



**ORDRE DE MALTE
FRANCE**



Evaluer • Echanger • Eclairer

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

Synthèse

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

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).