contexte national et local

Le Projet se déroule au Congo Brazzaville. La situation politique du pays est stable. En matière économique, le FMI réclame des réformes fortes, et en matière de gouvernance, une meilleure gestion des comptes publics et la réduction du train de vie de l'Etat. L'économie congolaise subit les contrecoups de la baisse du prix du pétrole, entraînant ainsi une chute des recettes publiques d'environ un tiers depuis 2015 et une hausse de la dette publique à 110 % du PIB. Malgré la volonté affichée de l'Etat dans le futur programme du FMI de maintenir un niveau d'investissements permettant de soutenir une certaine activité, de préserver les filets sociaux, la Likouala est restée la région oubliée. Aucun recensement de la population n'a été disponible au démarrage du Projet ce qui a généré une difficulté pour dresser un tableau de la situation et établir des critères précis d'évaluation de progrès du Projet.

Le Projet se déroule dans le département de la Likouala (capitale régionale : Impfondo) Cette région située à l'extrême nord du Congo a une population estimée de 216 000 habitants. Le taux de pauvreté dans la Likouala est de 71,9%, contre 46,5% pour le reste du pays⁷⁸. Les populations autochtones, représentant 1,2% de la population congolaise⁷⁹ et un quart de celle de la Likouala, peuvent être considérées comme des populations rurales vulnérables. En effet, elles souffrent d'un manque d'accès aux services élémentaires. Cette situation est aggravée par leur isolement géographique, la discrimination et souvent l'exploitation qu'elles subissent de la part des Bantous. Les femmes et les enfants sont les principales victimes de cette situation : le taux de mortalité maternelle chez les autochtones est de 781 pour 100 000 naissances vivantes⁸⁰ (le taux national étant de 410 pour 100 000 naissances vivantes⁸¹). Dans la Likouala, seulement 18% des femmes autochtones se rendent aux consultations prénatales⁸², alors que 89.3% des femmes du département bénéficient de ces soins⁸³. La population autochtone, notamment les enfants, souffre de nombreux cas de malnutrition sévère, mais aussi d'une recrudescence des épidémies de choléra, de tuberculose, de rougeole et de lèpre⁸⁴. Le gouvernement congolais a promulgué une loi le 25 février 2011 portant promotion et protection des droits des peuples autochtones. L'article 22 garantit notamment « l'accès des populations autochtones à tous les services sociaux et de santé (...) sans aucune discrimination ». La problématique autochtone est une des priorités du Congo, le gouvernement l'a également insérée dans son Plan National de Développement 2012-2016 en précisant que « l'accent sera mis sur l'accès des populations vulnérables aux soins et services de qualité, y compris les peuples autochtones », encourageant notamment la mise en place de « cliniques mobiles ». C'est dans une volonté d'accompagner et de faciliter la mise en œuvre de cette politique que se sont inscrit le montage et le lancement du Projet. Mais du fait de la

⁷⁸ UNICEF, *Descriptif de programme de pays révisé République du Congo (2014-2018)*, 2 août 2012.

⁷⁹ Selon le dernier recensement général de la population congolaise de 2007.

⁸⁰ David LAWSON, Représentant Résident de l'UNFPA en République du Congo (discours de mai 2012).

⁸¹ Central Intelligence Agency [en ligne] <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/cf.html>

⁸² David LAWSON, Représentant Résident de l'UNFPA en République du Congo (discours de mai 2012).

⁸³ UNICEF Congo, *Analyse de la situation des enfants et des femmes au Congo en 2013*, décembre 2014.

⁸⁴ *Evaluation inter-agence onusienne de janvier 2012.*

dégradation rapide du contexte économique, les engagements du gouvernement n'ont pas été suivis d'effet. La dégradation sanitaire a été telle dans la Likouala que le Projet a basculé d'une logique de développement et d'accompagnement des politiques publiques vers une logique d'urgence en palliant aux carences du gouvernement. L'enjeu étant bien à terme de revenir dans une dynamique de développement à long terme. Le Projet se situe à ce titre dans le continuum urgence-développement.

Le Projet se déroule sur une durée de 36 mois. Il a démarré en décembre 2016 et se terminera en décembre 2019. Le Projet a été porté en partenariat avec l'Association des Spiritains au Congo (ASPC) et l'association APIFLORDEV. Il vise en premier lieu à améliorer l'accès aux services et aux soins de qualité pour les habitants et habitantes de la Likouala grâce aux équipes médicales mobiles qui se déplacent dans les zones les plus reculées. Il vise également à autonomiser et responsabiliser les populations autochtones grâce à la mise en place d'activités de sensibilisation sur leurs droits et d'activités génératrices de revenus (miel et poivre).

1.2.2 Présentation succincte de l'origine et de l'historique de l'action

Depuis 2014, l'Ordre de Malte France coopère avec l'Association des Spiritains du Congo (ASPC) dans le cadre de la mise en place d'un centre de santé communautaire à Brazzaville (Makélékélé), et d'un Projet pilote d'Unité de Clinique Mobiles (UCM) dans la Likouala. Leur coopération est née à la suite de la constatation de l'état sanitaire déplorable des enfants autochtones fréquentant les écoles ORA (Observer Réfléchir Agir) gérées par l'ASPC. L'enjeu étant de développer à partir de l'action de scolarisation menée par l'ASPC une approche multi-sectorielle. L'UCM du Projet-pilote a communiqué ses premiers comptes rendus d'activité, qui ont permis de connaître le nombre de patient-e-s suivi-e-s, adultes et enfants, ainsi que la prévalence des principales pathologies dans les zones couvertes.

Ces premiers résultats ont initié la proposition du présent Projet acceptée et cofinancée par l'AFD (2017-2019).

Coût total de l'opération	794 042€	100 %
Participation de l'AFD	360 000 €	45,34 %

1.2.3. Objectifs de l'action et stratégie d'intervention

Les objectifs principaux de ce Projet sont :

OS1 : Améliorer l'accès aux soins et aux services de santé pour les populations autochtones

- Développer l'accès aux premiers secours
- Développer l'accès aux consultations médicales, notamment pour les femmes enceintes

OS2 : Améliorer la qualité de l'offre de soins pour les populations autochtones

- Dresser un état des lieux de la situation sanitaire de la Likouala
- Amélioration de la qualité des soins (formation et compétences médicales)

OS3 : Autonomiser et responsabiliser les populations autochtones

- Les populations autochtones de la Likouala connaissent leurs droits fondamentaux
- Développement d'activités génératrices de revenus

De manière générale, le Projet avait pour objectif de mettre en œuvre une approche participative en impliquant tous les acteurs de la santé, à commencer par les communautés elles-mêmes, mais également le personnel médical et les autorités sanitaires. Face à l'urgence sanitaire observée et aux difficultés rencontrées au démarrage du Projet cette approche participative a été relativisée. Les

activités de sensibilisation ont visé à provoquer des changements de comportements à tous les niveaux dans l'accès aux soins mais aussi et surtout au niveau de la demande de soins. Cette dimension « de changement des comportements » bien que difficilement quantifiable a été approfondie grâce au concours des anthropologues. L'expertise d'ethnologues du musée de l'homme a été recherchée dès le démarrage du Projet avec pour objectif l'amélioration de la connaissance globale de la situation et en particulier de la relation Bantous-autochtones afin d'effectuer un transfert de compétences auprès des acteurs locaux à tous les niveaux (communautaire, institutionnel...) et d'améliorer la contribution des organisations de la société civile aux processus de gouvernance et de développement sans heurter les mentalités.

1.2.4. Bénéficiaires

Les groupes ciblés par le Projet sont les populations autochtones du département de la Likouala et plus particulièrement les femmes et les enfants. La population Aka est estimée par le gouvernement à environ 60 000 personnes dans la Likouala mais il s'agit probablement d'une sous-estimation. Du fait des difficultés d'accès géographique et du périmètre d'action du Projet mais également du nomadisme saisonnier des Aka, on estime pouvoir toucher directement environ un tiers (20 000 personnes) à travers les activités du programme. Ces populations souffrent en effet de leur isolement géographique, de l'absence de service de santé dans les villages autochtones, d'un manque de moyens financiers, de circuits économiques peu développés et dominés par l'économie informelle, de la discrimination de la part des populations bantous mais également d'une mauvaise connaissance de leurs droits. Le Projet s'efforce également de prendre en compte les besoins des populations bantous et de travailler sur la relation bantou-autochtone qui est complexe. Le Projet agit également au niveau de la formation et de la mise en synergie de tous les acteurs de la santé présents sur zone aussi bien des organismes privés qu'étatiques.

1.2.5. Présentation succincte de l'organisation interne

Au niveau du siège, une équipe Projet apporte son soutien à l'équipe terrain basée à Enyellé. Elle est composée notamment d'un responsable de programme bénévole, d'un responsable des activités de santé bénévole également qui bénéficient du soutien des différentes équipes support salariées du siège (Administrative, financières et opérationnelles). Dans le cadre de la pérennité de son action l'association de droits congolais : les amis de l'Ordre de Malte France au Congo « AMALTE CONGO » a été créée en décembre 2018 pour dynamiser les actions de l'OMF au Congo.

L'équipe terrain basée à Enyellé pour la gestion au quotidien elle est composée d'un Chef de Mission et d'un adjoint qui ont tous deux un statut de Volontaires de Solidarité Internationale (expatriés). L'équipe locale est également composée d'un médecin, et d'un trésorier en contrat local. Les Unités de Cliniques Mobiles fonctionnent avec quatre infirmiers et 3 chauffeurs. Le reste de l'équipe est composée de 3 facilitateurs, 15 Agents de santé communautaires (ASC) et 25 relais communautaires (RC).

L'équipe est également soutenue par une équipe au siège parisien composée de salariés et de bénévoles et conseillée en cas de besoin par l'ensemble des services supports (administratif, juridique, RH, comptable ...) de l'OMF du siège.

Les partenaires suivants sont impliqués à différents niveaux, liés par convention de partenariat qui définit leurs domaines d'activité :

- l'Association des Spiritains du Congo (ASPC) : défense des droits, aides au recrutement des RC et des ASC, entre deux et trois pères spiritains sont présents sur la base.

- APIFLORDEV : développement de l'apiculture, formation des personnels
- Association de l'Amour Vivant (ASLAV) : formation médicale
- Hôpital du Pionnier à Impfondo et CSI de Bétou : lutte contre la lèpre intervention chirurgicale
- Congolaise Industrielle des Bois (CIB) : soutien logistique.
- Musée de l'homme/CNRS : soutien dans le domaine de l'ethnologie.

Le déplacement des activités d'exploitation forestière de la Congolaise Industrielle des Bois (CIB) vers Enyellé a contribué au désenclavement accéléré de la zone. Dans le cadre du programme de lutte contre la lèpre des accords de partenariat ont été établis avec l'hôpital du Pionnier à Impfondo et avec le CSI de Bétou qui sont les centres de santé de référence les plus proches.

1.2.6. Présentation des activités réalisées et principaux résultats (de manière non exhaustive)

L'objectif global du Projet consiste à améliorer les conditions de vie des populations autochtones de la Likouala, à travers le renforcement de leurs capacités et la reconnaissance de leurs droits.

OS1 :

- Identification, formation et suivi de 45 relais communautaires/ASC et mise en place de binômes avec des autochtones-bantous selon les recommandations des ethnologues
- Construction, approvisionnement et mise en fonction du dépôt pharmaceutique
- Mise en place et organisation des rotations des UCM avec environ 12 000 consultations réalisées sur la première partie du programme avec une attention particulière sur le suivi des femmes enceintes.
- Veille sanitaire et intervention d'urgence lors d'épidémies (rougeole ...)
- Une centaine de référencement d'urgence ont pu être réalisés sur cette première période avec l'accompagnement des autochtones lors de leur hospitalisation.
- Participation et extension aux zones isolées des campagnes de vaccination
- Développement de contenus mobiles adaptés aux Aka pour étendre les actions de sensibilisations (expérimentation MP3 solaires)

OS2 :

- Recueil et analyse des données pour évaluer et documenter la situation sanitaire notamment lèpre et MTN
- Coordination et mise en synergie des acteurs de santé de la zone (Réunions trimestrielle)
- Plaidoyer auprès des acteurs étatiques mais également des acteurs privés pour les impliquer et les inciter à tenir leurs engagements notamment en termes de mise à disposition de moyens humains et financiers. Cela s'est concrétisé par la mise à disposition de personnels fonctionnaires pour le Centre de Santé Intégré (CSI) d'Enyéélé qui était en déshérence.
- Formation et suivi des 15 ASC, formation continue des infirmiers et du médecin ainsi que du personnel du CSI.
- Organisation régulière de session de sensibilisation dans les villages
- Développement de contenu de sensibilisation et test de lecteur MP3 solaires pour la sensibilisation des familles
- Réflexion sur les pratiques thérapeutiques traditionnelles

OS3 :

- Développement des contenus et de modules de formation adaptés, réalisation des premiers ateliers de sensibilisation (travail avec ethnologue et partenaires ASPC)
- Développement du contenu et test de lecteur MP3 solaires pour la sensibilisation
- Analyse de la pertinence et développement d'une filière Miel en partenariat avec Apiflordev et ethnologue et de la filière poivre par l'ASPC

1.2.7. Conception, suivi et évaluation de l'action

L'ensemble des données et des résultats des activités sont disponibles dans les comptes rendus périodiques du chef de mission ainsi que le rapport intermédiaire de la première tranche seront remis aux consultant-e-s, le rapport final sera lui en cours de rédaction. Ces éléments présentent le bilan des activités des équipes mobiles, les soins pratiqués, les principales pathologies rencontrées. Les partenaires du Projet chacun dans leurs domaines d'activités transmettent au siège de l'OMF et au chef de mission leurs comptes rendus de missions et le bilan périodique de leurs activités. L'analyse de ces comptes rendus par l'équipe Projet a permis d'orienter les modes d'actions pour mieux les adapter aux contraintes vécues au quotidien sur le terrain. Le cas particulier de la lèpre découverte la première année de l'activité des unités mobiles et non prise en compte dans le Projet initial a été intégrée au Projet avec un budget complémentaire dédié.

D'autre part, depuis le début du Projet et de manière périodique, un accompagnement par des anthropologues pygmologues affiliés au Musée de l'Homme a été réalisé afin de mieux comprendre les particularités de la relation Aka-Bantoues. Différentes missions sur le terrain qui ont fait l'objet de comptes rendus et des réunions de débriefing au siège ont eu lieu qui ont permis d'adapter/réorienter les actions et leur mise en œuvre notamment au niveau des méthodes et des outils utilisés mais également de mettre certaines actions de côté et d'en privilégier d'autres.

Il s'agit de la première évaluation externe d'un Projet de l'Ordre de Malte France pour ses actions Internationale. Différents documents nés de la phase de conception, ainsi que certains autres ont permis de suivre l'évolution de l'activité. L'ensemble des documents édités soit par le siège et l'équipe terrain seront mis à disposition des consultant-e-s :

- les accords de partenariat et les conventions (NIONG/AFD....)
- les comptes rendus de mission des partenaires et des personnels de l'OMF
- les rapports périodiques d'activités de l'équipe terrain (rapports mensuels et trimestriels)
- le compte rendu d'activité intermédiaire mi-parcours transmis à l'AFD
- Les comptes rendus des missions réalisées par l'ethnologue

1.2.8. Intégration du genre : le Projet intègre-il le genre ou non ? Vise-t-il une contribution à l'égalité femmes-hommes ?

L'objectif du Projet est de recruter des relais communautaires avec au moins 50% de femmes dont 80% d'entre elles seront choisies parmi les populations autochtones. Ces objectifs sont partiellement atteints mais restent un objectif à long terme. Les premiers RC/ASC « femme et autochtone » ont pu être recrutés. Il s'agit d'un enjeu pour la suite du programme que de pouvoir approfondir cette prise en compte du genre notamment dans le contexte particulier de la culture Aka qui valorise traditionnellement le rôle des femmes.

II L'Evaluation

2.1 Justification de l'évaluation

2.1.1. Origine de la demande

Cette évaluation est réalisée dans le cadre du programme « Amélioration des conditions de vie des populations autochtones de la Likouala » initié par l'Ordre de Malte France (OMF) en décembre 2016 et qui s'achèvera en décembre 2019. L'OMF est tenue, par convention avec l'AFD, à la réalisation d'une évaluation externe de son action et de celle de ses partenaires pendant les trois premières années de fonctionnement du programme.

Par ailleurs, du fait d'un besoin évident de soutien de ces populations, l'OMF souhaite poursuivre et élargir cette action pour une nouvelle période de trois ans en adaptant son programme au regard de l'expérience acquise lors des trois premières années. La mise en œuvre de nouveaux partenariats (Initiative Développement/Apprentis d'Auteuils) permettra la prise en charge des aspects développement et sociaux du nouveau programme pour que l'OMF puisse se concentrer sur le développement sanitaire. Pour ce faire, l'OMF prévoit d'effectuer une nouvelle demande de cofinancement à l'AFD/UE et recherchera des bailleurs complémentaires auprès de sociétés actives dans le nord du Congo (CIB...). Une coopération étroite avec l'Etat Congolais sera recherchée.

L'évaluation apportera un regard neuf et externe sur le Projet, qui permettra de mettre en évidence de nouvelles pistes d'amélioration pour la suite. En effet l'enjeu est aussi de pouvoir commencer à développer une « culture » de l'évaluation externe et de démontrer la pertinence ce type d'approche sur nos programmes d'envergure.

2.1.2. Attentes et objectifs pour le commanditaire

L'objectif global de l'évaluation pour l'OMF est double. Il s'agit d'une part d'évaluer l'efficacité des actions mises en œuvre par l'OMF et ses partenaires (APIFLORDEV et ASPC) pendant les trois premières années du programme et d'analyser les difficultés rencontrées.

Il s'agit d'autre part de contribuer à faire évoluer notre approche à travers la mise en place de recommandations pour la suite, notamment sur la prise en compte des questions de genre. Cette évaluation pouvant constituer un « T0 » pour la deuxième phase du programme qui est en construction. L'enjeu étant entre autre de pouvoir orienter la stratégie à suivre ainsi que d'accompagner la formulation d'objectifs et de résultats et d'indicateurs adaptés pour la suite.

En effet, la difficulté d'obtenir des données quantitatives fiables notamment à cause du manque de données initiales mais également du nomadisme des bénéficiaires ne permet pas de justifier de l'impact à l'échelle globale des actions. Il est a priori impossible de « prouver », à partir des données recueillies, une baisse de la mortalité maternelle et infantile dans le district. Bien entendu cela reste un objectif important à long terme. Mais nous sommes bien conscient-e-s qu'il ne sera pas possible ni même pertinent de mettre en place, à ce stade du Projet, une analyse d'impact rigoureuse.

Face à la complexité de la situation, le Projet s'est en effet inscrit dans une approche pilote qui s'apparente par certains aspect à de la recherche action. Ce travail a été facilité par l'accompagnement au long cours d'un ethnologue affilié au Musée de l'Homme. L'expérimentation de l'utilisation de MP3 solaire en est un exemple, la mise en place des RC en binôme (autochtone/bantous) en serait un autre. L'enjeu se situe bien en amont de l'impact au niveau des changements de comportement des acteurs et actrices : aussi bien au niveau de l'équipe du programme, des autorités locales ou des différent-e-s bénéficiaires autochtones et bantous. En effet les trois premières années ont permis à l'équipe d'avoir une compréhension clarifiée des différents acteurs et actrices, de leurs positionnements, de leurs comportements et des contraintes rencontrées. Il s'agit à travers cette évaluation de pouvoir prendre un peu de hauteur sur ces différents enjeux.

L'évaluation externe devrait permettre d'analyser, de documenter et de cartographier de manière rétrospective ces changements de comportement et de capacité aussi bien positifs que négatif qui ont pu se mettre en place à travers le Projet. Mais ce travail doit également pouvoir contribuer à la prospective et permettre de faciliter la formulation participative des changements escomptés et attendus au niveau des différentes familles d'acteurs pour la deuxième phase du programme.

L'un des enjeux clés reste bien entendu la pérennisation des actions et leur appropriation par les acteurs locaux aussi bien privés qu'étatiques. Trouver les moyens de pérenniser les acquis dans ce contexte oscillant entre urgence sanitaire et développement à long terme reste un questionnement ouvert auquel l'évaluation devrait pouvoir contribuer.

2.2. Objet de l'évaluation

2.2.1. Délimitation de l'action à évaluer

L'action à évaluer est le programme dans son ensemble, c'est-à-dire toutes les activités réalisées pendant les trois années (décembre 2016 à la date de réalisation de l'évaluation). Elle devra également déboucher sur des prospectives destinées à adapter le programme pour sa poursuite pendant trois années complémentaires. L'enjeu étant bien au-delà d'une approche quantitative factuelle de procéder à une analyse si possible participative centrée sur les acteurs et les actrices et leur perception des changements (positif et négatif) notamment au niveau des comportements.

2.2.2. Postulats fondateurs de l'action dont l'évaluation appréciera la pertinence

L'Ordre de Malte France (OMF) s'est engagé dans ce programme après avoir financé une action pilote conduite sur le terrain à la demande de l'Association des Spiritains au Congo (ASPC). Ce Projet consistait à donner un accès aux soins primaires aux populations autochtones isolées de la Likouala notamment aux élèves scolarisés dans les écoles ORA (observer-réfléchir-agir) en organisant des missions de stratégie avancée à leur rencontre par des Unités de Consultations Mobiles. Cette action pilote a démontré la situation dégradée dans laquelle se trouvent ces populations isolées tant au plan sanitaire qu'au niveau de leur intégration en tant que citoyens du Congo. L'OMF a ainsi décidé d'apporter un soutien à ces populations particulièrement vulnérables avec le soutien de l'AFD en développant le programme initial dans le but d'élargir leur accès aux soins, d'en améliorer la qualité et de les aider à bénéficier des services sociaux du pays sans en être écartés par la discrimination et l'ignorance de leurs droits.

Les actions retenues par l'équipe Projet postulent que (de manière non exhaustive) :

- Les populations autochtones et isolées ne peuvent avoir un accès aux soins que si des capacités de soins de qualité vont au-devant d'elles dans leurs villages et campements de manière régulière.
- Une amélioration de la connaissance de la population Aka et de la spécificité des pathologies rencontrées (épidémiologie) est déterminante pour mieux les prendre en charge sur le plan sanitaire.
- Une approche de type santé communautaire à travers l'identification et la formation de Relais Communautaires et d'Agents de Santé Communautaires est une méthode pertinente pour développer l'accès à des soins primaires à ces populations mobiles et discriminées.
- La communication avec ces populations doit être adaptée pour tenir compte de leurs spécificités culturelles afin d'obtenir des changements de comportement et doit pouvoir se diffuser « dans la forêt » en dehors des axes routiers et des points de rassemblement ponctuels.
- Des représentant-e-s des populations Aka et, en particulier des femmes, doivent être investi-e-s dans les actions du programme pour obtenir les résultats attendus.
- L'appui et le référencement aux structures sanitaires locales (logistique et formation) reste un moyen efficace pour améliorer l'état sanitaire des populations isolées en particulier pour la gestion des épidémies et la réalisation des campagnes de vaccinations. Dans ce cadre, les autorités locales et les médecins des centres de référence doivent être sensibilisés et accompagnés dans la prise en charge des autochtones.
- Un niveau minimum de recours aux techniques de médecine traditionnelle utiles doit être maintenu.

- L'éducation/sensibilisation et en particulier celle des jeunes générations est en mesure de faire passer les messages concernant l'éducation sanitaire, les droits de ces populations isolées (Ecoles ORA) et une ouverture aux activités génératrices de revenus.
- Le développement et l'encadrement des Activités Génératrices de Revenus (AGR) comme le commerce du poivre et du miel est une opportunité d'autonomisation vis-à-vis des populations des bantous.

2.2.3. Questions que se posent le commanditaire et ses principaux partenaires, et critères d'évaluation à mobiliser

Stratégie d'intervention :

De manière rétrospective :

- La stratégie d'intervention de l'OMF a-t-elle été pertinente ? S'est-elle adaptée aux contraintes rencontrées ? A-t-elle répondu aux besoins et aux attentes des populations ?
 - L'évolution du contexte, notamment la dégradation économique et le désengagement du gouvernement qui a impliqué la mise en œuvre d'actions d'urgence et qui doivent être questionnées
 - L'équilibre mis en place entre l'approche santé communautaire et l'approche santé publique a-t-il été pertinent ?
- La stratégie d'intervention de l'OMF (dialogue et soutien) a-t-elle contribué à la prise de conscience et à la mobilisation des autorités locales sur les enjeux sanitaires et sociaux de la Likouala ?
- La stratégie développée par l'OMF pour le choix, le recrutement et la formation des RC et ASC est-elle pertinente et efficace pour assurer des soins de santé primaires ?
- Les problématiques liées au genre ont-elles été suffisamment prises en compte ?

De manière prospective et en termes de recommandations :

- Cette stratégie doit-elle évoluer en termes de périmètre ou de mise en œuvre notamment dans un souci de pérennisation à moyen terme ?
- Comment développer la participation et l'engagement des différentes parties prenantes ?
- Comment sortir progressivement de la logique d'urgence pour revenir dans une stratégie de développement à long terme ?
 - Dans ce cadre quel équilibre privilégier entre le développement de l'activité de santé communautaire et l'approche plus globale de santé publique ?
- Comment améliorer la prise en compte des besoins de santé communautaire exprimés par la population ?
- Comment faire évoluer la stratégie développée pour le choix, le recrutement et la formation des RC et ASC, jusqu'où peut-on aller en terme de formation et de responsabilité des RC/ASC (dotations de médicaments ...) ?
- Le recours aux techniques utiles de médecine traditionnelle est-il maintenu, doit on poursuivre l'analyse sur cette approche ?
- Quels axes privilégier dans le recours au TIC (radio, sms, communication visuelles, projections, MP3, tablettes) pour la circulation et la capitalisation des informations ?
- Comment mieux prendre en compte les aspects liés au genre dans la suite du programme ?
 - Notamment les articulations avec la santé communautaire et les spécificités de la culture Aka
- Comment approfondir les enjeux liés à la prise en compte de la jeunesse et de l'environnement (préservation de la forêt) dans la stratégie d'intervention, quelles approches privilégier dans le cadre d'une stratégie multisectorielle ?

Dispositifs de mise en œuvre et partenariats :

De manière rétrospective :

- L'organisation interne et la constitution de l'équipe terrain du programme ont-elles permis de mettre en œuvre les actions de manière adéquates ?
- Quelle a été la qualité de la collaboration entre l'équipe locale de l'OMF avec d'une part les partenaires locaux (Institutions nationales, autorités administratives locales, DDS, district sanitaire, CSI, hôpitaux publics et privés du département, ONG), et d'autre part l'équipe basée en France ? Comment le Projet et l'équipe ont-ils été perçus par les différents acteurs ?
- Le rôle des UCM et des RC, ASC et FC est-il clairement identifié, reconnu et intégré par les autorités locales et les populations concernées dans le périmètre d'action du programme et les différents acteurs impliqués ?
- L'apport des experts anthropologues (Musée de l'Homme) lors de la réalisation du programme a-t-il été valorisé ?

De manière prospective et en termes de recommandations :

- Faut-il faire évoluer le dispositif et les compétences de l'équipe sur place ?
- Comment améliorer la perception du programme par les autorités congolaises nationales, locales, ainsi que par les organisations internationales et françaises présentes au Congo ainsi que leur compréhension de la situation sanitaire de la Likouala ?
- Comment améliorer la compréhension, la mobilisation, la motivation et l'implication des bénéficiaires et des partenaires vis-à-vis des actions du Projet ?
- Comment améliorer la collaboration avec les partenaires opérationnels (OMF/ASPC/APIFLORDEV), le partenariat doit-il être poursuivi, renouvelé élargi ?
- Le partenariat avec les experts anthropologues (Musée de l'Homme) doit-il être poursuivi, selon quelles modalités ?
- Développement de l'approche par les droits, quels partenariats pourraient être envisagés pour la suite ?

Résultats des actions :

De manière rétrospective :

- Consolider le bilan et faciliter la lisibilité par tous les acteurs des actions réalisées notamment au niveau de :
 - L'amélioration de l'accès aux soins pour les populations autochtones grâce à l'action des Relais communautaires (RC), des Agents de santé communautaires (ASC) et les consultations/sensibilisations effectuées par les Unités de Consultation Mobiles (UCM). Une attention particulière est portée à l'accès aux soins des femmes et des enfants de moins de 5 ans.
 - L'implication du programme OMF dans la gestion et la reconnaissance et la documentation des épidémies qui touchent les populations de la Likouala (Grandes endémies, MTN, ...) La participation aux campagnes de vaccination mais également l'extension des différents programmes nationaux et l'intégration des files actives en lien avec la DDS aux populations qui en était exclues.
 - La sensibilisation sur les droits et le travail sur le développement d'AGR
- Quels résultats ont-ils été obtenus (UCM, ASC/RC, AGR, sensibilisation) ? Sont-ils satisfaisants pour les différents acteurs ? Comment les apprécier quantitativement et qualitativement ?
- Les statuts épidémiologique et démographique des populations autochtones isolées sont-ils mieux connus grâce à l'analyse des rapports d'activité des Unités de Consultation Mobiles (UCM), de ceux des Relais Communautaires (RC/ASC) et du programme dans son ensemble ?

De manière prospective et en termes de recommandations :

- Comment améliorer le suivi des actions ? Les outils et les méthodes de suivi actuels peuvent-ils être améliorés ?
- Comment améliorer les outils de suivi pour documenter de manière plus précise et rigoureuse la situation sanitaire ? (détermination des statuts épidémiologique et démographique)
- Comment améliorer les indicateurs notamment au niveau sanitaire ?
- Quels résultats pourraient être visés pour la suite ?

Il est demandé aux consultant-e-s, dans leur offre de services, de reformuler et d'organiser le questionnement évaluatif qu'ils proposent de traiter autour de ces axes de réflexion et de questionnements, en fonction de leur compréhension de la problématique, des enjeux et des objectifs de l'évaluation qu'ils auront exposés par ailleurs.

2.3 Méthodologie

2.3.1 Pour la mission : les étapes et les personnes à rencontrer

A) Phase de préparation de la mission : Après avoir choisi le(s) consultant-e-s avec l'appui du F3E, l'Ordre de Malte France leur transmettra l'ensemble de la documentation nécessaire pour comprendre le Projet sous ses différentes formes (rapport intermédiaire, liste des parties prenantes...). Dans un deuxième temps, le(s) consultant-e-s et l'OMF se rencontreront pour échanger sur les attentes et l'organisation de l'évaluation. Cette rencontre devra se faire si possible physiquement au siège de l'Ordre de Malte France à Paris. Les consultant-e-s bénéficieront alors d'informations supplémentaires sur la situation (historique des relations avec les acteurs locaux, problématiques rencontrées lors du Projet...). Par la suite, le(s) consultant-e-s rédigeront une note de cadrage détaillée, en spécifiant les objectifs recherchés, le déroulement de l'évaluation (notamment sur le terrain), les personnes qu'ils comptent rencontrer et de quelle manière, les démarches et outils de collecte et d'analyse de données qu'ils mobiliseront. Une fois présentée lors de la réunion de cadrage (consultant-e chef-de mission au minimum) au siège de l'Ordre de Malte France à Paris, cette note de cadrage devra être validée, ou modifiée si besoin par les consultant-e-s, par le directeur du programme, Guy STEINER, ainsi que par le représentant du F3E. En parallèle, l'équipe de l'OMF d'Enyellé sera tenue informée de tous les échanges avec les consultant-e-s. Les différents acteurs et actrices que souhaitent rencontrer les consultant-e-s (bénéficiaires inclus), seront informé-e-s par l'équipe d'Enyellé et celle du siège, de la période d'évaluation. Le Chef de Mission et son adjoint pourront organiser en amont de la venue de la mission sur le terrain le cadre de certaines rencontres avec les parties prenantes interrogées. En effet la tenue d'un atelier participatif sur une ou plusieurs journées à Enyélé est une option qui peut être étudiée/proposée par les consultant-e-s.

B) Phase d'exécution de la mission : Relativement aux orientations du Projet, une évaluation participative orientée sur les acteurs et actrices et le changement nous paraît pertinente. En effet, l'évaluation externe pourrait être le lieu d'une revue participative du programme en intégrant les différents groupes sociaux (genre et autre). Une approche de type cartographie des changements/outcome mapping nous apparaît adapté, un atelier de travail participatif pourrait être organisé durant la mission (avec l'appui en amont de l'équipe sur place). Nous sommes ouverts à toute forme d'approche allant dans ce sens.

- 1) A Brazzaville (2-3 jours). Rencontres/entretiens avec (non exhaustif) :
 - a. Les autorités congolaises de la santé (niveau ministériel, Ministre ou chef de cabinet ou conseiller médical),
 - b. Le directeur de l'AFD et/ou son adjoint,
 - c. A l'ambassade de France le conseiller santé de l'ambassade de France
 - d. A l'OMS. Ambassadeur de l'OMS ou conseiller médical

- e. Les représentant-e-s des différents partenaires
- 2) A Enyellé (10-12 jours au minimum) : l'accueil sera organisé par le chef de mission. Rencontres/entretiens/atelier avec (non exhaustif) :
- a. L'équipe opérationnelle
 - b. Les relais communautaires et ASC
 - c. Le représentant de l'ASPC et les différents partenaires locaux
 - d. Les autorités locales (sous-préfet, maire, Directeur Départemental de la Santé)
 - e. Les agents de santé publics et privés présents sur la zone
 - f. Les bénéficiaires et les représentant-e-s des différents groupes sociaux
 - g. Si possible un-e représentant-e de la Congolaise industrielle du Bois (CIB) (contact téléphonique éventuellement)

Afin de pouvoir interroger les bénéficiaires du Projet, un interprète Français/lingala-Aka pourra accompagner la mission. Un-e Relais Communautaire ou un-e Facilitateur ou facilitatrice Communautaire disponible pourrait assurer cette responsabilité. Lors de la période d'évaluation, le chef de mission et son adjoint se rendront disponible pour faciliter le travail des consultant-e-s dans leur enquête. Cependant, s'ils ou elles le désirent, les consultant-e-s pourront tout de même effectuer des parties de l'enquête en autonomie ; notamment pour les rencontres faites avec les acteurs situés à Brazzaville.

A partir d'Enyellé, un véhicule de l'OMF sera mis à disposition de l'équipe d'évaluation pour le déroulement de leur enquête sur place. En revanche, ceux-ci devront eux-mêmes prendre en charge le transport de Brazzaville à Enyellé (et de Enyellé à Brazzaville, pour le retour) même si l'organisation en tant que telle pourra être facilitée par l'OMF car les vols intérieurs doivent être planifiés en amont.

2.3.2 Pour les restitutions et rapports attendus

Une première restitution, à chaud, sera faite à la fin de période d'évaluation sur le terrain, avec le chef de mission et l'adjoint. Après leur retour, les consultant-e-s présenteront un rapport provisoire. Après avoir été envoyé, ce rapport provisoire sera présenté par le/la consultant-e chef-de mission au minimum lors d'une rencontre avec l'équipe du siège, en présence du responsable F3E, au siège de l'Ordre de Malte France à Paris. Ce moment d'échange et de partage permettra de compléter et perfectionner l'évaluation. Une fois qu'il sera finalisé, les consultant-e-s remettront le rapport final de l'évaluation à l'Ordre de Malte France et au F3E, accompagné d'une synthèse d'une dizaine de pages.

Le(s) consultant-e-s seront alors convié-e-s à présenter le rapport final de l'évaluation au siège de l'Ordre de Malte France, lors d'un séminaire de l'Université Interne (les dates restent à déterminer). Ils ou elles seront, de même, invité-e-s lors de l'évènement de sensibilisation qui se déroulera à l'occasion de la Journée Internationale des Populations Autochtones, le 9 Août pour un temps d'imprégnation sur le Projet. A cette date, au siège de l'Ordre de Malte France sera organisée une présentation générale du Projet et de la situation dans laquelle vivent les populations autochtones dans la Likouala.

2.3.3. Rôle du commanditaire et de ses partenaires

L'équipe de la Direction Internationale et d'Outre-Mer à Paris en charge du Projet Likouala sera présente pour accompagner et faciliter le travail de(s) consultant-e-s. Composée de Guy STEINER, directeur du programme, de Claude BACHELARD, responsable santé, et de Pierre COLLET, responsable du développement et de la relation avec l'AFD. L'équipe fournira les renseignements nécessaires pour que les consultant-e-s mènent à bien leur mission.

Les contacts de l'équipe terrain seront communiqués aux consultant-e-s afin qu'ils ou elles puissent de même échanger, en vue de préparer au mieux leur mission.

En tenant compte des éléments ci-dessus, il est demandé aux consultant-e-s d'inclure, dans leur offre de services, des propositions détaillées en ce qui concerne la méthodologie qu'ils se proposent de mettre en œuvre (étapes de l'évaluation, acteurs consultés, réunions et restitutions, éléments de méthodologie de collecte et d'analyse d'informations, documents produits, articulation avec l'OMF). Les consultant-e-s proposeront également, dans leur offre de services, la répartition du nombre de jours de travail aux différentes phases de l'évaluation, entre chaque consultant-e. Ils indiqueront les expériences de collaboration préalables des consultant-e-s de l'équipe, comment ils-elles se coordonneront pour l'évaluation, et mettront en avant leur complémentarité au regard du travail demandé.

2.4. Moyens

2.4.1. Humains : expertise recherchée

L'équipe d'évaluation sera composée de deux consultant-e-s (un-e chef-de mission et un-e consultant-e associé-e) ayant si possible déjà travaillé ensemble dans le cadre d'évaluation de programme de développement. Les binômes comportant un-e évaluateur ou évaluatrice européen-ne francophone et un-e évaluateur ou évaluatrice africain-e francophone seront appréciés. L'un-e des deux consultant-e-s sera chef-fe de mission.

Les compétences attendues de l'équipe et qui seront valorisées lors de la sélection sont :

- Expérience valorisée dans l'évaluation/accompagnement de Projet de développement dans le secteur de la santé notamment des approches en santé communautaires, ainsi que des stratégies de lutte contre les Maladies Tropicales Négligées.
- Maîtrise des outils et techniques d'enquêtes et d'entretiens
- Expérience valorisée dans les méthodologies d'évaluation participative et d'organisation d'ateliers (Approche orienté changement, changements les plus significatifs, outcome mapping...)
- Compréhension des problématiques rencontrées par les peuples autochtones d'Afrique Centrale (notamment Aka) ainsi que de des enjeux liés
- Capacité d'adaptation à des conditions sanitaires difficiles et à un confort relatif dans la zone d'Enyélé
- Idéalement, bonne connaissance du Congo Brazzaville et autant que possible de la Likouala et/ou plus spécifiquement du milieu de la forêt équatoriale
- La compréhension des langues locales du Lingala voir de la langue Aka du Congo serait appréciée
- Connaissance de l'approche par les droits et expertise sur les approches genre appréciée

2.4.2. Financiers

Budget avec coûts détaillés :

Le plafond du budget de l'évaluation est fixé à **35 000 euros TTC (coûts directs, y compris imprévus éventuels)**, les jours de voyages internationaux compris. Les perdiem (en France et au Congo Brazzaville), les frais de visa et de santé, de communication, de reprographie et les déplacements (internationaux, sur le terrain et en France) sont compris dans le budget. Seul les frais de transport à Enyélé et dans la zone seront pris en charge par l'OMF à travers la mise à disposition d'un véhicule et d'un chauffeur par le Projet. Le transport vers la zone du Projet se fera de manière privilégiée en avion (sur ce budget) en fonction des vols disponibles qui doivent être planifiés en amont tout en gardant une marge de flexibilité au vu de la fiabilité relative du service.

Des imprévus peuvent être intégrés dans ce budget (5% maximum des couts directs, sur justificatifs, seront éventuellement utilisables avec l'accord de l'OMF et du F3E)

Il est demandé aux consultant-e-s de faire dans leur offre une proposition budgétaire détaillée TTC en tenant compte de ces éléments.

2.5. Calendrier de réalisation de l'évaluation

Proposition de calendrier d'évaluation en 2019 :

Fin avril : Lancement de l'appel d'offre restreint

Mai : réponses à l'appel d'offres restreint, constitution de l'équipe d'évaluation par les consultant-e-s dans leurs réponses à l'appel d'offres restreint

Début juin : Sélection des offres avec F3E, OMF

Juin / juillet : phase de documentation et de cadrage

(Idéalement août) / Septembre : mission sur le terrain

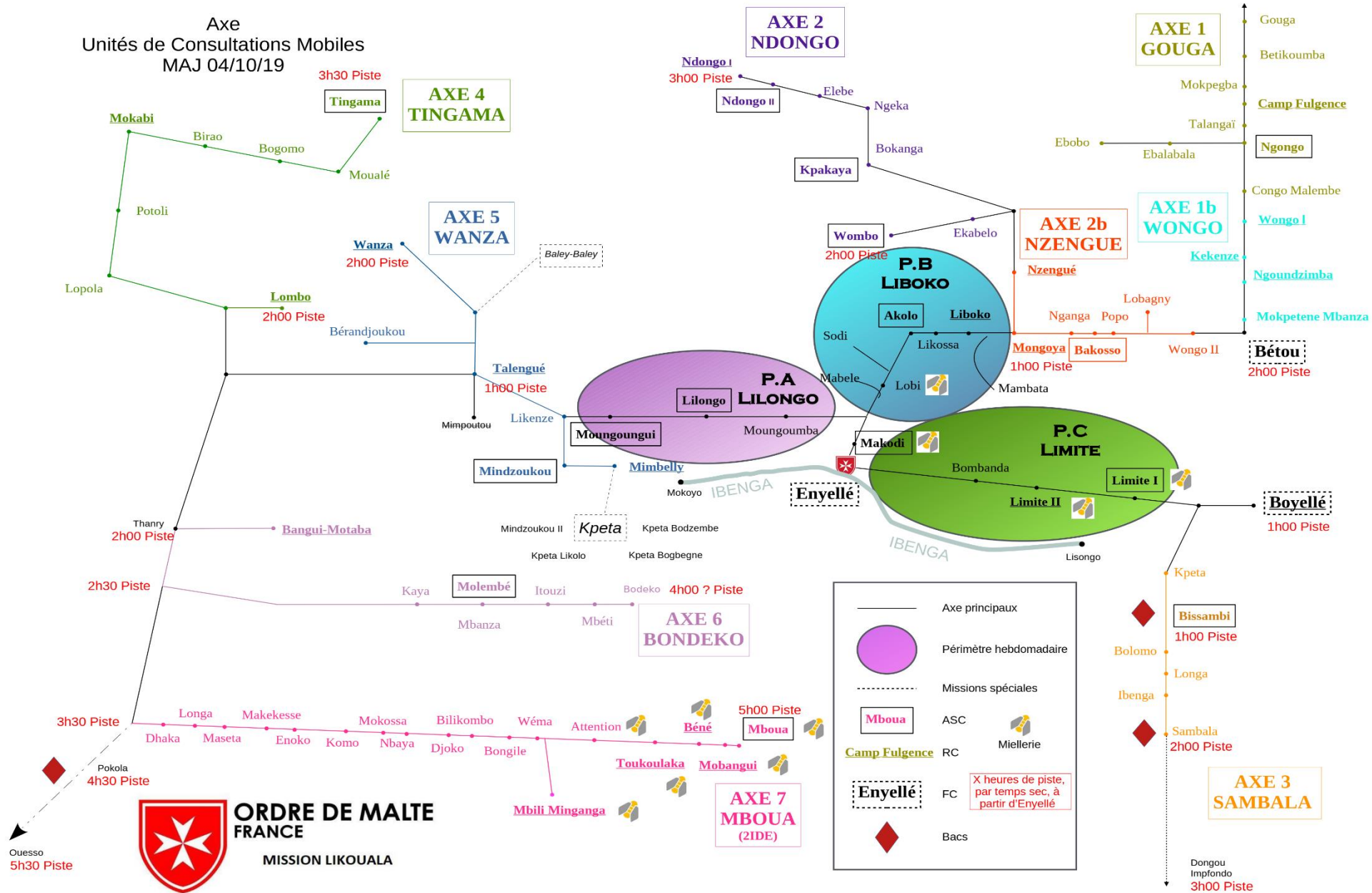
Octobre : rapport provisoire et restitution

(Idéalement fin Octobre) / Novembre : rapport final et synthèse

Début 2020 : restitution du rapport final de l'évaluation au siège de l'Ordre de Malte France, lors d'un séminaire de l'Université Interne (1/2 jour)

Les consultant-e-s, dans leur offre, feront une proposition de calendrier pour l'évaluation en tenant compte de ces éléments.

c. Axes Stratégiques Unités de consultation mobiles



d. Exemple Guide Entretien

Entretien avec l'ASPC

IDENTIFICATION	
Nom de l'enquêté _____	
Lieu de l'entretien _____	
Date de l'entretien _____	

Le 30 juin 2017, vous avez signé un contrat de partenariat avec l'OMF en vue de la mise en œuvre du Projet « Amélioration des conditions de vie des populations autochtones de la Likouala, Congo Brazzaville ».

I. Introduction

1. En quelques mots pouvons-nous décrire le partenariat avec l'OMF ?
2. Pouvons-nous préciser l'historique ?

II. RECRUTEMENT DES RELAIS COMMUNAUTAIRES/ RELAIS COMMUNAUTAIRES SANTE

3. La mise en œuvre du partenariat avec l'OMF a-t-elle permis de recruter des relais communautaires (RC) ? Si oui, combien des hommes et femmes autochtones ? Si non, pourquoi ?
4. Quelles ont été les difficultés rencontrées ?

III. SOINS PAR LES PLANTES

5. La mise en œuvre du partenariat avec l'OMF a-t-elle permis le développement de la médecine traditionnelle ? Si oui, dans quelle mesure ? Si non, pourquoi ?
6. Y a-t-il des statistiques des hommes et femmes ayant recours aux soins par les plantes ? Si oui, quelles sont-elles ? Si non, pourquoi ?
7. Quelles ont été les difficultés rencontrées ?

IV. DEVELOPPEMENT DE L'APICULTURE

8. La mise en œuvre du partenariat avec l'OMF a-t-elle permis le développement de l'apiculture ? Si oui, dans quelle mesure ? Si non, pourquoi ?
9. Quelle est la répartition hommes/ femmes ayant recours à l'apiculture ? Si oui, quelles sont-elles ? Si non, pourquoi ?
10. La mise en œuvre du partenariat avec l'OMF a-t-elle permis la commercialisation du poivre ? Si oui, dans quelle mesure ? Si non, pourquoi ? quels sont les revenus mensuels de chaque commerçant ?
11. Quelles ont été les difficultés rencontrées ?

V. SENSIBILISATION AUX DROITS

12. La mise en œuvre du partenariat l'OMF a-t-elle permis la sensibilisation des populations aux droits humains ? Si oui, dans quelle mesure ? Quel(s) sont les thèmes utilisés ? Quel(s) les moyens de sensibilisations utilisés ? Qui a réalisé la sensibilisation ? Dans quelles localités ? Quand ? Si non, pourquoi ?
13. Quelle est la répartition hommes et femmes ayant participés à ces sensibilisations ? Si oui, quelles est-elle ? Si non, pourquoi ?
14. Quels sont, selon vous, les changements observés grâce à ces sensibilisations ? Où ces changements ont-ils eu lieu ? Qui a fait l'objet de ces changements ? Expliquez.

VI. PERTINENCE DE L'OFFRE DE SERVICE

15. Votre partenariat avec l'OMF a-t-il permis d'améliorer votre action à destination des populations autochtones ? Si oui, dans quelle mesure (citez les exemples) ? si non, pourquoi ?

16. Selon vous votre Projet correspond-il aux besoins des populations autochtones de la Likouala ?
17. Y a-t-il des choses à améliorer ?

VII. EFFICACITE

18. Selon vos observations, quel est le niveau de mise en œuvre des activités prévues dans le cadre de ce partenariat ?
19. Dans l'ensemble avez-vous l'impression que les résultats ont été atteints ? Explicitez.
20. Quelles ont été les difficultés rencontrées dans la mise en œuvre du Contrat de partenariat ?
21. Quels sont les résultats qui n'ont pas été atteints ? Pourquoi ?
22. Y a-t-il eu des résultats indirects atteints non identifiés au démarrage du Projet ?
23. Selon vous, quels sont les facteurs explicatifs de l'atteinte des résultats du Projet ?

VIII. DURABILITE

24. Qu'est ce qui est mis en place à votre niveau pour favoriser la durabilité des résultats atteints ?
25. Dans quelle mesure les ressources humaines, managériales et financières disponibles permettent d'assurer la pérennisation sur le long terme des résultats du Projet ?

IX. CHANGEMENTS DE COMPORTEMENT/ATTITUDES

26. Depuis la mise en œuvre du partenariat avec l'OMF, quels sont, d'après-vous, les changements les plus significatifs (positifs/négatifs) observés chez les populations autochtones ? Expliquez (qui a connu ce changement ? quel changement observé ? Quand ce changement a-t-il eu lieu ? Où, c'est-à-dire, dans quelle localité ?).
27. Quels sont les changements les plus significatifs (positifs/négatifs) observés chez les populations non autochtones à l'endroit des populations autochtones ?
28. Quels sont selon vous les domaines dans lesquels les changements/ attitude sont les moins évidents ?

X. COORDINATION

29. Selon vous, quels ont été les mécanismes de coordination de vos activités conjointes ?
30. Qu'est ce qui pourrait être amélioré dans le cadre d'un nouveau Projet ?
31. Comment envisagez-vous le partenariat ASPC dans le cadre d'un Projet futur ?

e. Exemple Guide Focus Groupe

Guide Focus Groupe PA

IDENTIFICATION	
Lieu du Focus Groupe _____	
Date _____	

INTRODUCTION

- 1- Avez-vous été consultés dans le cadre du Projet ? Si oui, de quelle manière ?
 - Individuellement ;
 - A travers vos institutions communautaires les plus représentatives.

A quel niveau ?

 - Identification ;
 - Elaboration/rédaction ;
 - Mise œuvre ;
 - Suivi ;
 - Evaluation.

Si non, pourquoi ?
- 2- Avez-vous participé à la mise œuvre du Projet du Projet ? Si oui, comment ? Si non, pourquoi ?
- 3- Avez-vous bénéficié des activités du Projet de l'OMF (sélectionner)
 - Santé
 - Education
 - AGR (Préciser quelles activités)
 - Genre et droits humains (expliquer à l'oral ce que recouvre ces deux concepts, car certaines populations autochtones ne connaissent pas forcément la signification de ceux-ci) ;

SANTE

- 4- Quelles sont les activités dont vous avez bénéficié mises en œuvre par l'ODM ?
 - UCM (Unité de consultations mobiles)
 - Références d'urgence
 - Sensibilisations sur thématiques santé réalisées par RC/ Infirmiers
 - Sensibilisations réalisées avec Lecteur MP3
 - Suivi femmes enceintes
 - Prises en Charge repas pour personnes hospitalisés
- 5- Lors du passage des UCM de quels services avez-vous bénéficié ?
 - Sensibilisations
 - Consultations + Prescriptions Médicaments
 - Autres, préciser

- 6- A travers les activités de suivi des femmes enceintes, avez-vous bénéficié de certains items ? (*kit d'accouchement ; kit de dignité ; préservatifs ; médicaments ; contraceptifs ;*)
- 7- Quel est la fréquence de passage des UCM ? Le passage est il régulier ?
- 8- Au niveau des UCM, (utiliser le terme clinique mobile pour les PA ?), quel est votre niveau de satisfaction ? Les UCM ont-ils répondu à vos besoins en matière de santé? Explicitez?
- 9- Etes-vous Satisfait de : Explicitez pour chacun
- La réponse à vos besoins de santé ?
 - La qualité des consultations ?
 - Le suivi des femmes enceintes ?
 - L'accueil des infirmiers
 - La disponibilité des médicaments ?
 - La fréquence des UCM ?
- 10- Quels sont les changements que l'UCM a apporté ? Qu'est ce qui a changé par rapport à avant ?
- 11- Au niveau des relais communautaires, pouvez nous préciser le rôle qu'ils ont eu et indiquer votre niveau de satisfaction ?
- 12- Quels sont les changements observés liés à l'action des Relais Communautaires soutenus par l'Ordre de Malte ? Quand avez-vous constaté ces changements/évolutions (indiquez la date ou le mois) ? Qui a fait l'objet de ces changements (individus/communautés, etc.) ? Expliquez. Où ces changements ont-ils été observés ? Indiquez la communauté/le campement/le village, etc.
- 13- Avez-vous bénéficié des services des structures de santé suivante ?
- CSI Bétou
 - CSI Enyellé
 - Hôpital Le Pionnier
 - Quels étaient les problèmes de santé qui vous ont poussé à solliciter ces services ?
Hospitalisation
Si oui, quel service ?
 - Intervention chirurgicale
 - Référencement d'urgence
- 14- Quel est votre niveau de satisfaction par rapport à
- La qualité de l'accueil au niveau
 - A la dispensation des médicaments/ consommables
 - La qualité des soins
 - Les repas
- 15- Quels sont les changements observés liés à l'intervention de l'OMF au niveau de ces centres/ hôpitaux ? Quand avez-vous constaté ces changements/évolutions (indiquez la date ou le mois) ? Qui a fait l'objet de ces changements (individus/communautés, etc.) ? Expliquez. Où ces changements ont-ils été observés ? Indiquez la communauté/le campement/le village, etc.
- 16- Que proposeriez-vous alors pour améliorer ces services ?

- 17- Selon vous, quelles sont les difficultés que le Projet a connues ?
- 18- A l'avenir, quel serait le type d'activités à mener dans le domaine de la santé ?

AGR

- 19- Quels sont les services dont vous avez bénéficié, dans le cadre du Projet, s'agissant des AGR ?
- Fabrication des ruches ;
 - Production du miel ;
 - Commercialisation du miel ;
 - Récolte du poivre ;
 - Commercialisation du poivre ;
 - Autres, spécifier.
- 20- Comment avez-vous été en contact avec le Projet ?
- 21- Ces problèmes ont-ils été résolus après avoir bénéficié de ces services ?
4. 1. oui entièrement : oui à moitié : non : sans objet
4. 2. Si à moitié ou non, pourquoi ?
- 22- Avez-vous personnellement constaté des changements/évolutions depuis la mise en œuvre de ces services ? Expliquez.
- 23- Qui a fait l'objet de ces changements (individus/communautés, etc.) ? Expliquez.
- 24- Quand avez-vous constaté ces changements/évolutions (indiquez la date ou le mois) ?
- 25- Où ces changements ont-ils été observés ? Indiquez la communauté/le campement/le village, etc.
- 26- Selon vous, quelles sont les difficultés que le Projet a connues ?
- 27- Qu'est-ce qu'il faudrait améliorer dans le domaine des AGR ?

GENRE ET DROITS HUMAINS

- 28- Quels sont les services dont vous avez bénéficié, dans le cadre du Projet, concernant le Genre et des droits humains ?
- 29- Ces problèmes ont-ils été résolus après avoir bénéficié de ces services ?
4. 1. oui entièrement : oui à moitié : non : sans objet
4. 2. Si à moitié ou non, pourquoi ?
- 30- Avez-vous personnellement constaté des changements/évolutions depuis la mise en œuvre de ces services ?
- 31- Expliquez au niveau genre/ Droits de l'homme
- 32- Qui a fait l'objet de ces changements (individus/communautés, etc.) ? Expliquez.
- 33- Quand avez-vous constaté ces changements/évolutions (indiquez la date ou le mois) ?
- 34- Où ces changements ont-ils été observés ? Indiquez la communauté/le campement/le village, etc.
- 35- Que proposeriez-vous alors pour améliorer ces services ?
- 36- Selon vous, quelles sont les difficultés que le Projet a connues ?
- 37- A l'avenir, quel serait le type d'activités à mener dans le domaine du Genre et des droits humains ?