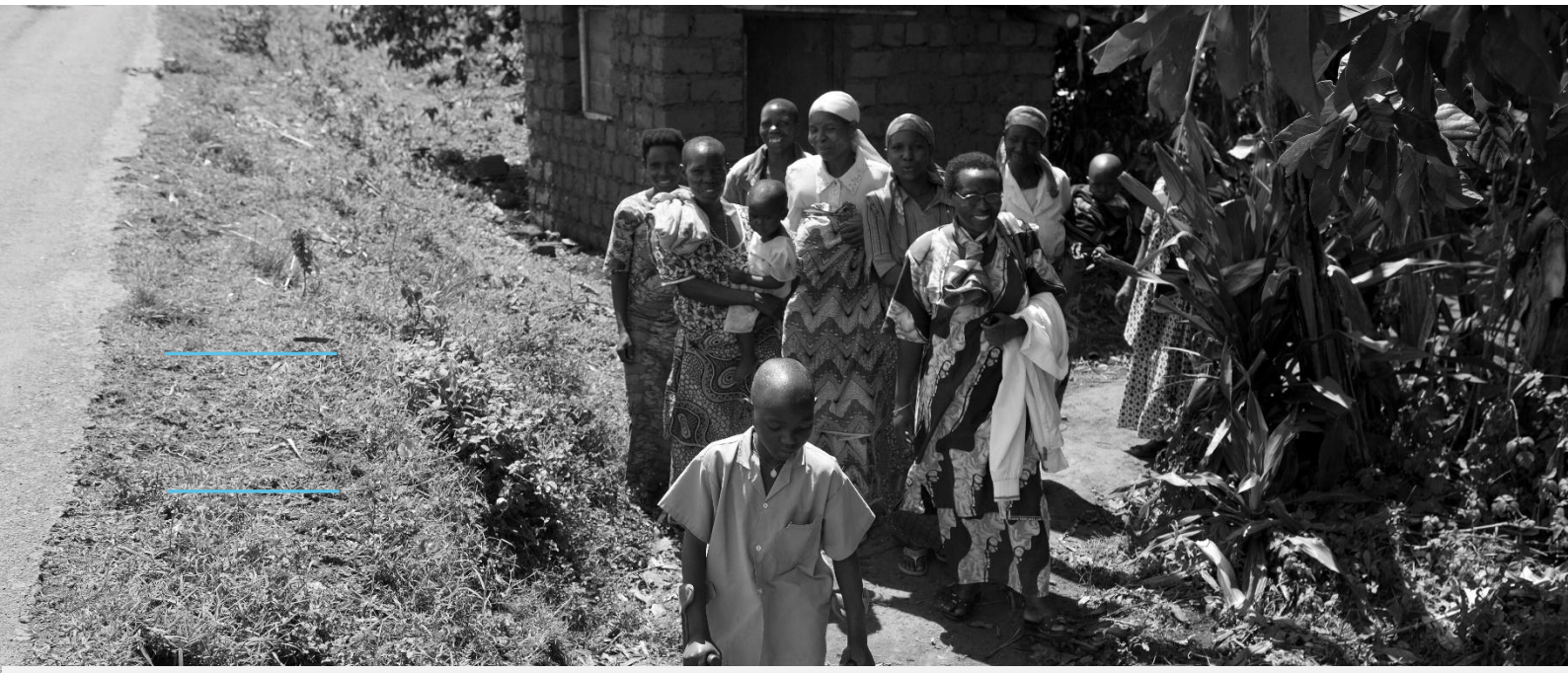

Collection Évaluation de projet [Évaluation Externe]
En direct des projets

Évaluation intermédiaire du Projet « Ensemble, pour le développement harmonieux de nos enfants en République Démocratique du Congo »- Projet Nurturing Care, RDC

Rapport Final
Juin 2025

Yolaine GLELE AHANHANZO épouse-HESSOU

Consultante indépendante

Auteur(s)

Yolaine GLELE AHANHANZO épouse HESSOU

Contributeur(s)

DJAMBA Fidèle
BIAOU Chabi O.Alphonse

NIAMA Didier

Edition

Humanité & Inclusion
Direction des opérations

Crédit photo (couverture)

© T. Freteur / H

Daïsane chez elle, avec sa sœur. Daïsane a 10 ans et vit dans la commune de Lemba, dans la ville de Kinshasa. Elle est née avec les pieds bots, une maladie congénitale des deux membres inférieurs, ce qui rend sa marche difficile voire impossible.

Remerciements

L'équipe remercie tous les acteurs et partenaires de HI pour les informations qu'ils ont fournies et l'aide qu'ils ont apportée dans le cadre de cette évaluation.

Sommaire

Liste des abréviations, sigles et acronymes 5
Liste de tableaux 7
Liste des figures 7
1. Présentation de l'intervention évaluée 8
1.1 HI en RDC et l'intervention concernée 8
1.1.1 HI et l'intervention 8
1.1.2 Contexte d'implantation de l'intervention 9
1.2 Objectifs de l'intervention et résultats attendus 10
1.3 Les activités déployées dans le cadre du projet 11
1.4 Stratégie de partenariat et cartographie des parties prenantes 11
2. Présentation de l'évaluation 12
2.1 Enjeux, objectifs et portée de l'évaluation 12
2.1.1 Enjeux et objectifs 12
2.1.2 Portée de l'évaluation 12
2.2 Questions évaluatives 13
2.3 Méthodologie 13
2.3.1 Approches d'évaluation 13
2.3.2 Déroulement de l'évaluation et autres considérations 15
2.3.3 Limites ayant eu une incidence sur l'évaluation 15
3. Résultats de l'analyse et appréciation du projet 16
3.1 Résultat 1 : Pertinence 16
3.1.1 La réponse du projet aux besoins des 5 domaines du cadre de soins attentifs 16
3.1.2 La réponse aux priorités des parties prenantes 18
3.1.3 L'intégration aux autres interventions de réponse globale aux besoins des enfants 22
3.1.4 La contribution à la mise en œuvre du cadre stratégique commun 23
3.2 Résultat 2 : Partenariat 23
3.2.1 De la construction des partenariats 23
3.2.2 Du fonctionnement du modèle de collaboration entre HI et les partenaires 25

3.2.3 De la pertinence et de l'efficacité des partenaires identifiés 28
3.3 Résultat 3 : Changements 32
3.3.1 Les premiers effets 33
3.3.2 Les facteurs bloquants 38
3.3.3 L'adéquation de l'approche pour la continuité 42
3.3.3 L'autonomisation des prestataires et des parents 44
4. Conclusions et leçons apprises 45
4.1 Conclusion 1 : Pertinence 45
4.2 Conclusion 2 : Partenariat 45
4.3 Conclusion 3 : Changements 46
4.4 Leçons apprises 47
5. Recommandations 48
5.1 Recommandation 1 : Le cadre de soins attentifs plus encore comme outil de visibilité 48
5.2 Recommandation 2 : Une organisation projet plus stable et plus informative 48
5.3 Recommandation 3 : Des partenariats plus efficaces dans un contexte systémique complexe pour plus de continuité 49
5.4 Recommandation 4 : Les Centres Communautaires Inclusifs de Stimulations, innovation à repenser et à documenter 50
5.5 Recommandation 5 : L'enfant handicapé démuni au cœur des interventions prioritaires à travers les outils de visibilité du projet 50
5.6 Recommandation 6 : Des données pour mieux préparer le futur 51
6. Annexes 52
6.1 Termes de référence de l'évaluation 53
6.2 Rapport de démarrage 54
6.3 Grille générique d'entretien 55
6.4 Profils, personnes interviewées et localisation 66
6.5 Tableaux d'analyse 67
6.6 Cartographie des zones d'interventions 78
6.7 Bibliographie 79

Liste des abréviations, sigles et acronymes

Sigle	Définition
ACOLDEMHA	Association Congolaise pour la Libération et le Développement de la Maman Handicapée
AGR	Activités Génératrices de Revenus
ANAPEHCO	Association Nationale de Parents des Enfants Handicapés Mentaux du Congo
ASP	Accompagnement Social Personnalisé
CCIS	Centres Communautaires Inclusifs de Stimulation
CONEPT	Coalition Nationale pour l'Education Pour Tous
COPIL	Comité de pilotage
CPN	Consultations Prénatales
CPS	Consultations Préscolaires
CSC-RDC	Cadre Stratégique Commun
DAC	Development Assistance Committee
DGD	Direction générale de la coopération au développement
DPS	Division Provinciale de la Santé
DUAS	Division Urbaine des Affaires Sociales
ENABEL	Agence belge de coopération internationale
EPST	Enseignement Primaire Secondaire et Technique
FoSa	Formations Sanitaires
HI	Humanité & Inclusion
IFAR	Institut de Formation des agents de recherches
IOV	Indicateurs Objectivement vérifiables
MDAT	Malawi Developmental Assessment Tool l'outil d'évaluation du développement de l'enfant
MDM	Médécins Du Monde
MEAL	Monitoring-Evaluation-Accountability and Learning
MINEDU-NC	Ministère de l'Education Nationale et de la Nouvelle Citoyenneté
NUT	Nutrition
NC	Nurturing Care
OCDE/DAC	Comité d'aide au développement de l'Organisation de coopération et de développement économique
ODD	Objectifs de Développement Durable
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONGs	Organisations Non Gouvernementales
OPH	Organisations de Personnes handicapées
OSC	Organisations de la Société Civile
PCIME	Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant
PIB	Produit Intérieur Brut
PMO	Partenaire de Mise en œuvre
PNC-RDC	Projet Nurturing Care- République Démocratique du Congo
PNRBC	Programme National de Réadaptation à Base Communautaire
PNSD	Plan National Stratégique de Développement
PNSMN	Plan National Stratégique Multisectoriel de Nutrition de la RDC
PNSR	Programme National de la Santé de la Reproduction
PRONANUT	Programme National de Nutrition
PTA	Plan de Travail Annuel
PTF	Partenaires Techniques et Financiers
RDC	République Démocratique du Congo
RECO	Relais Communautaire
RH	Ressources Humaines

SMI	Santé Maternelle et Infantile
SRMNEA	Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent
STP	système de tiers payant
Tdr	Termes de référence
ToC	Théorie du Changement
UNESCO	Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la population
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
USD	United States Dollar
VAD	Visite à domicile

Liste de tableaux

Tableau 1: Synthèse des principales caractéristiques de projet 10
Tableau 2 : *Prévisions de cibles à atteindre pour le projet Nurturing Care* 11
Tableau 3: Suivi de l'exécution financière par partenaire de mise en œuvre du Projet « Ensemble, pour le développement harmonieux de nos enfants en République Démocratique du Congo »- Projet Nurturing Care, exercice 2022-2024 32
Tableau 4: Niveau d'atteinte des indicateurs du Projet « Ensemble, pour le développement harmonieux de nos enfants en République Démocratique du Congo »- Projet Nurturing Care, RDC, 2022-2024 33
Tableau 5: Liste des informateurs clés, entretiens individuels 66
Tableau 6: Liste des activités et prise en compte des composantes du cadre de soins attentifs, analyse proposée par l'équipe d'évaluation 67
Tableau 7: Bilan d'exécution des activités par résultat attendu (à échéance 2023 et 2024), reconstitution par l'équipe d'évaluation 69
Tableau 8: Point d'exécution des activités ACODELMA 73
Tableau 9: Point d'exécution des activités, MINEDU-NC (ex EPST) 74
Tableau 10: Point d'exécution des activités, PNRBC 74
Tableau 11: point d'exécution des activités, PNSR 75
Tableau 12: Point d'exécution des activités, PRONANUT 75
Tableau 13: Point d'exécution des activités, DPS et MCZS 76

Liste des figures

Figure 1: Prise en compte des 5 composantes du cadre de soins attentifs par le PNC-RDC 2022-2026 17
Figure 2: Taux estimé d'exécution des activités à fin 2023 et à fin 2024 par résultat attendu et pour le projet 31
Figure 3: Taux d'exécution physique des activités par partenaire à horizon 2023 et 2024 .. 32
Figure 4: Handicap International – Stimulation d'un enfant lors de la formation Blue Box, Novembre 2023 35
Figure 5: Bâtiment CPS au centre d'Etat de Ngiri Ngiri 37
Figure 6: Cartographie des zones d'intervention du PNC-RDC, Janvier 2025 78

1. Présentation de l'intervention évaluée

1.1 HI en RDC et l'intervention concernée

1.1.1 HI et l'intervention

HI est une organisation de solidarité internationale indépendante et impartiale qui intervient dans des situations de pauvreté et d'exclusion, de conflit et de catastrophe. Sa vision et sa mission d'aide aux personnes handicapées et aux plus vulnérables retrouvent toute leur essence en RDC où elle est présente depuis 1995, dans plusieurs domaines notamment la prévention, la réadaptation, la santé, l'inclusion et la logistique[1]. Consciente des multiples défis du sous-secteur de la petite enfance et des importantes disparités en défaveur des plus vulnérables, l'organisation a mis en place depuis 2022 avec le financement de la DGD pour un montant de 4 629 270 Euros, le projet Nurturing Care[2] visant à favoriser le développement harmonieux de tous les enfants de moins de 12 ans en appliquant l'approche des soins attentifs ou Nurturing Care, en référence au cadre des soins attentifs pour le développement de la petite enfance de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en collaboration avec le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), le Groupe de la Banque mondiale, le Partenariat pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant et le Réseau d'action pour le développement du jeune enfant[3]. Ce projet régional vient en continuité[4] et en connexion avec différentes interventions de HI sur le plan national et dans la ville de Kinshasa[5]. Il a été déployé dans les zones de santé de Selembao, et de Bumbu, anciennes zones d'intervention de HI (dans le précédent projet financé par la DGD) et dans 2 nouvelles zones de santé Ngiri-Ngiri, et Mont Ngafula I[6].

L'approche des soins attentifs : *Les soins attentifs sont inscrits dans une approche holistique, multisectorielle, et ils répondent à travers leurs 5 composantes aux besoins des jeunes enfants en matière de* **santé, de nutrition optimale, de sécurité et de sûreté, d'opportunités d'apprentissage précoce** *incluant les besoins spécifiques et de soins adaptés à l'ensemble des besoins de tous les enfants. Les parents, les familles et les acteurs des systèmes de santé jouent un rôle clé dans l'offre de ces soins. Ainsi, afin d'être efficaces, les politiques, programmes/projets, interventions et services intégrant le nurturing care doivent être conçus pour soutenir ce panel d'acteurs, parents, familles, soignants et leurs communautés, afin de répondre à tous les besoins des jeunes enfants.*

---

[1] HI en République Démocratique du Congo. Accessible à : https://www.hi.org/fr/pays/republique-democratique-du-congo

[2] Humanité Inclusion ; Fiche pays -RDC. Accessible à : https://www.hi.org/sn_uploads/federation/country/pdf/2023-12-Fiche-Pays-Externe-Long-RDC-FR.pdf

[3] Organisation Mondiale de la Santé. Les soins attentifs pour le développement de la petite enfance.- un cadre pour aider les enfants à survivre et à s'épanouir afin de transformer la santé et le potentiel humain. Accessible à : https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/272606/WHO-FWC-MCA-18.02-fre.pdf

[4] Armand NGOMA PHUATI. Rapport final d'Evaluation Externe independante du Programme RDC- DGD 2017-2021 dans la ville province de Kinshasa. 87p. 2022 Accessible à : https://www.handicapinternational.be/sn_uploads/fck/RDC_O2016063_DGD_AC_2017-2021_evaluation_finale_externe.pdf

[5] HI en République Démocratique du Congo. Accessible à : https://www.hi.org/fr/pays/republique-democratique-du-congo

[6] HI-RDC. Document narratif de projet « Ensemble, pour le développement harmonieux de nos Enfants »-Nurturing care- Outcome 7-RDC-DPE. 2021, 30p

1.1.2 Contexte d'implantation de l'intervention

1.1.2.1. La RDC, la ville de Kinshasa et les zones d'intervention

La République Démocratique du Congo (RDC), deuxième plus grand pays d'Afrique (2,3 millions de km²) compte 26 provinces dont la province capitale Kinshasa. En 2023, la population était estimée à 105,8 millions d'habitants, avec un taux de croissance démographique élevé (3,3 %), exerçant une pression sur les ressources naturelles et les services sociaux[7]. Environ 73,5 % de la population vit sous le seuil de pauvreté (moins de 2,15 USD/jour en 2024), avec une instabilité géopolitique chronique, des conflits armés et des crises humanitaires, le pays fait face à des défis majeurs en éducation, santé et accès aux services de base,[8],[9]. Kinshasa, est l'une des plus grandes villes d'Afrique, avec une population de 17 millions d'habitants en 2025[10] caracactérisée par un taux de natalité élevé et un exode rural massif, alimenté par les conflits et la pauvreté dans les provinces. La population y est majoritairement jeune (plus de 60 % a moins de 25 ans) et se concentre dans des zones densément peuplées, souvent dépourvus d'infrastructures de base parmi lesquelles Selembao, Bumbu Nigiri-Nigiri ou Mont Ngafula, où l'accès à l'éducation et aux soins restent limité avec des écoles et hôpitaux publics surchargés.

1.1.2.2 Le sous-secteur du développement de l'enfant

Avec un taux national de fécondité très élevé de 6,11 enfants/femme, le sous-secteur du développement de l'enfant concerne en 2024 près de 15 millions d'enfants de moins de 5 ans sur le plan national et près de 3 millions d'enfants de moins de 5 ans sur la ville de Kinshasa. Selon l'UNFPA, les moins de 14 ans représentent 46%[11] de la population nationale et bien que ne disposant pas des données exactes sur les 6-12 ans [12], la part de ces derniers est également non négligeable au sein de la population. Malgré des avancées certaines dans les domaines de la santé, l'éducation, la protection sociale et l'inclusion, le secteur reste confronté à des défis majeurs notamment celui des importantes disparités persistantes essentiellement liées au genre et aux conditions socio-économiques. Les inégalités d'accès aux soins, à l'apprentissage, le stress familial et environnemental, ainsi que l'exposition à la violence ou aux abus, continuent de freiner le développement optimal des enfants dans le pays[13].

Malgré un recul de la mortalité infantile, la situation des enfants reste critique. Avec un problème d'accès aux soins et services de base (23% des nourrissons n'ont eu aucun vaccin

---

[7]Groupe de la Banque mondiale. Données sur la population de la RDC. Disponible sur : https://donnees.banquemondiale.org/indicator/SP.POP.TOTL?end=2023&locations=CD&start=2005&view=chart

[8]Groupe de la Banque mondiale. Vue d'ensemble sur la RDC. Disponible sur : https://www.banquemondiale.org/fr/country/drc/overview#1

[9]Groupe de la Banque mondiale. Vue d'ensemble sur la RDC. Disponible sur : https://www.banquemondiale.org/fr/country/drc/overview#1

[10] Kinshasa. World Population review. Accessible à: https://worldpopulationreview.com/cities/dr-congo/kinshasa

[11] Fonds des Nations Unies pour la Population. Population mondiale- République Démocratique du Congo. Accessible à : https://www.unfpa.org/fr/data/world-population/CD

[12] UNICEF RDC. Le profil des enfants de Kinshas. Accessible à :https://www.unicef.org/drcongo/media/7261/file/COD-profil-enfants-kinshasa.pdf

[13] Groupe de la Banque mondiale. Vue d'ensemble sur la RDC-Situation sociale. Disponible sur : https://www.banquemondiale.org/fr/country/drc/overview#1

et le retard de croissance touche 42% des moins de 5 ans) [14][15][16][17]. La scolarisation est massive (112%)[18] grâce à la gratuité, mais les inégalités de genre persistent[19] et la protection juridique renforcée et la protection sociales restent inefficaces [20][21] avec des enfants handicapés (20%) encore plus marginalisés et "invisibilisés" par les crises et le manque de politiques adaptées[22].

1.2 Objectifs de l'intervention et résultats attendus

L'objectif général du projet est de « Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous et toutes à tout âge ». L'objectif spécifique se décline en 5 résultats attendus qui sont synthétisés dans le tableau suivant :

Tableau 1: Synthèse des principales caractéristiques de projet

	Caractéristiques du projet
Objectif spécifique	Favoriser l'amélioration du développement optimal de l'enfant de 0 à 12 ans, particulièrement des enfants présentant une déficience ou un risque de retard de développement dans 4 zones de santé de Kinshasa en agissant sur son accès à des services adaptés et inclusifs de proximité et sur son environnement familial et communautaire.
Résultats principaux	**Résultat 1 :** Les enfants ont accès à des opportunités adéquates de stimulation & réadaptation, d'apprentissage et de développement. **Résultat 2 :** Les aidants ont amélioré leur capacité à fournir des soins attentifs et à soutenir l'apprentissage et à promouvoir le développement des enfants de 0 à 12 ans. **Résultat 3 :** Les communautés locales offrent des environnements sûrs et favorables au développement et à la participation des enfants de 0 à 12 ans. **Résultat 4 :** Des services de santé, y compris de réadaptation, d'éducation inclusive de qualité répondent aux besoins des enfants de 0 à 12 ans, en particulier ceux qui présentent une déficience et/ou risquent de présenter un retard de développement. **Résultat 5 :** Les politiques nationales protègent et soutiennent le développement de la petite enfance (0-5 ans) et la qualité de vie de tous les enfants de 0 à 12 ans, en particulier les enfants handicapés.

[14] UNICEF RDC. 60 ans d'actions pour les enfants de la RDC. Accessible à : https://www.unicef.org/drcongo/60-ans-action-enfants-rdc
[15] République Démocratique du Congo. Enquête Démographique et de Santé EDS-RDC III-Rapport des indicateurs clés. Accessible à https://www.unicef.org/drcongo/media/12021/file/COD-EDS-RDC-III-KIR.pdf
[16] Humanité Inclusion. Termes de référence de la mission d'évaluation à mi-parcours du projet « Ensemble harmonieux pour le développement harmonieux de nos enfants – janvier 2022 à décembre 2026. 13p
[17] Groupe de la Banque mondiale. Vue d'ensemble sur la RDC-Situation sociale. Disponible sur : https://www.banquemondiale.org/fr/country/drc/overview
[18] UNICEF RDC. 60 ans d'actions pour les enfants de la RDC. Accessible à : https://www.unicef.org/drcongo/60-ans-action-enfants-rdc
[19] UNESCO. Congo, République Démocratique (RDC). Note de synthèse sur l'éducation. International Institute for Capacity building in Africa. Accessible à https://www.iicba.unesco.org/fr/congo-democratic-republic-drc
[20] République Démocratique du Congo. Loi n° 09/001 du 10 janvier 2009 portant protection de l'enfant. Accessible à : https://faolex.fao.org/docs/pdf/Cng174258.pdf
[21] République Démocratique du Congo. Code de la famille de la république Démocratique du Congo. Accessible à : https://www.leganet.cd/Legislation/Code%20de%20la%20famille/CDF.2017.pdf
[22] Shabwine BUHENDWA. La scolarisation des enfants à besoins éducatif particuliers en raison d'une déficience motrice à Kinshasa, en République démocratique du Congo. Thèse Sociologie-Travail Social. Haute Ecole des Sciences Arts et Métiers (HESAM), Paris 2023, 407p

1.3 Les activités déployées dans le cadre du projet

Les activités détaillées sont présentées en annexe dans le tableau 6. Les groupes cibles ainsi que les prévisions quant à eux sont déclinés dans le tableau suivant :

Tableau 2 : *Prévisions de cibles à atteindre pour le projet Nurturing Care*[23]

Catégorie de cible	Cible	Nombre et répartition
Communauté	Aidants/familles des enfants de 0-12 ans	60 aidants-modèles (75%F/25%H)
	Agents communautaires: - relais communautaires - assistants sociaux (membres de clubs de femmes - (100%F) ; - membres d'OPH et OSC	340 agents communautaires (60%F/40%H)
Structures	Prestataires de services sociaux Prestataires des services de soins	675 (30%F/70%H)
Institutions	Les OPH et les associations de droits humains Les autorités publiques locales, provinciales et nationales	
Bénéficiaires	Enfants de 0 à 12 ans ayant fréquenté les Consultations Préscolaires (CPS) ;	100 000 (52%F/48%G)
	Enfants handicapés ou présentant un risque de retard dans leur développement ayant fréquenté les Centres communautaires inclusifs de stimulation (CCIS).	5 000 (52%F/48%G)
		900 (52%F/48%G) ayant bénéficié de soins de réadaptation fonctionnelle ;
	Aidants engagés dans les CCIS ;	400 (88%F/12%H)
	Femmes enceintes et femmes venant d'accoucher (dont 100 femmes handicapées).	23 000 (dont 100 handicapées)

1.4 Stratégie de partenariat et cartographie des parties prenantes

La mise en œuvre des activités est assurée par les partenaires nationaux, gouvernementaux et non gouvernementaux. Au niveau des partenaires étatiques, il s'agit de la Division Provinciale de la Santé de Kinshasa, du programme national de réadaptation à base communautaire (PNRBC), du Programme National de la Santé de la Reproduction (PNSR), du Programme National de Nutrition (PRONANUT), du Ministère de l'Éducation Nationale et Nouvelle Citoyenneté[24], et de la Division Urbaine des Affaires Sociales du Ministère des affaires sociales, actions humanitaires et Solidarité nationale. En ce qui concerne les partenaires non gouvernementaux, l'Association Congolaise pour la Libération et le Développement de la Maman Handicapée (ACOLDEMHA) et l'Association Nationale de Parents des Enfants Handicapés Mentaux du Congo (ANAPEHCO) sont les organisations de la société civile qui participent au déploiement des activités. Des synergies et complémentarités sont prévues avec d'autres acteurs tels que Rotary Clubs for Development, Light for the World, Viva Salud. Une cartographie plus détaillée des parties prenantes réalisée par l'équipe d'évaluation avec l'appui des équipes locales est disponible dans le rapport de

[23] Humanité Inclusion. Présentation du projet Nurturing Care à l'équipe d'évaluation, Décembre 2024.

[24] Ancienne appelation : Ministère de l'enseignement primaire, secondaire et technique

démarrage (annexe 6.2). Elle précise les catégories de parties prenantes, leur rôle dans le projet, en se basant sur la fiche signalétique des partenariats[25] et leur rôle attendu dans l'évaluation.

2. Présentation de l'évaluation

2.1 Enjeux, objectifs et portée de l'évaluation

2.1.1 Enjeux et objectifs

Cette évaluation intermédiaire vise à analyser les avancées du projet, identifier les obstacles rencontrés et proposer des ajustements stratégiques et opérationnels pour optimiser sa mise en œuvre future. Le contexte local, marqué par des défis socio-économiques majeurs (instabilité politique, conflits armés, crises dans le secteur de la santé, difficultés d'accès aux services de base), impacte sans doute la mise en œuvre et ne facilite pas l'atteinte des objectifs. L'évaluation est cruciale à ce stade pour adapter les actions et garantir l'efficacité des interventions face aux besoins des populations ciblées. Ainsi, les objectifs spécifiques se déclinent comme suit :

1. Evaluer la progression du projet vers l'atteinte des résultats définis dans le cadre du projet, en analysant la performance à la lumière des indicateurs de résultats.
2. Étudier la mise en œuvre de l'approche Nurturing Care et la collaboration entre acteurs, l'efficacité de l'appui à la CPS et aux services de réadaptation, l'implication des familles pour le développement de l'enfant.
3. Identifier les leçons apprises et les bonnes pratiques afin de formuler des recommandations pertinentes, réalistes et opérationnelles à l'attention des parties prenantes dont les partenaires et le bailleur de fonds.

2.1.2 Portée de l'évaluation

L'évaluation a porté sur toutes les activités du projet avec une attention particulière sur le développement de l'approche « Soins attentifs » qui est une première dans le développement des projets de Humanity & Inclusion. Outre l'approche « Soins attentifs », un regard particulier a été porté sur l'appui à la consultation préscolaire (CPS) et aux services de réadaptation et à la participation de la famille/ des aidants dans les soins des enfants à risque et handicapés. Sur le plan territorial, les 4 zones d'intervention du projet ont été prises en compte, il s'agit de 4 zones de santé : Bumbu, Ngiri-ngiri, Mont Ngafula I, Selembao. Sur le plan temporel, les activités de 2022 à 2023 ont été principalement considérées. Les données de 2024 qui ont été exploitées ont été précisées.

[25] Humanité Inclusion. Projet « Ensemble pour un développement harmonieux des enfants » en RDC-Annexe 3a-Fiche signalétique des partenariats. 2022, 8p

2.2 Questions évaluatives

Les critères et les questions d'évaluation utilisés dans la présente mission d'évaluation ont été établis sur la base du référentiel Qualité des projets de HI[26]. Conformément aux TdRs (Annexe 1), les critères retenus sont relatifs à la pertinence, au partenariat et aux changements (effets, continuité, autonomisation).

Pertinence : *mesure dans laquelle le projet répond aux besoins identifiés et s'adapte au contexte d'intervention.*

Partenariat : mesure dans laquelle les partenaires opérationnels sont impliqués à chaque phase du cycle du projet et la qualité des relations.

Changements : manière dont le projet a été en mesure d'induire des changements à court, moyen et/ou long terme pour les populations cibles

Effets : Le projet contribue à l'atteinte de changements positifs et mesurables pour les acteurs cibles, et met en place des mesures de mitigation de tout effet négatif potentiel

Continuité : Le scénario de continuité au-delà du projet est anticipé, planifié et formulé.

Autonomisation : Le projet vise le renforcement des acteurs, la réduction de la vulnérabilité des populations cibles, et l'amélioration des services pour contribuer à leur autonomisation.

Les critères de genre et équité, aspects transversaux sont abordés à travers les critères et questions retenus. La liste détaillée desdits critères et questions est disponible en annexe (voir termes de référence en annexe 6.1). Les questions sont rappelées dans la section résultats pour chaque critère. La matrice d'évaluation utilisée comme outil d'orientation est disponible dans le rapport de démarrage (annexe 6.2).

2.3 Méthodologie

2.3.1 Approches d'évaluation

Dans cette section, une synthèse des méthodes est présentée. Les détails sont disponibles dans le rapport de démarrage.

Concernant l'approche, une méthodologie hybride a été adoptée pour cette évaluation, associant méthodes qualitatives et quantitatives à différentes étapes (collecte, analyse et synthèse des données). En raison des contraintes temporelles, l'accent a été mis sur les approches qualitatives. La collecte des données s'est déroulée de manière transversale, couvrant les différentes dimensions de l'évaluation. Les référentiels de qualité spécifiques à HI[27] ont servi de cadre de référence. En outre, sur la base de la logique de l'intervention et de

[26]Humanité Inclusion. Référentiel Qualité des projets. 2p ; Accessible à : https://www.hi.org/sn_uploads/document/PosterReferentielQualiteHI-PQP-FR.pdf

[27]Humanité Inclusion. Référentiel Qualité des projets. 2p ; Accessible à : https://www.hi.org/sn_uploads/document/PosterReferentielQualiteHI-PQP-FR.pdf

la théorie du changement (ToC), une analyse des progrès (changements notés et évolution des indicateurs) ainsi que des facteurs de contrainte et de succès a été réalisée. Une perspective normative, axée sur la confrontation des résultats observés aux critères préétablis dans le cadre des résultats a été rajoutée. À cet effet, une matrice de performance a été conçue et alimentée afin de mesurer l'efficacité des actions évaluées.

Concernant les techniques et outils, les techniques utilisées ont été complémentaires pour recenser les éléments programmatiques, et récolter les perspectives et opinions des informateurs clés ou des bénéficiaires : il s'agit d'entretiens semi-structurés avec les informateurs-clés, de discussions de groupe avec les bénéficiaires des interventions, et de la revue documentaire.

La revue documentaire a été continue à toutes les phases, et s'est essentiellement concentrée sur les documents incluant les documents stratégiques : Document de projet, cadre logique, ToC, les plans et rapports (plans de travail, rapports d'activités/bilans (HI et partenaires opérationnels), rapports de suivi/supervision, comptes-rendus de réunions, des données complémentaires telles que les indicateurs de suivi du projet, les indicateurs de performances des acteurs impliqués. Les fiches de dépouillement ont servi à synthétiser les informations pour faciliter l'analyse. Elle a été complétée par une collecte de données sur le terrain combinant ***entretiens semi-dirigés*** avec les informateurs clés et des ***discussions de groupes*** auprès des groupes cibles et bénéficiaires. La cartographie préalable des parties prenantes, réalisée par l'équipe d'évaluation, a permis de sélectionner les interlocuteurs pertinents. Les entretiens ont suivi un guide structuré, adapté aux profils des répondants pour garantir une approche contextualisée. Les discussions de groupe ont été conduites avec les bénéficiaires : d'une part, des parents (aidants) d'enfants de 0 à 12 ans (particulièrement les enfants vulnérables, handicapés ou à risque de retard de développement), des relais communautaires et des enseignants des écoles bénéficiaires du projet. Les données ont été collectées à tous les niveaux de la pyramide sanitaire : au niveau national avec les partenaires gouvernementaux, au niveau provincial de la ville de Kinshasa et en communauté avec les bénéficiaires. Les outils développés sont disponibles dans leur intégralité, de même que les fiches d'information et les formulaires de consentement, dans le rapport de démarrage. *Une version du guide d'entretien générique développé à partir de la matrice et décliné pour élaborer tous les autres outils est disponible en annexe 6.3.*

Concernant la stratégie d'échantillonnage, la règle de mise a été, étant donné les contraintes de la collecte, l'échantillonnage par choix raisonné. La collecte a couvert toutes les 04 zones d'intervention et les secteurs d'activités concernés. Les informateurs-clés ont été sélectionnés par choix raisonné : 39 entretiens individuels ont été réalisés sur 33 prévus (118%) ; 07 discussions de groupe ont été réalisées sur 08 prévues (87,5%). Ainsi, un total de 95 personnes a été rencontré ; *la liste des personnes rencontrées, des discussions de groupe réalisées et leurs caractéristiques est disponible en annexe 6.4.*

2.3.2 Déroulement de l'évaluation et autres considérations

La présente mission d'évaluation s'est alignée sur les standards de qualité et les normes d'évaluation établies par HI et le réseau Development Assistance Committee (DAC) de l'OCDE. Le processus d'assurance qualité est garanti par l'équipe de suivi de l'évaluation des commanditaires, grâce à leur revue de la qualité des livrables et au contrôle du respect des normes éthiques en matière de recherche. Les détails sur les considérations éthiques relatives à l'évaluation, les risques potentiels et les limites envisagées, de même que leurs stratégies d'atténuation de ces risques, sont disponibles dans le rapport de démarrage. L'évaluation s'est déroulée en plusieurs phases, telles que recommandé par les TdR : i) une phase de démarrage avec une revue documentaire aboutissant au rapport de démarrage, premier livrable ii) une phase d'entretiens et de terrain, iii) une phase de synthèse d'information et de données, débouchant sur le rapport provisoire, à soumettre à la validation du commanditaire et v) une phase de validation finale et de publication du rapport final de l'évaluation.

2.3.3 Limites ayant eu une incidence sur l'évaluation

Ainsi qu'envisagé dans le rapport de démarrage, l'évaluation a été confrontée à certaines situations qui peuvent avoir un impact important sur la qualité des résultats. Il s'agit de la non-disponibilité de certaines données et des perturbations sociopolitiques.

- Certaines informations sur lesquelles l'équipe d'évaluation devrait pouvoir normalement compter n'ont pas été accessibles. Cette situation limite la robustesse de certains résultats présentés. L'insuffisance de disponibilité de documents pertinents en lien avec la planification opérationnelle, le suivi et les bilans d'exécution des activités aussi bien du côté de HI que du côté des partenaires limite la qualité de l'appréciation des performances du projet. Par ailleurs, en ce qui concerne les partenariats, les outils de suivi de l'activité des partenaires ne sont pas suffisants, de sorte que l'information disponible donne une compréhension très hétérogène de l'appréciation du niveau de leur réalisation, point essentiel pour répondre aux questions posées. Cette situation s'explique certainement par le fait que l'accès aux informations a été sérieusement limité par l'absence, au moment de l'évaluation de l'équipe opérationnelle ayant conduit le projet pendant la période couverte ; les staffs pertinents n'étaient plus en poste et disposer de la documentation pertinente a été difficile.
- Le déroulement de la collecte de données a été fort impactée par la situation sociopolitique du pays ; de fait, initialement prévue pour janvier 2025, elle n'a pu se faire qu'en avril 2025 à cause des risques sécuritaires.

Les stratégies mises en place pour atténuer les effets de ces points de faiblesses sont les suivantes :

- En ce qui concerne la disponibilité des données ; celles disponibles ont été traitées et triangulées avec les outputs des entretiens et des discussions. Ceci a permis de renforcer la robustesse des preuves pour certaines questions.

- Face au risque sécuritaire dans un contexte sociopolitique qui ne se stabilisait pas suffisamment pour permettre les déplacements, il a été retenu que la consultante internationale ne fasse pas le déplacement sur site. Ses entretiens avec les parties prenantes ont été réalisés avec l'appui des commanditaires par Teams et Zoom, mais cela n'a pas eu le même niveau de qualité d'un entretien en face à face et cela n'a pas remplacé complètement le temps qui aurait dû être passé sur le terrain pour faire les observations et se faire elle-même une opinion réaliste de la situation en dépit de la coordination avec l'équipe de terrain qui était sur place. En effet, l'équipe de collecte a été formée en ligne avec l'appui du consultant national qui était sur site et qui a conduit le reste des entretiens ainsi que les discussions de groupe. Tous les soirs, un debriefing a été réalisé entre la consultante et l'équipe pour prendre en compte les difficultés rencontrées.

3. Résultats de l'analyse et appréciation du projet

3.1 Résultat 1 : Pertinence

QPE1. Le projet répond-t-il aux besoins des 5 domaines du cadre des soins attentifs ?
QPE2. Le projet répond-il aux priorités des autres parties prenantes
QPE3. Le projet s'intègre-t-il de manière cohérente avec les autres interventions en cours dans la zone pour assurer une réponse globale aux besoins multiples et évolutifs des enfants de 0-12 ans et leurs parents ?
QPE4. Comment le projet contribue-t-il à la mise en œuvre du cadre stratégique commun ?

3.1.1 La réponse du projet aux besoins des 5 domaines du cadre de soins attentifs

Le cadre de référence des soins attentifs reconnaît l'importance de différents types de besoins pour le développement optimal de tous les enfants et recommande désormais une approche holistique portant sur les composantes et sur la chaîne des acteurs en veillant à la construction d'environnements favorables au développement de la stratégie de soins attentifs[28] avec un focus sur les enfants à besoins spécifiques[29].

De la prise en compte des 5 composantes du cadre de soins attentifs *dans le PNC-RDC* : A l'analyse des activités (tableau 2), on peut retenir que chaque résultat intègre au moins 4 composantes sur 5 du cadre de soins attentifs sinon les 5 (Figure 1). On peut ensuite discuter dans quelle mesure chacune des composantes est prise en compte dans l'ensemble des interventions. Par exemple, la composante sécurité et sureté est moins visible que les autres dans les interventions proposées si on se réfère à la liste des interventions proposées dans cette composante par le référentiel de l'OMS[30].

[28] Organisation Mondiale de la Santé. Les soins attentifs pour le développement de la petite enfance.- un cadre pour aider les enfants à survivre et à s'épanouir afin de transformer la santé et le potentiel humain. Accessible à : https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/272606/WHO-FWC-MCA-18.02-fre.pdf

[29] Organisation Mondiale de la Santé. Les soins attentifs pour le développement de la petite enfance.- un cadre pour aider les enfants à survivre et à s'épanouir afin de transformer la santé et le potentiel humain. Page 16 Accessible à : https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/272606/WHO-FWC-MCA-18.02-fre.pdf

[30] Organisation Mondiale de la Santé. Les soins attentifs pour le développement de la petite enfance.- un cadre pour aider les enfants à survivre et à s'épanouir afin de transformer la santé et le potentiel humain. **Page 19** Accessible à : https://nurturing-care.org/soins-attentifs-pour-le-developpement-de-la-petite-enfance/

Citation

« …C'est partiellement aligné, et il faut noter qu'il y a des efforts qui ont été faits, mais il y a une focalisation excessive sur la santé, au détriment d'autres domaines du cadre de soins attentifs »
Enseignant
«…Partiellement aligné, car concernant les cinq domaines, une grande partie n'est pas encore réalisée… »
Prestataire

Certaines interventions clés recommandées dans le cadre de soins attentifs comme l'appui à l'enregistrement des naissances, la prévention et réduction de la pollution de l'air intérieur et de l'air extérieur, environnements sains sans produits chimiques dangereux, la prévention des violences pourraient être plus prises en compte de manière transversales aux activités de communication.

Du ciblage de la chaine de tous les acteurs pouvant impacter le développement les enfants : on peut retenir des libellés de chaque résultat attendu et des activités identifiées que tous les acteurs pertinents et recommandés ont été intégrés ; Politiques favorables (les décideurs sont ciblés par le résultat 5), les services d'aide et l'autonomisation des communautés sont concernés par les résultats 2 et 3, et la capacité des soignants est portée par le résultat 4.

Du focus sur l'enfant handicapé : Par sa vision et ses missions, HI est tourné vers la prise en compte du handicap et se distingue de ce fait au sein de l'univers des partenaires au développement. Dans le cadre du PNC-RDC, les 4 recommandations[31] faites par l'OMS et l'UNICEF dans le déploiement d'interventions alignées au cadre de soins attentifs sont prises en compte via les stratégies et activités proposées. Par ailleurs, l'analyse de la figure 1 montre que la composante « *Soins répondant aux besoins* » est la plus fréquemment prise en compte dans tous les résultats attendus en alignement avec l'intégration complète de la notion d'inclusion dans toutes les dimensions des interventions. Les composantes les moins fréquemment présentes sont la sécurité, sureté et la nutrition.

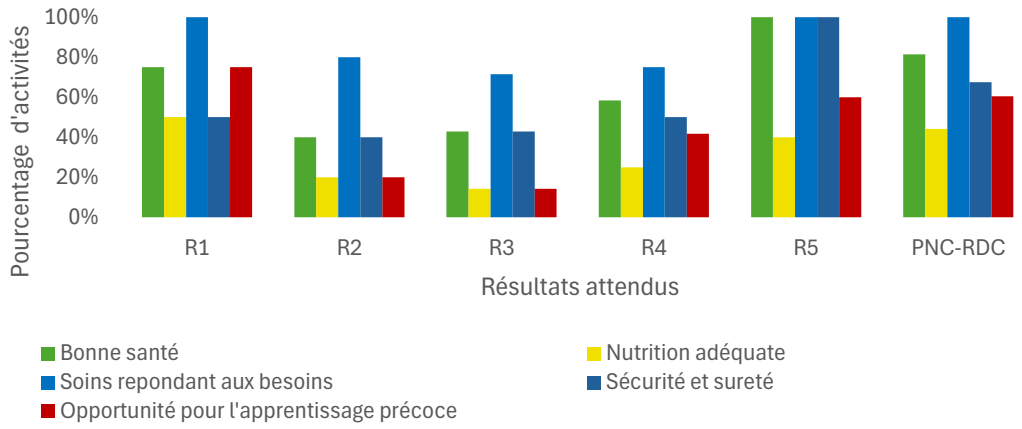

Figure 1: Prise en compte des 5 composantes du cadre de soins attentifs par le PNC-RDC 2022-2026[32].

[31] Organisation Mondiale de la Santé. Les soins attentifs pour le développement de la petite enfance.- un cadre pour aider les enfants à survivre et à s'épanouir afin de transformer la santé et le potentiel humain. **Page 16** Accessible à : https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/272606/WHO-FWC-MCA-18.02-fre.pdf

[32] Pourcentage calculé en faisant le ratio entre le nombre d'activités en lien avec la composante par le nombre total d'activité, ; ratio estimé par résultat, puis pour l'ensemble des activités du projet. Le tableau de référence (tableau 6) basé sur le cadre logique du projet est disponible en annexe 6.5

Constat 1

Avec la diversité des interventions proposées pour une prise en charge holistique de l'enfant, le ciblage de plusieurs acteurs de la chaine de développement de l'enfant, le focus fait sur l'enfant handicapé, et son ancrage communautaire, il y a un effort efficace du projet pour l'alignement au cadre de soins attentifs tout en respectant la vision institutionnelle d'inclusion et de prise en compte du genre et l'équité ; toutefois la perception de l'importance de chaque composante reste variable selon les acteurs.

3.1.2 La réponse aux priorités des parties prenantes

Du degré de contribution à la réalisation des ODD en RDC et les grandes orientations internationales choisies par la RDC : La RDC a souscrit à l'agenda 2030 et son engagement est clair avec la réalisation de l'Examen National Volontaire des ODD, exercice qui traduit pour le pays, l'importance de l'atteinte des ODD[33]. En ayant pour objectif de « *Favoriser le développement des enfants de 0 à 12 ans, avec une attention particulière aux enfants handicapés. ou à risque de retard de développement, dans 4 zones de santé de Kinshasa en améliorant leur accès à des services de santé (dont la réadaptation), des services sociaux et des services éducatifs inclusifs de proximité et en assurant un environnement familial et communautaire sûr et protecteur* », le projet s'inscrit dans l'agenda international des grandes priorités en lien avec le développement de l'enfant pour le pays (Développement de la petite enfance, santé de l'enfant, éducation pour tous, la prise en compte de l'équité et du genre). Il contribue ainsi à l'atteinte des ODD 3, 4, 5, 10 & 17 au plan national avec un focus sur plusieurs cibles parmi lesquelles : Cible 3.8 : « *Assurer l'accès de tous à des services de santé de qualité, à des médicaments et vaccins essentiels abordables et sûrs* », la cible 4.2 : « *Assurer à tous les enfants un développement précoce de qualité, des soins et une éducation préscolaire* », la cible 4.5 : « *Éliminer les inégalités dans l'éducation, notamment pour les personnes handicapées.* Les cibles 5.1, 10.2, 16.2 en lien avec l'inclusion et la protection sociale et la cible 17.17 relative au partenariat public-privé sont également couvertes.

Le projet est également aligné sur les grandes orientations internationales auxquelles a adhéré la RDC telles que la Convention Internationale des Nations Unies relative aux droits de l'enfant en 1990[34], la Convention relative aux droits des personnes handicapées (CDPH) en 2015[35],

[33] République Démocratique du Congo. Rapport d'examen National Volontaire des ODD. Accessible à : https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/26297VNR_2020_DRC_Report_French.pdf

[34] United Nations. Convention on the Rights of the Child. Adopted and opened for signature, ratification and accession by General Assembly, resolution 44/25 of 20 November 1989, entry into force 2 September 1990, in accordance with article 49. Accessible à : https://www.ohchr.org/sites/default/files/crc.pdf

[35] United Nations. Convention relative aux droits des personnes handicapées. Adopted and opened for signature, ratification and accession by General Assembly, 2007. Accessible à : https://www.ohchr.org/sites/default/files/Ch_IV_15.pdf

et la Charte africaine des droits et du bien-être de l'enfant[36] en 2010 au niveau régional et les conventions de l'Organisation Internationales du Travail en lien avec le travail des enfants[37][38].

En ce qui concerne les grandes orientations gouvernementales, le projet est également en droite ligne avec le cadre national de la protection de l'enfant porté par la loi n° 09/001 du 10 janvier 2009 « portant protection de l'enfant en RDC »[39], le Plan National Stratégique de Développement 2019-2023[40] , le Plan National Stratégique Multisectoriel de Nutrition de la RDC (PNSMN 2023 – 2030)[41] et les politiques sectorielles en lien avec le développement de l'enfant. Ainsi, les objectifs, résultats attendus et les activités du projet s'articulent avec les stratégies sectorielles et programmatiques Santé et nutrition[42][43], Education[44] et Protection sociale[45].

Du point de vue de l'analyse de situation documentée et des opinions des groupes cibles et des bénéficiaires,

> ***le projet répond certes à des besoins réels, mais il existe des gaps, à l'image de l'immensité des besoins et du pays***

Dans un contexte où les indicateurs clés du développement de l'enfant sont encore contre performants aussi bien pour la santé, l'éducation que la protection sociale, le projet propose différentes interventions qui couvrent les 3 secteurs. En effet, les indicateurs de santé infantile posent encore de réels problèmes avec des disparités marquées en défaveur des plus vulnérables (incluant les enfants en situation de handicap)[46,] . La situation est assez similaire dans le secteur de l'éducation avec certes une progression positive reconnue, mais des contre-performances expliquées entre autres par les inégalités d'accès à l'apprentissage. Ainsi l'analyse initiale de l'environnement scolaire dans les 30 écoles ciblées par le projet conforte le fait en montrant que l'environnement scolaire de toutes les écoles évaluées n'est pas inclusif, tous les scores d'évaluation étant à moins de 50%, avec une moyenne globale de 39%

---

[36] Union africaine. Charte africaine des droits et du bien-être de l'enfant. Accessible à : https://au.int/fr/treaties/charte-africaine-des-droits-et-du-bien-%25C3%25AAtre-de-lenfant

[37] Organisation internationale du Travail. C138 - Convention (n° 138) sur l'âge minimum, 1973. Accessible à : https://normlex.ilo.org/dyn/nrmlx_fr/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_ILO_CODE:C138

[38] Organisation internationale du Travail. C182 - Convention (n° 182) sur les pires formes de travail des enfants, 1999. Accessible à : https://normlex.ilo.org/dyn/nrmlx_fr/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_ILO_CODE:C182

[39] République Démocratique du Congo. loi n° 09/001 du 10 janvier 2009 « portant protection de l'enfant en RDC. Accessible à : https://www.leganet.cd/Legislation/JO/2009/JO.12.01.2009.pdf

[40] Plan National Stratégique de Développement 2019-2023. Accessible à https://planipolis.iiep.unesco.org/sites/default/files/ressources/congo_dr_pnsd202019-2023.pdf

[41] République Démocratique du Congo. le Plan National Strategique Multisectoriel de Nutrition de la RDC (PNSMN 2023 – 2030). Coordination Nationale Multisectorielle de la Nutrition. Kinshasa 2023. 203p

[42] Ministère de la Santé Publique, Hygiène et Prévoyance sociale ; Plan National de Développement Sanitaire et Prévoyance sociale 2024-20230 (PNDS-PS 2024-2030). Présentation PowerPoint. 18p

[43] Ministère de la Santé. Plan strategique integre de la Sante de la reproduction, de la Mere, du nouveau-ne, de l'enfant, de l'adolescent et nutrition (PSI SRMNEA-NUT) 2019-2022, Kinshasa 2018. 83p

[44] Ministère de l'Education Nationale et de la Nouvelle Citoyenneté. Plan Quinquennal de l'Education Nationale 2024-2029. Accessible à : https://edu-nc.gouv.cd/wp-content/uploads/2025/01/Plan-Quinquennal-2024-2029-valide.pdf

[45] La mission du Ministère des Affaires Sociales, Action Humanitaire et Solidarité Nationale en République Démocratique du Congo est de promouvoir le bien-être social, la protection des populations vulnérables et l'assistance humanitaire dans le cadre de la solidarité nationale. Accessible à : https://minas.gouv.cd/a-propos-du-minas/ .

[46] République Démocratique du Congo. Enquête Démographique et de Santé EDS-RDC III-Rapport des indicateurs clés. Accessible à https://www.unicef.org/drcongo/media/12021/file/COD-EDS-RDC-III-KIR.pdf

sur l'ensemble des composantes évaluées[47]. En ce qui concerne la protection de l'enfant, la situation des enfants de Kinshasa est critique et le système de protection de l'enfance se caractérise par la quasi-inexistence de services de prise en charge des enfants les plus vulnérables parmi lesquels les enfants les plus démunis et les enfants vivant avec handicap)[48].

Citation

« …le projet vient vraiment nous soulager les parents dont les enfants sont handicapés et nous n'avons pas les moyens, avec ce projet nous savons désormais vers qui nous tourner »

Parent/aidant

La situation de l'enfant handicapé a été particulièrement prise en main par le projet en alignement avec la mission de HI et avec les composantes du cadre de soins attentifs, répondant à un besoin majeur reconnu par la plupart des personnes enquêtées dans le contexte des ressources et de l'offre des services extrêmement limités qu'est celui de la RDC. L'offre des services en réadaptation, appareillage correspond ainsi à un besoin réel reconnu par tous. En outre, la mise en place du système de tiers payant (STP) offrant des soins gratuits aux plus vulnérables, favorise la prise en compte des problèmes d'accessibilité financière et permet d'intégrer le respect du principe d'équité et de genre.

Bien que le choix des zones d'intervention ait été jugé pertinent par la plupart des enquêtés, le consensus est également fait qu'il existe d'importants gaps du fait de cette sélection des zones d'intervention (ex : 4 zones de santé/35), des structures accompagnées (30 écoles primaires sur plusieurs centaines dans les zones d'intervention). Les besoins en matière de protection sociale ont été également jugés insuffisamment pris en compte dans le choix des interventions dédiées.

Citation

« …30 écoles sur je ne sais pas combien, c'est comme une goutte d'eau dans la mer, les écoles qui n'ont pas été sélectionnées font aussi face aux même problèmes. »

Partenaire

Les groupes cibles des interventions et les bénéficiaires finaux sont opportuns, mais il peut se poser un problème d'équité

L'approche holistique associée au cadre des soins attentifs impose une combinaison multisectorielle et multi-acteurs. Elle justifie l'implication de cibles en provenance de plusieurs secteurs notamment la santé (Acteurs de la santé maternelle et infantile et acteurs de la réadaptation), l'éducation (Enseignants, directeurs d'école et inspecteurs) et la protection sociale (assistants sociaux) qui constituent les groupes cibles des interventions de renforcement de capacité en vue d'améliorer l'accès et la qualité des services à l'attention des bénéficiaires finaux que constituent les enfants spécifiquement ceux porteurs de handicap ou à risque de développement de handicap, leurs familles et les communautés. Les communautés sont également impliquées avec un focus porté sur les aidants, les communautés et les acteurs communautaires. De l'opinion de la plupart des informateurs clés, un renforcement de capacités ciblant ces acteurs est tout à fait opportun du fait du désarmement assez courant

[47] Handicap International -RDC. Rapport de l'évaluation initiale de l'environnement scolaire dans les 30 écoles ciblées par le projet ; Kinshasa 2022. 21p

[48] UNICEF-RDC. Protection de l'enfance. Kinshasa 2022. Accessible à : https://www.unicef.org/drcongo/media/7346/file/COD-protection-enfant.pdf

de ces derniers face au handicap, dans un contexte socio culturel où le handicap est à l'origine le plus souvent de rejet social.

Citation

« ...Il y a beaucoup d'enfants handicapés que nous identifions en communauté et finalement HI refuse leur prise en charge,....qu'ils ne répondent pas aux critères, comment on va expliquer aux parents ? »

Relais communautaire

A côté de ces opinions assez positives, il faut mentionner le point soulevé aussi bien par les membres de l'équipe de HI, les partenaires que les bénéficiaires finaux en lien avec le tri par le projet des enfants handicapés qui sont éligibles à certaines interventions. Le manuel de procédures du système de Tiers Payant confirme les propos de la majorité des enquêtés sur le sujet avec la non-inclusion des enfants porteurs de déficiences autres que motrices (alors que ceux-ci constituent la majorité des enfants porteurs de handicaps <20% pour les déficiences motrices versus 88% pour les autres déficiences en 2024)[49]. Il s'agit certes d'un choix institutionnel qui peut être tout à fait justifié, mais qui limite le respect du principe de « Ne laisser personne derrière ».

Les interventions/activités proposées sont pertinentes

La pertinence des interventions proposées n'est pas discutable à la confrontation livresque de celles-ci avec les résultats attendus et avec le cadre de soins attentifs. Toutefois, il est légitime de s'interroger sur leur faisabilité, compte tenu de leur nombre en *s'interrogeant sur les capacités opérationnelles et organisationnelles de l'institution et de ses partenaires* à atteindre ces objectifs dans un contexte particulièrement difficile comme celui de la RDC. Selon l'opinion des informateurs clés et des bénéficiaires, la plupart des activités ont été jugées pertinentes, car essentiellement portées sur une meilleure prise en compte du handicap dans des interventions qui en elles-mêmes ne sont pas nouvelles. La réadaptation et la gratuité des soins aux plus démunis ont été particulièrement appréciées car le système mis en place apporte des réponses sous deux angles : celui du renforcement de l'offre technique (les besoins en réadaptation sont énormes et le système national n'est pas à même de les couvrir) et celui du financement des soins pour les plus vulnérables.

Bien évidemment sur ce volet, la pertinence se trouve être d'emblée discutable ainsi que soulevé par plusieurs enquêtés, du fait de la faible durabilité inhérente aux mesures de gratuité. Par ailleurs, la pertinence des activités a été en outre appréciée par les bénéficiaires à cause du caractère holistique de l'intervention qui accompagne les enfants porteurs de handicap notamment à la fois sur le volet santé et le volet éducation.

Citation

« ...le projet est bien sûr pertinent dans le contexte parce qu'il répond à des besoins importants, il est aussi pertinent par son approche intégrée, mais j'émettrai des réserves sur certaines modalités d'intervention.... Le système du tiers payant n'a pas été pensé au début dans une logique de durabilité, »

Cadre HI

[49] Humanite&Inclusion-RDC. Rapport narratif annuel 2024 du projet Accès pour Toutes et Tous à l'Education et à la Réadaptation (ACTER). Kinshasa 2025, 33p

Constat 2

Le projet Nurturing Care est pertinent dans son alignement avec l'agenda international et avec les priorités nationales. Il répond, par ses objectifs et résultats attendus, aux besoins des parties prenantes nationales ; toutefois, il persiste des gaps, et certaines stratégies d'interventions peuvent être repensées en vue d'une meilleure prise en compte des aspects équité et durabilité.

3.1.3 L'intégration aux autres interventions de réponse globale aux besoins des enfants

En matière de cohérence interne, le projet est aligné sur le projet précédent de HI en RDC financé par la DGD, et portant sur 2 des zones de santé ciblées [50] ; il est également cohérent avec l'ensemble des actions de HI en RDC[51], actions centrées sur l'inclusion, la logistique, la prévention, la réadaptation, et la santé.

Citation

« Les synergies ou collaboration identifiées au moment de l'évaluation du projet ont été réévaluées et les plus pertinentes ont été concrétisées (Viva Salud, Rotary for Développement, CONEPT » et appui aux écoles ressources BON ESPOIR et BON DEPART).

Cadre, HI

En termes de cohérence externe, en se référant au narratif du document projet, HI a identifié des synergies et complémentarités avec plusieurs acteurs présents dans ses zones d'intervention. Le projet mise sur son focus Handicap, principal atout et sur l'approche multisectorielle et holistique spécifique à l'approche du cadre des soins attentifs. Les actions coordonnées envisagées concernent les autres partenaires tels que ENABEL, UNICEF, MDM, les autres acteurs des différents clusters du Cadre Stratégique Commun (CSC-RDC) et le Fonds mondial, qui appuie la prise en charge des enfants dans la lutte contre les maladies prioritaires. D'autres acteurs ont été également envisagés : Rotary Club for Development, Viva Salud, Louvain Coopération, Light for The Word Belgique. La pertinence de ces collaborations a été réévaluée en cours de mise en œuvre et les plus opportunes sont progressivement mises en place ainsi que mentionné par les informateurs clés (cas des nouveaux partenariats avec CONEPT, et les écoles BON ESPOIR et BON DEPART). Les actions concrètement mises en œuvre au cours des deux premières années se sont surtout matérialisées avec UNICEF à travers les interventions du PRONANUT en termes de développement d'outils normatifs et de standardisation des programmes de formation des prestataires. Les actions concertées avec Viva Salud se sont plus concrétisées avec la signature d'une convention de partenariat et le démarrage de certaines activités, notamment la mise en place des villages genre dans les écoles[52]. Il faut aussi préciser que le projet bénéficie d'un co-financement avec d'autres acteurs de l'aide au développement parmi

[50] Armand NGOMA PHUATI. Rapport final d'Evaluation Externe independante du Programme RDC- DGD 2017-2021 dans la ville province de Kinshasa. 87p. 2022 Accessible à : https://www.handicapinternational.be/sn_uploads/fck/RDC_O2016063_DGD_AC_2017-2021_evaluation_finale_externe.pdf

[51] Humanité Inclusion ; Fiche pays -RDC. Accessible à : https://www.hi.org/sn_uploads/federation/country/pdf/2023-12-Fiche-Pays-Externe-Long-RDC-FR.pdf

[52] HI-RDC. Outil Excel DGD de performance du projet PNC-RDC-Année 2023.

lesquels la Fondation Roi Baudouin[53] et la Fondation Jos & Mimieke (150000 euros en 2023 pour les activités du R3 et du R4)[54]. Par ailleurs, du fait de son alignement aux priorités gouvernementales sectorielles, le projet reste également cohérent avec les interventions gouvernementales dans ses zones d'intervention.

3.1.4 La contribution à la mise en œuvre du cadre stratégique commun

Le projet contribue aussi au CSC-RDC à travers plusieurs cibles stratégiques communes : Cible 1-promouvoir l'égalité entre les femmes et les hommes, cible 3 -Garantir un enseignement inclusif et qualitatif pour tous respectant les droits de l'enfant et cible 4-améliorer l'accès aux soins de santé de qualité et promouvoir le droit à la santé pour toutes et tous. A titre illustratif, avec les interventions d'informations et de sensibilisation, le projet contribue à l'action 3.A.1: "*Promouvoir les droits de l'enfant et l'accès à l'éducation,..... .et en particulier des enfants vulnérables et marginalisés, avec une attention particulière pour les filles ....., sans discrimination fondée sur le sexe, ...les handicaps mentaux ou physiques, etc...*"»[55]. En outre, ainsi que mentionné dans le document projet, les interventions en faveur d'une plus grande implication des OSC dans le pool des partenaires de mise en œuvre contribue à l'action 1.D.1 de soutien aux *OSC pour la promotion de l'égalité* et à la cible 6 du CSC-RDC.

Constat 3

Avec son alignement sur le CSC-RDC, le projet intègre assez bien le panorama des acteurs de l'aide au développement dans le contexte ; des synergies ont été développées de manière opportune et le projet reste cohérent avec des interventions d'autres partenaires auxquelles il pourra valablement contribuer.

3.2 Résultat 2 : Partenariat

QPA1.Le projet développe-t-il de manière collaborative des partenariats opérationnels qui sont à la fois réfléchis, pertinents et efficaces pour la mise en place d'interventions pour avancer les soins attentifs et l'adoption au niveau provincial et national du cadre de soins attentifs ?

QPA2. Le projet développe-t-il de manière collaborative des partenariats opérationnels qui sont à la fois réfléchis, pertinents et efficaces pour mener à bien les interventions d'appui à la CPS et aux services de réadaptation ?

3.2.1 De la construction des partenariats

Les partenariats développés dans le projet reposent sur la logique de la co-construction et du faire-faire pour l'adhésion, l'appropriation des acteurs locaux et un meilleur potentiel de durabilité. En alignement avec la multisectorialité inhérente au cadre choisi, six (06)

[53] Fondation Roi Baudouin. Rapport final d'évaluation de projet-Bénéficiaire Handicap International Convention 2022-I4990010-228031, Mai 2024. 15p

[54] Handicap International Luxembourg. Reporting 2023 pour la fondation Jos & Mimieke. 2024, 11p

[55] Cadre Stratégique Commun-République Démocratique du Congo 2022-2026. 127 p. Accessible à https://www.uvcw.be/no_index/files/9334-csc-rdcongo-2022-26_final.pdf

partenaires gouvernementaux sont parties prenantes du programme et constituent la porte d'entrée pour la mise en place des interventions et l'adoption du cadre de soins attentifs au niveau provincial et national. En synthèse des champs d'intervention de ces partenaires, on peut retenir que :

- La DPS via les zones de santé et les différentes structures de soins accompagne la mise en œuvre des activités relatives aux composantes santé et nutrition. Il s'agit des activités de santé maternelle et infantile (y compris la CPS) et de l'offre de soins en réadaptation. La DPS n'est donc pas le partenaire opérant, mais elle constitue l'intermédiaire entre HI et les zones de santé. A ce titre, elle reçoit le financement qu'elle met à la disposition des ZS qui dépendent toutes d'elle et appuie la réalisation des formations et les supervisions. Au sein des zones de santé, le projet a signé aussi des conventions directement avec les structures de soins qui assurent la CPS et les soins de réadaptation fonctionnelle (kinésithérapie et appareillage orthopédique remboursés par le projet via le Système du Tiers Payant (STP)).
- Le PRONANUT œuvre essentiellement pour les activités de formation, la supervision, les concertations avec les autres parties prenantes impliquées dans la nutrition pour le développement et la mise à jour des standards nationaux en y intégrant les spécificités de l'enfant porteur de handicap (notamment, le **développement du module national de Soins pour le développement de la petite enfance avec UNICEF**). La *consultation préscolaire* (CPS) constitue la porte d'entrée du partenariat avec HI car cette activité relève du PRONANUT.
- Le PNSR intervient également sur le même modèle que le PRONANUT car le programme constitue le garant au plan national de l'application des normes en matière de Santé Sexuelle et Reproductive. A ce titre, il appuie pour la formation et la supervision des prestataires dans le cadre des activités soutenues par le PNC-RDC ; il s'agit principalement de la *Consultation prénatale (CPN)*. Il est également attendu sur le développement de standards intégrant les spécificités liées aux handicaps. Un système de mentorat clinique pour les sages femmes et les infirmiers a été mis en place dans le cadre du projet.
- Le PNRBC porte la réadaptation au plan national avec un focus sur l'intégration du volet communautaire. Il fournit au projet les orientations stratégiques nationales, les outils et appuie à l'élaboration des protocoles de prise en charge et à la formation des prestataires et à la supervision. Les activités qui relèvent de la réadaptation fonctionnelle à l'hôpital, et les visites à domicile assurées par les professionnels de la réadaptation pour faire le suivi des enfants pris en charge relèvent également de sa responsabilité.
- Le Ministère de l'Education Nationale et de la Nouvelle Citoyenneté (MINEDU-NC) accompagne pour le développement de l'éducation inclusive en pilotant les interventions de formation des enseignants, des chefs d'établissement et des

inspecteurs de l'éducation et les activités de supervisions par les inspecteurs de l'éducation.

- La Division urbaine des Affaires Sociales de Kinshasa représente le Ministère des Affaires Sociales et intervient comme partenaire du PNC-RDC pour l'identification et la confirmation du statut des enfants porteurs de handicap et vivant en situation difficile pour permettre leur prise en charge par HI. Elle met donc à disposition les assistants sociaux mais travaille également avec les travailleurs sociaux et les relais communautaires et les groupes de paroles pour les mères des enfants handicapés pour faire la promotion des enfants handicapés et garantir leur protection à travers les enquêtes, les visites à domicile, les visites dans les hôpitaux afin de s'assurer de la qualité des soins et de l'effectivité de la gratuité des soins aux enfants handicapés.
- Les Organisations de Personnes Handicapées (Association Congolaise pour la Libération et le Développement de la Maman Handicapée ou ACOLDEMHA et l'Association Nationale de Parents des Enfants Handicapés Mentaux du Congo ou ANAPEHCO) appuient essentiellement la mise en œuvre des activités des résultats attendus 1, 2 et 5. En effet, leurs mandats couvrent la sensibilisation communautaire et/pour l'identification des enfants porteurs de handicap et leur orientation, appui au fonctionnement des groupes de soutien, la participation aux différentes activités de plaidoyer. Elles sont dans ce sens appuyées par le PNC-RDC pour leur fonctionnement et formées pour la réalisation de leurs missions.

Le partenariat est également évolutif avec des collaborations envisagées qui ne se sont plus concrétisées (Programme national de Promotion des Mutuelles de Santé) et avec de nouveaux acteurs qui intègrent le projet en 2024 et en 2025 (tels que CONEPT, Ecole Bon Espoir, Bon Départ, Microdev). Ainsi, une convention additionnelle de partenariat a été signée en 2024 avec La Coalition Nationale de l'Education Pour Tous « CONEPT RDC » mouvement de la société civile qui promeut et défend le droit à l'éducation pour toutes et pour tous. Ce nouveau partenariat a été noué en vue de l'accompagnement pour le plaidoyer et la sensibilisation en faveur de l'inclusion des enfants handicapés[56]. La matérialisation des autres partenariat est prévue pour 2025 (la convention avec l'école Bon Espoir a été signée en Janvier 2025 et a été vue lors de la collecte de données).

3.2.2 Du fonctionnement du modèle de collaboration entre HI et les partenaires

3.2.2.1 La coordination interne du projet PNC-RDC

Avant d'aborder les éléments de collaboration avec les parties prenantes externes, il est nécessaire de cerner le fonctionnement et la coordination internes du projet. Les éléments

[56] Humanite&Inclusion-RDC. Rapport narratif annuel 2024 du projet Accès pour Toutes et Tous à l'Education et à la Réadaptation (ACTER). Kinshasa 2025, 33p

présentés ici sont principalement reconstitués à partir des entretiens et de la documentation mise à la disposition de l'équipe d'évaluation.

Le modèle décrit jusqu'en 2025 parlait d'une gestion du projet sous la responsabilité d'un chef de projet qui répond de l'area manager de HI ou Area Manager zone Kinshasa. Sous le chef de projet, cinq (04) responsables de volets sont mobilisés (Santé Maternelle et Infantile, Education Inclusive, Mobilisation Communautaire et Inclusion, Réadaptation Orthopédiste, Réadaptation kinésithérapie) et appuient la mise en œuvre des activités par les partenaires. Cette équipe constitue le staff local mobilisé à 100% sous le projet. Les chefs de volets sont responsables des formations, de l'appui au plaidoyer et de diverses activités d'accompagnement. Le suivi évaluation du projet devrait être assuré par un responsable MEAL national mobilisé à 77%. L'ensemble est soutenu par l'équipe expatriée basée en local de HI[57].

La situation réelle a été celle d'un important turn-over sur tous les postes et notamment celui du chef de projet. Lors des entretiens avec l'équipe d'évaluation en avril 2025, aucun membre de l'équipe en poste n'était là au démarrage du projet en début de 2022. Il n'y a plus de chef de projet depuis 2024 et c'est l'area manager qui tient lieu de chef de projet. L'actuel aera manager a pris service en Janvier 2025. Les responsables de volet ont également été régulièrement changés de sorte que certains sont en réalité en poste depuis moins de 6 mois.

Citation

« Aucune des personnes qui ont écrit la proposition de projet initiale n'est encore présente. Ce turnover a gravement perturbé la mise en œuvre des activités, tant en termes de ressources humaines que d'activités elles-mêmes. Il n'existe aucune note méthodologique pour chaque activité expliquant comment elle doit être réalisée. Le personnel actuel doit interpréter et deviner l'intention originale derrière les activités telles qu'écrites. Ce manque de documentation pour la continuité a causé de nombreux problèmes dans l'exécution des activités prévues »

Cadre, HI

Bien que des efforts aient été faits en la matière avec le dernier aera manager pour la transmission de l'historique du projet selon les certains responsables volets, ce turn-over important pose un problème d'appropriation du projet par l'équipe à l'interne surtout si des mécanismes ne sont pas mis en place pour garantir une bonne mémoire institutionnelle. Cette situation explique d'ailleurs la paucité de la documentation disponible et les difficultés rencontrées par l'équipe d'évaluation en la matière. En effet, l'area manager qui assurait l'intérim du chef de projet et la responsable suivi évaluation qui ont entamé le processus de l'évaluation sont partis avant le démarrage de la collecte de données, de même que l'aera manager arrivée au cours du processus d'évaluation qui est partie au cours de la période de validation du rapport provisoire.

Chaque chef de volet interagit avec différents partenaires mais le mandat n'est pas formalisé avec une fiche de poste **dédiée et détaillée en lien avec les plans de travail des partenaires qu'il est supposé accompagner**. Les actions transversales entre les volets qui s'imposent naturellement ne sont pas encadrées avec des risques de chevauchement de responsabilité

[57] Humanité Inclusion. Projet « Ensemble pour un développement harmonieux des enfants » en RDC-Annexe O.7.8- Tableau Ressources Humaines. 2022, 5p

ou de perte de responsabilité par rapport à certaines activités qui doivent être conduites en tandems. La revue de projet interservices trimestrielle qui est un des engagements de la politique qualité projets de HI est un cadre qui rassemble l'équipe projet ainsi que les autres chefs de départements et responsables supports (finances, RH logistiques, MEAL) pour aborder les enjeux opérationnels de mise en œuvre des activités. Elle permet la revue des activités, des niveaux d'atteintes des indicateurs, du niveau de consommation financière et discuter de manière globale des difficultés du projet et d'y apporter des solutions Mentionnons aussi l'équipe d'évaluation n'avait pas reçu de plan de travail annuel (ou plan de travail opérationnel annuel) spécifique à l'équipe projet HI. Il apparait que ce plan de travail existe bel et bien dans l'outil PM box même si son monitorage ne transparait pas dans les rapports annuels transmis à l'équipe d'évaluation (fichiers excels de rapports annuels canevas de la DGD 2022 et 2023[58].

L'organigramme mis à la disposition de l'équipe d'évaluation a été élaboré en 2025 par l'équipe en place et positionne le chef de projet ainsi que les responsables de volet sous la responsabilité de l'area manager. Les connexions avec les staffs transversaux clés (au minimum Finances et Suivi Evaluation) ne sont pas mentionnés ; les fiches de poste mises à la disposition de l'équipe d'évaluation ont été mises à jour en 2025 et restent des fiches de postes standards, sans spécification des rôles et responsabilités des acteurs dans le cadre spécifique du PNC-RDC.

3.2.2.2 *La coordination externe du projet*

La collaboration avec les partenaires est matérialisée essentiellement par des conventions de partenariat assorties d'une liste d'activités budgétisées (ou juste de lignes budgétaires) et réparties par résultat attendu et par année. Il ne semble pas y avoir d'exercice additionnel de planification des activités qui débouche sur l'élaboration d'un plan de travail annuel (PTA) en bonne et due forme par partenaire ou sur l'intégration des activités du projet dans le PTA institutionnel du partenaire. Toutefois, il y a l'atelier bilan organisé en début d'année séparément avec chaque partenaire pour faire le compte rendu de l'exercice passé, identifier les difficultés et déboucher sur un plan d'action (plus un plan de résolution de problèmes). Il n'y a pas de manuel de procédures qui encadre les différentes étapes du processus de mise en œuvre des activités, fixe les rôles et responsabilités de chaque partie et précise les règles administratives ainsi que les documents à fournir à HI. En pratique, la mise en œuvre des activités est effective après validation de termes de référence de l'activité par HI. La responsabilité de l'élaboration des termes de référence n'est pas clairement définie ; elle est portée par le responsable volet ou par le partenaire selon le cas. Après la validation des termes de référence et l'obtention de l'avis de non-objection, les fonds sont mis à la disposition du partenaire pour la mise en œuvre de l'activité. Le partenaire a ensuite la responsabilité de produire les pièces justificatives des dépenses exécutées.

Dans le document de projet, les organes de gouvernance spécifiques au projet ainsi que leur rôle ne sont pas spécifiés. Plusieurs comités de pilotage sont prévus dans les activités du

[58] HI-RDC. Outil Excel DGD de performance du projet PNC-RDC-Année 2023

résultat 5 toutefois, ils ne semblent pas avoir été tous mis en place. En termes de suivi de la mise en œuvre, outre l'atelier bilan, il existe un COPIL projet dont les réunions semestrielles qui rassemblent HI et l'ensemble des partenaires du projet constituent les creusets mis en place et qui sont plus ou moins fonctionnels depuis 2022. Ces réunions ont d'ailleurs permis de prendre de grandes décisions de réorientation face aux difficultés rencontrées par le projet. L'exemple le plus marquant est celui des nombreuses difficultés rencontrées pour disposer d'espaces en vue de construire les CCIS en dépit des plaidoyers à l'attention des collectivités locales. Le COPIL aurait ainsi retenu d'aller vers les structures existantes (Hôpitaux et écoles) pour implanter ces CCIS. Ce qui s'est concrétisé par la construction des CCIS au sein des zones de santé, plus précisément dans les locaux des hôpitaux de Makala, Mont Ngafula et au sein de l'EP7 de Bumbu Sud. Par ailleurs le COPIL a également retenu en 2024 la mise en place d'un comité technique plus léger et plus opérationnel que le COPIL qui serait maintenu en position plus stratégique en laissant le lead au comité technique d'assurer le suivi du projet[59].

Constat 4

Bien que les partenariats soient bien formalisés dans le cadre du projet par les conventions, la lourdeur/lenteur administrative au niveau de certains partenaires et les départs récurrents au niveau de l'équipe du projet n'ont pas favorisé une opérationnalisation des différents processus et un suivi qualitatif adapté des activités.

3.2.3 De la pertinence et de l'efficacité des partenaires identifiés

Les partenaires gouvernementaux sont indispensables pour la mise en œuvre des interventions ainsi que reconnu par la majorité des informateurs clés aussi bien du côté de l'équipe de HI que de celui des partenaires de mise en œuvre ; tout comme développer un projet avec un ancrage communautaire fort attendu comme celui du PNC-RDC ne saurait se faire sans les OSC.

En faveur de la mise en œuvre et de l'adoption du cadre de soins attentifs au niveau provincial et national

Discutant de la pertinence des partenaires pour l'adoption du cadre de soins attentifs au niveau provincial et national, au-delà de l'opérationnel, le résultat attendu ici est surtout stratégique par une prise de conscience de l'intérêt de l'approche, de son alignement avec les priorités nationales et de son efficience en vue d'une intégration dans les stratégies nationales. Les activités à mettre en œuvre relèvent principalement du résultat 5 : « *Les politiques nationales protègent et soutiennent le développement de la petite enfance (0-5 ans) et la qualité de vie de tous les enfants de 0 à 12 ans, en particulier les enfants handicapés* ». Les partenaires les plus opportuns sont les partenaires gouvernementaux qui sont les acteurs programmatiques les plus à même de faire bouger les lignes par les décideurs. En se basant sur les contrats mis à disposition, les partenaires impliqués dans le résultat 5 sont les PRONANUT, le PNRBC, le MINEDU-NC et les OPH. Dans ce sens, le choix des programmes

[59] Rapport de la réunion du comité de pilotage Mai 2024

tels que le PRONANUT, le PNRBC est pertinent parce qu'ils sont à cheval entre l'opérationnel et le stratégique. De ce fait, ils sont en première ligne pour apprécier la contribution du cadre de soins attentifs à l'atteinte de leurs objectifs stratégiques et constituent eux même d'excellents outils de plaidoyer pour accompagner la prise de décision au niveau national vers l'intégration /adoption du cadre de soins attentifs. En outre pour confirmer l'efficacité des interventions, leur mise en œuvre à l'opérationnel est nécessaire pour disposer d'éléments factuels ; ce qui ne saurait se faire sans les structures de mise en œuvre portées par la DPS du côté Santé, les écoles portées par le MINEDU-NC du côté de l'éducation et les acteurs de la protection sociale portés par la DUAS représentant le MAS dont le choix apparait également comme étant pertinent. En outre, lorsqu'on se réfère aux contrats de partenariat avec les OPH, il apparait qu'elles sont fortement impliquées dans la conduite des activités de plaidoyer et dans l'atteinte du résultat attendu 5 pour des budgets relativement conséquents allant jusqu'à 30.837 USD par OPH sur un budget global portant sur les 5 ans de 64.800 USD soit 48% de leur budget total[60][61].

En ce qui concerne l'efficacité des partenaires sur ce volet, elle ne saurait être détachée de celle du projet et de HI. A l'aune du bilan sommaire d'exécution des activités reconstitué avec l'équipe projet dans le cadre de cette évaluation et des informations collectées lors des entretiens, on peut noter que le résultat 5 est un résultat attendu pour lequel les activités n'ont pas énormément progressé. Le taux d'exécution estimé est de 47,6% avec 2 interventions/activités entamées sur 5 prévues (Figure 2). Il aurait été plus opportun de disposer d'un bilan d'exécution physique et financier par partenaire et décliné par résultat à partir d'un plan de travail annuel pour objectiver l'efficacité de chaque partenaire dans chaque résultat attendu. Ces outils n'étant pas disponibles, l'appréciation de l'efficacité des partenaires pour l'adoption du cadre de soins attentifs ne peut être que jugée globalement pour tous les partenaires et HI.

Citation

« L'atteinte de ce résultat nécessite aussi un engagement à un haut niveau, une bonne stratégie interne n'a peut-être pas été mise en place à temps et avec toutes les difficultés auxquelles le projet a été confronté, le sujet a été probablement moins mis en avant »
Cadre, HI
« …Aucune activité prévue dans la convention pour le résultat 5 n'a été réalisée, le non-plaidoyer pour le PNDS est particulièrement regrettable car l'actuel PNDS ne prend pas bien en compte les besoins des personnes handicapées, un nouveau plan arrive avec une occasion manquée pour plus d'inclusion. »
Partenaire

L'avis d'une efficacité insuffisante du projet sur le résultat 5 est partagé aussi bien par les acteurs de HI que par les partenaires acteurs de la mise en œuvre. D'un côté, c'est expliqué par une insuffisance d'organisation interne et d'anticipation pour disposer des éléments factuels et outils, nouer d'autres alliances pertinentes pour accompagner le plaidoyer et

[60] Humanité&Inclusion. Convention de partenariat entre Fédération Handicap International (Humanité&Inclusion) et l'Association Congolaise pour la Libération et le Développement de la Maman Handicapée (ACOLDEMHA). Version complète incluant budget. Kinshasa 2022. 10p

[61] Humanité&Inclusion. Convention de partenariat entre Fédération Handicap International (Humanité&Inclusion) et l'Association Nationale de Parents des Enfants Handicapés Mentaux du Congo (ANAPEHCO). Version complète incluant budget. Kinshasa 2022. 10p

d'autre part par une insuffisance de confiance mutuelle entre les parties dans la conduite conjointe des activités.

Pour la mise en œuvre des interventions d'appui à la CPS et des services de réadaptation

En ce qui concerne les partenaires, le résultat attendu ici est l'amélioration de l'offre des soins et services en matière de CPS et de services de réadaptation. Les acteurs opérationnels de ces deux (02) prestations sont essentiellement les structures sanitaires (centres de santé et hôpitaux) où sont implantés les services de réadaptation/réhabilitation et la consultation préscolaire. Le projet signe directement une convention avec les hôpitaux, convention qui permet d'encadrer le remboursement intégral des prestations de réadaptation des enfants les plus démunis. Les prestataires sont mis à disposition par le système de santé existant (sous différentes modalités qui peuvent impacter de manière notable la qualité des prestations) et sont donc sous la tutelle soit de la DPS sous directement de l'hôpital qui les emploie.

Au-delà des six (06) structures sanitaires avec lesquels les contrats sont signés (Centre Hospitalier d'Etat de Nigiri-Ngiri, Centre Mère et Enfant de Bumbu, Hôpital Général de Référence de Makala, Centre de Santé de Référence de Kitokimosi, Centre Hospitalier d'Etat de Matadi Mayo, Cliniques Universitaire de Kinshasa), les partenaires qui entrent en jeu sont également le PRONANUT, le PNRBC, et la DPS via les ZS qui soutiennent par l'appui à la formation et la supervision.

S'agissant de la pertinence des partenariats sur ces volets, elle est indéniable et le partenariat ne saurait se nouer d'ailleurs avec d'autres acteurs puisqu'il s'agit des acteurs qui offrent normalement les prestations appuyées dans le contexte.

Quant à l'efficacité des partenaires en matière de mise en œuvre des interventions de CPS et de réadaptation, elle peut être jugée moyenne après une appréciation sommaire et indirecte sur les éléments suivants.

- Globalement à la lumière des progrès principalement en lien avec le résultat 1 et en partie le résultat 2. Les taux d'exécution physique globaux n'ont pas progressé entre 2023 et 2024. Ils restent globalement moyens : pour le R1, il est de 62,5% et pour le R2, il est de 43% (figure 4).
- Sur la base des cibles touchées en rapport avec les prévisions (tableau 1) ; en exploitant le tableau de performance annuelle de 2023[62] fourni par le projet, on peut retenir sur le R 1 à propos de la CPS que « *(i) plus de 27 000 enfants ont été vus à la CPS sur 30000 enfants attendus depuis le début du projet, (ii) 65 enfants de 6 à 12 ans avec handicap physique et fonctionnel ont été scolarisés dans les écoles inclusives sur 80 enfants attendus, (iii) 392 enfants de 0 à 12 ans avec handicap physique ont bénéficié des soins de réadaptation sur 300 enfants attendus* ». *Sur* le R2, le nombre d'aidants engagés dans les CCIS est nul étant donné que les CCIS n'étaient pas opérationnels. A propos du R3, 83 agents communautaires formés ont réussi au post

[62] HI-RDC. Outil Excel DGD de performance du projet PNC-RDC-Année 2023.

test sur 110 formés sur les diverses thématiques et sur le R4, 466 prestataires (santé, réadaptation, éducation) ont bénéficié d'un renforcement de capacités,

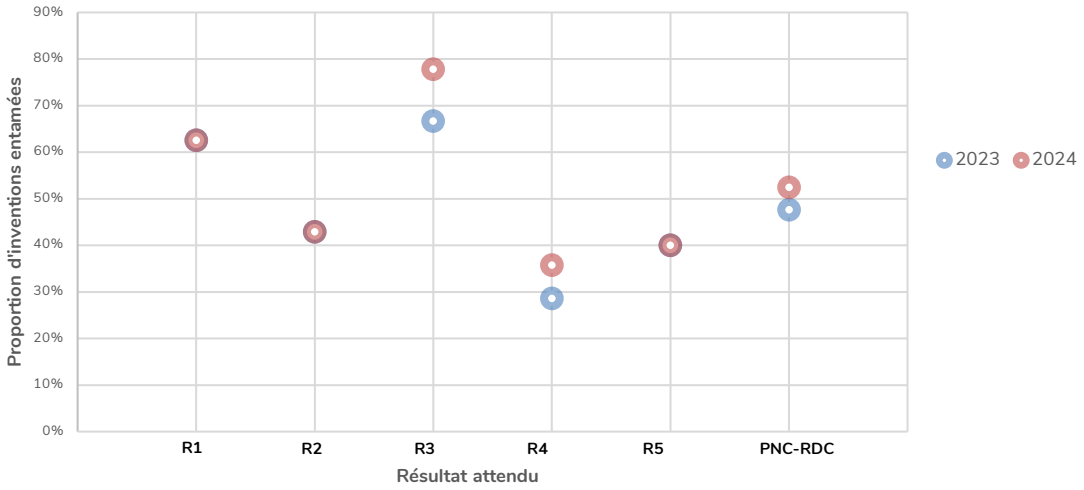

Figure 2: Taux estimé d'exécution des activités à fin 2023 et à fin 2024 par résultat attendu et pour le projet[63]

Une meilleure appréciation de l'efficacité spécifique de chaque partenaire (même si elle n'est pas détachable totalement de celle de HI) aurait été possible si, **par résultat** et **par partenaire**, on disposait de (i) du taux d'exécution des activités prévues, (ii) du nombre de cibles atteintes en relation avec le nombre prévu et (iii) du taux d'exécution financière. A défaut, des estimations approximatives ont été faites. Les taux d'exécution physique les plus élevés semblent être portés par le PNRBC et le MINEDU-NC (figure 3). Les données n'étaient pas disponibles pour ANAPEHCO et la DUAS ; les données disponibles pour la DPS n'étaient pas exploitables.

[63] La base de calcul a été la liste des interventions/activités présente dans le cadre logique du projet. Ont été considérées les interventions/activités démarrées aux différentes échéances. Le nombre d'interventions entamées a été rapporté au nombre total d'interventions prévues. Une estimation à fin 2023 et une estimation à fin 2024 ont été faites à partir des informations fournies par l'équipe projet. Le tableau détaillé est présenté en annexe 6.5

Figure 3: Taux d'exécution physique des activités par partenaire à horizon 2023 et 2024[64]

Sur le plan financier, le niveau d'engagement le plus élevé est relié au MINEDU-NC ; en notant que 4 partenaires sur 8 ont un taux d'engagement de moins de 50%. Concernant le niveau de justification des fonds reçus il est de 61,8% en moyenne ; pourcentage qu'il faut apprécier avec nuance puisque cette moyenne est réduite uniquement à cause de l'absence de justification des fonds reçus par le MINEDU-NC (Tableau 3). A ce propos, selon les informateurs clés, la situation du MINEDU-NC est particulière en termes de procédures, impliquant que la justification doit être faite à l'interne par l'équipe de HI. Cette absence de justification des fonds renforce la nécessité d'une meilleure coordination interne à HI, notamment entre l'équipe projet et les autres staffs qui fournissent un support transversal.

Tableau 3: Suivi de l'exécution financière par partenaire de mise en œuvre du Projet « Ensemble, pour le développement harmonieux de nos enfants en République Démocratique du Congo »- Projet Nurturing Care, exercice 2022-2024

Partenaire	Budget approuvé (a)	Avances reçues Valeur en USD (b)	% (b/a)	Justifications reçues Valeur en USD (c)	% (c/b)
DPS	232 789	107 755,5	46,3	99 989,5	92,8
MINEDU-NC (EPST)	165 285	145 882	88,3	0	0,0
PNSR	48 320	27 040	56,0	27 040	100,0
ACOLDEMHA	64 881	27 478	42,4	22 854,24	83,2
ANAPEHMCO	64 881	24 878	38,3	20 745,91	83,4
DUAS	69 850	27 170	38,9	27 128,35	99,8
PNRBC	40 079	25 746	64,2	20 746	80,6
PRONANUT	89 310	52 447,05	58,7	524 27,05	100,0
Total	**775 395**	**438 396,55**	**56,5**	**270 931,05**	**61,8**

Constat 5

Le partenariat établi est pertinent dans la logique de l'adoption du cadre de soins attentifs dans le contexte national. Il est également pertinent pour la mise en œuvre du renforcement de la CPS et de l'offre des services de kinésithérapie et d'appareillage. Avec un niveau d'engagement des dépenses de moins de 60% et un niveau d'exécution physique des activités très variable, l'appréciation de l'efficacité de ces partenariats, qui dépend aussi bien à HI que des partenaires choisis, est très mitigée et fragilisée par un accès limité aux données pertinentes due aux facteurs précédemment évoqués (constat 4).

3.3 Résultat 3 : Changements

QCE1.Est-ce que le projet est susceptible de contribuer à l'atteinte de changements positifs et mesurables pour les acteurs cibles dans les 5 domaines du cadre de soins attentifs par des actions directes ou coordonnées avec d'autres acteurs ?

[64] Cette estimation faite à partir de la liste des activités/lignes budgétaires annexée aux conventions des partenaires n'est qu'une proxy vu que l'information n'était ni complète (pas de PTA ni de bilan d'exécution annuel par partenaire) ni uniformément disponible pour tous les partenaires.

QCE2.Comment le projet contribue-t-il a une meilleure connaissance et mise en pratique du cadre de soins attentifs ?

QCE3. Comment le projet contribue-t-il à l'atteinte de changements positifs et mesurables pour les enfants, les parents et les professionnels de santé ?

QCE4. Est-ce que le niveau d'accès et de qualité des services de CPS et de réhabilitation sont suffisants pour permettre aux enfants des zones couvertes de participer et de recevoir des appuis satisfaisants pour appuyer leur développement ?

3.3.1 Les premiers effets

3.3.1.1 La contribution aux changements mesurables pour les acteurs cibles et pour les bénéficiaires des interventions

L'objectif global du projet d'amélioration de la qualité de vie des enfants handicapés est prévu pour être apprécié sur la base de l'étude SCOPEO endline qui sera mise en relation avec la baseline réalisée en 2023.

En ce qui concerne les marqueurs de progrès du projet

On peut relever à partir des derniers résultats disponibles (Décembre 2024), portant sur seize indicateurs de performance répartis entre les cinq résultats du projet **que des progrès ont été réalisés par rapport à la situation de référence**. Les constats sont assez proches de la tendance du niveau de réalisation des activités par résultat attendu. On peut retenir globalement que 9 indicateurs sur 16 restent en deçà de 50% de la cible projetée à la fin du projet et que le résultat 1 semble être celui où il y a eu plus d'indicateurs avec une bonne progression. Pour l'indicateur 1 du R2, les données disponibles ne permettent pas d'évaluer le degré de réalisation. Par ailleurs, des difficultés subsistent quant à l'analyse désagrégée des résultats âge, sexe et handicap et par composante par défaut de données pertinentes. De même, les données disponibles ne permettent pas d'apprécier la progression annuelle des indicateurs.

Tableau 4: Niveau d'atteinte des indicateurs du Projet « Ensemble, pour le développement harmonieux de nos enfants en République Démocratique du Congo »- Projet Nurturing Care, RDC, 2022-2024[65]

Résultats/Indicateurs	Baseline	Valeur 2024
Résultat 1 - Les enfants ont accès à des opportunités adéquates de stimulation & réadaptation, d'apprentissage et de développement		
Indicateur 1 - D'ici la fin 2026, % d'enfants de 0 à 5 ans (ventilé par handicap, sexe et âge) des zones ciblées fréquentant ou ayant fréquenté au moins 3 fois la CPS redynamisée (base de 100 000 enfants)	N/A	Prévu : 40 000 Réalisé :49 446 **(124%)**
Indicateur 2 - D'ici la fin 2026, # d'enfants de 0 à 12 ans (ventilé par handicap, sexe et âge), identifiés ayant fréquenté au moins 3 fois un centre communautaire inclusif de stimulation	0	Prévu : 3000 Réalisé : 120 **(4%)**
Indicateur 3 - D'ici la fin 2026, # d'enfants handicapés de 6 à 12 ans (ventilé par handicap, sexe et âge), pris en charge par l'intervention qui ont été scolarisés dans les écoles ordinaires	0	Prévu : 135 Réalisé : 112 **(83%)**
Indicateur 4 - D'ici la fin 2026, # d'enfants handicapés de 0 à 12 ans (ventilé par handicap, sexe et âge) référés par les CPS et les agents communautaires vers des structures de soins de réadaptation	50	Prévu : 500 Réalisé : 491 **(98%)**
Résultat 2 - Les aidants ont amélioré leur capacité à fournir des soins attentifs et à soutenir l'apprentissage et à promouvoir le développement des enfants de 0 à 12 ans.		
Indicateur 1 - D'ici la fin 2026, % d'aidants qui démontrent une augmentation de leurs connaissances et de la confiance dans leur propre capacité à assurer des Soins Attentifs, en vue de favoriser le développement de l'enfant	0	Prévu : 60% Réalisé : ND
Indicateur 2 - D'ici la fin 2026, # d'aidants volontaires (ventilé par sexe) s'engageant dans les centres communautaires inclusifs de stimulation (CCIS) au cours du projet	0	Prévu : 200 Réalisé : 02 (1%)

[65] Point fait en décembre 2024. Tableau renseigné sur la base de la présentation powerpoint de l'équipe projet

Résultats/Indicateurs	Baseline	Valeur 2024
Indicateur 3 - D'ici la fin 2026, % d'aidants ayant bénéficié d'appuis à leur AGR, dont les revenus du ménage ont été améliorés de plus de 30%	0	Prévu : 30% Réalisé : 0%
Résultat 3 - Les communautés locales offrent des environnements sûrs et favorables au développement et à la participation des enfants de 0 à 12 ans		
Indicateur 1 - % d'agents communautaires (ventilé par sexe) formés capables d'identifier et de référer les enfants à risque de retard psychomoteur vers les CPS ou les services spécialisés	0	Prévu :90% Réalisé : 79%
Indicateur 2 - % de clubs de femmes et d'OPH formés à l'approche Soins Attentifs qui s'engagent dans l'animation/gestion des espaces communautaires de stimulation	0	Prévu :50% Réalisé : 5
Indicateur 3 - # des centres communautaires inclusifs de stimulation (CCIS) fonctionnels	0	Prévu : 6 Réalisé : 3 (50%)
Résultat 4 - Des services de santé, y compris de réadaptation, d'éducation inclusive de qualité répondent aux besoins des enfants de 0 à 12 ans, en particulier ceux qui présentent une déficience et/ou risquent de présenter un retard de développement.		
Indicateur 1 - % des 1015 prestataires de santé (ventilé par sexe) formés ayant amélioré leurs connaissances sur la thématique des soins attentifs	0	Prévu : 913 Réalisé : 530 **(58%)**
Indicateur 2 - # de services de réadaptation qui ont amélioré leur qualité d'intervention	3	Prévu :6 Réalisé : 3 (50%)
Indicateur 3 - # d'écoles primaires qui ont amélioré leur environnement pour répondre aux besoins de tous les enfants âgés de 6 à 12 ans, y compris les enfants handicapés	3	Prévu : 20 Réalisé : 12 **(60%)**
Résultat 5 - Les politiques nationales protègent et soutiennent le développement de la petite enfance (0-5 ans) et la qualité de vie de tous les enfants de 0 à 12 ans, en particulier les enfants handicapés.		
Indicateur 1 - # de stratégies nationales et plans d'action liés au développement de l'enfant qui ont été appuyés	0	Prévu : 3 Réalisé : 4 **(133%)**
Indicateur 2 - # de recommandations issues du cadre multi-sectoriel dans le cadre du nurturing care qui ont été appliquées	0	Prévu : 4 Réalisé : 1 **(25%)**
Indicateur 3 - % d'actions de plaidoyer qui ont contribué à des décisions concrètes	0	Prévu : 30% Réalisé : 0%

En termes d'appréciation plus qualitative (avec quelques données d'activités extraites des rapports), on retient des entretiens avec les bénéficiaires les éléments suivants :

Dans les composantes santé, soins répondant aux besoins et nutrition, pour les enfants, les familles et les aidants, plus d'accès et de qualité de soins

- Une détection et une prise en charge précoce du handicap ou du risque de handicap grâce à la formation du personnel à l'utilisation d'outils comme le MDAT. La mise en place du système de référencement fournit désormais aux parents une réponse à : « Vers qui nous tourner ? »
- Des structures de prise en charge spécialisés et d'accompagnement en communauté: avec les services de réadaptation et les centres communautaires inclusifs de stimulation (CCIS).
- L'accès financier aux soins et l'accès à l'éducation pour les enfants handicapés les plus démunis : la mise à disposition de kits scolaires et le remboursement intégral des soins de kinésithérapie et d'appareillage orthopédique ont certainement soulagé de nombreuses familles qui autrement n'auraient pas bénéficier de ces services. Cependant l'approche de remboursement intégral des prestations de réadaptation est déjà en cours de révision chez HI car il s'agit d'un élément considéré à risque important pour la pérennité du projet. Le nouveau système à mettre en place introduit un ticket modérateur avec désormais un système dit de tiers payant partiel.

- Le renforcement des capacités des parents/aidants pour la stimulation et les gestes simples : Cette formations des parents leur permet de gagner en confiance face au handicap et d'assurer la continuité des soins à domicile.

Figure 4: Handicap International – Stimulation d'un enfant lors de la formation Blue Box, Novembre 2023[66]

Dans les composantes santé, opportunités d'apprentissage, soins répondant aux besoins pour les prestataires du système de santé et pour les éducateurs un changement de regard et plus de capacités pour faire face au handicap

- Formation et renforcement des capacités des prestataires à la prise en charge au niveau des consultations préscolaires (CPS) et des consultations prénatales (CPN) avec un impact sur leur attitude face au handicap.
- Amélioration de la qualité des soins qui se fait à la fois par la formation des prestataires à la détection précoce du handicap et à l'identification des enfants à risque et par l'amélioration des équipements dans les services de réadaptation et de consultation préscolaire.
- Formation à l'approche d'éducation inclusive et mise en place d'un système de suivi par les inspecteurs du MINEDU-NC (200 enseignants et 30 Directeurs, directeurs adjoints) : les enseignants savent désormais comment inclure les enfants handicapés dans le processus d'apprentissage.
- Amélioration de l'accessibilité des écoles dans 9 écoles : Des travaux d'aménagements ont été effectués pour rendre les écoles accessibles (construction de rampes d'accès, abaissement de tableaux, la luminosité de la classe, signalétiques dans l'école, etc.)
- La distribution des kits scolaires offrant aux bénéficiaires de meilleures conditions d'apprentissage

Pour la communauté, un regard nouveau sur le handicap, plus de tolérance et moins de désarmement,

Grâce à :

- La sensibilisation pour le changement de comportement portant sur les thématiques diverses, droits des personnes handicapées et des enfants, les soins attentifs, l'inclusion, etc.

[66] Article sur la formation des formateurs à l'utilisation de la HI Blue Box, Kinshasa, Novembre 2023

- La création et l'animation de différents réseaux et groupes de soutien dans les communautés ; les relais communautaires, les groupes d'aidants, les groupes de paroles.

Pour les OPH partenaires, plus d'outils, plus de capacités de gestion et plus de visibilité communautaire et institutionnelle

Les OPH partenaires ressortent certainement plus outillées puisqu'elles ont bénéficié d'un renforcement de compétences par HI pour pouvoir remplir leur part du contrat et être suffisamment opérantes dans la mise en œuvre de leurs activités avec un double impact, communautaire et plus de reconnaissance de l'institution.

Pour les partenaires gouvernementaux, un appui complémentaire pour combler les immenses gaps au niveau national et une opportunité de disposer de cadres structurants plus inclusifs

Le projet contribue au renforcement de l'offre de soins/services en œuvrant pour l'intégration du principe d'inclusion dans tous les secteurs. Il appuie également dans l'élaboration de stratégies nationales et d'outils normatifs en intégrant l'aspect handicap dans des modèles plus inclusifs et la fonctionnalité de cadres multi acteurs en faveur du cadre de soins attentifs.

3.3.1.2 La contribution à la connaissance du cadre de soins attentifs

De la réalisation effective des activités dédiées

Stricto sensu dans le libellé, une seule activité est prévue dans le projet pour informer sur le cadre de soins attentifs. Il s'agit de l'activité « A.3.1. Atelier de présentation de l'approche « Soins Attentifs » à l'ensemble des parties prenantes du projet » du résultat 3. En dehors de cette activité qui a été réalisée selon le bilan reçu de l'équipe, on pourrait imaginer que la communication autour du concept dans sa globalité soit faite lors des formations sur des thématiques spécifiques à l'attention de l'équipe de HI, des prestataires, des enseignants et lors des activités de plaidoyer. Il faut mentionner qu'aucune activité de plaidoyer n'est expressément labelisée « cadre de soins attentifs ». La plupart des activités de formation et de sensibilisation ont été réalisées, mais les activités de plaidoyer ont des niveaux de réalisation plus faible (voir tableau 7 en annexe 6.5) et il est dans ce cas *difficile d'envisager une appropriation nationale au niveau sectoriel et stratégique du concept à court terme*.

Qu'est ce qui en a été retenu : les cibles en savent-elles plus sur le cadre de soins attentifs ?

Il ressort globalement des entretiens une compréhension assez variable du concept lui-même allant d'une bonne maîtrise des composantes chez certains enquêtés à une méconnaissance totale chez d'autres enquêtés. Des discussions de groupe, il ressort que la majorité ne connaissent pas le cadre de soins attentifs si ce n'est qu'ils n'en ont jamais entendu parler.

Pour ceux qui en savent quelque chose le concept est plus souvent associé à HI et à la prise en charge du handicap dans sa globalité (réadaptation et réinsertion sociale).

Le concept est également souvent confondu au projet PNC et est par contre bien associé chez les bénéficiaires à l'idée d'aider les parents dans la prise en charge des soins de leurs enfants

handicapés ou à l'amélioration de l'environnement scolaire pour faciliter l'apprentissage des enfants handicapés (réfection de bâtiments, toilettes, etc.), au soutien à l'éducation et à la protection sociale. Ces constats ont été confirmés lors des entretiens avec les prestataires qui pour certains le justifient par un manque d'information sur le sujet aussi bien pour eux que pour les parents et les acteurs communautaires. Mais faille-t-il en attendre plus ? Il sera nécessaire de repenser la stratégie de communication autour du sujet. Par ailleurs, quand on s'intéresse particulièrement aux informateurs clés, on note que 80% avait un niveau acceptable de connaissance sur le cadre de soins attentifs. Quand on met cette proportion en perspective avec l'IOV 1 du résultat 4 : % prestataires de santé formés ayant amélioré leurs connaissances sur la thématique des soins attentifs qui avait déjà atteint la cible finale de 90%[67] en 2023, il est légitime de s'interroger sur les approches à privilégier pour pérenniser les acquis.

3.3.1.3 L'accès et la qualité des services de CPS et de réhabilitation sont-ils suffisants ?

Entre la construction, la réhabilitation et l'équipement des infrastructures, et la formation du personnel, la qualité des services a sans aucun doute été améliorée. On peut relever la construction -équipement des bâtiments de kinésithérapie de Nigiri-Ngiri et Mont Ngafula. Le bâtiment de Kinésithérapie de l'hôpital de Makala a également été réhabilité.

Figure 5: Bâtiment CPS au centre d'Etat de Ngiri Ngiri[68]

Trois bâtiments de consultation préscolaire ont été construits à Mont Ngafula, à Selembao et à Ngiri-Ngiri permettant ainsi d'améliorer l'accès des communautés des zones d'intervention à ces services. Ceci a été renforcé par la gratuité des soins de réadaptation aux plus démunis. Par ailleurs, les prestataires des CPS ont été formés sur la CPS redynamisée, sur l'utilisation de l'outil MDAT et une formation de 10 formateurs a été réalisée en 2023 sur la Blue Box et bénéficient des supervisions[69].

[67] Résultats des post tests de formation
[68] Handicap International. Bilan des activités du PNC-RDC. Présentation à la réunion du COPIL, Juin 2023
[69] Tableau 7 en annexe 6.5

Citation

« l'attitude des agents de santé a changé. En général, c'est bon, mais certaines distances restent longues et compliquées pour les déplacements :»

FG, Bumbu

L'ensemble de ces interventions a contribué à l'amélioration de la qualité des services reconnue par l'ensemble des parties prenantes même la problématique de l'éloignement demeure, confirmant que cette amélioration de l'accès et de la qualité ne sont pas encore suffisants pour couvrir les besoins de la population des zones d'intervention.

Constat 6

A la lumière des indicateurs, des observations et des opinions, les premiers effets du projet sont notables notamment sur les services offerts aux enfants dans les composantes santé, nutrition, soins aux besoins et opportunités d'apprentissage. Toutefois la progression globale des indicateurs apparait comme insuffisante avec la moitié des indicateurs à un niveau de progression de moins de 50%, mais de meilleurs progrès sur le résultat 1 porteur de l'effectivité des activités comme la CPS, la réadaptation, et les opportunités d'apprentissage.

3.3.2 Les facteurs bloquants

Il ressort des entretiens, qu'en dépit des changements positifs recensés que plusieurs activités n'ont pu être menées ou ont connu d'importants retards. Ces retards portent sur l'ensemble des résultats attendus. On peut retenir comme activité phare le fonctionnement des CCIS qui a été ralenti (3 CCIS construits /6 prévus) et dont le fonctionnement effectif n'est pas encore réel. On peut évoquer à titre illustratif quelques activités non réalisées (détail en annexe 6.5 tableau 7),

- A.2.5. Appui au développement d'AGR pour les aidants des enfants présentant un retard de développement,
- A.2.7. Appui à l'accès aux mutuelles de santé pour les aidants des enfants ciblés,
- A.4.1. Etat des lieux et renforcement de la qualité des services de santé : de réadaptation à travers un accompagnement dans la mise en œuvre des outils RMS et R-CAF Tool, et de maternité et de pédiatrie par un accompagnement via l'outil (AQS) d'amélioration de la qualité de soins maternels, pédiatriques et néonatals intégrés.
- A.5.2. Sur base des résultats de l'étude IFAR, plaidoyer auprès des ministères pour la facilitation de prise en charge des soins de réadaptation.

Plusieurs facteurs ont contribué aux contre-performances constatées.

3.3.2.1 Facteurs internes et spécifiques au projet

Facteur interne 1 : Le turn-over élevé de l'équipe du projet

Comme évoqué précédemment, le turn-over incessant au sein de l'équipe met à mal l'appropriation du projet par les équipes, la mise en place de processus structurants pour le bon fonctionnement de l'équipe, la réalisation et la continuité des activités.

Facteur interne 2 : L'insuffisance de formalisation des processus :

- A l'interne, l'équipe projet fonctionne beaucoup sur les processus standards globaux de HI qui ne sont d'ailleurs pas tous mis en place vue la labilité du staff. Elle gagnerait à renforcer son fonctionnement par la mise en place de ses propres processus en lien avec le contexte pour garantir de meilleures performances. Ainsi les outils de fonctionnement comme l'organigramme doivent être actualisés de même que les fiches de postes qui doivent être mises à jour à la lumière des résultats attendus du projet. Les relations fonctionnelles entre les responsables volets et les autres staffs qui interviennent dans le projet doivent être clarifiés de même que les modalités et cadres de collaboration entre les volets et les autres unités (ex : M&E officer, responsable finances, etc…).

- En lien avec les partenaires, les modalités de collaboration ne sont pas précisées, les règles de fonctionnement ne sont pas établies au-delà du cadre global mis en place par la convention de partenariat. S'agissant de partenariat avec délégation budgétaire, ceci favorise les situations de conflit et de suspicion aggravées dans le cas du projet par les antécédents de malversations objectivés par un audit en 2023. Il serait judicieux de mettre en place un manuel de procédures et d'en faire largement diffusion avec les partenaires pour rétablir un climat de confiance. Ce manuel de procédures permettra de :

  Citation

  « Suite à un audit interne, la question s'est posée de savoir s'il fallait "se séparer de certains partenaires parce que la confiance n'y est plus, Il serait peut-être mieux de se séparer du partenaire si la confiance n'y est plus »

  Cadre HI

  - Clarifier les rôles et responsabilités HI/partenaires dans la prise en main de l'activité : Qui élabore les Tdrs ? dans quels délais ? quels acteurs sur la chaine et quels délais de traitement à chaque étape
  - Imposer les outils de planification et de suivi au niveau des partenaires, à l'aune des obligations de redevabilité de HI : au-delà du budget arrimé au contrat, au minimum un plan de travail annuel opérationnel par partenaire ainsi qu'un bilan annuel d'exécution des activités aligné sur ce plan doivent être mis en place.
  - Fixer et régulariser le fonctionnement des différentes instances en interne et avec les partenaires

Facteur interne 3 : La lenteur des processus internes de validation de HI :

Citation

« Par respect pour les partenaires que vous avez identifié pour faire le travail, il faut communiquer. Communiquer en disant que non, nous ne validons pas pour telle raison ou bien voilà comment améliorer tel ou tel aspect. Il y a jamais eu de communication dans ce sens. C'est après 2 3 mois qu'on constate simplement que bon voilà, apparemment ce n'est pas passé. Alors c'est gênant, c'est infantilisant…

Partenaire

C'est une remarque communément partagée et qui porte à la fois sur les Tdrs et sur les documents techniques à faire valider.

La mise en place de manuels de procédures devrait contribuer à fixer les délais de réponse et situer les responsabilités en cas de retard.

Facteur interne 4 : Les problèmes de planification et les conflits d'agendas
Ils sont facilités par l'absence de PTA formalisé pour le projet par partenaire et par la non-intégration de ce PTA au PTA institutionnel du partenaire. Outre leur propre agenda, les partenaires travaillent souvent avec plusieurs ONGs et projets simultanément. Les conflits d'agenda sont fréquents en cas de non-planification des activités.

Citation

« Les activités du projet HI ne sont souvent pas intégrées dans les plans opérationnels annuels (PAO) des structures partenaires, ...les activités du projet sont perçues comme non planifiées ou des "imprévus". Cela rend leur priorisation difficile face aux activités déjà prévues dans les PAOs des partenaires et contribue significativement aux conflits d'agenda et retards. Lorsque les activités sont vues comme des imprévus, elles reçoivent potentiellement moins d'attention »
Partenaire

Facteur interne 5 : La lenteur des partenaires dans la soumission des rapports et justifications des activités.

Citation

« Nous avons beaucoup de difficultés à récupérer les pièces justificatives, il faudrait intégrer dans le programme de l'activité la production des pièces justificatives qu'elles sont disponibles dès la fin de l'activité, sinon quand nous retournons à d'autres activités ça traine »
Partenaire
« Notre principale difficulté avec les partenaires c'est la disponibilité des pièces justificatives. L'activité est réalisée depuis des mois et vous ne recevez pas les pièces. A l'heure actuelle, nous avons encore des activités non justifiées »
Cadre HI

C'est un facteur bloquant majeur extrêmement récurrent. Le retard à justifier les fonds reçus empêche le déblocage de nouveaux fonds de la part de HI, entraînant du retard dans la mise en œuvre des autres activités. Des stratégies devraient être discutées avec les partenaires pour comprendre les fondements du phénomène et y apporter des solutions pragmatiques.

Facteur interne 6 : Les problèmes de motivations en lien avec la rémunération des prestataires des acteurs sur le projet

Citation

« Ça ne répond pas à nos attentes, car HI nous exige beaucoup alors que de son côté aussi pas grand-chose, MABOKA

- *Le niveau des remboursements de transport et des indemnités* de collation proposés par HI est jugé insuffisant par tous les partenaires et par l'équipe projet et cette perception impacte probablement la mise en œuvre des activités. Le contexte ne met pas HI en posture d'imposer quelque chose aux prestataires ou acteurs communautaires. Même si les principes de durabilité et de respect de la souveraineté de l'État restent essentiels, il est nécessaire de trouver un équilibre afin d'assurer la mobilisation durable de prestataires et d'acteurs locaux, dont beaucoup vivent dans une grande précarité et ne peuvent s'engager sur le long terme sans une compensation minimale adéquate.

> MAKASI[70] et c'est depuis 2024 que nous travaillons sans être rémunérés ».
>
> ***Travailleur social***

- La question des frais de fonctionnement dans les CCIS et de la motivation des acteurs communautaires : Transférés vers les CCIS via la DPS dans un modèle où les CCIS ne relèvent pas de la DPS, l'acquisition de ces frais pose un réel problème d'opérationnalité. De fait les frais de fonctionnement ne parviennent pas aux CCIS et la rémunération des acteurs communautaires s'en trouve bloquée.

3.3.3.2 Facteurs externes et systémiques

- Le contexte socio-économique du pays, de même que la crise des RH du secteur santé. De nombreux agents au sein des structures étatiques partenaires ne sont pas payés par le gouvernement. Lorsque les projets ne prévoient pas de rémunération ou des incitations, leur motivation/participation est fortement affectée et les grèves sont récurrentes entrainant la suspension des activités de prestation des soins et services.
- L'insécurité récurrente dans certaines zones d'intervention du projet avec le phénomène des gangs urbains limite la mise en œuvre de certaines activités.
- Le phénomène du turn-over important des ressources humaines, entraîne aussi la perte d'un nombre non négligeable de personnel formé aussi bien dans le secteur de l'éducation que celui de la santé. Par ailleurs ce turn-over quand il concerne les partenaires pose comme à HI le problème de l'appropriation du projet et de la continuité des interventions.
- Le problème de la circulation et des embouteillages dans la ville de Kinshasa réduit considérablement le temps à dédier aux activités car l'essentiel est perdu dans la circulation, entraînant du retard dans la réalisation des activités.
- Le contexte politique et les élections de 2024 qui ont perturbé les relations avec les partenaires gouvernementaux entrainant des retards importants dans le plaidoyer au niveau institutionnel.
- L'inflation persistante qui a alourdi considérablement les coûts de réalisation des travaux et le coût des fournitures ; et compromis la scolarisation des enfants avec les risques d'abandon.

[70] Traduction : « vous ne libérez pas l'argent »

Constat 7

Bien que les performances du projet aient été perturbées par une instabilité très importante au niveau de l'équipe du projet, on peut retenir une coordination interne relativement fonctionnelle, une dynamique partenariale à renforcer dans un contexte marqué par des facteurs systémiques externes fortement impactants qui sont à intégrer dans l'analyse pour la poursuite du projet et le prochain cycle programmatique.

3.3.3 L'adéquation de l'approche pour la continuité

QCC1.L'approche ou méthode d'intervention utilisée dans la mise en œuvre du projet est-elle appropriée au contexte ?
QCC2. Comment les interventions en lien avec la CPS et les services de réadaptation sont mis en œuvre dans une optique de continuité après la fin du projet et comment pérenniser l'accès financier aux soins en dehors du tiers payant ?

3.3.3.1 Adéquation de l'approche d'intervention au contexte

Une préoccupation essentielle est celle de l'adéquation des choix en termes d'approche d'intervention avec en perspective la continuité des interventions du projet.

De l'option du partenariat avec les acteurs gouvernementaux et les OSC locales avec délégation budgétaire

Il s'agit d'une question qui peut être débattue de long en large sans consensus évident. Comme évoqué dans la section dédiée au partenariat, il est impossible dans une logique d'adhésion et d'appropriation d'œuvrer en dehors d'un partenariat solide avec les partenaires gouvernementaux, notamment dans un contexte où HI est présent en RDC depuis plus de 30 ans et travaille de longue date avec les mêmes partenaires gouvernementaux sous un modèle identique. Si on recherche la continuité, on ne saurait se départir d'une appropriation des interventions par les parties prenantes locales. Le sujet clivant est celui de la délégation budgétaire vus (i) les expériences antérieures sur d'autres projets, (ii) les expériences plus récentes sur l'actuel projet avec des problèmes de transparence et (iii) le contexte national avec les différents facteurs systémiques évoqués précédemment. Il est clair qu'il peut être difficile dans ce contexte d'atteindre les objectifs du projet, toutefois un modèle sans délégation budgétaire semble probablement plus périlleux car les acteurs ne sentiraient plus d'obligation de redevabilité. L'équipe du projet HI retrouve toute son essence dans son rôle de renforcement des capacités des acteurs locaux y compris les OSC et devrait se maintenir dans son approche d'accompagnement des partenaires. Par ailleurs, une clarification du modèle de fonctionnement entre les parties et une spécification plus précise des modalités de gestion devrait permettre d'améliorer les performances des partenaires et du projet et de garantir sa continuité.

De l'option du remboursement intégral des frais de certaines prestations pour les cibles les plus vulnérables

Le « Système dit du Tiers Payant (STP) » ou Système de paiement des soins par un tiers (en l'occurrence HI) mis en place dans ce projet est un système de Tiers payant intégral qui consiste en un remboursement intégral des soins de réadaptation prescrits aux enfants porteurs de handicap répondant à certains critères d'inclusion[71]. Le remboursement est fait sur la base d'une grille tarifaire validée consensuellement entre HI et la structure qui offre les soins à travers une convention en bonne et due forme[72]. Cette option a été prise par le projet afin de garantir l'accès aux soins de réadaptation pour les populations les plus vulnérables. Au-delà du fait que rien n'est gratuit et encore moins les soins de santé comme rappelé par plusieurs informateurs-clés, les soins de kinésithérapie et les soins d'appareillage orthopédique sont particulièrement coûteux, surtout pour des populations très démunies dont la majorité vit en dessous du seuil de pauvreté. A titre d'illustration, une séance de kinésithérapie à Ngiri Ngiri est facturée à 14000 FC (5 USD) pour un SMIG journalier en RDC à 14500 FC (5 USD) et pour disposer d'aides techniques en bois, il faut débourser 60000 FC[73] dans un contexte ou 75% de la population vit en dessous de 2,5 USD/J. Dans cette situation, l'approche est bien évidemment adaptée au contexte ainsi que l'ont mentionné toutes les catégories de parties prenantes.

3.3.2.2 La question des perspectives de continuité et la pérennisation de l'accès financier aux soins pour la CPS et les soins de réadaptation

Citation

« Rien n'est gratuit et nous avons choisi de commencer à faire comprendre ça aux populations progressivement en changement notre système de Tiers payant, désormais il faudra une contribution de la part des communautés..., nous réfléchissons encore à comment l'appliquer »

Cadre, HI

Il s'agit d'une préoccupation majeure pour le projet. Des réflexions sont engagées depuis plusieurs mois pour passer du Système de Tiers Payant Intégral à un système de Tiers payant partiel avec l'introduction d'un ticket modérateur à payer par les parents (20%). Lors de la collecte de données, aucune mesure concrète n'avait encore été mise en place (Un nouveau manuel est toutefois en cours de validation).

Du coté des acteurs gouvernementaux, selon tous les informateurs clés il n'y a pas de perspective documentée d'une reprise partielle sous une forme ou une autre du financement de ces activités. Face à cette situation, le projet devrait approfondir ses réflexions autour du passage au Tiers payant partiel sachant que cette option laissera sans doute les plus démunis parmi les plus démunis sans soins. Des pistes se profilent avec le démarrage des AGR prévues par le projet à l'attention des parents des enfants handicapés et des modalités d'exemption pour des détenteurs de certificats d'indigence. La réflexion devrait être également portée au niveau du cadre multi-acteurs en vue d'un plaidoyer avec les autres PTF ayant des intérêts communs pour la mobilisation de ressources additionnelles.

---

[71] Handicap International. Manuel de procédures du Système de Tiers Payant, Projet Nurturing CarKinshasa 2022. 8p

[72] Cinq structures sont concernées : le Centre Mère et Enfant de Bumbu, Centre Hospitalier d'Etat de Matadimayo, l'hopital Général de Makala, le centre Hospitalier d'Etat de Ngiri-Ngiri et les Cliniques Universitaires de Kinshasa

[73] Humanité&Inclusion. Convention de partenariat entre Fédération Handicap International (Humanité&Inclusion) et le Centre Hospitalier d'Etat de Ngiri-Ngiri. Version complète incluant grille de tarification des actes de kinésithérapie et d'appareillage. Kinshasa 2022. 14p

Constat 8

Grâce à la délégation aux partenaires locaux dans une logique d'appropriation, les approches d'interventions développées par le projet restent appropriées dans le contexte pour envisager la continuité, même si cette continuité est fragilisée par le potentiel de durabilité financière limité de certaines approches dans un contexte particulièrement démuni caractérisé par des ressources extrêmement limitées.

3.3.3 L'autonomisation des prestataires et des parents

QCA1. Comment le projet contribue-t-il au renforcement des acteurs en lien avec l'approche nurturing care ?**
QCA2.Quelles sont les actions du projet en termes de renforcement des acteurs et d'amélioration des services pour contribuer à leur autonomisation ?
QCA3. Quelles sont les actions du projet en termes de renforcement des parents, de réduction de la vulnérabilité des populations cibles pour pourvoir au développement de leur enfant ?

3.3.3.1 Le renforcement des acteurs en vue de l'amélioration des services de CPS et réadaptation et l'autonomisation

Le projet aura contribué à un renforcement conséquent des capacités pour ces 2 offres de services dans les zones d'intervention comme décrit en 3.3.1.3. Le potentiel d'autonomisation est bien établi à la lumière du renforcement des compétences des ressources humaines, du renforcement des capacités en infrastructures et en matériel. Par ailleurs, les équipes bénéficiaient de supervisions portées par le PRONANUT, le PNRBC et HI (équipe projet mais également niveau régional). En outre les processus établis pour améliorer la qualité des services et mettre en œuvre le STP imposent un nombre d'outils de vérification dans les services et induisent une augmentation des frais de fonctionnement (nécessité de frais de reprographie par exemple, frais de déplacement pour les visites à domicile (VAD) qui sont actuellement couverts par le projet. Bien que le potentiel d'autonomisation existe au plan technique, il est possible que l'activité des services baisse en l'absence de support du projet pour les activités de soutien et les frais de fonctionnement.

3.3.3.2 Le renforcement des capacités des parents et réduction de la vulnérabilité des populations pour le développement des enfants

Il a été surtout axé sur une meilleure connaissance des besoins holistiques pour le développement de l'enfant, des besoins et de l'accompagnement nécessaire à l'enfant handicapé. Les formations aux aidants /parents aux gestes simples de stimulation et de rééducation à domicile permettront à maintenir les acquis des séances de kinésithérapie. Les parents seront certainement plus attentifs et plus à l'écoute des besoins des enfants, toutefois la réduction de leur vulnérabilité socio-économique n'est pas évidente avec les activités mises en œuvre à cette étape par le projet. Le potentiel d'autonomisation reste faible. Elle pourrait être améliorée avec le démarrage effectif de la mise en œuvre des AGR à l'attention des parents des enfants handicapés avec la nouvelle convention à signer avec Microdev.

Constat 9

Certes, on peut retenir un potentiel intéressant d'autonomisation du point de vue technique, à la fois chez les prestataires et chez les parents, néanmoins, les perspectives restent réduites face aux fragilités liées au système de santé et devant la vulnérabilité socio-économique des populations pour lesquelles le projet devra contribuer d'œuvrer pour apporter des solutions adaptées.

4. Conclusions et leçons apprises

4.1 Conclusion 1 : Pertinence

Le projet soins attentifs à l'enfant a été aligné lors de son élaboration, sur l'agenda international et sur les priorités nationales de développement. Dans sa conception, il a été aligné aussi bien dans les objectifs, les résultats attendus, que dans les stratégies d'intervention sur les orientations sectorielles en matière de santé, éducation et protection sociale. Mais bien qu'il ait su bien prendre en compte les besoins des bénéficiaires notamment les plus vulnérables et proposer des stratégies de résilience, les gaps persistants sont encore importants face aux besoins et certaines stratégies peuvent faire face à des réserves en termes de durabilité et d'équité.

Par son approche holistique inclusive avec la diversité des interventions proposées (santé, éducation, protection sociale), son focus assumé sur l'enfant handicapé qui permettent une prise en charge globale de tous les enfants, et en ciblant les acteurs clés de la chaîne de développement, le projet est aligné sur le cadre des soins attentifs en intégrant des interventions sur toutes les composantes.

En s'alignant sur le Cadre Stratégique Commun RDC (CSC-RDC), le projet s'intègre efficacement dans le paysage de l'aide au développement, tout en favorisant des synergies opportunes. Il demeure cohérent avec les actions des autres acteurs, auxquelles il peut apporter une contribution.

Le projet Nurturing Care démontre ainsi une solide pertinence par son alignement stratégique international, sa cohérence dans l'environnement de la RDC et son approche holistique et inclusive.

4.2 Conclusion 2 : Partenariat

Le partenariat établi combine des acteurs gouvernementaux programmatiques, des structures de prestations de soins et des acteurs communautaires pour faciliter l'adhésion, l'appropriation et matérialiser le fort ancrage communautaire souhaité par le projet et qui va de pair avec le cadre de soins attentifs.

Le choix des partenaires programmatiques est opportun car il s'agit des acteurs titulaires de mission en alignement aux différentes composantes et qui peuvent contribuer à l'adoption du

cadre de soins attentifs au niveau national et le repositionner au cœur des priorités de développement pour l'enfant. Le choix des structures de soins répond à leur positionnement dans les zones d'intervention et à leur offre de services préexistante (CPS et services de kinésithérapie-appareillage) ; ce choix est également opportun car ces structures sanitaires sont les seules dans l'environnement à même de permettre le renforcement d'une offre de soins préexistante pour répondre directement aux besoins identifiés.

Les partenariats sont matérialisés à travers des conventions de partenariat garantissant un cadrage légal à la collaboration, néanmoins il est nécessaire de mieux opérationnaliser les modalités de fonctionnement entre les partenaires et le projet afin d'améliorer la dynamique de collaboration et lever les réserves émises par les parties prenantes.

Les niveaux moyens d'exécution physique et financiers ont été estimés autour de 60% avec une appréciation plutôt mitigée de l'efficacité dans l'ensemble même si les performances individuelles sont assez variables.

Pour répondre à ses attentes stratégiques et opérationnelles, le projet Soins attentifs à l'enfant a bien su s'entourer d'une dynamique partenariale pertinente dont l'efficacité peut être améliorée par le renforcement de l'opérationnalisation des processus de collaboration entre les parties prenantes.

4.3 Conclusion 3 : Changements

Sur la base de l'évaluation des marqueurs de progrès et des indicateurs de produits portant sur la période 2022 à 2024, les résultats sont partiellement atteints, mais la progression reste limitée avec une projection à l'horizon 2026, fin du projet.

Les indicateurs ayant le plus progressé sont relatifs au résultat 1 marqueur des prestations santé et éducation, gages de l'amélioration de l'accès et de la qualité des services en matière de consultation préscolaire et de kinésithérapie appareillage.

Les marqueurs sur les autres résultats sont en moins bonne progression avec une attention particulière sur ceux du résultat 5 en lien avec le plaidoyer en faveur de la mise en œuvre et l'adoption au niveau provincial et national du cadre de soins attentifs, cœur du projet.

Les maillons faibles majeurs justifiant les contre-performances sont l'instabilité du staff interne et des difficultés de coordination. Il faut y rajouter l'effet des facteurs contextuels systémiques hors de maitrise du projet, mais qui, si non considérés, peuvent négativement impacter la suite, voire le prochain cycle programmatique.

Le projet ayant misé sur une délégation partenariale aux acteurs locaux, les activités de renforcement de capacités mises en œuvre dans le projet, que ce soit sur le plan des infrastructures, sur le plan matériel et sur le plan des ressources humaines ont permis de mettre en place l'environnement favorable à la continuité technique des interventions, (voire l'autonomisation des prestataires et des parents en termes de compétences).

Compte tenu du contexte socio-économique et des fragilités des systèmes en place (santé, éducation), sur le plan financier, la continuité et l'autonomisation sont peu envisageables.

Les changements induits par le projet sont notables, même s'ils sont partiels ; soutenus par le renforcement des capacités de tous ordres, ils offrent une perspective de continuité et d'autonomisation très limitée sur le plan financier aussi bien chez les prestataires qu'auprès des populations.

4.4 Leçons apprises

L'équipe d'évaluation propose ici deux leçons apprises qui, à son sens, constituent des bonnes pratiques essentielles à capitaliser pour le projet et à reproduire dans d'autres contextes. Leur identification est issue de la revue documentaire et des échanges avec les informateurs clés.

Une gestion du changement de contexte opportune et flexible

Le projet a su prendre en plusieurs occasions opérer des choix opportuns pour s'adapter au changement du contexte. Ainsi l'option de la construction des CCIS dans l'espace disponible au sein des structures existantes en est une première illustration face à la difficulté d'obtenir des espaces dédiés auprès des collectivités locales comme initialement envisagé. Une 2ème illustration est relative aux conditions de construction des bâtiments pour les services de CPS et de service kinésithérapie au centre d'Etat de Matadi Mayo. A la suite d'intempéries ayant causé un éboulement des terres, des maisons et la coupure de la route vers ce centre, l'approvisionnement en matériaux et la disponibilité de la main d'œuvre étaient devenues particulièrement difficiles. Une réévaluation de la situation avec les communautés a permis d'identifier les matériaux et la main d'œuvre accessibles dans la zone sinistrée et d'adapter le plan de construction en intégrant l'utilisation des matériaux locaux. Cette adaptation a permis de limiter les retards de mise en œuvre.

Une dynamique partenariale évolutive qui a su s'adapter aux besoins et aux opportunités du contexte

La concrétisation des partenariats avec des partenaires qui n'étaient pas prévus, tels la CONEPT, les écoles ressources BON ESPOIR, BON DEPART et l'organisation Microdev pour accompagner le projet sur des volets soit qui ont du mal à se concrétiser (exemple des AGR) ou pour saisir l'opportunité de l'expertise des partenaires sur des volets d'intérêt commun montre la capacité du projet à intégrer besoins et opportunités pour atteindre ses résultats avec plus d'efficacité. De même, alors la convention avec les CUK était prévue uniquement avec le service d'appareillage orthopédique, l'élargissement de cette convention aux services de kinésithérapie et aux services de stimulation précoce de la pédiatrie des CUK a permis de concentrer les différents services au sein d'une même institution et de réduire les distances que les aidants doivent effectuer entre plusieurs institutions pour les soins de leurs enfants qui sont souvent des soins multidisciplinaires.

5. Recommandations

Les recommandations sont issues de la synthèse des échanges avec les différentes parties prenantes. Elles seront examinées par HI et amendées par le comité de pilotage de l''évaluation. Leur version validée sera prise en compte dans la version finale du rapport. Elles sont classées par ordre de priorité, en spécifiant les constats qui y sont relatifs et en détaillant des éléments de suggestion de mise en œuvre.

5.1 Recommandation 1 : Le cadre de soins attentifs plus encore comme outil de visibilité

Le projet devrait se recentrer sur le cadre de soins attentifs comme outil de visibilité de son action en œuvrant plus pour son adoption dans la suite du projet et dans le prochain cycle programmatique. Pour cela, les actions de plaidoyer et la fonctionnalité du cadre multi-acteurs autour de l'approche et du développement de l'enfant sont essentielles et prioritaires.

Priorité : élevée **Constats** : 1, 2, 3, 6 **Acteurs à impliquer** : HI, PRONANUT, UNICEF et toutes les parties prenantes du cadre multi acteurs **Échéance :** Court et moyen terme

Le cadre de soins attentifs est le cœur du projet, il est également en mode pilote en RDC à travers le projet au même titre que plusieurs autres pays africains avec l'appui de différents partenaires tels que la DGD, l'UNICEF. La visibilité des effets de l'action du projet pour son adoption est un enjeu majeur qui reste à améliorer, et cela s'explique en grande partie par la non-fonctionnalité de la plateforme multi acteurs autour du développement de l'enfant et l'insuffisance des actions de plaidoyer. Les actions du résultat 5 doivent donc être reprises et faire l'objet d'un état des lieux opérationnel au cœur de l'équipe HI avec une **priorisation, une réorientation pragmatique et pensée pour la visibilité de l'action** en faveur de l'adoption du cadre de soins attentifs. La **collaboration avec l'UNICEF** qui porte le lead des actions en faveur du cadre de soins attentifs au niveau national et **le partenariat avec le PRONANUT** qui œuvre à son opérationnalisation doivent être **renforcés.** Au-delà de la fin de ce projet, avec la perspective du prochain cycle programmatique, HI devrait **consolider sa position de porteur du cadre de soins attentifs** et rester à l'avant-garde pour la mobilisation des acteurs autour de l'approche en RDC.

5.2 Recommandation 2 : Une organisation projet plus stable et plus informative

Le projet doit militer pour la stabilisation, la restructuration organisationnelle plus formalisée de l'équipe projet et la mise en place de mécanismes plus structurants à même de garantir la mémoire institutionnelle.

Priorité : élevée **Constats** : 5, 6, 7, 9 **Acteurs à impliquer** : HI **Échéance :** Court terme

L'instabilité de l'équipe projet a été l'un des maillons faibles les plus impactants sur les performances du projet. Ses effets ont été accentués par l'utilisation insuffisante de

mécanismes qui puisse garantir la mémoire institutionnelle en dépit du turn-over. La difficulté à disposer des documents pour cette évaluation en est une illustration parfaite car il est fort probable que cette documentation existe et qu'il s'agit plus d'un défaut dû à une appropriation insuffisante par le staff en place de l'historique de ce qui a été fait sur le projet. Si cette situation n'est pas prise en mains par la maison mère pour garantir la stabilité du personnel (des départs ont été constatés tout le long du processus d'évaluation) autour du projet, l'atteinte des résultats dans les quelques mois qui restent pourrait être compromise. Une **analyse interne** devrait être faite pour mettre en place des **mécanismes adaptés de fidélisation du personnel** dans le contexte de la RDC et prévoir également des **modalités de transition plus « informatives** » lors des mouvements du staff.

5.3 Recommandation 3 : Des partenariats plus efficaces dans un contexte systémique complexe pour plus de continuité

Pour améliorer l'efficacité et la continuité, le projet doit œuvrer pour une optimisation de l'efficacité des partenariats en investissant plus dans l'opérationnalisation des processus et la fonctionnalité des cadres de concertation impliqués dans la dynamique partenariale, la communication et le renforcement des capacités des acteurs nationaux.

Priorité : élevée **Constats** : 4, 5, 6, 7, 8 **Acteurs à impliquer** : HI, Partenaires **Échéance :** Court terme

L'efficacité des partenariats établis mérite une attention particulière car elle impacte fortement l'atteinte des résultats du projet. Elle est par ailleurs influencée par de nombreux facteurs liés aux modalités de fonctionnement mis en place par le projet, à la confiance mutuelle entre le projet et ses partenaires. Le défaut de communication, la lenteur dans les processus de validation, l'insuffisance de l'implication des partenaires, l'insuffisance de fonctionnalité des instances de gouvernance sont des éléments négatifs évoqués par les parties prenantes. Il sera donc impératif à courte échéance de renforcer de **bonnes bases de collaboration consensuellement validées et largement diffusées à travers différents cadres de concertation plus fonctionnels**. A cet effet, au-delà de la convention de partenariat qui fournit le cadre légal global, **un manuel de procédures** définissant les modalités de fonctionnement, les rôles et responsabilités de chaque partie à toutes les étapes de la mise en œuvre, les modalités de communication, ainsi que les outils de suivi et de redevabilité. Le projet devra, pour faciliter le suivi, veiller à la mise en place **d'outils de suivi d'évaluation de l'activité des partenaires tels que plan de travail annuel détaillé, rapport annuel de performance, rapport financier annuel.** Les modèles de pièces justificatives à fournir de même que les délais doivent être spécifiées dans le manuel de procédures. A l'image de la grille tarifaire validée par les hôpitaux partenaires, **les dépenses éligibles et les montants à rembourser sur le projet pourraient être validés** avec les partenaires dans un contexte où les problèmes de motivation financière sont particulièrement prégnants et impactants pour l'atteinte des résultats. En outre une attention spécifique devrait être portée à la réelle fonctionnalité du comité de pilotage et tout autre comité si pertinent (comité technique suggéré en Copil)

5.4 Recommandation 4 : Les Centres Communautaires Inclusifs de Stimulations, innovation à repenser et à documenter

L'initiative des Centres Communautaires Inclusifs de Stimulation est l'innovation porteuse de l'ancrage communautaire au service de la prise en charge holistique du développement de l'enfant et de l'autonomisation des communautés. Elle doit être repensée dans une approche participative pour plus de faisabilité à court terme (vues les difficultés rencontrées) et de durabilité à l'horizon du prochain cycle programmatique ; elle doit être expérimentée et documentée sous le lead du projet pour montrer efficacité, efficience afin de jouer le rôle espéré d'exemple et de bonne pratique en faveur de plus de mobilisation.

Priorité : Moyenne **Constats** : 1, 2, 6 **Acteurs à impliquer** : HI, Acteurs communautaires, **Échéance :** Court et moyen terme

Le projet a eu l'idée de construire ce modèle d'outil communautaire en faveur du développement de l'enfant et du développement de la dynamique communautaire. Pour la suite du projet, à court terme, afin d'atteindre les résultats du projet, vues les difficultés rencontrées dans l'implantation/construction, il serait judicieux d'envisager **un modèle plus flexible d'implantation sur de l'existant**. Ici l'existant devrait être envisagé en termes d'infrastructure, mais également en termes de dynamique communautaire et pourquoi pas d'activités. Par ailleurs, le modèle de fonctionnement envisagé par le projet devrait être **rediscuté avec la participation des parties prenantes (avec les communautés et autres acteurs du développement de la petite enfance)**, testé et **documenté pour disposer d'évidences** en appui au plaidoyer en faveur du développement de ces structures comme modèle outil dans le cadre des soins attentifs. Pour cela, le projet devrait s'investir (i) pour s'assurer que les CCIS soient à l'optimum en tenant compte des réalités contextuelles dans une approche participative de définition de son modèle de fonctionnement et de gouvernance et (ii) dans son prochain cycle programmatique, conduire des études en vue de documenter l'initiative.

5.5 Recommandation 5 : L'enfant handicapé démuni au cœur des interventions prioritaires à travers les outils de visibilité du projet

Le focus à l'enfant handicapé dans toutes ses dimensions doit rester une priorité du projet qui devrait renforcer l'accès et l'utilisation des services aux enfants handicapés surtout les plus vulnérables avec un focus sur l'utilisation effective des outils novateurs comme le MDAT et la HI Blue Box et sur les interventions pour l'enfant handicapé vulnérable.

Priorité : Moyenne **Constats** : 1, 2 5, 6, 8, 9 **Acteurs à impliquer** : HI, Partenaires **Échéance :** Court terme

L'identification précoce des enfants à risque de retard de développement et des enfants handicapés ainsi que leur prise en charge communautaire sont des stratégies novatrices dans le contexte de la RDC et qui répondent à des gaps importants au même titre que l'offre en kinésithérapie appareillage. Le projet par ces approches a pris des initiatives qui, en peu de temps ont montré leur intérêt pour répondre aux besoins des populations, mais qui n'ont pas

encore eu l'opportunité de se déployer convenablement compte tenu des difficultés auxquelles le projet a fait face. En ce sens, **le renforcement de la consultation préscolaire avec l'utilisation de l'outil MDAT, la stimulation avec la HI Blue Box et l'appui à la kinésithérapie et l'appareillage devraient être poursuivis** dans une logique de déploiement optimal d'ici la fin du projet avec une projection sur le prochain cycle. A cet effet, un focus doit être rapidement mis sur la **conduite des activités de formation des ressources humaines**, la mise en place de pools de formateurs nationaux, la conduite des processus de supervision par la partie nationale dans une logique d'appropriation de ces nouveaux outils portés par le projet. De même sur le volet éducation, la priorité devrait être mise sur **les interventions de renforcement des infrastructures et des équipements** pour garantir l'offre aux plus démunis. Par ailleurs, pour améliorer la durabilité du projet et l'autonomisation des populations des plus vulnérables, 2 sujets doivent être rapidement traités : (i) la question du Système de Tiers Payant, sujet de grande réflexion dans les orientations stratégiques devrait être traitée en concertation avec les parties prenantes pour **discuter et évaluer l'opportunité de passer au Tiers Payant partiel sur la base de données factuelles** et (ii)la **mise en place des AGR** pour les parents/aidants des enfants handicapés qui semble se mettre en route en 2025.

5.6 Recommandation 6 : Des données pour mieux préparer le futur

En perspective de la fin du projet et du cycle programmatique, le projet devrait investir dans la disponibilité d'évidences et de données pertinentes en appui au plaidoyer dans le cadre des processus de programmation futurs.

Priorité : Moyenne **Constats** : 4, 5 **Acteurs à impliquer** : HI, Partenaires **Échéance :** Court terme

La question des données pertinentes de qualité est au cœur de la prise de décision. De fait, disposer des données factuelles est un enjeu majeur pour le projet pour améliorer son évaluabilité et soutenir le plaidoyer en faveur du financement de son prochain cycle. L'équipe projet devrait donc se recentrer sur son cadre de résultats, mettre en place tous les mécanismes nécessaires pour **disposer des données, qu'elles relèvent du suivi des activités ou de la conduite d'études spécifiques** et les rendre disponible en temps opportun. Le suivi évaluation des activités du projet doit être remis en avant avec les outils adaptés et un accompagnement plus important des staffs dédiés.

.

6. Annexes

6.1 Termes de référence de l’évaluation

Disponible auprès du commanditaire

6.2 Rapport de démarrage

Disponible auprès du commanditaire

5.Rapport_Demarrage_évaluation interr

6.3 Grille générique d'entretien

I-Identification du participant

Q-ID.1. Date : .....

QID.2. Lieu .....

Q-ID.3. Noms du Répondant .....

Q-ID.4 Fonction.....

Q-ID.5 Sexe : F..... M.....

Q-ID.6 : Type de répondant : Membre de l'équipe projet /__/ PMO /__/

Q-ID.6. Structure d'appartenance : .....

Q-ID.6. Décrivez sommairement votre rôle et vos responsabilités dans votre institution :

.....

.....

.....

Q-ID.7. Décrivez sommairement votre rôle et vos responsabilités dans le projet NC-RDC :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

II-Pertinence

Q-PE1. Selon vous, le projet NC-RDC répond-t-il aux besoins des 5 domaines du cadre des soins attentifs ?

QPE.1.1. Comment évaluez-vous le degré d'alignement des objectifs du projet avec les principaux domaines du cadre de soins attentifs ?

1=complètement alignées		2=Partiellement alignées		3= Pas du tout alignées		4= Ne peut pas estimer	

QPE.1.1.a. *Veuillez expliquer/justifier votre choix*

.....

.....

.....

.....

.....

QPE.1.2. Comment évaluez-vous le niveau d'alignement des résultats attendus du projet avec les différents domaines du cadre de soins attentifs, en tenant compte de leurs exigences spécifiques et de leurs objectifs respectifs ?

1=complètement alignées		2=Partiellement alignées		3= Pas du tout alignées		4= Ne peut pas estimer	

QPE.1.2.a. Veuillez expliquer/justifier votre choix

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....
.....

Q-PE2. Dans quelle mesure le projet répond-il aux priorités des autres parties prenantes ?

PE.2.1. Quelle est votre estimation du niveau d'alignement entre objectifs et résultats attendus du projet NC-RDC et les axes de développement nationaux ;

1=complètement alignées		2=Partiellement alignées		3= Pas du tout alignées		4= Ne peut pas estimer	

PE.2.1.a. Donnez au moins un exemple pour expliquer/justifier votre choix (Rechercher les documents locaux/références illustratifs de la situation du pays)

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

PE.2.2. Selon vous, les stratégies proposées par le projet NC-RDC répondent-elles aux besoins issus de l'analyse situationnelle ?

1=complètement adéquates		2=Partiellement adéquates		3= Pas du tout adéquates		4= Ne peut pas estimer	

PE.2.2a. Justifiez votre choix

.....
.....
.....
.....
.....

PE.2.3. Dans quelle mesure les activités proposées par le projet NC-RDC répondent-elles aux besoins spécifiques des bénéficiaires finaux ?

1=Répondent très bien		2=Répondent partiellement bien		3= Répondent faiblement bien		4= Ne Répondent pas du tout		5= Ne peut pa estimer

PE.2.3a. *Justifiez votre choix*

.....
.....
.....
.....
.....

PE.2.4. Quelle est votre estimation du niveau d'intégration des droits humains, du genre, et de l'équité dans la planification des activités du projet NC-RDC ?

1=Très bien prises en compte		2= Partiellement prises en compte		3= Faiblement prise en compte		4= Pas du tout prises en compte		5= Ne peut pa estimer

PE.2.4a. *Justifiez votre choix*

.....
.....
.....

.....
.....

Q-PE.3. Dans quelle mesure le projet s'intègre-t-il de manière cohérente avec les autres interventions en cours dans la zone pour assurer une réponse globale aux besoins multiples et évolutifs des enfants de 0-12 ans et leurs parents ?

PE.3.0. Dans les zones d'intervention du projet NC-RDC quelles sont les autres interventions nationales et des partenaires en faveur du développement des enfants surtout les enfants handicapés ? Citer les interventions et les acteurs qui les mettent en œuvre

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

PE.3.1. Les stratégies d'intervention du projet NC-RDC sont-elles complémentaires des autres interventions nationales et des partenaires dans les zones ciblées en terme de répartition géographique?

Oui /__/ Non /__/

PE.3.1a. *Veuillez justifier votre choix*

.....
.....
.....
.....
.....

PE.3.2. Les stratégies d'intervention du projet NC-RDC sont-elles complémentaires des autres interventions nationales et des partenaires en termes de paquets de services ?

Complémentaires /__/ Non Complémentaires /__/

PE.3.2.a Justifiez votre choix

.....
.....
.....
.....
.....

QCC1. L'approche ou méthode d'intervention utilisée dans la mise en œuvre du projet est-elle appropriée au contexte ?

QCC1.1. Dans quelle mesure les stratégies/activités du projet répondent-elles aux <u>problèmes socio-économiques</u> identifiés dans l'analyse situationnelle ?

.....
.....
.....
.....
.....

QCC1.2 Dans quelle mesure les stratégies/activités proposées par le projet apportent une réponse aux <u>problèmes de disparités, de genre et d'équité de tous ordres</u> évoqués dans l'analyse situationnelle ?

.....
.....
.....

.....
.....

QCC1.3. Dans quelle mesure les stratégies/activités du projet répondent-elles aux attentes et perceptions des bénéficiaires finaux ?

.....
.....
.....
.....
.....

Q-PE4. Comment le projet contribue-t-il à la mise en œuvre du cadre stratégique commun ?

PE.4.1. Quelle est votre estimation du niveau d'alignement des objectifs du projet NC-RDC avec les domaines du cadre de soins attentifs ?

1=complètement alignées		2=Partiellement alignées		3= Pas du tout alignées		4= Ne peut pas estimer

PE.4.1a. *Veuillez justifier votre choix*

.....
.....
.....
.....

PARTENARIAT

QPA1. Le projet développe-t-il de manière collaborative des partenariats opérationnels qui sont à la fois réfléchis, pertinents et efficaces pour la mise en place d'interventions pour avancer les soins attentifs et l'adoption au niveau provincial et national du cadre de soins attentifs ?

QPA1.0. Quels sont, à votre connaissance les partenariats établis par le projet NC-RDC pour la mise en œuvre et **pour soutenir l'intégration du cadre des soins attentifs dans les stratégies nationales ?**

.....
.....
.....
.....

QPA1.1. Dans quelle mesure les partenariats établis par le projet NC-RDC pour la mise en œuvre **sont les plus pertinents avec un potentiel d'efficacité suffisant pour soutenir l'intégration du cadre des soins attentifs dans les stratégies nationales (capacité de mise en œuvre et potentiel d'institutionnalisation) ?**

.....
.....
.....

QPA1.1. bis Quelles seraient vos propositions pour d'autres partenariats plus pertinents et plus efficaces pour soutenir l'intégration des soins attentifs dans les stratégies nationales (autres partenaires à envisager et pourquoi) ?

.....
.....
.....
.....
.....

QPA1.2. Dans quelle mesure les partenariats établis par le projet NC-RDC pour la mise en œuvre sont basés sur une approche collaborative sur l'ensemble du processus de planification et de mise en œuvre ?

.....
.....
.....

QPA1.2. bis Quelles seraient vos propositions pour de meilleures collaborations pour des partenariats plus pertinents et plus efficaces pour soutenir l'intégration des soins attentifs dans les stratégies nationales ?

.....

.....

.....

QPA2. Le projet développe-t-il de manière collaborative des partenariats opérationnels qui sont à la fois réfléchis, pertinents et efficaces pour mener à bien les interventions d'appui à la CPS et aux services de réadaptation

QPA2.1. Quelles seraient vos propositions pour d'autres partenariats avec un potentiel d'efficacité suffisant pour soutenir l'appui à la CPS et aux services de réadaptation

.....

.....

.....

.....

.....

QPA2.1b. Dans quelles mesure les partenariats établis par le projet NC-RDC pour la mise en œuvre sont les plus pertinents avec un potentiel d'efficacité suffisant pour soutenir l'appui à la CPS et aux services de réadaptation

.....

.....

.....

QPA1.2. Dans quelle mesure les partenariats établis par le projet NC-RDC pour la mise en œuvre sont basés sur une approche collaborative sur l'ensemble du processus de planification et de mise en œuvre ?

.....

.....

.....

.....

.....

QPA1.2. bis Quelles seraient vos propositions pour de meilleures collaborations ?

.....

.....

.....

.....

.....

CHANGEMENTS

A. Effets

QCE1. Est-ce que le projet est susceptible de contribuer à l'atteinte de changements positifs et mesurables pour les acteurs cibles dans les 5 domaines du cadre de soins attentifs par des actions directes ou coordonnées avec d'autres acteurs ?

QCE.1.0. De votre point de vue, quels sont les changements apportés par le projet NC-RDC pour chacune de parties prenantes **? (Liste la plus complete possible pour chaque partie prenante)**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....
.....

QCE.1.1. Quelle est votre appréciation du Niveau et tendances évolutives des indicateurs d'effet et extrants **?**

1=Positive et objectifs bien atteints		2=Positive et objectifs moyennement atteints		3= Positive et objectifs faiblement atteints		4=Stagnant		5= En régression	

QCE.1.1.a. Justifiez votre choix

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

QCE.1.2. Quelle est votre appréciation du taux d'exécution physique des activités programmatiques du projet **(ou de votre institution dans la cas des PMO)** ?

Excellent		Bien		Moyen		Faible=

QCE.1.2a. Justifiez votre choix

.....
.....
.....
.....
.....

QCE.1.3. Quelle est votre appréciation du taux d'exécution financière des activités programmatiques du projet **(ou de votre institution dans la cas des PMO)**?

Excellent		Bien		Moyen		Faible=

QCE.1.3a. Justifiez votre choix

.....
.....
.....
.....
.....

QCE.1.4. Quelle est votre appréciation de la performance de chacun des partenaires de mise en œuvre du projet NC-RDC (Taux d'exécution physique/PMO, Taux d'exécution financière/PMO)

1=Excellent		2=Bien		3=Moyen		4= Faible		5= Ne peut pas estimer	

QCE.1.4.a Quelle/s est/sont la/les justification/s de votre choix ?

.....
.....
.....
.....

.....
.....

QCE.1.5. Quel est votre niveau de perceptions positives des Partenaires de Mise en Œuvre comme équipe, sur les progrès réalisés ?

1=Très positive		2=Moyennement positive		3= Faiblement positive		4= Pas du tout positive		5= Ne peut pas estimer	

QCE.1.5a. Quelle/s est/sont la/les justification/s de votre choix Expliquez. Ont-ils bien fonctionné ensemble ? quelles ont été les difficultés ? Comment cela a-t-il été géré ?

.....
.....
.....
.....
.....

QCE.1.6. Quelle est votre appréciation du niveau de perceptions positives des communautés et des bénéficiaires sur les progrès réalisés ?

1=Très positive		2=Moyennement positive		3= Faiblement positive		4=Pas du tout positive		5= Ne peut pas estimer	

QCE.1.6a. Quelle/s est/sont la/les justification/s de votre choix ?

.....
.....
.....
.....
.....

QCE.1.7. Comment est-ce que les éléments des droits humains, du genre et de l'équité ont été prises en compte lors de la mise en œuvre des activités du dans les différentes zones d'intervention ?

1=Suffisament		2=Moyennement pris en compte		3= Faiblement pris en compte		4=Pas du tout pris en compte		5= Ne peut pas estimer

QCE.1.7a. Quelle/s est/sont la/les justification/s de votre choix ?

.....
.....
.....
.....
.....

QCE.1.8. Quelles ont été les Forces et les faiblesses de la mise en œuvre des activités du projet ?

QCE.1.8a. Quelles ont été les Forces du projet NC-RDC ? et facteurs de succès ?

.....
.....
.....
.....
.....

QCE.1.8.b. Quelles sont les faiblesses du projet NC-RDC ? et facteurs de blocage ?

.....
.....

.....
.....
.....

QCE2. Comment le projet contribue-t-il a une meilleure connaissance et mise en pratique du cadre de soins attentifs ?

QCE2.1. Quelle est votre appréciation sur le taux d'exécution des activités de renforcement des capacités (connaissance du cadre de soins attentifs) à l'attention des bénéficiaires (prestataires/parents et aidants/ communautés)

Excellent		Bien		Moyen		Faible=

QCE2.1a. Veuillez expliquer/justifier votre choix

.....
.....
.....
.....
.....

QCE2.2. Quelle est votre appréciation sur la proportion de bénéficiaires ayant une connaissance du cadre de soins attentifs ?

Excellent		Bien		Moyen		Faible=

QCE2.2a. Veuillez expliquer/justifier votre choix

.....
.....
.....
.....
.....

QCE2.3 Proportion de bénéficiaires/prestataires ayant une connaissance minimale du cadre de soins attentifs (lister les 5 domaines)

Domaines de compétence	% Bénéficiaires ayant une connaissance	% prestataires ayant une connaissance

QCE2.3a. Veuillez donner votre appréciation de ces proportions

.....
.....
.....
.....
.....

QCE2.4 Niveau globale de connaissance des parents/aidants sur les soins

Excellent		Bon		Asse-bon		Faible

QCE2.4a. Veuillez expliquer/justifier votre choix

.....
.....
.....

.....
.....

QCE3. Comment le projet contribue-t-il à l'atteinte de changements positifs et mesurables pour les enfants, les parents et les professionnels de santé ?

QCE3.1 Quels sont les changements positifs visible et mesurable que le projet a apporté dans le quotidien des enfants, les parents et les professionnels de santé ?

.....
.....
.....
.....
.....

QCE3.2. .....

.....
.....
.....
.....
.....

QCE4. Est-ce que le niveau d'accès et de qualité des services de CPS et de réhabilitation sont suffisants pour permettre aux enfants des zones couvertes de participer et de recevoir des appuis satisfaisants pour appuyer leur développement ?

QCE4.1. Quelle est votre perception du niveau d'accès et de qualité des <u>services de CPS</u> (Accessibilité géographique, accessibilité financière, qualité observée, qualité perçue)

.....
.....
.....
.....
.....

QCE4.2. Quelle est votre perception du niveau d'accès et de qualité des <u>services de réhabilitation</u> (Accessibilité géographique, accessibilité financière, qualité observée, qualité perçue)

.....
.....
.....
.....
.....

B. Continuité

QCC1. L'approche ou méthode d'intervention utilisée dans la mise en œuvre du projet est-elle appropriée au contexte pour la continuité du projet ?: **Oui /__/ Non /__/**

.....
.....
.....
.....
.....

QCC2. Comment les interventions en lien avec la CPS et les services de réadaptation sont mises en œuvre dans une optique de continuité après la fin du projet et comment pérenniser l'accès financier aux soins en dehors du tiers payant

QCC2.1 Quels ont été les dispositifs mis en place par le projet NC-RDC pour la continuité technique (RH et RM) des interventions avec la CPS et les services de réadaptation projet NC-RDC indépendamment d'un appui externe ;

.....
.....
.....
.....
.....

QCC2.2. Que pensez vous des perspectives de continuité des interventions avec la CPS et les services de réadaptation projet NC-RDC indépendamment d'un appui externe ;

.....
.....
.....
.....
.....

QCC2.3 Quels ont été les dispositifs mis en place par le projet NC-RDC pour la continuité financière des interventions avec la CPS et les services de réadaptation projet NC-RDC indépendamment d'un appui externe ;

.....
.....
.....
.....
.....

QCC2.4. Quelles sont vos perceptions sur les perspectives de continuité financière des interventions avec la CPS et les services de réadaptation projet NC-RDC indépendamment d'un appui externe ;

.....
.....
.....
.....
.....

C. AUTONOMISATION

QCA1. Comment le projet contribue-t-il au renforcement des acteurs en lien avec l'approche nurturing care ?**

QCA.1.1. Quels ont été les dispositifs mis en place par le projet NC-RDC pour la continuité technique (RH et RM) de l'approche Nurturing Care indépendamment d'un appui externe ;

.....
.....
.....
.....
.....

QCA.1.2. Quelles sont vos perceptions sur les perspectives de continuité de l'approche nurturing care indépendamment d'un appui externe **;**

.....
.....
.....
.....
.....

QCA2.Quelles sont les actions du projet en termes de renforcement des acteurs et d'amélioration des services pour contribuer à leur autonomisation ?***

QCA2.1 Quels ont été les dispositifs mis en place par le projet NC-RDC pour la continuité technique (RH et RM) des acquis du projet Nurturing Care en terme de prestations de services indépendamment d'un appui externe ;

.....
.....
.....
.....

.....
.....
.....
.....
.....

QCA2.2. Quels sont les facteurs de risque pouvant nuire la pérennité des acquis du Projet NC-RDC

.....
.....
.....
.....
.....

QCA3. Quelles sont les actions du projet en termes de renforcement des parents, de réduction de la vulnérabilité des populations cibles pour pourvoir au développement de leur enfant ?

QCA3.1. Descriptif des actions du projet en termes de renforcement des parents, de réduction de la vulnérabilité des populations cibles pour pourvoir au développement de leur enfant

.....
.....
.....
.....
.....

QCA3.2. Existence initiatives communautaires de reproduction partielle des interventions du projet NC-RDC ou d'initiatives communautaires pour en garantir la pérennité

.....
.....
.....
.....
.....

QCA3.3 Perceptions des parties prenantes (y compris les bénéficiaires) sur le degré d'appropriation des acquis du projet NC-RDC

.....
.....
.....
.....
.....

SUGGESTIONS

Que suggérez-vous pour améliorer la poursuite des interventions du NC-RDC ?

.....
.....
.....
.....
.....

6.4 Profils, personnes interviewées et localisation

Tableau 5: Liste des informateurs clés, entretiens individuels

N°	Nom	Titre	Zone, Institution
1	Olivier TERZOLO	Directeur Pays	HI
2	Axel BIZANGA	Finance Officer/Responsable des Partenariats	HI
3	Hubert ILUNGA	Senior MEAL Officer HI	HI
4	Just KLOTOE	Former Aera Manager	HI
5	Marie MELKI	Aera Manager	HI
6	Christophe VAN GEEL	Spécialiste READ Régional	HI Bureau Régional
7	Simplice KANDA NGALAMULUME	Chargé technique Inclusion	HI, PNC-RDC
8	Zelote Gurhira Zalumire	Senior Officer Santé Maternelle et Infantile	HI, PNC-RDC
9	Deogratias NTWALI KALERH'AGANZE BIRINGANINE	Officer Réadaptation	HI, PNC-RDC
11	Louis BUAREMANE	Responsable volet Education	HI, PNC-RDC
11	Serge LEHANI MBUYU	Cellule surveillance épidémiologique	DPS, Partenaire
12	Danny BADILA	Programme National de Nutrition	PRONANUT,Partenaire
13	Hilaire KALUTU	Président National de l'Association Nationale des Personnes Handicapées ANAPEHMCO	OPH, Partenaire
14	Francky MYANTULA	Conseiller Technique ACOLDEHMA	OPH, Partenaire
15	Dieudonné UMANBASA NBOLLI	Chef de Bureau chargé de la planification, des études, Division Urbaine des Affaires Sociales	DUAS, Partenaire
16	Jackie BASOLO	Directeur Chef de service	MINEDU-NC, Partenaire
17	Jean BAYAMBUDILA KIBENGA	Directeur d'école	Bumbu
18	Aza Vero	Service de Réadaptation	Ngiri-ngiri
19	Edouard KALAMBO	Travailleur social CCIS	Bumbu
20	Lebike Mayenga	Travailleur social	Ngiri-Ngiri
21	Matsatsu Kumbu	Groupement des femmes	Ngiri-Ngiri
22	Yawi Mabiya Jean Pierre	Directeur école	Badiadingi
23	Bulembi Verdi	Travailleur social	Travailleur social, Bumbu
24	Nkumba Pascaline	Responsable regroupement des femmes	Bumbu
25	Dimpolo Annette	Prestataire CPS	Ngiri-Ngiri
26	Binda Massamba	Travailleur social	Selembao
27		Service de Kinésithérapie	Bumbu
28	Kavwa Nkandu	Directeur d'école	Bumbu
29	Sinda Pemba	Directrice de Nursing centre hospitalier Matadi mayo	Matadi mayo
30	Mabeyi Ruth	Membre groupement des femmes	Mont-Ngafula
31	Ndjobwe Asanga	Travailleur social	Mont Ngafula
32	Ibinga Kiere Gaston	Chef de service kinésithérapie	Mont-Ngafula
33	Ibathsa Paulin	Chef de services adjoint kinésithérapie	Selembao
34	Ngoma Delly	Travailleur social	Selembao
35	Mwayyuma Nelly	Prestataire, service réadaptation	Selembao
36	Ntantu Basawula	Travailleur social	Mont Ngafula
37	Buhendwa Augustin	Cliniques Universitaire de Kinshasa	Kinshasa
38			
39			

6.5 Tableaux d'analyse

Tableau 6: Liste des activités et prise en compte des composantes du cadre de soins attentifs, analyse proposée par l'équipe d'évaluation

Résultats	Activités	Bonne santé	Nutrition adéquate	Soins repondant aux besoins	Sécurité et sureté	Opportunité pour l'apprentissage précoce
Résultat 1 : Les enfants ont accès à des opportunités adéquates de stimulation & réadaptation, d'apprentissage et de développement	• A.1.1. Renforcement de l'identification des enfants de 0 à 5 ans, de leur orientation vers les consultations préscolaires redynamisées (CPS), puis du référencement des enfants à risque de retard de développement ou présentant une déficience vers les services ciblés et spécialisés (nutrition, réadaptation,...).	1	1	1	0	1
	• A.1.2. Renforcement de l'identification des enfants de 6 à 12 ans à risque, avec des retards de développement psychomoteur et autres déficiences et de leur référencement vers les services ciblés et spécialisés (nutrition, réadaptation, protection, ...).	1	1	1	0	1
	• A1.3. Facilitation du référencement et de l'accès des enfants (0 à 12 ans) vers des centres communautaires inclusifs de stimulation	0	0	1	1	1
	• A.1.4. Promotion de l'accès et du maintien des enfants handicapés à partir de 6 ans à l'éducation	0	0	1	1	1
	• A.1.5. Facilitation de l'accès des enfants aux services de réadaptation via un système de tiers payant.	1	0	1	0	0
	• A.1.6. Réalisation d'études de référence (baseline, endline) d'appréciation de la situation initiale et d'évaluation d'impact et performances du projet.	1	1	1	1	1
	• A.1.7. Mise en place d'un mécanisme d'alerte et de remontée d'information.	1	1	1	1	1
	• A.1.8. Formation sur l'outil d'évaluation de la qualité de vie (ScoPeO Kids)	1	0	1	0	0
Résultat 2 : Les aidants ont amélioré leur capacité à fournir des soins attentifs et à soutenir l'apprentissage et à promouvoir le développement des enfants de 0 à 12 ans	• A.2.1. Sensibilisations des aidants sur les soins essentiels au cours des Consultations Préscolaires (CPS) redynamisées particulièrement sur l'allaitement maternel exclusif ; sur la qualité de la relation mère-enfant / père-enfant et sur le suivi du développement psychomoteur des enfants.	1	1	1	0	0
	• A.2.2. Formation des aidants (via les groupes de soutien) sur le développement psychomoteur de l'enfant, particulièrement sur les gestes simples en réadaptation fonctionnelle à travers des outils spécifiques y compris la Blue Box.	1	0	1	0	1
	• A.2.3. Accompagnement Social Personnalisé des familles pour la prise en charge des enfants présentant un retard psychomoteur ou autres déficiences, par des assistants sociaux, des RECO ou des membres d'OPH via des visites à domicile et des permanences sociales.	1	0	1	1	0
	• A.2.4. Appui dans l'organisation et l'animation des groupes de soutien aux aidants des enfants présentant un retard de développement psychomoteur ou autres déficiences pour faciliter l'échange, la diffusion de bonnes pratiques et d'informations (santé, éducation ..).	1	1	1	1	1
	• A.2.5. Appui au développement d'AGR pour les aidants des enfants présentant un retard de développement.	0	0	1	1	0

	• A.2.6. Sensibilisation des aidants sur l'importance de l'espacement des naissances et de la maternité choisie pour le bien-être de la mère et de l'enfant et appui à l'accompagnement prénatal des futurs parents des zones cibles par un suivi régulier des grossesses.	1	1	1	1	0
	• A.2.7. Appui à l'accès aux mutuelles de santé pour les aidants des enfants ciblés.	1	0	1	0	0
Résultat 3 : Les communautés locales offrent des environnements sûrs et favorables au développement et à la participation des enfants de 0 à 12 ans.	• A.3.1. Atelier de présentation de l'approche « Soins Attentifs » à l'ensemble des parties prenantes du projet .	1	1	1	1	1
	• A.3.2. Formation des agents communautaires sur l'identification des grossesses à risque et des différents facteurs des troubles de développement liés à la grossesse.	1	1	1	1	0
	• A.3.3. Formation et coaching des acteurs communautaires sur la « HI Blue Box » et les autres outils de détection précoce et d'intervention précoce / stimulation.	1	0	1	0	1
	• A.3.4. Formation et coaching des personnes de la communauté à l'Accompagnement Social Personnalisé (ASP).	1	0	1	1	0
	• A.3.5. Création ou renforcement de clubs de femmes pour l'intégration de l'approche « Soins Attentifs » dans leur mission afin de s'assurer des conditions favorables au développement intégral des enfants (au niveau santé, protection, éducation).	1	1	1	1	1
	• A.3.6. Sensibilisation communautaire grand public sur les droits de l'enfant à l'éducation, à la santé/réadaptation et à la protection, ainsi que la promotion des bonnes pratiques en santé et la reconnaissance des signes de danger via des campagnes de sensibilisation, des affichages, des distributions de brochures, spots dans les médias, …	1	1	1	1	1
	• A.3.7. Actualisation de la cartographie des services de protection de l'enfance et du parcours de référence pour les enfants maltraités vers des structures spécialisées locales.	0	0	1	1	0
	• A.3.8. Appui à la construction ou/et mise en place des Centres Communautaires Inclusifs de Stimulation (CCIS), lieux sûrs de stimulation, de jeux et d'expression pour les enfants de 0 à 12 ans.	0	0	1	1	1
	• A.3.9. Définition et mise en œuvre d'un programme de recherche-action et de capitalisation dynamique de développement intégré de l'enfance	1	1	1	1	1
Résultat 4 : Des services de santé, y compris de réadaptation, d'éducation inclusive de qualité répondent aux besoins des enfants de 0 à 12 ans, en particulier ceux qui présentent une déficience et/ou risquent de présenter un retard de développement.	• A.4.1. Etat des lieux et renforcement de la qualité des services de santé : de réadaptation à travers un accompagnement dans la mise en œuvre des outils RMS et R-CAF Tool, et de maternité et de pédiatrie par un accompagnement via l'outil (AQS) d'amélioration de la qualité de soins maternels, pédiatriques et néonatals intégrés.	1	1	1	1	0
	• A.4.2. Formation et accompagnement des prestataires de santé dans les Formations Sanitaires (FoSa) appuyées par le projet sur les modules portant sur 1) la CPS redynamisée; 2) la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME); 3) le suivi de grossesse et les accouchements sécurisés.	1	1	1	0	0
	• A.4.3. Formation et accompagnement des kinésithérapeutes des services de réadaptation et infirmiers des CPS appuyés par le projet sur les modules portants sur 1) la prise en charge holistique des enfants avec un retard de développement à travers les outils « Getting to know PC » et « HI Blue Box »; 2) sur certaines des pathologies les plus prévalentes dans la zone d'intervention.	1	0	1	0	1
	• A.4.4. Formation des professionnels de l'appareillage orthopédique sur la conception et fabrication des aides techniques de positionnement et des dispositifs d'installation.	1	0	1	1	0

	• A.4.5. Formation et accompagnement des acteurs de l'éducation sur les modules portant sur 1) la pédagogie différenciée pour l'inclusion dans les écoles primaires; 2) la conception universelle de l'apprentissage.	0	0	1	1	1
	• A.4.6. Soutien aux cadres du ministère de l'EPST en matière de planification, de pilotage, de coordination et de suivi des interventions en éducation inclusive (sur la dimension des données notamment).	0	0	1	0	1
	• A.4.7. Appui technique pour l'organisation d'ateliers pour l'actualisation et la vulgarisation/diffusion du protocole pour le suivi de la croissance et le développement sain des enfants.	1	1	1	0	0
	• A.4.8. Fourniture d'équipements et matériel adaptés aux Consultations Préscolaires (CPS) des Hôpitaux Généraux de Référence et Centres de Santé.	1	1	1	1	1
	• A.4.9. Fourniture d'équipements et matériel adaptés aux services de réadaptation des hôpitaux appuyés par le projet, pour la fabrication des aides techniques d'installation et de positionnement pour les enfants avec un retard de développement psychomoteur.	1	0	1	1	1
	• A.4.10. Appui à la mise en accessibilité des structures sanitaires et des écoles via des aménagements raisonnables (au niveau infrastructure et équipement) en lien avec la prise en charge et le développement de l'enfant handicapé.	1	0	1	1	1
	• A.4.11. Facilitation de l'intégration des acteurs impliqués dans la mise en œuvre du projet dans la Coordination Nationale Enfants Vulnérables, organe technique chargé d'assurer une meilleure protection de l'enfant et renforcement de la coordination.	0	0	1	1	0
	• A.4.12. Formation sur l'outil d'évaluation du développement de l'enfant (MDAT).	1	0	1	0	1
	• A.4.13. Formation et supervision pour le personnel utilisant le MDAT avec les enfants de 0-5 ans.	1	0	1	0	1
	• A.4.14. Capitalisation et partage des réussites et leçons apprises du projet avec les acteurs locaux, nationaux et internationaux	1	1	1	1	1
Résultat 5 : Les politiques nationales protègent et soutiennent le développement de la petite enfance (0-5 ans) et la qualité de vie de tous les enfants de 0 à 12 ans, en particulier les enfants handicapés.	• A.5.0. Mise en place et fonctionnement de 4 comités de pilotage local et d'un comité de pilotage national.	1	1	1	1	1
	• A.5.1. Plaidoyer pour des politiques inclusives au niveau de la santé (Réadaptation/SMI) et de l'éducation.	1	0	1	1	1
	• A.5.2. Sur base des résultats de l'étude IFAR, plaidoyer auprès des ministères pour la facilitation de prise en charge des soins de réadaptation.	1	0	1	1	0
	• A.5.3. Renforcement du cadre de concertation multisectoriel pour garantir le développement intégral de l'enfant.	1	1	1	1	1
	• A.5.4. Appui technique au comité de pilotage pour l'élaboration du plan d'action quinquennal et des plans annuels pour la mise en œuvre de la Stratégie Nationale des Aides à la Mobilité et élaboration d'une stratégie nationale d'aides techniques de positionnement et des dispositifs d'installation.	1	0	1	1	0
		81%	44%	100%	67%	60%

Tableau 7: Bilan d'exécution des activités par résultat attendu (à échéance 2023 et 2024), reconstitution par l'équipe d'évaluation

Résultats	Activités	2023	2024	Observations
Résultat 1 : Les enfants ont accès à des opportunités adéquates de stimulation & réadaptation, d'apprentissage et de développement	• A.1.1. Renforcement de l'identification des enfants de 0 à 5 ans, de leur orientation vers les consultations préscolaires redynamisées (CPS), puis du référencement des enfants à risque de retard de développement ou présentant une déficience vers les services ciblés et spécialisés (nutrition, réadaptation,...).	1	1	
	• A.1.2. Renforcement de l'identification des enfants de 6 à 12 ans à risque, avec des retards de développement psychomoteur et autres déficiences et de leur référencement vers les services ciblés et spécialisés (nutrition, réadaptation, protection, ...).	1	1	
	• A1.3. Facilitation du référencement et de l'accès des enfants (0 à 12 ans) vers des centres communautaires inclusifs de stimulation	1	1	
	• A.1.4. Promotion de l'accès et du maintien des enfants handicapés à partir de 6 ans à l'éducation	1	1	
	• A.1.5. Facilitation de l'accès des enfants aux services de réadaptation via un système de tiers payant.	1	1	
	• A.1.6. Réalisation d'études de référence (baseline, endline) d'appréciation de la situation initiale et d'évaluation d'impact et performances du projet.	0	0	
	• A.1.7. Mise en place d'un mécanisme d'alerte et de remontée d'information.	0	1	Il y a les points focaux de redevabilité dans toutes les écoles formés, l'adresse mail, les contacts adhoc avec le Staff et les groupes WhatsApp par volet. La ligne verte a fonctionné durant l'année 2024
	• A.1.8. Formation sur l'outil d'évaluation de la qualité de vie (ScoPeO Kids)	0	0	
Résultat 2 : Les aidants ont amélioré leur capacité à fournir des soins attentifs et à soutenir l'apprentissage et à promouvoir le développement des enfants de 0 à 12 ans	• A.2.1. Sensibilisations des aidants sur les soins essentiels au cours des Consultations Préscolaires (CPS) redynamisées particulièrement sur l'allaitement maternel exclusif ; sur la qualité de la relation mère-enfant / père-enfant et sur le suivi du développement psychomoteur des enfants.	1	1	
	• A.2.2. Formation des aidants (via les groupes de soutien) sur le développement psychomoteur de l'enfant, particulièrement sur les gestes simples en réadaptation fonctionnelle à travers des outils spécifiques y compris la Blue Box.	0	0	Non exécuté
	• A.2.3. Accompagnement Social Personnalisé des familles pour la prise en charge des enfants présentant un retard psychomoteur ou autres déficiences, par des assistants sociaux, des RECO ou des membres d'OPH via des visites à domicile et des permanences sociales.	1	1	En cours
	• A.2.4. Appui dans l'organisation et l'animation des groupes de soutien aux aidants des enfants présentant un retard de développement psychomoteur ou autres déficiences pour faciliter l'échange, la diffusion de bonnes pratiques et d'informations (santé, éducation ..).	1	1	En cours

	• A.2.5. Appui au développement d'AGR pour les aidants des enfants présentant un retard de développement.	0	0	Non exécuté
	• A.2.6. Sensibilisation des aidants sur l'importance de l'espacement des naissances et de la maternité choisie pour le bien-être de la mère et de l'enfant et appui à l'accompagnement prénatal des futurs parents des zones cibles par un suivi régulier des grossesses.	0	0	Executé en mai 2025
	• A.2.7. Appui à l'accès aux mutuelles de santé pour les aidants des enfants ciblés.	0	0	Annulé
Résultat 3 : Les communautés locales offrent des environnements sûrs et favorables au développement et à la participation des enfants de 0 à 12 ans.	• A.3.1. Atelier de présentation de l'approche « Soins Attentifs » à l'ensemble des parties prenantes du projet .	1	1	
	• A.3.2. Formation des agents communautaires sur l'identification des grossesses à risque et des différents facteurs des troubles de développement liés à la grossesse.	1	1	
	• A.3.3. Formation et coaching des acteurs communautaires sur la « HI Blue Box » et les autres outils de détection précoce et d'intervention précoce / stimulation.	1	1	Executé en 2023 et en septembre 2024
	• A.3.4. Formation et coaching des personnes de la communauté à l'Accompagnement Social Personnalisé (ASP).	0	1	Executé en juillet 2024 et remise à niveau en 2026
	• A.3.5. Création ou renforcement de clubs de femmes pour l'intégration de l'approche « Soins Attentifs » dans leur mission afin de s'assurer des conditions favorables au développement intégral des enfants (au niveau santé, protection, éducation).	0	0	Executé en Aout 2025
	• A.3.6. Sensibilisation communautaire grand public sur les droits de l'enfant à l'éducation, à la santé/réadaptation et à la protection, ainsi que la promotion des bonnes pratiques en santé et la reconnaissance des signes de danger via des campagnes de sensibilisation, des affichages, des distributions de brochures, spots dans les médias, …	1	1	
	• A.3.7. Actualisation de la cartographie des services de protection de l'enfance et du parcours de référence pour les enfants maltraités vers des structures spécialisées locales.	1	1	
	• A.3.8. Appui à la construction ou/et mise en place des Centres Communautaires Inclusifs de Stimulation (CCIS), lieux sûrs de stimulation, de jeux et d'expression pour les enfants de 0 à 12 ans.	1	1	Executé (3 sur 6)
	• A.3.9. Définition et mise en œuvre d'un programme de recherche-action et de capitalisation dynamique de développement intégré de l'enfance	0	0	
Résultat 4 : Des services de santé, y compris de réadaptation, d'éducation inclusive de qualité répondent aux besoins des enfants de 0 à 12 ans, en particulier ceux qui présentent une déficience	• A.4.1. Etat des lieux et renforcement de la qualité des services de santé : de réadaptation à travers un accompagnement dans la mise en œuvre des outils RMS et R-CAF Tool, et de maternité et de pédiatrie par un accompagnement via l'outil (AQS) d'amélioration de la qualité de soins maternels, pédiatriques et néonatals intégrés.	0	0	Non executé
	• A.4.2. Formation et accompagnement des prestataires de santé dans les Formations Sanitaires (FoSa) appuyées par le projet sur les modules portant sur 1) la CPS redynamisée; 2) la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME); 3) le suivi de grossesse et les accouchements sécurisés.	1	1	

et/ou risquent de présenter un retard de développement.	• A.4.3. Formation et accompagnement des kinésithérapeutes des services de réadaptation et infirmiers des CPS appuyés par le projet sur les modules portants sur 1) la prise en charge holistique des enfants avec un retard de développement à travers les outils « Getting to know PC » et « HI Blue Box »; 2) sur certaines des pathologies les plus prévalentes dans la zone d'intervention.	0	0	Non executé
	• A.4.4. Formation des professionnels de l'appareillage orthopédique sur la conception et fabrication des aides techniques de positionnement et des dispositifs d'installation.	0	0	Non executé
	• A.4.5. Formation et accompagnement des acteurs de l'éducation sur les modules portant sur 1) la pédagogie différenciée pour l'inclusion dans les écoles primaires; 2) la conception universelle de l'apprentissage.	1	1	
	• A.4.6. Soutien aux cadres du ministère de l'EPST en matière de planification, de pilotage, de coordination et de suivi des interventions en éducation inclusive (sur la dimension des données notamment).	0	0	Non executé
	• A.4.7. Appui technique pour l'organisation d'ateliers pour l'actualisation et la vulgarisation/diffusion du protocole pour le suivi de la croissance et le développement sain des enfants.	1	1	
	• A.4.8. Fourniture d'équipements et matériel adaptés aux Consultations Préscolaires (CPS) des Hôpitaux Généraux de Référence et Centres de Santé.	1	1	
	• A.4.9. Fourniture d'équipements et matériel adaptés aux services de réadaptation des hôpitaux appuyés par le projet, pour la fabrication des aides techniques d'installation et de positionnement pour les enfants avec un retard de développement psychomoteur.	0	0	Non exécuté
	• A.4.10. Appui à la mise en accessibilité des structures sanitaires et des écoles via des aménagements raisonnables (au niveau infrastructure et équipement) en lien avec la prise en charge et le développement de l'enfant handicapé.	0	0	Exécuté en novembre 2024 et en continu
	• A.4.11. Facilitation de l'intégration des acteurs impliqués dans la mise en œuvre du projet dans la Coordination Nationale Enfants Vulnérables, organe technique chargé d'assurer une meilleure protection de l'enfant et renforcement de la coordination.	0	0	
	• A.4.12. Formation sur l'outil d'évaluation du développement de l'enfant (MDAT).	0	0	Exécuté en aout 2025
	• A.4.13. Formation et supervision pour le personnel utilisant le MDAT avec les enfants de 0-5 ans.	0	1	Exécuté en novembre 2024 puis en continu
	• A.4.14. Capitalisation et partage des réussites et leçons apprises du projet avec les acteurs locaux, nationaux et internationaux	0	0	
Résultat 5 : Les politiques nationales protègent et soutiennent le développement de la petite enfance (0-5 ans) et la qualité de vie de tous	• A.5.0. Mise en place et fonctionnement de 4 comités de pilotage local et d'un comité de pilotage national.	0	0	
	• A.5.1. Plaidoyer pour des politiques inclusives au niveau de la santé (Réadaptation/SMI) et de l'éducation.	1	1	En cours
	• A.5.2. Sur base des résultats de l'étude IFAR, plaidoyer auprès des ministères pour la facilitation de prise en charge des soins de réadaptation.	0	0	Non executé

les enfants de 0 à 12 ans, en particulier les enfants handicapés.	• A.5.3. Renforcement du cadre de concertation multisectoriel pour garantir le développement intégral de l'enfant.	1	1	Executé et en continu
	• A.5.4. Appui technique au comité de pilotage pour l'élaboration du plan d'action quinquennal et des plans annuels pour la mise en œuvre de la Stratégie Nationale des Aides à la Mobilité et élaboration d'une stratégie nationale d'aides techniques de positionnement et des dispositifs d'installation.	0	0	

Tableau 8: Point d'exécution des activités ACODELMA

LISTE DES ACTIVITES REALISEES ET NON REALISEES - PROJET NURTURING CARE

Activités	2022	2023	2024	2025	2026	Total	Observation	Budget réalisé	Budget restant
Résultat 1: Les enfants ont accès à des opportunités adéquates de stimulation, de réadaptation, d'apprentissage...									
Appui aux activités de genre et inclusion des enfants handicapés	100	528	1315	1000	500	3443	Aucune activité n'a été réalisée	0	3443
Appui aux sensibilisations communautaires: production des outils	2500	0	2500	0	2500	7500	Activité réalisée en 2022	2500	5000
Appui aux sensibilisations communautaires: diffusion des outils	2500	2500	2500	2500	2500	12500	Activité réalisée en 2023 et 2024	7500	5000
Résultat 2: Les aidants ont amélioré leurs capacités à fournir des soins attentifs et à soutenir l'apprentissage et à promouvoir le développement de 0 à 12 ans									
Animation des réunions par des membres d'organisations des personnes handicapées (OPH)	0	1600	1760	1320	720	5400	Activité réalisée en 2024	3380	2020
Appui au fonctionnement	800	1200	1200	1200	800	5200	Obtenu en 2022, 2023 et 2024	3200	2000
Résultat 5: Les politiques nationales protègent etsoutiennent le développement de la petite enfance (0-5 ans)									
Atelier de plaidoyer pour la prise en compte du handicap dans le plan national de développement sanitaire	1300	1300	1450	0	0	4050	Activité non réalisée	0	4050
Appui aux réunions de suivi des actions de plaidoyer en réadaptation	0	0	1450	1550	0	3000	Activité non réalisée	0	3000
Appui aux actions de plaidoyer en réadaptation	0	250	500	250	250	1250	Activité non réalisée	0	1250
Atelier de formation des parties prenantes de la question du développement intégral de l'enfant sur les techniques de plaidoyer	0	3250	0	0	0	3250	Activité non réalisée	0	3250
Atelier de plaidoyer pour la prise en compte du handicap dans le système national d'information sanitaire	0	1300	1450	0	0	2750	Activité non réalisée	0	2750
Réunions de lobbying avec les responsables du Ministère de la santé pour un PNDS et un SNIS inclusifs	0	125	150	150	0	425	Activité non réalisée	0	425
Appui à la célébration des journées internationales	1852	3352	3602	3602	1725	14133	Activité réalisée en 2023 (Journées de l'enfant africain et des PH)	5204	8929
Total Général						62901		21784	41117

Tableau 9: Point d'exécution des activités, MINEDU-NC (ex EPST)

ANNEXE 2	2022	2023	2024
RESULTAT 4			
Activités			
Formation des enseignants sur l'identification des enfants à risque			
Formation enseignants	**Fait**	**Fait**	**Pas prévu**
Support de formation	**Fait**	**Fait**	**Pas prévu**
Formation des directeurs à la mise en place dun environnement scolaire inclusif			
Formation directeurs	**Fait**	**Fait**	**Fait**
Support de formation	**Fait**	**Fait**	**Fait**
Formation des enseignants sur les pratiques inclusives			
Formation enseignants	**Fait**	**Fait**	**Fait**
Support de formation	**Fait**	**Fait**	**Fait**
Formation des inspecteurs et cadres du ministère			
Atelier pour inspecteurs et cadres du ministère	**Fait**	**Pas prévu**	**Fait**
Suivi des enseignants et chefs d'établissements			
Facilitation du suivi par les inspecteurs	**Pas prévu**	**Fait**	**Fait**
SOUS TOTAL RESULTAT 4			
RESULTAT 5			
Activités			
Atelier de travail avec des cadres des Ministères, élaboration et mise en place Plan d'action pluriannuel			
Session de travail	**Pas Fait**	**Pas Fait**	**Pas Fait**
Impression supports	**Pas Fait**	**Pas Fait**	**Pas Fait**

Tableau 10: Point d'exécution des activités, PNRBC

BUDGET annexe 2

Activités	2022	2023	2024
Activités			
R4			
Supervision des services de Kiné et Ortho		Oui	Oui

Atelier d'élaboration des protocoles de prise en charge et des documents standards		Oui	Oui
Impression des protocoles de prise en charge et des documents standards		Oui	Oui
R5			
Atelier d'élaboration (année 2) /révision (année 4) de la stratégie des aides à la mobilité et des aides d'installation et de positionnement		Oui	Oui
Appui financier au PNRBC pour la mise en oeuvre du plan d'action de la stratégie Nationale des aides â la mobilité et des aides d'installation et de positionnement			prévu en 2025
TOTAL			

Tableau 11: point d'exécution des activités, PNSR

ANNEXE 2 BUDGET PNSR	**2022**	**2023**	**2024**
ACTIVITES PNSR			
RESULTAT 2			
Appui aux visites de supervisions	**Non Fait**	**Non Fait**	**Non Fait**
Appui aux reunions d'évaluations	**Non Fait**	**Non Fait**	**Non Fait**
RESULTAT 4:			
Renforcement de la qualité des services maternité s et de pediatrie, Etat des lieux :Visite d'évaluation et plans d'amélioration	**Fait**	**Non prevu**	**Non prevu**
Rédaction des plans d'amélioration	**Fait**	**Non prevu**	**Non prevu**
Mise en place du Comité de suivi des améliorations	**Non prevu**	**Non fait**	**Non prevu**
Maternité /Pédiatrie:Evaluation des améliorations	**Non prevu**	**Non prevu**	**Non fait**
TOTAL GENERAL			

Tableau 12: Point d'exécution des activités, PRONANUT

BUDGET PRONANUT			
ANNEXE 2	2022	2023	2024
Activités			
R4			
Appui trimestriel au supervision	Fiat	Fait	Fait
Atelier d'actualisation et de validation des protocoles de suivi de ta croissance et du développement sain de l'enfant	Non prevu	Fait	Non prevu
Impression des protocoles	Non prevu	Fait	Non prevu
R5			

Atelier de mise en place du cadre de concertation multusectoriel pour garantir le développement intégral de l'enfant	Non fait	Non fait	Non Fait
Atelier d'élaboration et validation du plan de travail du cadre de concertatation muttisectoriet	Non fait	Non fait	Non Fait
Appui aux réunions du cadre de concertation multisectoriel	Non prevu	Non Fait	Non Fait
Appui financier à la mise en œuvre du plan de travail du cadre de concertation	Non prevu	Non Fait	Non Fait
Atelier d'évaluation de la mise en œuvre du plan de travail du cadre de concertation	Non prevu	Non prevu	Non Fait
Appui au fonctionnement	Non fait	Non fait	Non Fait
Total			

Tableau 13: Point d'exécution des activités, DPS et MCZS

ANNEXE 2 Budget BCZS et DPS	2022	2023	2024	
ACTIVITES				
RESULTAT 1				
Réunion debriefing sur l'identification et l'orientation des enfants à risque de 0 à 5 ans	Fait	Fait	Fait	
Réunions d'analyse et de suivi des enfants à risque de 0 â 5 ans référés	Fait	Fait	Fait	
Réunions de suivi d'analyse et de suivi des enfants à risque de 6 à 12 ans référés	Fait	Fait	Fait	
Frais de facilitation/surveillance pour la Division Provinciale de la Santé (DPS) de Kinshasa/Consultation dans les écoles	Non fait	Non fait	Non fait	
RESULTAT 2				
Briefing sur la CPS	Fait	Non prévu	Non prévu	
Briefing / remise à niveau sur la CPS	Non prévu	Non prévu	Non fait	
Réunion d'évaluation trimestrielle dans les CS avec nutritioniste	Fait	Fait	Fait	
Production et impression d'outils sur l'espacement des naissances	Non prévu	Non fait	Non fait	
RESULTAT 3				
Réunion pour identification des clubs de femmes				Cfr MCI
Facilitation par les anciens clubs				Cfr MCI
Matériel/papéterie/communication				Cfr MCI
Formation pour 50 leaders femmes				Cfr MCI
Réunions desdéléguésdes clubs				Cfr MCI

Réunion de briefing des RECO sur le droit de l'enfant à la santé, â l'éducation ,à la protection et aux bonnes pratiques en santé et sur les signes de danger				Cfr MCI
Sensibilisation dans les communautés sur le droit de l'enfant à la santé, à l'éducation ,à la protection et aux bonnes pratiques en santé et sur les signes de danger		Fait	Fait	
Réunion de suivi et d'évaluation des sensibilisations avec les RECO	Fait	Fait	Fait	
Matériel / papeterie: Frais de fonctionnement et gestion des CCIS				
Formation des agents communautaires sur les grossesses à risque	Fait	**Non prévu**	**Non prévu**	
Formation de remise à niveau des agents communautaires sur les grossesses à risque	**Non prévu**	**Non prévu**	Non fait	
Atelier d'élaboration et validation des outils sur le droit ä la santé, à l'éducation ,à la protection et aux bonnes pratiques en santé et sur les signes de danqer	Fait	**Non prévu**	**Non prévu**	
Productlon et impression outils de sensibilisation sur le droit de l'enfant à la santé, à l'éducation ,ä la protection et aux bonnes pratiques en santé et sur les signes de danger	Fait	**Non prévu**	**Non prévu**	
RESULTAT 4				
Réunion d'échange entre les Kinés et les infirmiers CPS sur la prise en charge des enfants à travers le Getting to know et HI Blue Blox				Cfr Read
Appui à la supervision des activités du projet par la DPS				
Formation CPS redynamiséé, PCIME, CPN et accouchement	Fait	Fait	Fait	
Matériel pédagogique/didactique	Fait	Fait	**Non prévu**	
Visite de suivi CPS	**Non prévu**	Fait	Fait	
Viste de suivi PCIME		Fait	Fait	
Visite de suivie Signes de danger				
Matériel de suivi	Fait	Fait	Fait	
Formation de remise à niveau sur le MDAT	**Non prévu**	**Non prévu**	Fait	

6.6 Cartographie des zones d'interventions

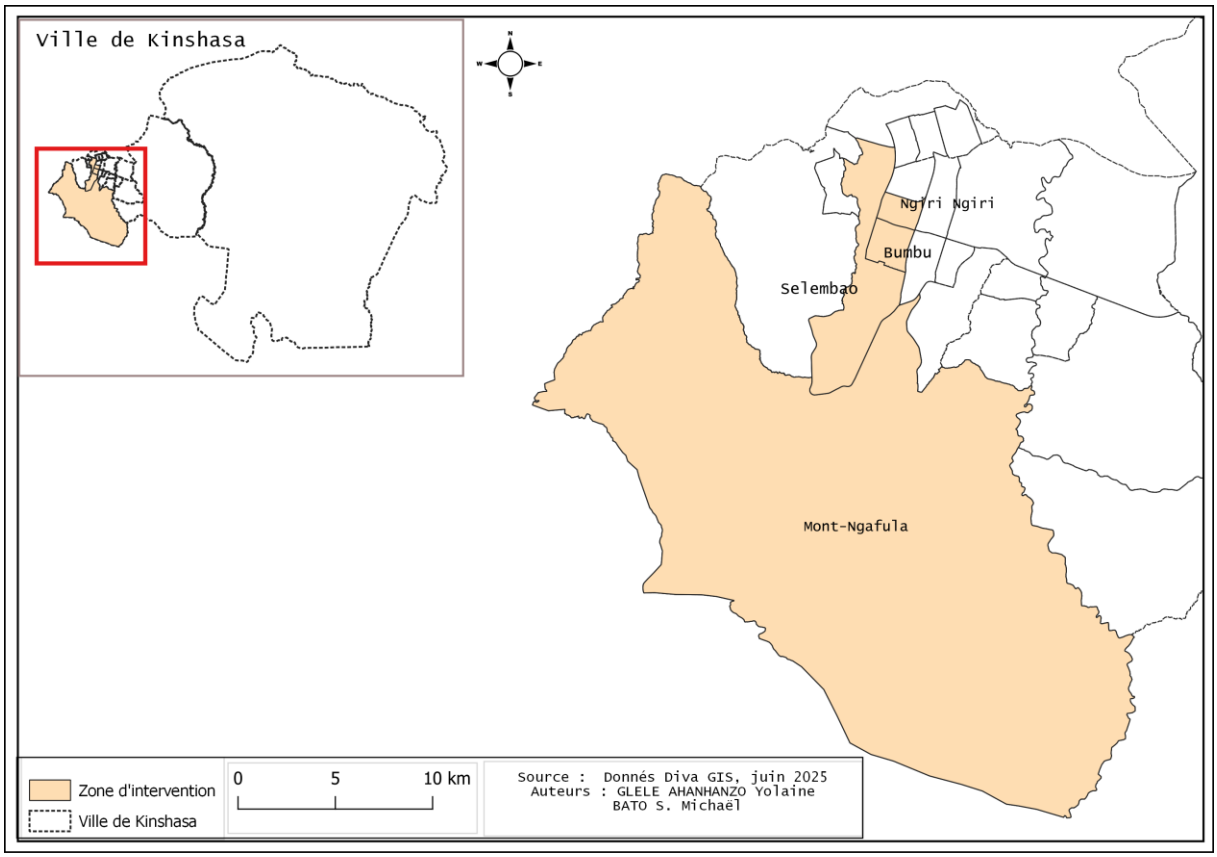

Figure 6: Cartographie des zones d'intervention du PNC-RDC, Janvier 2025

6.7 Bibliographie

1. HI en République Démocratique du Congo. Accessible à : https://www.hi.org/fr/pays/republique-democratique-du-congo
2. Humanité Inclusion ; Fiche pays -RDC. Accessible à : https://www.hi.org/sn_uploads/federation/country/pdf/2023-12-Fiche-Pays-Externe-Long-RDC-FR.pdf
3. Organisation Mondiale de la Santé. Les soins attentifs pour le développement de la petite enfance.- un cadre pour aider les enfants à survivre et à s'épanouir afin de transformer la santé et le potentiel humain. Accessible à : https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/272606/WHO-FWC-MCA-18.02-fre.pdf
4. Armand NGOMA PHUATI. Rapport final d'Evaluation Externe independante du Programme RDC- DGD 2017-2021 dans la ville province de Kinshasa. 87p. 2022 Accessible à : https://www.handicapinternational.be/sn_uploads/fck/RDC_O2016063_DGD_AC_2017-2021_evaluation_finale_externe.pdf
5. HI-RDC. Document narratif de projet « Ensemble, pour le développement harmonieux de nos Enfants »-Nurturing care- Outcome 7-RDC-DPE. 2021, 30p
6. Groupe de la Banque mondiale. Données sur la population de la RDC. Disponible sur : https://donnees.banquemondiale.org/indicator/SP.POP.TOTL?end=2023&locations=CD&start=2005&view=chart
7. Groupe de la Banque mondiale. Vue d'ensemble sur la RDC. Disponible sur : https://www.banquemondiale.org/fr/country/drc/overview#1
8. Kinshasa. World Population review. Accessible à: https://worldpopulationreview.com/cities/dr-congo/kinshasa
9. Fonds des Nations Unies pour la Population. Population mondiale- République Démocratique du Congo. Accessible à : https://www.unfpa.org/fr/data/world-population/CD
10. UNICEF RDC. Le profil des enfants de Kinshasa. Accessible à : https://www.unicef.org/drcongo/media/7261/file/COD-profil-enfants-kinshasa.pdf
11. Groupe de la Banque mondiale. Vue d'ensemble sur la RDC-Situation sociale. Disponible sur : https://www.banquemondiale.org/fr/country/drc/overview#1
12. UNICEF RDC. 60 ans d'actions pour les enfants de la RDC. Accessible à : https://www.unicef.org/drcongo/60-ans-action-enfants-rdc
13. République Démocratique du Congo. Enquête Démographique et de Santé EDS-RDC III-Rapport des indicateurs clés. Accessible à https://www.unicef.org/drcongo/media/12021/file/COD-EDS-RDC-III-KIR.pdf
14. Humanité Inclusion. Termes de référence de la mission d'évaluation à mi-parcours du projet « Ensemble harmonieux pour le développement harmonieux de nos enfants – janvier 2022 à décembre 2026. 13p
15. UNESCO. Congo, République Démocratique (RDC). Note de synthèse sur l'éducation. International Institute for Capacity building in Africa. Accessible à https://www.iicba.unesco.org/fr/congo-democratic-republic-drc
16. République Démocratique du Congo. Loi n° 09/001 du 10 janvier 2009 portant protection de l'enfant. Accessible à : https://faolex.fao.org/docs/pdf/Cng174258.pdf
17. République Démocratique du Congo. Code de la famille de la république Démocratique du Congo. Accessible à : https://www.leganet.cd/Legislation/Code%20de%20la%20famille/CDF.2017.pdf

18. UNICEF-RDC. Protection de l'enfance. Brochure ; Accessible à https://www.unicef.org/drcongo/media/7346/file/COD-protection-enfant.pdf
19. Shabwine BUHENDWA. La scolarisation des enfants à besoins éducatif particuliers en raison d'une déficience motrice à Kinshasa, en République démocratique du Congo. Thèse Sociologie-Travail Social. Haute Ecole des Sciences Arts et Métiers (HESAM), Paris 2023, 407p
20. Humanité Inclusion. Présentation du projet Nurturing Care à l'équipe d'évaluation, Décembre 2024.
21. Humanité Inclusion. Projet « Ensemble pour un développement harmonieux des enfants » en RDC-Annexe 3a-Fiche signalétique des partenariats. 2022, 8p
22. Humanité Inclusion. Référentiel Qualité des projets. 2p ; Accessible à : https://www.hi.org/sn_uploads/document/PosterReferentielQualiteHI-PQP-FR.pdf
23. Réseau du CAD de l'OCDE sur l'évaluation. Des meilleurs critères pour des meilleurs évaluations : Définitions adaptées et principes d'utilisation. 2019.
24. Organisation Mondiale de la Santé. Les soins attentifs pour le développement de la petite enfance.- un cadre pour aider les enfants à survivre et à s'épanouir afin de transformer la santé et le potentiel humain. **Page 16** Accessible à : https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/272606/WHO-FWC-MCA-18.02-fre.pdf
25. Organisation Mondiale de la Santé. Les soins attentifs pour le développement de la petite enfance.- un cadre pour aider les enfants à survivre et à s'épanouir afin de transformer la santé et le potentiel humain. **Page 17** Accessible à : https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/272606/WHO-FWC-MCA-18.02-fre.pdf
26. Organisation Mondiale de la Santé. Les soins attentifs pour le développement de la petite enfance.- un cadre pour aider les enfants à survivre et à s'épanouir afin de transformer la santé et le potentiel humain. **Page 19** Accessible à : https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/272606/WHO-FWC-MCA-18.02-fre.pdf
27. République Démocratique du Congo. Rapport d'examen National Volontaire des ODD. Accessible à : https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/26297VNR_2020_DRC_Report_French.pdf
28. United Nations. Convention on the Rights of the Child. Adopted and opened for signature, ratification and accession by General Assembly, resolution 44/25 of 20 November 1989, entry into force 2 September 1990, in accordance with article 49. Accessible à : https://www.ohchr.org/sites/default/files/crc.pdf
29. Haut-Commissariat des Nations unies aux droits de l'homme. Ratification de 18 traités internationaux relatifs aux droits de l'homme. Accessible à : https://indicators.ohchr.org/
30. United Nations. Convention relative aux droits des personnes handicapées. Adopted and opened for signature, ratification and accession by General Assembly, 2007. Accessible à : https://www.ohchr.org/sites/default/files/Ch_IV_15.pdf
31. Union africaine. Charte africaine des droits et du bien-être de l'enfant. Accessible à : https://au.int/fr/treaties/charte-africaine-des-droits-et-du-bien-%25C3%25AAtre-de-lenfant
32. Liste des pays accessible à : https://au.int/sites/default/files/treaties/36804-sl-AFRICAN_CHARTER_ON_THE_RIGHTS_AND_WELFARE_OF_THE_CHILD.pdf
33. Organisation internationale du Travail. C138 - Convention (n° 138) sur l'âge minimum, 1973. Accessible à :

https://normlex.ilo.org/dyn/nrmlx_fr/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_ILO_CODE:C138
34. Organisation internationale du Travail. C182 - Convention (n° 182) sur les pires formes de travail des enfants, 1999. Accessible à : https://normlex.ilo.org/dyn/nrmlx_fr/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_ILO_CODE:C182
35. Plan National Stratégique de Développement 2019-2023. Accessible à https://planipolis.iiep.unesco.org/sites/default/files/ressources/congo_dr_pnsd202019-2023.pdf
36. République Démocratique du Congo. le Plan National Strategique Multisectoriel de Nutrition de la RDC (PNSMN 2023 – 2030). Coordination Nationale Multisectorielle de la Nutrition. Kinshasa 2023. 203p
37. Ministère de la Santé Publique, Hygiène et Prévoyance sociale ; Plan National de Développement Sanitaire et Prévoyance sociale 2024-20230 (PNDS-PS 2024-2030). Présentation PowerPoint. 18p
38. Ministère de la Santé. Plan strategique integre de la Sante de la reproduction, de la Mere, du nouveau-ne, de l'enfant, de l'adolescent et nutrition (PSI SRMNEA-NUT) 2019-2022, Kinshasa 2018. 83p
39. Ministère de l'Education Nationale et de la Nouvelle Citoyenneté. Plan Quinquennal de l'Education Nationale 2024-2029. Accessible à : https://edu-nc.gouv.cd/wp-content/uploads/2025/01/Plan-Quinquennal-2024-2029-valide.pdf
40. Handicap International -RDC. Rapport de l'évaluation initiale de l'environnement scolaire dans les 30 écoles ciblées par le projet ; Kinshasa 2022. 21p
41. HI-RDC. Outil Excel DGD de performance du projet PNC-RDC-Année 2023.
42. Cadre Stratégique Commun-République Démocratique du Congo 2022-2026. 127 p. Accessible à https://www.uvcw.be/no_index/files/9334-csc-rdcongo-2022-26_final.pdf
43. Humanité Inclusion. Projet « Ensemble pour un développement harmonieux des enfants » en RDC-Annexe O.7.8- Tableau Ressources Humaines. 2022, 5p
44. Humanité&Inclusion. Convention de partenariat entre Fédération Handicap International (Humanité&Inclusion) et l'Association Congolaise pour la Libération et le Développement de la Maman Handicapée (ACOLDEMHA). Version complète incluant budget. Kinshasa 2022. 10p
45. Humanité&Inclusion. Convention de partenariat entre Fédération Handicap International (Humanité&Inclusion) et l'Association Nationale de Parents des Enfants Handicapés Mentaux du Congo (ANAPEHCO). Version complète incluant budget. Kinshasa 2022. 10p
46. Handicap International. Bilan des activités du PNC-RDC. Présentation à la réunion du COPIL, Juin 2023
47. Handicap International. Manuel de procédures du Système de Tiers Payant, Projet Nurturing Care Kinshasa 2022. 8p
48. Humanité & Inclusion. Convention de partenariat entre Fédération Handicap International (Humanité&Inclusion) et le Centre Hospitalier d'Etat de Ngiri-Ngiri. Version complète incluant grille de tarification des actes de kinésithérapie et d'appareillage. Kinshasa 2022. 14p
49. Humanite&Inclusion-RDC. Rapport narratif annuel 2023 du projet Accès pour Toutes et Tous à l'Education et à la Réadaptation (ACTER). Kinshasa 2025, 37p
50. Humanite&Inclusion-RDC. Rapport narratif annuel 2024 du projet Accès pour Toutes et Tous à l'Education et à la Réadaptation (ACTER). Kinshasa 2025, 33p