

EVALUATION EXTERNE

FEVRIER 2014

PROGRAMME D'INTERVENTION POUR LIMITER ET PREVENIR LA PROPAGATION DE L'EPIDEMIE DU CHOLERA EN REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO



Financée par
ECHO



Par Yvan Grayel

EVALUATION EXTERNE
DU
PROGRAMME D'INTERVENTION POUR LIMITER ET PREVENIR
LA PROPAGATION DE L'EPIDEMIE DU CHOLERA
EN
REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO

Rapport Final

Localisation : Province du Sud Kivu, république Démocratique du Congo (RDC)

Numéro de Contrat : Interne : ACF/CDA1L
Bailleur de Fonds : ECHO/COD/BUD/2013/91020

Rapport Rédigé par : Yvan GRAYEL, Consultant
L E D (Local Environnemental Durable)

Date de Rendu du Rapport : 09 avril 2014

L'évaluation externe du programme a été financée par ECHO, le Service d'Aide Humanitaire de la Commission Européenne. Le présent rapport a été produit à la demande d'ACF. Les analyses et commentaires contenus dans ce rapport reflète les opinions de l'évaluateur.



Table des Matières

| | |
|---|-----------|
| REMERCIEMENTS | 1 |
| ACRONYMES & ABBREVIATIONS | 2 |
| 1. RESUME – VUE D'ENSEMBLE | 3 |
| 2. RAPPORT DETAILLE | 6 |
| A. CONTEXTE | 6 |
| B. METHODOLOGIE | 7 |
| C. CONSTATIONS & DISCUSSIONS | 9 |
| D. CONCLUSIONS | 27 |
| E. RECOMMANDATIONS | 28 |
| ANNEXES | 32 |

REMERCIEMENTS

Je souhaite adresser mes profonds remerciements à ACF International, et plus particulièrement aux bureaux de Grande-Bretagne et des Etats-Unis pour m'avoir confié cette mission d'évaluation. Ce processus d'analyse effectué avec l'aide de nombreux acteurs a été instructif et j'espère que les conclusions de ce travail d'évaluation permettront de contribuer au mieux au renforcement des actions de qualité d'ACF dans la solidarité internationale.

Ce travail d'évaluation n'aurait pas été aussi fructueux sans l'excellent accueil et la disponibilité du personnel d'ACF. J'ai particulièrement apprécié l'esprit d'ouverture et le souci de chacun à participer à l'amélioration des bonnes pratiques. Je tiens à montrer ici ma reconnaissance toute particulière au chef de mission, au chef de projet Choléra, aux membres de l'équipe WASH de Minova et Kalehe ainsi qu'aux différentes personnes sollicitées des départements de coordination de Bukavu, Kinshasa et New York.

Je remercie également l'ensemble des partenaires du projet (BCZS, CRC, REFESHAPE) et les acteurs rencontrés durant les 3 semaines de terrain pour leur contribution et les éléments d'information et d'analyse qu'ils m'ont apporté.

La lutte contre le choléra à l'Est du pays intervient dans un contexte général complexe et reste un travail de longue haleine. Puissent les enseignements et les recommandations de ce rapport d'évaluation servir à l'équipe d'ACF, ses partenaires ainsi que tous les acteurs impliqués pour lutter plus efficacement contre le choléra en République Démocratique du Congo.

ACRONYMES & ABBREVIATIONS

| | |
|--------------|---|
| ACF : | Action Contre la Faim |
| APR : | <i>Activity Progress Report</i> |
| ATPC : | Assainissement Total Piloté par la Communauté |
| BCZS : | Bureau Central de la Zone de Santé |
| CAP : | Connaissances Attitudes Pratiques |
| CODESA : | Comité de Développement de l'aire de Santé |
| COGES : | Comité de gestion |
| CRC : | Croix-Rouge Congolaise |
| CTC : | Centre de Traitement du Choléra |
| ECHO : | Service d'Aide Humanitaire de la Commission Européenne |
| IRC : | <i>International Rescue Committee</i> |
| IT : | Infirmier Titulaire |
| LE D : | Local Environmental Durable |
| LRRD : | <i>Link between Relief, Rehabilitation and Development</i> |
| OMS : | Organisation Mondiale de la Santé |
| RDC : | République Démocratique du Congo |
| RECO : | Relais Communautaire |
| REFESEHAPE : | Réseau des Femmes du Secteur de l'Eau, Hygiène, Assainissement et de la Protection de l'Environnement |
| UNICEF : | Fonds des Nations Unies pour l'Enfance |
| UTC : | Unité de Traitement du Choléra |
| WASH : | <i>Water, Sanitation and Hygiene</i> |

1. RESUME – VUE D'ENSEMBLE

Contexte

Les projets qui constituent l'objet de cette évaluation externe visent à limiter et prévenir la propagation de l'épidémie du choléra en RDC et plus particulièrement dans la province du Sud Kivu, avec un littoral lacustre qui s'étend sur 160 km environ de Minova à Bukavu. Le projet actuel peut être considéré comme la phase II d'un programme d'action sur 3 années de financement, à 100% par ECHO. Le budget total sur 3 ans devrait s'élever à 1,45 million d'euros. A fin 2013, 53 873 bénéficiaires sont touchés sur la phase II.

Méthodologie

L'évaluation finale externe permet d'apprécier, de manière objective et indépendante, la performance opérationnelle et les résultats obtenus, tant d'un point de vue quantitatif que qualitatif. La prise de recul et l'impartialité vis-à-vis du projet et de ses acteurs permettent également d'approfondir la réflexion et l'apprentissage en commun, aboutissant à l'élaboration de recommandations issues des leçons d'expérience sur les logiques d'intervention futures.

Les 3 objectifs dédiés à cette évaluation externe sont les suivants : (i) analyser l'impact du programme jusqu'à présent et évaluer les progrès réalisés sur les objectifs et des résultats planifiés lors de la phase I et la phase II à mi-parcours, (ii) orienter la stratégie du projet A1L et (iii) identifier les recommandations pour améliorer l'exécution, la qualité et l'efficacité des interventions choléra et de fixer les lignes directrices pour une éventuelle phase III du projet.

Constations & Discussions

Le programme ACF de lutte contre le choléra dans la province du Sud Kivu s'intègre bien dans les orientations préconisées par les différents documents stratégiques phares dans la zone. Pour un meilleur impact des actions entreprises, le développement d'une stratégie pluriannuelle d'intervention d'ACF dans le domaine de la lutte contre le choléra en RDC permettra de cadrer la direction globale des interventions souhaitées, dans laquelle doivent pouvoir s'insérer de manière complémentaire les stratégies des financements institutionnels.

La phase III du financement ECHO de lutte contre le choléra ne fournit pas suffisamment de réponses adéquates pour envisager, même de manière relative, une logique de sortie après 2014.

ACF a progressivement orienté ses actions vers un effort prioritaire porté sur des interventions dites 'software' par rapport à la réalisation d'activités de construction / réhabilitation. Même si elle ne permet pas de tendre vers une éradication du choléra dans la zone à long terme, cette approche demeure adaptée aux moyens mis à disposition par des financements courts (période maximale de 10 à 12 mois) qui ont pour rôle principal de cibler les besoins prioritaires de préparation et de riposte rapide dans des zones à fort risque. Le niveau d'implication dans des actions de sortie de crise et de résilience a sans doute été trop ambitieux par rapport à la taille du projet et aux moyens disponibles (ressources et période de mise en œuvre).

De manière générale, les résultats du projet seront atteints. L'action d'ACF dans la préparation, la riposte et la prévention contre le choléra apporte une plus-value significative dans le contrôle de l'épidémie dans la zone, même si l'influence du projet est moins importante que souhaitée.

L'approche développée par les projets ACF est plutôt cohérente avec le contexte local. Malgré une analyse appropriée du contexte socio-culturel local et des efforts de ciblage dynamique selon les zones les plus à risque, l'absence d'une véritable expertise en épidémiologie, souhaitée depuis la phase I, a affecté le niveau de mise en œuvre de cette approche. L'enquête socio-culturelle est

un outil très efficace et utile pour l'analyse situationnelle locale. Les conclusions méritent toutefois d'être mieux considérées pour une meilleure inclusion de l'ensemble des groupes de populations.

L'arrêt des points de chloration devrait être systématiquement lié à des indicateurs fiables de baisse de flambée. Dans l'ensemble, ACF propose avec ses partenaires locaux des actions appropriées, qui ont des effets rapides. L'influence même à court terme (après la baisse de la flambée) reste tout de même faible.

En termes de pertinence des solutions techniques proposées, certaines activités n'ont pas un impact réellement important dans le cadre de la lutte contre le choléra car elles ne proposent pas la réponse la plus appropriée par rapport au contexte ou au timing de réponse.

L'analyse situationnelle dans les 5 zones de santé montre le déficit de considération des risques sanitaires forts liés au manque de mesures d'hygiène appropriées au niveau des structures de santé pour l'accueil et la prise en charge des cas de choléra. Hormis celui de Minova, la situation sanitaire des 4 autres CTC (situés en zone B, avec des cas réguliers toute l'année) est préoccupante.

Le contexte d'intervention humanitaire dans la province du Sud Kivu est extrêmement complexe. La présence très forte des acteurs humanitaires dans la zone apporte, en même temps et depuis de nombreuses années, des impacts non souhaités d'appui systématique et d'accoutumance à l'aide extérieure. Ces effets qui dépassent le cadre du projet ACF empêchent la réussite des efforts d'implication et inhibent tout sentiment d'appropriation communautaire.

L'équipe a pâti d'un manque de soutien et de suivi en interne. La mise à disposition urgente d'une expertise en épidémiologie reste indispensable. L'approche de travailler avec des partenaires locaux formés et responsabilisés à des activités de terrain et de supervision est intéressante mais restreinte dans ce contexte d'afflux d'aide humanitaire et de faible clarté du travail effectué.

Les commentaires d'ECHO issus de la visite de l'expert technique WASH doivent être mieux intégrés dans la phase III à venir.

Les partenaires ont des faiblesses importantes dans le reporting et dans la fourniture d'information fiables qui doivent être améliorés pour obtenir des documents moins standardisés et comportant des données utiles pour l'analyse. Un travail plus rigoureux de documentation, de reporting et de suivi sur le travail semble primordial pour avancer dans l'amélioration des interventions pour limiter et prévenir les épidémies. Le développement d'outil de suivi est un processus en cours pour lequel il faut notamment apporter une attention toute particulière en phase III.

Conclusions

La réponse d'ACF dans la lutte contre le choléra en RDC se base sur la compréhension des mécanismes et des contextes de transmission au niveau des communautés pour mieux se protéger contre la propagation de la maladie. Cette approche peu développée jusqu'alors demande à être consolidée sur la phase III. Il y a le besoin de poursuivre le travail de renforcement des outils de mise en œuvre du projet pour accroître la qualité de la réponse. Dans ce sens, la phase III va être cruciale et des efforts importants sont demandés au risque de ne pas atteindre les objectifs fixés initialement.

Les actions de lutte contre le choléra dans un contexte vaste et complexe ne sont pas simples et demandent une attention particulière sur la qualité du travail des partenaires locaux et l'appui des services de coordination à l'équipe projet. De même, un sous-dimensionnement de l'équipe par rapport aux besoins identifiés en termes d'approche de travail entre partenaires risquerait de nuire à l'atteinte des objectifs du projet.

La programmation de la poursuite des actions dans le futur, après la phase III, se construit dès maintenant et doit viser des objectifs clairs de sortie de crise progressive tout en sortant des actions d'urgence répétitives d'année en année. Dans un contexte général complexe, la tâche n'est pas aisée et cela demande de la part d'ACF de participer à un effort plus large de modification des approches de l'aide humanitaire dans la zone afin de faciliter les conditions de reprise communautaire et de résilience réelle des populations à moyen terme.

Même s'il est difficile de la planifier dans le temps avec précision, la sortie de crise doit être un objectif à atteindre au plus tôt et facilitée par la mise en place réussie d'étapes de transition. A long terme, l'éradication du choléra dans la zone ne pourra être envisagée qu'avec ces conditions réunies au préalable.

Recommandations Principales

❖ **Recommandations Immédiates (< 3mois)**

- ❖ Finalisation dans les temps de la phase II
- ❖ Dimensionner les projets de lutte contre le choléra, avec une taille et des objectifs appropriés aux moyens et aux capacités des équipes et des partenaires
- ❖ Plaidoyer actif auprès du cluster WASH et des bailleurs de fonds (ECHO et autres) pour la remise à niveau des CTC et la couverture des centres de santé en moyens suffisants pour garantir des mesures d'hygiène contrôlées et l'isolement des cas (barrières, 1 latrine-douche spécifique, matériels de désinfection) avant de les référer au CTC
- ❖ Renforcement de l'équipe ACF pour la phase III
- ❖ Mise en place d'un plan de renforcement des outils de suivi du projet
- ❖ Communiquer les leçons d'expérience de la phase II et programmer les changements pour la phase III

❖ **Recommandations à plus long terme : sortie de crise et résilience**

- ❖ Intégrer une approche intégrée de lutte contre le choléra dans la stratégie Pays, avec une vision à 3 ou 5 ans pour la mise en œuvre d'actions de préparation et riposte, de prévention, de sortie de crise et résilience communautaire
- ❖ Développer des alternatives innovantes de sécurisation de l'accès à l'eau, l'hygiène et l'assainissement à base communautaire et durable
- ❖ Plaidoyer pour un changement de l'approche de l'aide humanitaire dans la zone
- ❖ Envisager un processus de nationalisation du poste de PM

2. RAPPORT DETAILLE

a. Contexte

Contexte d'Intervention

La République Démocratique du Congo (RDC) se situe à l'avant-dernier rang (186^e sur 187 pays) au classement de l'Indice de Développement Humain (2013). La région Est du pays est régulièrement frappée depuis 20 ans par des conflits, mouvements de population et catastrophes naturelles.

Ces dix dernières années, la RDC fait partie des pays les plus touchés par le choléra dans le monde. L'OMS indique que hormis l'épidémie ravageuse qui sévit en Haïti, la RDC rapporte jusqu'à 12% des cas et 20% des décès liés au choléra dans le monde. En 2012, la province du Sud-Kivu a enregistré 5.093 cas de choléra dont 24 décès. Les provinces sources de l'Est de la RDC représentent aujourd'hui le plus grand foyer endémo-épidémique au monde.

ACF intervient en RDC depuis 1997 ; des programmes d'urgence sont notamment en cours dans la province du Sud Kivu, dont celui de la lutte contre le choléra.

Objectifs et Présentation du Programme

Les projets qui constituent l'objet de cette évaluation externe visent à limiter et prévenir la propagation de l'épidémie du choléra en République Démocratique du Congo et plus particulièrement dans la province du Sud Kivu, côtière du lac Kivu avec un littoral lacustre qui s'étend sur 160 km environ de Minova à Bukavu.

Les zones du projet se sont déroulées dans les 2 territoires de Kalehe et Kabare, dans la partie côtière du lac Kivu, dans la province du Sud Kivu. Il s'agit d'un littoral qui s'étend sur 160 kms (5 à 6 heures de pistes), englobant 5 zones de santé (Minova, Kalehe, Katana, Miti-Murhesa et Kabare) et 38 aires de santé.

Selon l'UNICEF qui classe les zones en type A, B et C de la manière suivante :

- ❖ **Zones de santé de type A** ou zones de santé sources : il s'agit des zones de santé notifiant des cas de choléra tout au long de l'année ;
- ❖ **Zones de santé de type B** ou zones de santé à risque fort : il s'agit des zones de santé notifiant chaque année des cas de choléra mais présentant des périodes de rémission ;
- ❖ **Zones de santé de type C** ou zones de santé ayant connu au moins une épidémie sur les 5 dernières années.

Les 5 zones de santé du Sud Kivu, dans lesquelles ACF intervient, seule la zone de santé de Minova est dans la zone de santé de type A donc seule zone endémique et les 4 autres sont des zones de santé de type B donc épidémiques.

Le projet actuel, qui finance l'évaluation externe, peut être considéré comme la phase II d'un programme d'action sur 3 années de financement. Certaines activités prévues dans le cadre de cette phase II sont en cours de finalisation et seront complétées avant fin février. A l'heure actuelle, la phase III est en cours de négociation avec le bailleur de fonds. Des commentaires ont été renvoyés suite à une première version du proposal ; il est prévu que les recommandations du présent rapport soient intégrées autant que possible dans la version finalisée du proposal de la phase III commençant en mars 2014.

Les 3 phases ont été financées à 100% par ECHO. Le budget total de l'opération devrait s'élever à 1,45 millions d'euros, réparti comme suit : 320 000 € pour la phase I (2012), 620 000 € pour la phase II (2013) et 520 000 € prévisionnel pour la phase III (2014).

Les objectifs spécifiques, les résultats attendus et les différentes activités planifiées des phases I et II sont présentés en *annexe 1 – Termes de Référence de l'Evaluation Externe*.

b. Méthodologie

Objectifs de l'évaluation

Afin d'améliorer ses pratiques organisationnelles selon un cadre intégré d'évaluation, d'apprentissage et de redevabilité, ACF International a développé une politique d'évaluation de ses programmes selon des lignes directrices redéfinies dans une version révisée (2011) de la politique d'évaluation d'ACF. C'est dans ce cadre-là que l'évaluation externe des actions de lutte contre le choléra en RDC a été définie.

L'évaluation finale externe permet d'apprécier, de manière objective et indépendante, la performance opérationnelle et les résultats obtenus, tant d'un point de vue quantitatif que qualitatif. En outre, en portant un regard extérieur et détaché sur le contexte opérationnel du projet, la prise de recul et l'impartialité vis-à-vis du projet et de ses acteurs permettent également d'approfondir la réflexion et l'apprentissage en commun, aboutissant à l'élaboration de recommandations issues des leçons d'expérience sur les logiques d'intervention futures.

L'évaluation finale analyse les objectifs du projet et sa logique d'intervention au travers du cadre logique défini. Les améliorations produites sont évaluées avec la prise en compte des opinions des différentes parties prenantes telles que les bénéficiaires, les autorités locales et nationales, la société civile, les acteurs impliqués du secteur WASH dans le pays, les bailleurs de fond ainsi que les équipes ACF au niveau du terrain et de la supervision aux Etats-Unis.

Les 3 objectifs dédiés à cette évaluation externe sont les suivants :

- Analyser l'impact du projet jusqu'à présent et évaluer les progrès réalisés sur les objectifs et des résultats planifiés dans les projets A1K (phase I) et A1L (phase II mi-parcours).
- Orienter la stratégie du projet A1L.
- Identifier les recommandations pour améliorer l'exécution, la qualité et l'efficacité des interventions choléra et de fixer les lignes directrices pour une éventuelle phase III du projet.

Le rapport d'évaluation est le compte-rendu des investigations et des conclusions de l'évaluation finale externe menée entre le 18 décembre 2013 et le 14 février 2014, pour un total de 34 jours travaillés, dont 24 jours passés en RDC (du 04 au 28 janvier 2014). La version préliminaire du rapport a été transmise à l'équipe d'ACF début février pour être prise en compte dans la finalisation du proposal de la phase III d'ECHO et pour les recommandations en lien avec la fin de la phase II.

Ce document est la version finale du rapport d'évaluation, établie après retours des membres du personnel d'ACF impliqués dans la supervision de l'évaluation externe.

Méthodologie Appliquée

Les méthodologies et outils utilisés sont les mêmes que ceux décrits dans les Termes de Références. Ils sont utilisés pour chaque champ d'évaluation.

La liste des activités quotidiennes est présentée en *Annexe 3 - Calendrier d'activités de l'évaluation finale et personnes rencontrées*.

| ACTIVITES REALISEES DURANT L'ETUDE | |
|--|--|
| Etape 1 - Briefing | Au siège et sur la mission (Sécurité, Contexte et Projet) |
| Etape 2 – Préparation de l'Evaluation | Lecture de la Documentation Rapport Initial |
| Etape 3 – Investigations de Terrain | Objectif atteint : Visite d'env. 20% des aires de santé soit 7 réparties dans au moins 4 zones de santé (80%) Entretiens avec les représentants locaux, groupes de discussions avec des personnes clés des communautés, Visites de sites d'intervention (points de chloration, lieux de rassemblement, centres de santé, latrines familiales, etc.), observations, discussions avec les partenaires sur le terrain, analyse des systèmes de collecte des données, discussions techniques et mesures avec les opérateurs aux points d'eau, etc. Promenade transversale dans les communautés, discussions informelles avec les bénéficiaires, rencontre avec des relais communautaires, etc. |
| Etape 4 – Discussions avec les acteurs clés du projet | Briefings, discussions avec l'équipe nationale et expatriée du projet, entretiens avec les services support, Réunions avec les chefs de BCZS, les représentants de la CRC et de REFESHAPE, Rencontres avec ECHO (Bukavu), la coordination cluster WASH, MSF Minova. |
| Etape 5 – Rapport d'Evaluation | Rédaction du Rapport Préliminaire et du Rapport Final après commentaires d'ACF |
| Etape 6 – Restitution et Débriefing | Atelier de restitution à Bukavu Débriefing Skype avec l'équipe du siège (USA) |

c. Constatations & Discussions

Champ de l'Évaluation #1 : Évaluer les stratégies de lutte contre le choléra proposées par ACF et ses partenaires, et identifier les manques à combler.

- (1) Le programme ACF de lutte contre le choléra dans la province du Sud Kivu s'intègre bien dans les orientations préconisées par les différents documents stratégiques phares dans la zone (Stratégie Régionale 'Bouclier / Coup de Poing', Stratégie du Cluster WASH, Plan stratégique d'élimination du choléra en RDC du Gouvernement, Stratégie d'ECHO vis-à-vis du choléra). Le sous-cluster WASH à Bukavu souligne la pertinence de l'intervention d'ACF, en plus de leur excellente collaboration au sein de la coordination sectorielle.
- (2) Le bureau pays d'ACF RDC a été reconfiguré en 2012 avec la fusion des missions Est et Ouest RDC. Le processus est toujours en cours de mise sur pied ; il n'existe pas encore de document stratégique pluriannuel établi de manière formelle et précise. L'absence d'un véritable outil d'aide à la décision, utilisé pour cibler les financements à rechercher, est un inconvénient pour guider ACF de la manière la plus cohérente et la plus efficace possible dans ses choix d'orientations stratégiques d'ensemble dans le domaine de la lutte contre le choléra. L'approche actuelle en RDC donne plutôt l'impression d'une stratégie de réponse orientée par les exigences du bailleur de fonds. Pour un meilleur impact des actions entreprises, la stratégie d'ACF dans le domaine doit cadrer la direction globale des interventions souhaitées, dans laquelle doivent pouvoir s'insérer de manière complémentaire les stratégies des financements institutionnels.
- (3) En plus du document de positionnement opérationnel sur le choléra, ACF International a récemment développé un manuel pratique pour les programmes de lutte contre le choléra. Basés en partie sur les bonnes pratiques des actions d'ACF au Tchad et en Sierra-Leone & Guinée, les 3 projets ECHO en RDC sont plutôt bien dimensionnés par rapport aux recommandations du document guide, même s'il n'a été produit qu'après la conception des phases I à III. Toutefois, pour les 2 premières phases, on note quelques écarts notoires comme la programmation d'activités et des déficits en termes de réalisation réelle (épidémiologie).
- (4) L'approche développée par les projets ACF est plutôt cohérente avec le contexte local. La compréhension des mécanismes et des contextes de transmission au niveau des communautés est mise en avant pour définir de manière adéquate les stratégies locales de prévention et de réponse aux épidémies de choléra. Toutefois, malgré une analyse appropriée du contexte socio-culturel local et des efforts de ciblage dynamique selon les zones les plus à risque, l'absence d'une véritable expertise en épidémiologie, souhaitée depuis la phase I, a affecté le niveau de mise en œuvre de cette approche (*voir Champ #2*).
- (5) En lien avec son mandat et ses expertises reconnues, ACF focalise ses interventions sur la surveillance épidémiologique et les actions préventives et de réponse d'urgence WASH au niveau communautaire (ciblage de la riposte auprès des populations touchées, sensibilisation de masse, etc.) et participe au renforcement des capacités des acteurs locaux, dont ceux de la santé. Par contre, l'analyse situationnelle dans les 5 zones de santé montre le déficit de considération des risques sanitaires forts liés au manque de mesures d'hygiène appropriées au niveau des structures de santé pour l'accueil et la prise en charge des cas de choléra (4 des 5

CTC à fort risque de contamination¹, absence de lieux d'isolement dans les centres de santé avant de référer au CTC). Les documents guide d'ACF International recommandent des actions de sécurisation des mesures d'hygiène des structures de soins, en cas de déficit remarqué ; cet aspect non programmé initialement aurait dû être mieux considéré.

- (6) Bien que basée sur une analyse des leçons apprises lors des 2 premiers projets, la phase III du financement ECHO de lutte contre le choléra, dans son état de conception à date de l'évaluation², ne fournit pas suffisamment de réponses adéquates pour envisager, même de manière relative, une logique de sortie après 2014 (*voir Champ #4*). Les commentaires récents d'ECHO sur la nouvelle proposition d'action pointent d'ailleurs les faiblesses principales liées pour la plupart à la difficulté d'atteindre un degré suffisamment avancé d'amélioration au niveau de la préparation, la réponse et la prévention des flambées. Le présent rapport propose des recommandations à insérer dans la version modifiée de la proposition d'action de la phase III.
- (7) Il faut toutefois souligner qu'en termes de leçons d'expériences des phases précédentes, certaines ont été bien prises en considération depuis la phase I et permettent progressivement de renforcer la qualité du travail. Le développement d'outil de suivi est un processus en cours pour lequel il faut notamment apporter une attention toute particulière en phase III (*voir Champ #9*). Certaines activités ont été réorientées vers des objectifs plus spécifiques et prioritaires tandis que d'autres ont été finalement supprimées (distribution de dalles de latrines, réhabilitation de points d'eau).
- (8) Fortement préconisée par ECHO, ACF a progressivement orienté ses actions vers un effort prioritaire porté sur des interventions dites 'software' par rapport à la réalisation d'activités de construction / réhabilitation. Même si elle ne permet pas de tendre vers une éradication du choléra dans la zone à long terme (*voir Champ #4*), cette approche demeure adaptée aux moyens mis à disposition par des financements courts (période maximale de 10 à 12 mois) qui ont pour rôle principal de cibler les besoins prioritaires de préparation et de riposte rapide dans des zones à fort risque. Le niveau d'implication dans des actions de sortie de crise et de résilience a sans doute été trop ambitieux par rapport à la taille du projet et aux moyens disponibles (ressources et période de mise en œuvre) (*voir champs #2e et #4*).

Champ de l'Evaluation #2 : Evaluer la pertinence, l'efficacité, l'efficience et l'impact de l'approche, notamment sur les points suivants :

Avant d'étudier les différents sujets évoqués ci-dessous, il est d'abord proposé une analyse de l'atteinte des objectifs du projet, au travers de l'atteinte actuelle des indicateurs de résultats du cadre logique de la phase II. Il est important de bien garder à l'esprit qu'à la date de l'évaluation externe, la phase II est toujours dans une phase très active de réalisation d'activités. Les informations qui suivent ne peuvent donc pas être considérées comme exhaustives ou définitives, mais elles donnent malgré tout un bon aperçu du niveau de réalisation de la phase II.

- (9) De manière générale, les résultats du projet seront atteints. Malgré une construction complexe des résultats du projet autour des préconisations d'ECHO (3 résultats focalisés sur la riposte d'urgence, 1 qui fait le lien entre l'urgence et le développement et 1 sur la résilience des populations) qui ne permet pas une lecture simple du cadre logique, ils contribuent à la

¹ Seul le CTC de Minova propose un système d'isolement et de contrôle de l'infection correspondant aux critères de lutte contre l'épidémie en centre de soins.

² Avant réception des commentaires d'ECHO

réalisation de l'objectif spécifique du projet (phase II). Toutefois, de nombreux indicateurs sont difficiles à mesurer précisément par faute de sources de vérification adaptées ou fiables. De plus, certaines activités mises en œuvre (analyse épidémiologique, cartographie, appui aux structures de santé, assainissement familial, campagnes de sensibilisation, promotion des produits chlorés) ne permettent pas d'atteindre un niveau qualitatif suffisant ou ne sont pas très appropriées par rapport aux besoins prioritaires de la lutte contre le choléra - c'est-à-dire la mise en place de barrières efficaces et rapides contre la transmission de la maladie -, réduisant de fait l'impact recherché.

- (10) L'objectif spécifique de la phase II *'Améliorer la réponse et la prévention du choléra grâce à une meilleure compréhension des chemins et mécanismes de transmissions ainsi que les connaissances des populations'* est sur la phase II très orienté sur l'analyse épidémiologique poussée et locale comme base de définition de la stratégie d'intervention dynamique. La qualité de sa réalisation est par conséquent atténuée par l'absence de compétences en épidémiologie sur le projet pour comprendre les cheminements locaux des flambées. Toutefois, les difficultés successives pour faire venir un expert épidémiologiste durant le projet³ ont été mitigées par des actions (limitées) par l'équipe pour agir selon un ciblage dynamique des priorités de réponse. Dans son ensemble, la performance du projet basée sur l'atteinte des indicateurs de l'objectif spécifique reste difficile à juger en raison (i) du choix de l'indicateur IOV1 qui n'est pas assez spécifique et réalisable (et d'ailleurs non observé⁴) et (ii) des sources de vérification qui manquent de rigueur ou de précision (rapports d'activités des partenaires) – problème d'ailleurs récurrent également sur la plupart des résultats du cadre logique.
- (11) Le résultat R1 indique des objectifs de performance (délais dans la riposte effective) qui sont plus restrictifs (24h pour l'alerte et 24h pour la riposte) que ceux de l'objectif spécifique (72h). L'IOV1 relatif à l'alerte (*'80% des aires de santé ciblées informent le BCZ du dépassement du seuil épidémiologique en moins de 24 heures'*) semble obtenu malgré le manque de fiabilité des instruments de suivi (doutes parfois sur la véracité des informations reportées, malgré la création et la formation d'outils de notification auprès des IT et le dépôt de fiches dans les différents centres de santé où l'on note des flambées de choléra). L'IOV2 *'100% des aires de santé ciblée ont un partenaire local qui est identifié, formé et équipé pour faire la réponse rapide en cas de flambée de choléra dans les 24h qui suivent l'alerte'* sera également tenu, même s'il ne se focalise que sur un travail de préparation alors que la mesure de son niveau d'opérationnalité est finalement l'enjeu principal. Enfin, l'IOV3 *'100% des zones de santé ont un stock pré-positionné suivi et à jour'* sera aussi atteint, même s'il aurait été préférable d'avoir une connaissance du stock en continu sur toute l'année plutôt qu'en fin de projet seulement.
- (12) Défini pour illustrer la capacité de riposte du projet, le résultat 2 est atteint au niveau des chiffres reportés. Lors de l'évaluation externe, la triangulation des informations (auprès des bénéficiaires, partenaires, équipe ACF) ont apporté trop de confusion et illustre la difficulté de vérifier après coup la réalisation d'activités 'software' bien moins visuelles que des constructions d'infrastructures. Les outils de reporting et de suivi manquent de précision, de rigueur et d'information qualitative pour assurer un suivi post-activités (*voir Champ #9*). A propos du ciblage des déplacés, aucune activité n'a été réalisée (à propos) suite à la réévaluation des besoins lors du projet, ne permettant pas la réalisation de l'IOV 3. Les risques et hypothèses du cadre logique ne sont pas suffisamment clarifiés pour cet aspect. Aussi, en

³ En cours d'arrivée au moment de l'évaluation

⁴ La 'diminution de 25% du taux d'attaque cumulé dans les zones d'intervention (par rapport à 2012)' n'est pas constatée entre 2012 et 2013. Mais il faut dire que cette observation ne dépend pas que de l'action du projet d'ACF mais d'une multitude d'autres facteurs non contrôlables. Il serait par conséquent disproportionné de conclure à la non-atteinte des objectifs du projet...

raison de la nature imprévisible de mouvements de population (pouvant effectivement avoir un impact sur les taux d'attaque du choléra), il aurait été opportun d'envisager une meilleure coordination avec les partenaires en charge de l'appui aux personnes déplacées et de s'assurer qu'ils effectuent les actions de mitigation et de réponse appropriées le cas échéant.

- (13) Dans le cadre du résultat R3, 33 points de chloration ont été mis en place. Par contre, les actions dans les structures de santé ne sont pas appropriées aux besoins liés au contrôle de l'épidémie. On ne peut pas dire que 80% des centres de santé aient des structures WASH d'urgence⁵ qui permettent de bien contrôler la contamination au niveau des structures de santé (CTC et centres de santé avant de référer).
- (14) Le résultat R4 est atteint quantitativement malgré des enjeux de pertinence des solutions proposées dans ce contexte (quelle plus-value des activités d'assainissement effectuées dans la prévention contre le choléra ? quelle capacité de gestion développée dans la réhabilitation des points d'eau ?) et les occasions manquées de mieux diversifier les outils de cartographie.
- (15) A propos de la promotion de produits chlorés à domicile, le résultat R5 sera atteint grâce à des IOV peu orientés sur les aspects qualitatifs. Les activités restent limitées par manque de moyens alloués pour obtenir des conclusions suffisamment consistantes pour faire passer à l'échelle cette action 'pilote'. Les premiers résultats sont encourageants mais nécessitent d'être plus amplement développés dans un cadre d'intervention qui dépasse les capacités de type de financements d'urgence comme ECHO (voir Champ #4).

a) Compréhension du contexte et des schémas endémiques et épidémiques du choléra dans la zone d'intervention par ACF et ses partenaires

- (16) Comme indiqué précédemment, les actions d'ACF dans la lutte contre le choléra ciblent les zones de flambée et à fort risque, en analysant les causes locales par l'intermédiaire des évaluations conjointes sur sites, une étude socio-culturelle détaillée et des investigations de terrain. Cependant, malgré les efforts de l'équipe en place (la connaissance à l'échelle micro semblant meilleure lors de la phase II que lors de la phase I), le retard de mise en œuvre de l'étude épidémiologique affecte évidemment la compréhension du contexte local et la qualité de la riposte. Il n'existe pas d'analyse suffisamment poussée, claire et documentée de la compréhension des détails des mécanismes de transmission à l'échelle micro selon les différents contextes (bordures du lac, paysans, propagation dans les terres, rôle des marchés, etc.).
- (17) Ces investigations de surveillance et d'analyse épidémiologique sont complexes, requièrent du temps (besoin d'investigations détaillées sur place pour retracer les causes potentielles) et demandent un niveau de savoir-faire spécifique (épidémiologie) que ne peuvent compenser entièrement l'équipe WASH en place (même si les données collectées issues de ces investigations par l'équipe permettent d'orienter les actions de riposte). Dans son ensemble, la riposte rapide garde malgré tout une certaine efficacité, même si elle semble quelque peu standardisée (voir champ #3). Elle sera certainement grandement améliorée par une véritable stratégie de riposte en se concentrant sur les lieux d'exposition et les zones de diffusion du choléra.
- (18) L'équipe ACF semble avoir une bonne connaissance des facteurs de transmission du choléra en général (compétences augmentées durant la phase II); elle manque toutefois de compréhension plus spécifique liée à l'absence d'expertise épidémiologique sur les 2 projets.

⁵ Lors de l'évaluation, 4 des 5 CTC ne respectent pas (de manière importante) les règles de contrôle de l'infection et 80% des centres de santé visités n'ont pas de dispositif adaptés pour accueillir un cas de choléra.

Les discussions en face-à-face ou de groupes ne montrent pas que les partenaires, notamment de terrain (IT, bénévoles de la CRC, RECO), possèdent une connaissance exhaustive des causes et des moyens de protection contre le choléra (la mise en pratique des connaissances est aussi un problème) malgré les séances de formation systématiques dans toutes les aires de santé et leur rôle important dans la dissémination des messages auprès de la population. Il serait judicieux d'inclure cet aspect (niveau de connaissance réelle des acteurs clés communautaires) dans l'enquête CAP finale du projet - ou intégrer une étude préliminaire en début de phase III ? - pour renforcer l'impact des formations mises en œuvre par ACF (*voir Champ #7*).

- (19) La différence entre les enjeux des contextes endémiques et épidémiques est plutôt bien définie (seuils épidémiologiques par aire de santé) et elle est bien connue des différents partenaires du projet.
- (20) Les analyses de terrain lors de la phase II montrent une certaine propension à un déclenchement de flambées lors de rupture ou baisse du service d'alimentation en eau (diminution du débit de la source, fuites ou casses sur des canalisations, robinets non étanches ou cassés, etc.) et au recours alternatif à l'approvisionnement par l'eau du lac. Les autres moyens de contamination interpersonnelle sont moins clairement identifiés, surtout à l'échelle micro. Il y a une tendance à une identification standardisée et basée sur des acquis d'ordre général des transmissions classiques du choléra (eau contaminée, absence de lavage des mains, défécation à l'air libre). Des confusions aboutissant à des erreurs dans l'analyse technique des causes locales réelles ont été remarquées lors de l'évaluation externe de la part des partenaires du projet. Suite aux observations de terrain, il semble opportun de rappeler quelques évidences techniques à communiquer à l'équipe ACF et ses partenaires pour la suite des activités :
- Loin des points d'eau, une latrine traditionnelle ne favorise pas plus le choléra qu'une latrine classique (comme celles du projet ACF) si celle-ci n'est pas mieux équipée d'un système efficace de lavage des mains;
 - Même sans avoir la vocation d'être un UTC ou un CTC, les centres de santé qui accueillent les malades avant de les référer et qui ne sont pas équipés de mesures d'hygiène strictes (pas de zone d'isolement, pas de désinfection, etc.) sont à fort risque de contamination, même en période hors épidémie (zone endémique) ;
 - La pulvérisation systématique des ménages n'est pas plus prioritaire que la bonne gestion des cadavres et le contrôle des funérailles ;
 - Les lieux de marchés sont des lieux de rassemblement à haut risque, d'autant plus en l'absence de toilettes et de système de lavage des mains.

L'étude épidémiologique sera d'une précieuse aide pour améliorer ces connaissances et démontrer par ses investigations locales, quelles actions WASH sont les plus prioritaires dans le cadre de la lutte contre le choléra à l'échelle micro dans les différentes zones d'intervention du projet (facteurs supposés et non pris en compte).

- (21) Les points de chloration sont mis en place à la suite des évaluations conjointes qui montrent le risque élevé de la transmission par l'eau du lac. Les mécanismes d'arrêt de ces points d'approvisionnement temporaires manquent de clarté. Ils ne semblent pas être liés à une analyse épidémiologique des risques mais plus suivre une tendance opportuniste de vouloir poursuivre l'activité pour des raisons financières personnelles des partenaires. L'arrêt des points de chloration devrait être systématiquement lié à des indicateurs fiables de baisse de flambée (ou par mesure préventive décidée conjointe entre les partenaires puis documentée).

(22) En plus de l'appui d'un expert en épidémiologie, les 2 premières phases auraient également pu bénéficier davantage d'outils cartographiques pour mieux appréhender les cheminements de propagation du choléra et la localisation précise des personnes touchées pour une analyse géographique plus poussée.

b) Evaluation de l'influence du programme sur la prévalence du choléra, la réduction des pratiques à risques et la compréhension de la maladie par les communautés ciblées

- (23) L'influence du projet est moins importante que souhaitée ; les indicateurs de résultats présentant quelques limites dans l'atteinte qualitative des objectifs attendus. Tout de même, l'action d'ACF dans la préparation, la riposte et la prévention contre le choléra apporte une plus-value significative dans le contrôle de l'épidémie dans la zone. Les interventions – et de manière plus large, la présence d'ACF – permettent d'atténuer le déclenchement des flambées et de sécuriser ainsi la propagation à très grande échelle du choléra.
- (24) Les chiffres sur toute la zone d'intervention montrent toutefois peu d'évolution de 2012 à 2013. ACF travaille principalement sur la riposte en cas de flambée et en prévention de manière limitée. Les divers facteurs influents sur le taux d'attaque cumulé sur toute la zone d'intervention sont indépendants de l'action du projet.
- (25) Reste toutefois la question de l'impact et de l'amélioration de la réponse de la phase II par rapport à la phase I. Par manque d'informations documentées fiables, il demeure difficile d'affirmer avec précision dans quelle mesure un temps de riposte plus rapide ou un ciblage dynamique à l'échelle micro ou un meilleur travail des partenaires amélioreraient l'impact du projet à l'échelle de toute la zone d'intervention. Quoi qu'il en soit, un travail plus rigoureux de documentation, de reporting et de suivi sur le travail semble primordial pour avancer dans l'amélioration des interventions pour limiter et prévenir les épidémies.
- (26) Dans l'ensemble, ACF propose avec ses partenaires locaux des actions appropriées, basées sur la communication et la réponse rapide qui ont des effets rapides. Elles contribuent aussi (de manière limitée) à l'objectif d'amélioration durable des capacités locales et de la prise de conscience par la population des changements nécessaires des pratiques quotidiennes d'hygiène et de gestion des services à base communautaire. L'influence même à court terme (après la baisse de la flambée) reste tout de même faible (*voir Champ #4*).
- (27) Le contexte d'intervention humanitaire dans la province du Sud Kivu est extrêmement complexe. La présence très forte des acteurs humanitaires dans la zone apporte, en même temps et depuis de nombreuses années, des impacts non souhaités d'appui systématique et d'accoutumance à l'aide extérieure. Ces effets pervers à des échelles sectorielles et intersectorielles qui dépassent le cadre du projet ACF empêchent la réussite des efforts d'implication non rémunérée des acteurs locaux et inhibent tout sentiment d'appropriation communautaire. Malgré des démarches répétées pour communiquer auprès des acteurs locaux (inclus les bénéficiaires) pour une approche favorisant la sortie de crise, l'action d'ACF dans la lutte contre le choléra contribue aussi aux effets non souhaités de l'aide humanitaire, notamment par certaines activités qui sont à reconsidérer : distribution gratuite de dalles de latrines (même si elle est assortie du creusage des fosses et la construction des superstructures par les bénéficiaires eux-mêmes), réhabilitation de points d'eau déjà rénovés en 2012 ou 2013 (il y a aussi des sources construites il y a plus de 5 voire 10 ans), formations 'recyclage' systématiques chaque année, mise en place de points de chloration gratuits périodiquement.

(28) En termes de pertinence des solutions techniques proposées, certaines activités n'ont pas un impact réellement important dans le cadre de la lutte contre le choléra car elles ne proposent pas la réponse la plus appropriée par rapport au contexte ou au timing de réponse.

- La distribution de dalles de latrines auprès de ménages déjà équipés de latrines traditionnelles ne résout pas les problèmes de contamination féco-orale du choléra. De plus, hormis une amélioration de la solidité de la dalle, la plus-value sanitaire des latrines ACF par rapport aux latrines traditionnelles est loin d'être démontrée. Les ménages bénéficiant des dalles font l'objet de sensibilisation mais un programme efficace et plus large d'accès à des systèmes de lavage des mains, au savon ou avec de la cendre (fourniture d'un petit bidon troué comme système de robinet 'tippy tap' associée à des campagnes efficaces de promotion du lavage des mains) semble plus prioritaire et efficace dans le cadre de la mise en place des barrières de transmission du choléra. Egalement, des latrines publiques pourraient être installées au niveau des zones de pêcheurs pour réduire la défécation dans le lac ou sur la rive. L'enjeu complexe est au niveau de la gestion collective et l'entretien des installations (rôle d'un volontaire CRC ?). Au stade de la réflexion, le projet pourra bénéficier de l'expérience d'ACF International à Conakry, Guinée (d'après l'exemple de bonnes pratiques développées lors de l'évaluation finale du projet).
- La nature et le degré de priorité des interventions d'urgence dans les structures de santé doivent être reconsidérés. L'installation de latrines d'urgence dans 5 centres de santé après la flambée n'est pas appropriée à la résolution du problème dans les structures de santé. La certitude d'avoir ces installations en bâche plastique toujours en état pour la prochaine flambée n'est aucunement garantie. Activité réalisée en retard à cause de problème d'approvisionnement, il aurait été préférable de réorienter ce genre d'actions en temps voulu (rôle du suivi de projet et d'accompagnement des cellules de coordination provinciales, nationales et du siège au niveau d'ACF).
- Les points de chloration sont une réponse technique relativement simple et fonctionnelle pour consommer de l'eau chlorée en période de flambée. Lors de journées pluvieuses, la turbidité du lac tourne autour de 20NTU, à la limite de l'efficacité de la chloration. Les points d'eau temporaires et gratuits semblent bien appréciés par la population, avec un taux moyen d'usage plutôt élevé. Ces points d'eau temporaires étant assez coûteux au final, la pertinence de ces points d'eau jusqu'à leur fermeture doit être mieux évaluée avec la juxtaposition des données épidémiologiques locales (*voir Champ #3*).
- La pulvérisation des ménages après la première journée n'apporte pas une plus-value véritable, mis à part pour passer des messages de sensibilisation et se renseigner sur les causes de la contamination (*voir Champ #3*). L'impact en zone endémique est généralement faible (hors fort risque avéré de transmissions dans les domiciles) et les moyens mis à disposition (suivi du partenaire local, logistique, etc.) trop importants par rapport aux bénéfices engrangés. La pulvérisation des zones de marchés (selon la confirmation préalable de l'étude épidémiologique des risques de transmission interhumaine localement) et des structures de santé (CTC et centres de santé qui réfèrent les cas) sont par contre des actions prioritaires en terme de contrôle de la transmission du choléra.

c) Estimation de la couverture du nombre de cas assistés dans les délais impartis / Zones non couvertes/inatteignables

d) Identification de la zone couverte (pourcentage de sensibilisation, point de rassemblement)

Regroupant les critères de couverture de l'action, les champs d'évaluation c) et d) sont présentés ensemble ci-dessous.

- (29) A fin 2013, le niveau de couverture de la phase II est proche du niveau planifié en début de projet (53 873 bénéficiaires touchés contre 57 435 attendus). Les zones d'intervention sont les zones les plus à risque, selon un système d'ajustement dynamique au fil des flambées. Les informations provenant des rapports des partenaires indiquent que la majorité des cas lors de flambées reçoivent un riposte dans les temps impartis (selon le rapport intermédiaire ECHO), même si la véracité des données est parfois questionnée (*voir Champs #3 et 9*).
- (30) La cartographie développée sur le projet montre bien l'évolution du taux d'attaque par aire de santé et par mois du projet. Il aurait cependant été intéressant d'y associer un comparatif (pourcentage de bénéficiaires touchés selon le taux d'attaque) pour mesurer si le processus de ciblage dynamique des zones d'intervention est optimisé. Il n'y a pas d'outil d'analyse qui informe du nombre de personnes touchées par période ou sur l'estimation de la capacité d'intervention sur une même période (hebdomadaire ou mensuelle). Les commentaires d'ECHO issus de la visite de l'expert technique WASH n'ont pas été suffisamment pris en compte dans la pratique et doivent donc être mieux intégrés à la phase III à venir.
- (31) ACF a actuellement en interne les capacités techniques (cartographie) pour développer un panel d'outils visuels qui serviraient à documenter et à analyser localement le contexte d'intervention, l'évolution dynamique des flambées et la réponse proposée par ACF. La cartographie actuelle se focalise trop sur une dimension 'Aire de santé' alors que la localisation des cas aurait pu être répertoriée systématiquement et reproduit sur des cartes. Il est dommage que ces actions restent des opportunités manquées à cause de problème de GPS (insuffisances ou réparations).
- (32) Le calcul des bénéficiaires est parfois basé sur des observations précises ou des rapports d'activités (nombre d'utilisateurs aux points de chloration, nombre de ménages visités, feuilles de présence des séances de sensibilisation, ménages équipés d'une latrine avec dalle ACF). Il est aussi estimé à partir d'une couverture théorique non vérifiée voire surestimée (utilisateurs des sources réhabilitées, personnes assistant aux séances de théâtre ou dans les écoles, personnes sensibilisées effectivement sur les marchés, etc.). Une séparation plus approfondie entre bénéficiaires directs et indirects devrait être effectuée ; les bénéficiaires directs devant faire l'objet d'un inventaire plus rigoureux (même si ce travail reste délicat lors des campagnes de masse sur les marchés et lors des théâtres).
- (33) La coordination des acteurs humanitaires permet une couverture optimisée en fonction des compétences et des ressources de chaque partenaire au niveau communautaire sur la zone d'intervention d'ACF. A cause d'une présence importante d'acteurs dans la zone, il existe des risques de chevauchement (en décalé dans le temps) de l'aide, avec l'appui régulier (semestrielle, annuelle, en continu) d'autres acteurs non impliqués dans le choléra mais dans des actions intégrées ou WASH de réhabilitation. En parallèle, les centres de santé (et UTC/CTC) manquent de couverture des besoins prioritaires liés aux mesures d'hygiène lors de l'accueil ou la prise en charge des cas de choléra.

e) Limites du dispositif ACF en place (% à un nombre maximal de cas gérable, % à une couverture géographique)

- (34) Les difficultés d'accès aux sites associées aux contraintes logistiques inhérents à ces nombreux déplacements ne favorisent pas le travail de proximité sur le terrain. La zone d'intervention couvrant 5 zones de santé et 38 aires de santé est très vaste et les conditions d'accès sont difficiles : il faut entre 5 et 6 heures (dont la majorité, de la piste) pour rejoindre Minova à Bukavu. De la base de Minova, les sites d'intervention sont en moyenne à moins de 60-90 minutes, à laquelle doit s'ajouter des temps de déplacements à pied assez longs pour atteindre les points d'eau (lacs, sources) ou les ménages. Existante lors des démarrages de projet, la base de Kalehe⁶ n'est pas située au meilleur emplacement géographique pour le projet. Même si le principe d'action choisi selon le ciblage dynamique des zones prioritaires ne permettait pas d'anticiper avec précision les futures zones d'intervention, on note que l'implantation d'une base dans la ville de Kavumu aurait été plus centrale par rapport aux 4 zones de santé au Sud de Minova (ainsi qu'aux aires de santé à flambées notées en 2013) ; elle est aussi mieux desservie depuis Bukavu facilitant les contraintes logistiques. En cas d'absence d'une 2^e base, il n'est pas souhaité pour des raisons d'accessibilité et de travail de proximité sur le terrain, que l'ensemble de l'équipe soit basée à Minova (choix de base temporaire à Kavumu ou sur Bukavu).
- (35) La stratégie d'ECHO est basée sur la prise en compte de 3 composantes interdépendantes : la riposte rapide comme cœur de l'intervention, des initiatives de sortie de crise et d'autres de renforcement de la résilience. Au vu des moyens mis à disposition, il n'est pas possible d'intervenir au même degré sur chaque composante qui demande des moyens différents. ECHO préconise d'ailleurs un effort spécifique sur la préparation et la riposte, ce qui semble pertinent par rapport à leurs contraintes de financements (période de 10 mois, réduite à 8 sur la phase II) et leur mandat. Comme définie initialement, la phase II a eu des objectifs trop élevés (d'ailleurs qualitativement non tenus pour quelques indicateurs de résultats) par rapport aux conditions d'intervention : (i) la taille de la zone d'intervention, (ii) le contexte complexe, (iii) la durée du projet et (iv) les moyens affectés au projet (qualitatifs et quantitatifs).
- (36) Pour la phase III et dans l'optique d'un financement 100% ECHO d'environ 520 000€ pour 2014, utilisés principalement pour des actions d'urgence, il semble préférable de focaliser le maximum d'attention sur une zone de santé problématique, comme peut l'être celle de Minova, et disposer du maximum de moyens à disposition sur une échelle plus petite pour des actions plus efficaces au final. En étant seulement intégrées dans le projet dans une optique de veille générale (au niveau des plans de contingence et de la réponse rapide en cas de flambées), les autres zones de santé ne bénéficieraient pas des mêmes moyens alloués par ACF. Cela implique dès le départ de formuler clairement un degré d'autonomisation supérieur pour les BCZS (grâce à un plan de contingence opérationnel). Ainsi, la focalisation sur une zone de santé prioritaire (Minova) permettra à la fois de renforcer la qualité du travail d'ACF et de ses partenaires au niveau local sur les actions de riposte (et avec une efficacité supposée plus grande), tout en permettant un début de passage progressif à la responsabilisation (sortie de crise) des partenaires locaux dans la lutte contre le choléra dans des zones de santé moins touchées.
- (37) Etant un aspect primordial à renforcer dès la phase III, ACF doit pouvoir définir ses actions de lutte contre le choléra dans le cadre d'une véritable orientation stratégique d'intervention qui

⁶ Elle devrait être fermée à fin février 2014.

se décline sous la forme d'objectifs progressifs à échéances programmées et suivies. Les objectifs de sortie de crise doivent être revus à la baisse pour des financements de type ECHO et doivent être reportés sur d'autres financements, engagés de manière indépendante mais complémentaire, dans le cadre d'une approche globale d'ACF dans la lutte contre le choléra. Pour cela, il semble indispensable d'envisager au plus vite le développement d'une stratégie pluriannuelle d'intervention d'ACF dans le domaine de la lutte contre le choléra dans la zone afin de guider la nature des réponses de manière complémentaire, exhaustive et intégrée.

- (38) Les moyens alloués au projet restent importants, avec sur la phase II une équipe importante, de nombreux véhicules, 620 000 € de budget annuel pour des activités principalement 'software'. Néanmoins, l'équipe a aussi pâti d'un manque de soutien et de suivi en interne, d'autant plus nécessaire que le projet demande beaucoup d'investissement et peu de temps disponible pour un travail de fond ou de prise de recul. Pour atteindre le niveau de performance qualitative souhaité, le projet doit obtenir davantage de soutien aux 3 niveaux suivants :
- Renforcement du travail de suivi documenté des activités du projet par l'équipe ACF et ses partenaires,
 - Appui supplémentaire en logistique,
 - Meilleur accompagnement et suivi de projet, de la part des départements de soutien de Bukavu, Kinshasa et New York.
- (39) La mise à disposition urgente d'une expertise en épidémiologie reste indispensable ; ACF en a bien conscience et fait tout son possible pour l'obtenir sur la période des 3-4 prochains mois (processus en cours). Considérant les besoins importants et la nécessité de discussions directes avec les populations, l'équipe 'Epidémiologie' du projet doit aussi inclure du personnel national capable d'échanger avec la population et bien comprendre tous les tenants et aboutissants locaux. La présence d'un(e) expert(e) expatrié(e) n'est donc pas suffisante et son travail doit également s'inscrire dans une démarche de renforcement de compétences locales (au sein de l'équipe ACF au moins). Comme tout processus d'accompagnement, il est souhaitable de prévoir une seconde période de présence de l'expert vers la période allant de septembre à décembre, synonyme généralement de fortes flambées épidémiques.
- (40) L'approche de travailler avec des partenaires locaux formés et responsabilisés à des activités de terrain et de supervision est intéressante mais restreinte dans ce contexte d'afflux d'aide humanitaire et de faible clarté du travail effectué. Les partenaires locaux ont des capacités limitées qui demandent un fort accompagnement de terrain et de suivi, ils sont faiblement autonomes et doivent pouvoir justifier clairement de la redevabilité de leurs actions. Pour toutes ces raisons qui requièrent un suivi important des équipes d'ACF, l'appui de partenaires locaux ne permet pas nécessairement de démultiplier les capacités d'intervention, au risque sinon de manquer de visibilité sur les actions réelles de terrain et de retours permettant d'apprécier l'impact des actions comme ce fut le cas pour les 2 premières phases du projet.

f) Evaluation de la pertinence des plans et stocks de contingence. Quelle est l'utilisation et la capacité de suivi des stocks ?

- (41) ACF est bien impliqué dans le renforcement des plans de contingence. Le système d'alerte et de riposte est bien compris, de même que les responsabilités de chaque partie. Toutefois, confirmant une tendance souvent observée dans des zones à faible capacité opérationnelle des autorités étatiques centrales et locales, les plans de contingence auraient une très faible opérationnalité sans le soutien dynamique et financier d'ACF. Cela pose la question complexe

de la sortie de crise et du rôle d'un plan de contingence sans l'appui de partenaires humanitaires. Le cluster WASH de Bukavu a entrepris une démarche de renforcement des plans de contingence, dans lequel ACF s'inscrit pour ses zones d'intervention. Il est crucial qu'ACF joue un rôle proactif au niveau de la coordination sectorielle dans la résolution d'enjeux de pérennité des plans au-delà de la présence permanente des acteurs humanitaires.

- (42) Le contenu des stocks de contingence est adapté pour les actions communautaires. Les BCZS reçoivent des stocks de contingence chaque année de la part d'ACF ; en parallèle, les volontaires de la CRC reçoivent du matériel de désinfection (chloration). Pour rendre le plan de contingence plus opérationnel et autonome, il serait préférable de ne pas approvisionner les 2 partenaires mais laisser la coordination locale répartir de manière juste et transparente les stocks mis à disposition (ACF accompagnant le processus par un suivi périodique des entrées et sorties des stocks).
- (43) Les CTC et centres de santé référant les cas de choléra doivent être en mesure d'assurer les mesures d'hygiène pour éviter tout risque de transmission à partir des structures de santé. Hormis celui de Minova qui a le soutien efficace de MSF, la situation sanitaire des 4 autres CTC (situés en zone B, avec des cas réguliers toute l'année) est préoccupante ; les aires de santé doivent être capables de gérer l'isolement des patients avec la fourniture de bâche plastique. Pour éviter la disparition ou la consommation excessive des stocks, il doit clairement être désigné dans les plans de contingence que le stock de bâches doit servir pour une période de 3 ans minimum (en reprenant l'exemple positif du CTC de Minova comme bonne pratique) et que tout manquement sera de la responsabilité des BCZS et des aires de santé concernées, sanctionné par l'arrêt de l'appui d'ACF. Dans ces zones endémiques, la construction de petites zones d'isolement dans les centres de santé, avec des planches, peut aussi être envisagée selon la disponibilité de financements appropriés. Il semble souhaitable aussi de mieux fusionner les synergies entre le projet ACF et d'autres partenaires impliqués dans des projets de santé intégrés (comme IRC, World Vision) pour établir des possibilités d'effort commun de gestion des stocks et des zones d'isolement.
- (44) Les stocks de contingence n'ont pas fait l'objet d'un suivi précis et périodique, à date de l'évaluation externe. La création d'outils de suivi des stocks de contingence a été mise en place récemment et permettra d'ici peu un meilleur suivi et une gestion plus responsable des stocks. La traçabilité et l'état à jour des stocks sont donc restés approximatifs : la plupart des centres de santé visités ont pointé l'absence de stocks à disposition ; les 3 BCZS pour lesquelles la question a été évoquée indiquent la rupture de stock (non justifiée d'après ACF) et n'en ont pas alerté ACF pour un réapprovisionnement rapide. Sans outil de suivi des stocks disponibles, il est impossible d'identifier les causes de l'absence évoquée de matériels de désinfection dans les centres de santé (besoins importants ? détournement de matériels et à quel niveau ? mauvaise foi pour obtenir plus d'aide ?).

Champ de l'Evaluation #3 : Evaluer l'efficacité de réponse d'urgence (délais alerte / riposte) d'ACF et des partenariats (Croix Rouge Congolaise, Réseau de Femmes et autorités de santé) et la pertinence des Plans de Contingence et stocks de contingence.

Note : les questions liées aux plans de contingence et aux stocks de contingence sont évoquées dans les points 42 à 45 ci-dessus.

L'exemple de Bonnes Pratiques concerne l'Approche de la Riposte 'Coup de Poing' basée sur une Réponse Multipartenaire Rapide dès les premiers cas de flambées. Il est présenté en détail dans

l'annexe 4 du présent rapport. Les informations ci-dessous reprennent les éléments essentiels relatifs au champ de l'évaluation #3. Pour plus de détails, se référer à l'annexe 4.

- (45) De manière générale, la mesure après coup de l'efficacité de la réponse d'urgence en termes de respect des délais est beaucoup dépendante de la lecture des documents de reporting et de suivi. Or ces outils de monitoring restent faiblement exploitables (*voir champ #9*). Comme décrit dans le champ #2, les rapports des partenaires montrent une efficacité satisfaisante de la réponse (en moins de 72 heures). L'interprétation qualitative de ces données fait néanmoins dégager le besoin d'amélioration des ripostes.
- (46) Il existe des divergences d'opinions sur le temps réel que met la riposte (selon la triangulation des informations) ; certaines aires de santé semblant ne pas répondre aussi rapidement que prévu mais sans nécessairement l'admettre lors des rapports rendus. Sans un système très proche de monitoring mis en place par l'équipe d'ACF (avec les moyens appropriés), il n'est pas possible d'avoir une image objective et totalement fiable de la réalité, à date de l'évaluation externe. Sans pour autant devoir tout contrôler, il semble opportun de renforcer le système de reporting et de suivi pour obtenir un panel suffisamment représentatif de données validées (*voir Champ #9*).

a) Le mécanisme d'alerte est-il suffisant ?

- (47) Les personnels des aires de santé ont été formés, connaissent les mécanismes et obligation d'alerte selon le niveau du seuil épidémiologique et demeurent plutôt réactifs en cas de flambée. On note que la capacité à alerter dans les temps est en effet tenu dans son ensemble (moins de 24 heures entre l'arrivée à la structure de santé et l'information transmise au BCZS en cas de flambée), hormis quelques zones difficiles d'accès.
- (48) *L'annexe 4 – Exemple de Bonnes Pratiques* propose de renforcer le système d'alerte proposé et mis en pratique entre les partenaires du projet.
- (49) Les besoins pour la phase III se situent à 3 niveaux :
- Continuer à renforcer la capacité d'alerte dans les temps impartis,
 - Permettre un meilleur contrôle du respect des délais de notification par un meilleur système de suivi,
 - Assurer une alerte plus rapide dans les zones plus difficiles et à risque, avec l'appui des outils de cartographie dynamique.

b) La réactivité du dispositif est-elle satisfaisante? (délais de notification et délais entre alerte et riposte). Quelles sont les contraintes ?

- (50) Comme l'indique le champ #2, les informations indiquent une bonne performance dans le système d'alerte en termes de délais après notification. Cependant, par manque de documentations et de fiabilité dans les rapports, il est difficile d'émettre une opinion difficile sur la réelle performance et surtout de pointer les zones plus difficiles.
- (51) L'étude des différents rapports et les discussions avec les partenaires ne font pas ressortir de manière flagrante des dysfonctionnements majeurs.

c) Y-a-t-il des problèmes d'accès aux données ? d) Quelles sont les conséquences sur la riposte ?

- (52) Comme décrit précédemment et évoqué dans le champ #9, il existe des enjeux de vérification des données fournies, bien que ce problème est mitigé par le fait que les équipes mènent des évaluations conjointes de terrain. La solution passe par un renforcement du travail de proximité

(nécessitant les moyens humains et logistiques suffisants). Il est souhaitable d'amplifier les efforts sur un meilleur diagnostic des dysfonctionnements dans la riposte (où ? pourquoi ?).

- (53) Comme le note le Rapport intermédiaire ECHO, '*... certains malades sont mal enregistrés dans les centres de santé et il est difficile de les retrouver ainsi que l'état des routes surtout en saison des pluies...*' Un travail a été lancé pour améliorer la qualité de prise de renseignement ; il devra être suivi et renforcé durant la phase III.
- (54) La pulvérisation à domicile reste un sujet 'controversé' au sein même d'ACF International (*voir Champ #2*). Avec un retard dans la riposte, la pulvérisation n'a plus aucun intérêt justifiant en tout cas un soutien d'ACF dans ces actions (les BCZS ont le matériel à disposition et doit travailler à rendre les plans de contingence opérationnels). La visite domiciliaire garde tout de même un intérêt en termes de passation supplémentaire de messages et de collecte de données épidémiologiques. ACF devrait pouvoir décider si la pulvérisation des ménages est opportune selon les situations (flambées importantes et liens intra-domiciliaires établis par l'analyse épidémiologique) et non de manière systématique.

Champ de l'Évaluation #4 : Évaluer les stratégies de sortie envisagées et les étapes permettant d'assurer la pérennité de l'intervention, et appuyer ACF dans la définition d'une approche WASH / prévention du choléra moins tournée vers la réhabilitation systématique d'infrastructures.

- (55) A défaut de cadre stratégique formalisé spécifique à la lutte contre le choléra d'ACF en RDC, la stratégie de sortie envisagée dans le cadre des financements d'ECHO (3 projets successifs) est plutôt pertinente, avec la contribution d'ACF dans le renforcement des capacités locales et la promotion de solutions alternatives (*voir Champ #1*). L'effort porté sur les activités software au détriment de réhabilitation systématique et peu pérennes d'infrastructures apporte un meilleur impact à court terme pour le contrôle de l'épidémie.
- (56) Par contre, le niveau atteint à la date de l'évaluation externe est relativement faible par rapport à des objectifs de projet jugés trop ambitieux en termes de sortie de crise. Il faut dire que la tâche est rendue difficile à la fois par un contexte très complexe et peu favorable à la reprise communautaire mais aussi avec des moyens de réalisation qui sont limités dans le cadre de financement ECHO (projet à vocation urgence principalement, laissant peu de place aux actions LRRD).
- (57) ECHO a développé une stratégie complète qui tend à faciliter la prise en charge des enjeux de choléra dans la région par des bailleurs de fonds avec des mandats plus élargis. Mais étant donné la période maximale d'implantation d'un projet (1 an) et les objectifs élevés de réalisation des projets, les composantes liées à la sortie de crise et à la résilience communautaire ne peuvent être très ambitieuses. Dans le cadre des financements ECHO, il reste possible de commencer à anticiper un retrait progressif d'ACF avec la mise en autonomie progressive et programmée des partenaires locaux, sur des points comme la gestion opérationnelle des points de contingence (inclus une gestion transparente des stocks), la gestion des alertes et des ripostes dans les temps souhaités, la gestion de points de chloration et les campagnes de communication.
- (58) A l'image des commentaires d'ECHO pour la phase III, la progression entre la phase I et la conception de la phase III est insuffisante malgré l'incorporation de nouvelles méthodes d'intervention et d'outils et l'arrêt d'activités non appropriées. La phase III ne peut pas être perçue comme la dernière année de soutien avant retrait d'ACF ; ce ne serait pas réaliste en

effet d'envisager un transfert complet aux partenaires locaux à fin 2014, même en cas de nombreuses avancées. Les risques pris en termes de conséquence sur les taux d'attaque seraient trop néfastes.

- (59) Quel que ce soit l'engagement futur d'ECHO après 2014 dans la lutte contre le choléra dans la zone, ACF doit en parallèle démarcher d'autres bailleurs de fonds pour diversifier ses sources de financement et travailler avec des moyens diversifiés sur les différentes composantes de la lutte contre le choléra : la préparation et la riposte à base épidémiologique, la prévention et la sortie de crise / résilience à long terme. Des financements comme celui à venir d'UNICEF pour la promotion des produits chlorés à domicile sont importants pour anticiper la sortie de crise à 2-3 ans. Dans la même optique que l'élaboration d'un plan stratégique pour le pays, ACF a besoin d'un cadre formalisé de stratégie d'intervention dans la lutte contre le choléra, qui intègre des objectifs de préparation, de riposte, de prévention à court et long terme et de sortie de crise. Ce document de travail interne servira à l'accomplissement des objectifs fixés à 3 ou 5 ans, à suivre l'avancée des progrès et proposer des réajustements éventuels et aussi à planifier des recherches de financement appropriés en fonction des manques identifiés grâce à ce document de planification stratégique.
- (60) Les résultats sur la promotion des produits chlorés pour le traitement à domicile ne seront concrets que dans 2 ou 3 ans pour raisonnablement penser à une substitution des points de chloration. Par contre, il peut être envisagé de travailler sur certains points de chloration, à titre expérimental (avec suivi précis pour dégager des solutions réalistes, efficaces et fonctionnelles) de contribution financière minimale des ménages pour le financement des points de chloration.
- (61) A terme, l'éradication du choléra passera par une combinaison d'actions hardware (approvisionnement en eau et couverture en assainissement) et de software orienté sur le changement durable (pratiques d'hygiène, capacité locale d'alerte et de riposte, gestion durable des services d'approvisionnement en eau, fin de la défécation à l'air libre dans les zones sensibles). Malgré un contexte complexe évident et peu favorable à envisager des actions pérennes, certaines activités pourraient avoir un meilleur impact à moyen terme et doivent faire l'objet d'une réévaluation ou d'un renforcement des méthodes employées, comme par exemple : communication pour le changement durable des comportements (contextes de prévention), gestion communautaire de points d'eau réhabilités, assainissement total, approche générale d'implication communautaire, responsabilisation des partenaires locaux, etc.
- (62) Les activités dites de marketing social de promotion de produits chlorés pour le traitement de l'eau à domicile doivent surmonter les faiblesses de moyens de la phase II (période trop courte de mise en œuvre, questionnements techniques non résolus, etc.) et définir un nouveau cadre ambitieux de travail avec les ressources appropriées (appui UNICEF en perspective). Sinon il risque d'avoir des conclusions non représentatives et finalement inutilisables. Même si les activités faites jusqu'alors sur la phase II sont pertinentes, le marketing social demande une expertise spécifique et requiert un renforcement de l'équipe actuelle. Actuellement une seule personne (qualifiée dans le domaine) est présente et doit être appuyée par l'apport d'expertise complémentaire et les moyens nécessaires.

Champ de l'Évaluation #5 : Mesurer l'inclusion des populations les plus vulnérables ou isolées dans le projet, notamment les pygmées et groupe à risques (ex. déplacés, pêcheurs, familles de militaires).

- (63) L'enquête socio-culturelle est un outil très efficace et utile pour l'analyse situationnelle locale et éclairer sur les contextes et interactions locales, indispensable pour bien répondre aux besoins prioritaires et réels des populations ciblées. Les conclusions de l'étude socio-culturelle touchant les groupes spécifiques méritent toutefois d'être mieux considérées pour une meilleure inclusion de l'ensemble des groupes de populations.
- (64) La considération de la problématique du genre est plutôt bonne sur le projet, en proposant des actions d'ensemble et séparées auprès des femmes et des filles ainsi que des hommes et des garçons. La protection des populations n'étant pas garantie à court terme et les changements de comportements non assurés durablement, il y a encore un besoin important de renforcer les actions auprès des femmes et filles, notamment en charge des tâches ménagères et de l'éducation des enfants. L'approche de REFESHAPE est intéressante : grâce à la bonne connaissance locale des enjeux socio-culturels, les animatrices originaires des zones de santé interviennent pertinemment, sans perturber les règles ou provoquer des mécontentements dans les ménages qui auraient des effets négatifs.
- (65) Les groupes à risque (pêcheurs, déplacés, pygmées, enfants et personnes âgées et autres potentiels selon les caractéristiques épidémiologiques locales), spécifiques par leurs habitudes culturelles, modes de travail ou déplacement dans la zone, ont été identifiés grâce à l'étude socio-culturelle de début de projet et par les campagnes de sensibilisation. Ils sont concernés par les actions de riposte en cas de flambée, comme tout autre groupe de population. Les actions pourraient être mieux ciblées (effort spécifique, nature des messages adaptés, moyens de communication, etc.), mais cet aspect reste en lien avec les conclusions épidémiologiques à venir.

Champ de l'Évaluation #6 : Evaluer le niveau de participation et de mobilisation des agents impliqués dans le projet et l'estimation de leur influence dans la prise de décisions.

Champ de l'Évaluation #8 : Les Relais Communautaires sont-ils performants dans les tâches qui leur sont confiées ?

Les champs d'évaluation #6 et #8 sont regroupés dans le même paragraphe ci-dessous.

- (66) Le niveau de participation des agents de terrain et des personnes clés de la communauté reste difficile à estimer dans ce contexte de faiblesse du suivi documenté des activités de terrain. L'approche multipartite d'intervention entre le BCZS, la CRC, le REFESHAPE, les leaders communautaires et ACF est cohérente et permet d'envisager à terme une sortie de crise (lorsque les capacités opérationnelles et la redevabilité des partenaires locaux auront été suffisamment développées). Dans le cadre de convention de partenariats (5 BCZS, CRC REFESHAPE), les partenaires locaux et les équipes d'ACF travaillent avec les personnes influentes de la communauté et des aires de santé (COGESA, COGES, chefferies, RECO). Ils ont été formés et prêts à intervenir.
- (67) Le problème récurrent de manque de suivi documenté fiable des activités de terrain réduit l'analyse de l'impact des acteurs communautaires. Un meilleur suivi de leurs actions est nécessaire. Avec un recentrage des actions sur une zone de santé prioritaire en phase III, ce travail d'accompagnement et de contrôle pourra être valorisé sur les autres centres de santé dans le futur.

(68) Il existe quelques confusions dans le rôle exact des relais communautaires et des volontaires de la CRC. Si cela s'arrête à un doublon des activités de sensibilisation par exemple, il n'y a pas de problème mais considérant que de nombreux RECO (non rémunérés) sont également des volontaires de la CRC (rémunérés), il y aura sans doute des enjeux de mobilisation en cas d'arrêt de collaboration financière avec la CRC.

Champ de l'Évaluation #7 : Évaluer les activités de sensibilisation : les outils, les messages et la stratégie employée fonctionne-t-elle? Comment mieux mesurer les résultats?

(69) La variation des modes de communication est appropriée aux actions de réponse rapide lors d'une flambée de choléra afin de toucher le maximum de personnes dans un délai très court. Il y a donc une très bonne combinaison entre les messages de proximité (porte-à-porte autour des cas de choléra, formation des leaders communautaires) et de communication de masse (radios, lieux de rassemblement) pour un ciblage renforcé des populations dans les zones à risque. Ce genre de méthodologie n'a pas d'impact durable et optimal, mais ce n'est pas le but recherché dans ce genre de situation (riposte rapide). Un ciblage plus affiné grâce aux travaux épidémiologiques à l'échelle locale permettra de mieux toucher les populations prioritaires.

(70) Pour renforcer les actions de sensibilisation, des actions préventives sont effectuées en parallèle, utilisant des modes de communication locale (radios, troupe de théâtre, discussions de groupes). L'enquête CAP finale viendra confirmer la tendance, mais il ne semble pas d'après les observations de terrain et les discussions individuelles et de groupe entreprises durant l'évaluation externe, que les activités de sensibilisation ont permis l'acquisition d'une bonne connaissance des facteurs de transmission du choléra. Pour les personnes interrogées, comprenant des leaders communautaires, des chefs de famille, des femmes, des enfants, tous ont une connaissance minimale du choléra et de ses symptômes mais aucun n'a vraiment pu citer en intégralité 3 ou 4 messages clés de protection contre le choléra ; leur connaissance s'arrêtant pour la plupart à un seul message clé, voire à des généralités de type '*...c'est la maladie de la saleté...*' '*...de l'hygiène...*', '*...des mouches...*', etc.

(71) Les actions préventives ont une vocation de protection immédiate dans les zones touchées mais doivent également avoir un objectif de modifier les pratiques dans la durée. Comme cela ne semble pas être le cas, il est nécessaire de repenser l'approche de communication et ses outils pour favoriser les changements à long terme. Même si l'approche est basée sur des méthodes participatives, les équipes ACF ainsi que celles du partenaire impliqué dans les actions de communication préventive (REFESEHAPE) n'appliquent pas de méthodologie de type PHAST ou autres qui pourraient apporter des résultats plus pérennes et sortir d'une logique de besoin de sensibilisation annuel ou périodique au gré des flambées.

(72) Les outils mis en place et les messages communiqués ont fait l'objet d'un travail détaillé en début de programme. Par rapport à la phase I, la nature et les méthodes de diffusion des messages d'ACF a permis une distinction entre des actions de sensibilisation WASH classique et de lutte contre le choléra. Comme vu dans le champ #5, les conclusions de l'étude socio-culturelle touchant les groupes spécifiques doivent être mieux considérées. Les actions dans les écoles sont jugées trop courtes et limitées pour être efficaces.

(73) Le choix d'associer tout un panel de structures locales (REFESEHAPE, troupes théâtrales, radios, CRC) pour diffuser les messages est très pertinent et doit être poursuivi. Toutefois, il faut s'interroger sur la qualité des messages passés, des besoins en renforcement de capacité (notamment sur les méthodes de communication) et sur le système de suivi des campagnes de

sensibilisation. L'accompagnement et l'amélioration des actions des partenaires locaux nécessitent un suivi important de la part d'ACF. La dispersion du personnel sur de nombreux sites, avec des actions de riposte et de prévention ne favorise pas ce transfert progressif de compétences et la validation du travail qualitatif de terrain.

(74) Dans les zones de santé où travaille le REFESHAPE (Mitu-Murhesa, Katana et Kabare), cette association se focalise sur les actions de prévention comme l'indique la convention de partenariat alors que les bénévoles de la CRC interviennent sur la sensibilisation d'urgence. Toutefois, le ciblage des populations reste flou parfois, avec la présence de REFESHAPE auprès des familles affectées quelques jours après la déclaration du cas. Est-ce pour compenser l'absence de passage des volontaires de la CRC ? ou bien une confusion des mandats dans les zones d'intervention ? ou des faiblesses de suivi des activités programmées ? Là encore, le suivi clair et précis des activités de terrain ainsi que l'obtention de données fiables reste trop faible pour obtenir une vision détaillée de la réponse.

Champ de l'Evaluation #9 : Evaluer la pertinence des systèmes de suivis.

a) Sont-ils suffisamment formalisés ? et b) Les résultats sont-ils satisfaisants ?

(75) Lors de la rédaction du proposal de la phase II fin 2012, ACF pointait les '*... faiblesses d'analyse des informations existantes qui représentent un obstacle à la mise en place d'actions ciblées et durables...*'. Des actions ont été entreprises pour améliorer le système de suivi mais le constat de la faiblesse des systèmes de collecte et de traitement des données et du travail effectué reste toujours présent, à un degré moindre. L'analyse des différents champs de l'évaluation précédents montre les insuffisances de rendu écrit (des actions correctives sont menées par l'équipe de supervision) en termes de rapport d'activités, de documentations et d'instruments de suivi détaillé et qualitatif, entraînant un déficit d'information pour bien mesurer la réalisation des activités et l'atteinte effective des indicateurs de performance du cadre logique.

(76) De manière générale, les partenaires ont des faiblesses importantes dans le reporting et dans la fourniture d'information fiables qui doivent être améliorés pour obtenir des documents moins standardisés et comportant des données utiles pour l'analyse (tendance au 'copier-coller d'un rapport à un autre). Dans une optique de redevabilité de l'action des partenaires locaux, la phase III doit permettre d'améliorer le contenu des documents mais aussi de poursuivre les formations au reporting et au suivi des partenaires dans ce travail.

(77) Il y a aussi le besoin de renforcer les compétences de l'équipe dans le reporting des activités de terrain, le suivi et la validation du travail des partenaires. De nombreux rapports comportent des imprécisions (nom de fichier, dates, lieux, etc.) qui doivent être corrigés. La coordination logistique poursuit en accord avec le chef de mission un objectif d'amélioration des plans et demandes de soutien (plans d'approvisionnement, demandes d'achat) qui doivent être sans faute, avec des informations cohérentes et justifiées.

(78) Les documents internes de suivi de projet produits au niveau du management de projet correspondent aux standards actuels d'ACF (APR, document de planification, participation aux rapports pour bailleur, etc.). Par contre, sur la période de la phase II, il n'y a eu que très peu de retours des documents de suivi par la coordination (WASH, support, direction). Le manque de retour et d'échanges sur de tels documents est préjudiciable dans le bon déroulement du programme et fait perdre l'intérêt premier des documents de suivi. On note depuis quelque temps un plus grand appui de la coordination à l'équipe projet, du sans doute aux échéances de

fin de projet et la mise sur pied d'un plan d'action faisant suite aux retours de la visite du bailleur de fonds (même si de nombreux points restent non engagés à ce jour).

- (79) La capitalisation des expériences est un processus crucial dans le cycle de projet ; ACF valorise d'ailleurs bien cet aspect de gestion. Toutefois, il est dommage que les équipes en place – et l'évaluation finale – n'aient pu bénéficier des rapports de missions des anciens personnels, d'autant dans un contexte de fort renouvellement de personnel expatrié.
- (80) L'équipe a à sa disposition les documents guide d'ACF International dans la lutte contre le choléra et les documentations produites par ACF au sujet du domaine WASH en général. Il serait judicieux de mieux bénéficier à l'avenir des conclusions et leçons apprises des interventions (quasi similaires) autour du lac Tchad et en Guinée & Sierra Leone.
- (81) Le siège d'ACF (département WASH) a effectué une visite de soutien en 2013 avec la production d'un rapport de visite. La bonne perception des problèmes actuels et la volonté marquée de renforcer les actions de lutte contre le choléra basées sur la surveillance et les actions WASH appuient la démarche de renforcement qualitatif des actions en RDC. En considérant la phase III comme une année charnière dans la mise en place de moyens de qualité dans la lutte contre le choléra, il serait opportun de bénéficier d'un appui hors-norme de la part du siège, avec la possibilité de 2 visites du département WASH du siège :
- 1 visite d'appui technique en mars ou avril pour appuyer le développement en interne d'une note stratégique d'intervention Choléra en RDC, la planification et la production des outils et mécanismes de travail adaptés pour mettre en œuvre les recommandations proposées
 - 1 visite d'appui technique entre septembre et novembre pour un suivi des actions entreprises, les réajustements souhaitables et la poursuite des actions post-2014).
- (82) Il n'a pas été noté de dysfonctionnement majeur au niveau des suivis budgétaires.

d. Conclusions

Les conclusions suivantes permettent d'établir un bilan général du projet et de proposer des orientations futures dans ce domaine d'actions pour ACF.

1. La réponse d'ACF dans la lutte contre le choléra en RDC se base sur la compréhension des mécanismes et des contextes de transmission au niveau des communautés pour mieux se protéger contre la propagation de la maladie. Cette approche peu développée jusqu'à lors demande à être consolidée sur la phase III.

L'évaluation du projet s'est déroulée à une étape charnière des 3 années de lutte contre le choléra de la part d'ACF dans la zone. Les résultats de l'évaluation sont limités par le manque de documentations utiles à l'analyse qui auraient pu être développées durant le projet. Il y a le besoin de poursuivre le travail de renforcement des outils de mise en œuvre du projet pour accroître la qualité de la réponse. Dans ce sens, la phase III va être cruciale et des efforts importants sont demandés au risque de ne pas atteindre les objectifs fixés initialement.

Les actions de lutte contre le choléra dans un contexte vaste et complexe ne sont pas simples et demandent une attention particulière sur la qualité du travail des partenaires locaux et l'appui des services de coordination à l'équipe projet. De même, un sous-dimensionnement de l'équipe par rapport aux besoins identifiés en termes d'approche de travail entre partenaires risquerait de nuire à l'atteinte des objectifs du projet. Les recommandations de la page suivante insistent sur les actions à prendre dans un avenir proche (à moins 3 mois) et surtout à bien considérer dans toute nouvelle demande de financement.

2. La programmation de la poursuite des actions dans le futur, après la phase III, se construit dès maintenant et doit viser des objectifs clairs de sortie de crise progressive tout en sortant des actions d'urgence répétitives d'année en année. Dans un contexte général complexe, la tâche n'est pas aisée et cela demande de la part d'ACF de participer à un effort plus large de modification des approches de l'aide humanitaire dans la zone afin de faciliter les conditions de reprise communautaire et de résilience réelle des populations à moyen terme.

Même s'il est difficile de la planifier dans le temps avec précision, la sortie de crise doit être un objectif à atteindre au plus tôt et facilitée par la mise en place réussie d'étapes de transition. A long terme, l'éradication du choléra dans la zone ne pourra être envisagée qu'avec ces conditions réunies au préalable.

e. Recommandations

Recommandations Immédiates (< 3mois)

❖ R.a CT : Finalisation dans les temps de la phase II

1. Respect du Plan d'action de la phase II à fin février pour ne pas amputer les moyens prévus sur la phase III
 - Objectif de démarrage de la phase III début mars 2014 (pour un minimum de 10 mois de réalisation)
2. Soutien renforcé de l'équipe Logistique pour la fin de projet de phase II et sur la mise en œuvre de la phase III
 - Anticiper les moyens logistiques nécessaires (véhicules, bases, approvisionnement, gestion des stocks) et un soutien approprié de l'équipe logistique (bases et coordination)

❖ R.b CT : Dimensionner les projets de lutte contre le choléra, avec une taille et des objectifs appropriés aux moyens et aux capacités des équipes et des partenaires

3. Tendre à moins d'ambitions à budget équivalent, notamment sur les aspects 'Sortie de Crise' et 'Résilience' et optimiser les actions de prévention anticipées dans les zones de flambées ('Bouclier') pour plus d'efficacité (complémentarité avec les actions 'Coup de Poing')
 - Focaliser les actions de riposte rapide sur la zone de santé de Minova
 - Reconsidérer l'extension de la zone d'intervention à Kirosche par rapport aux moyens disponibles et les enjeux qualitatifs de suivi et de renforcement des compétences à atteindre pour la fin d'année 2014
 - Etat de veille dans les autres zones de santé (renforcement des plans de contingence et autonomisation progressive des BCZS dans la mise en œuvre opérationnelle)
4. Grâce à l'équipe 'Epidémiologie', proposer un recentrage de la réponse basée sur une analyse plus fine de la compréhension du contexte local et de ses interactions dans la propagation du choléra
 - Se préparer pour atteindre des objectifs de résultats équivalents à ceux développés par ACF au Tchad ou en Guinée / Sierra Leone
 - Réduire les opérations de pulvérisation à domicile seulement lorsque la transmission intra-domiciliaire semble à fort risque et réalisables dans des temps très courts. En alternative, lorsque la désinfection du domicile n'est pas une priorité, proposer uniquement des visites domiciliaires qui insistent sur les aspects de communication et la collecte de données épidémiologiques et proposent la distribution d'un produit chloré pour une utilisation directe par les ménages touchés et environnants
 - Renforcer la prise en compte des risques de contamination en cas de mauvaise gestion des cadavres et des pratiques à risque lors des funérailles
5. Détacher les actions durables liées à la sortie de crise et à la résilience de celles liées à la riposte (phase III), dont les actions pilotes de promotion du chlore à domicile
 - S'assurer au moment de la recherche de financement que le programme de promotion des produits chlorés à domicile est indépendant, avec suffisamment

de ressources (humaines, financières et logistiques) pour aboutir à des conclusions utiles après 1 an

- Définition d'un plan d'action, avec moyens appropriés de suivi et bilans intermédiaires réguliers (trimestriel ou semestriel)
- Mise sur pied d'une équipe suffisante et spécialisée dans le marketing social, encadrée par un chef de projet indépendant de celui de la phase III (pour éviter la surcharge de travail)

❖ **R.c CT : Plaidoyer actif auprès du cluster WASH et des bailleurs de fonds (ECHO et autres) pour la remise à niveau des CTC et la couverture des centres de santé en moyens suffisants pour garantir des mesures d'hygiène contrôlées et l'isolement des cas (barrières, 1 latrine-douche spécifique, matériels de désinfection) avant de les référer au CTC**

6. En cas d'appui en matériels d'urgence, produire un protocole avec les partenaires locaux impliqués qui stipule la responsabilité de la structure de santé en termes de maintien de la structure pour 3 ans minimum
7. Informer les partenaires locaux de la non-fourniture de matériels pour les 3 ans à venir
8. Contrôle du cluster WASH pour l'interdiction de soutien complémentaire dans les 3 années à venir, etc.
9. Insister dans les protocoles de partenariats et dans les plans de contingence remis à jour l'obligation d'appui du BCZS au travers du stock de contingence, et le rôle actif d'ACF dans le suivi détaillé des engagements

❖ **R.e CT : Renforcement de l'équipe ACF pour la phase III**

10. S'assurer de la présence d'un expert épidémiologiste en début de projet puis son retour pour 2-3 mois en septembre 2014 (période de fortes flambées) pour un travail de suivi et de renforcement des outils développés sur le projet
11. Recrutement d'une personne nationale, avec une qualification en santé publique au minimum et connaissant bien la zone pour effectuer les investigations épidémiologiques de terrain auprès des familles des cas
12. Recrutement d'un assistant projet en charge de l'ingénierie sociale
13. Recrutement d'une personne chargée du Monitoring & Evaluation au sein du projet (suivi des équipes et des partenaires)
14. Renforcement de l'appui de la coordination WASH nationale d'ACF RDC (visite d'une semaine par mois avec production d'un plan d'action) et de la coordination WASH siège d'ACF USA (2 visites par an – au moins en 2014)

❖ **R.f CT : Mise en place d'un plan de renforcement des outils de suivi du projet**

15. Travail de production ou amélioration des outils de reporting et de monitoring (valable pour l'équipe ACF et pour les partenaires), axés sur la mesure effective du travail (photos, registre de toutes les personnes rencontrées, etc.) et l'amélioration des données qualitatives
16. Renforcer la production d'outils cartographiés en appui à la prise de décision et l'analyse des mécanismes de propagation du choléra
 - Utiliser les supports de cartographie pour une visualisation dynamique du lien entre la localisation des bénéficiaires touchés et l'influence sur le taux d'attaque
17. Inclure des obligations claires de reporting pour les partenaires et assurer un suivi détaillé, avec délivrance des moyens de la période suivante conditionnée par la bonne production des

rapports et à la vérification du travail effectivement accompli (à inclure clairement dans tout nouveau protocole)

18. Appui de la coordination Bukavu & Kinshasa dans les négociations des nouveaux partenariats au sujet des exigences de suivi et reporting : protocoles obligations de résultats et évaluation des performances des partenariats, suivi de décisions réajustées mensuellement en cas de non atteinte des objectifs attendus
19. Formations du personnel et des partenaires à une meilleure collecte des informations et au reporting
20. Retours obligatoires de la coordination Bukavu et Kinshasa sur les APR et autres documents de planification envoyés par l'équipe projet

❖ **R.d CT : Communiquer les leçons d'expérience de la phase II et programmer les changements pour la phase III**

21. Intégrer l'ensemble des recommandations pratiques effectuées lors de la visite de l'expert WASH d'ECHO dans la mise en œuvre des actions de la phase III
22. Partager les conclusions de l'évaluation externe à l'équipe et aux partenaires
23. Organiser 1 atelier (1 ou 2 jours de travail) en début de phase III pour définir la mise en œuvre de l'ensemble des recommandations et les modifications de mise en œuvre du projet par rapport à au nouveau projet.

Recommandations à plus long terme : sortie de crise et résilience

❖ **R.1 MT/LT : Intégrer une approche intégrée de lutte contre le choléra dans la stratégie Pays, avec une vision à 3 ou 5 ans pour la mise en œuvre d'actions de préparation et riposte, de prévention, de sortie de crise et résilience communautaire :**

24. Définir une note stratégique 'Choléra, une approche intégrée et durable' spécifique aux actions d'ACF RDC, décrivant les grandes lignes d'interventions stratégiques des 3 prochaines années, basée sur les expériences acquises des 2 premiers projets, les résultats de l'évaluation et le cadre des actions d'ACF International dans le domaine
25. Diversifier les financements pour atteindre l'objectif stratégique fixé par ACF (ne pas dépendre que d'ECHO dans ce domaine)

❖ **R.2 MT/LT : Développer des alternatives innovantes de sécurisation de l'accès à l'eau, l'hygiène et l'assainissement à base communautaire et durable :**

26. Enclencher le passage à échelle de la promotion des produits chlorés pour le traitement de l'eau à domicile avec un programme ambitieux avec les moyens appropriés et basé sur les leçons apprises du projet pilote (financement UNICEF) lancé en 2014
 - En parallèle, se désengager du soutien des points de chloration en fonction des performances évaluées sur le terrain
27. Tout nouveau projet WASH doit comporter un fort accent de renforcement de la gestion communautaire des ouvrages (avec accompagnement des COGES sur 2 ans et retrait progressif d'ACF) et le changement durable des comportements
28. Développer des actions préventives de type 'Bouclier' insérées dans la stratégie de reprise communautaire progressive (ciblage des zones moins touchées dans des périodes inter-épidémiques)

- Tendre progressivement vers la mise en place de points de chloration préventifs, non gratuits et sous la responsabilité de partenaires locaux ou communautaires – A équilibrer en fonction de la réussite des résultats de promotion des produits chlorés à domicile
 - Appuyer des partenaires locaux, comme le REFESHAPE, dans la mise en œuvre de campagnes de sensibilisation pour le changement durable des pratiques d'hygiène – Prévoir le renforcement des capacités du partenaire local sur des approches participatives innovantes et plus performantes
- 29.** Profiter de synergies avec des centres de recherche pour développer des approches innovantes et à succès dans ce contexte et promouvoir la production d'études qui démontrent de l'impact des actions (evidence-based)
- 30.** Capitaliser et promouvoir les bonnes pratiques développées auprès du secteur humanitaire en RDC
- ❖ **R.3 MT/LT : Plaidoyer pour un changement de l'approche de l'aide humanitaire dans la zone :**
- 31.** Réaliser des projets de qualité qui montrent les plus-values d'approche communautaire
- 32.** Etre moteur dans la constitution d'un message collectif des organisations d'aide humanitaire (via le cluster ou un groupe de plaidoyer)
- 33.** Pousser pour la production d'un document de plaidoyer sectoriel pour le changement de l'approche humanitaire liée à la lutte contre le choléra
- Réduire fortement les appuis extérieurs de réhabilitation et de distribution de matériels en cas d'actions récentes de moins de 3 ans pour crédibiliser les actions de reprise communautaire et de sortie de crise
 - Ne pas autoriser les interventions qui se substituent aux rôles des COGES (réparation de fuites, pannes, etc.)
 - Proposer en contrepartie un accompagnement progressif de la part d'ACF dans le transfert des responsabilités pendant 2 années (optimisation de la gestion communautaire, présence du partenaire humanitaire en conseiller – accompagnant du COGES)
 - Harmoniser les 'incentives' données aux autorités et aux partenaires locaux
 - Pousser à la redevabilité du travail des partenaires et des autorités locales (y compris au niveau communautaire) et ajuster les soutiens en conséquence et promouvoir auprès des autorités hiérarchiques et sectorielles la reconnaissance du travail des partenaires locaux par la mise en valeur de bonnes pratiques divulguées
- ❖ **R.4 MT/LT : Envisager un processus de nationalisation du poste de PM**
- 34.** Processus à envisager sur une période initiale de 2 ans, pour prendre le relais dans la stratégie de sortie de crise
- 35.** Monter une stratégie de transfert progressif de compétences
- 36.** Mesurer les résultats intermédiaires par semestre (implications du PM, coordinateur WASH national et HQ WASH Advisor) & réajustements selon les performances obtenues.

ANNEXES

- **Annexe 1 :** Termes de Références de l'Evaluation Externe
- **Annexe 2 :** Rapport Initial
- **Annexe 3 :** Calendrier d'activités de l'évaluation finale et personnes rencontrées
- **Annexe 4 :** Exemple de Bonne Pratique : *l'Approche de la Riposte 'Coup de Poing' basée sur une Réponse Multipartenaire Rapide dès les premiers cas de flambées*
- **Annexe 5 :** Classification de l'Evaluation selon les Critères DAC
- **Annexe 6 :** Présentation PPT des premières conclusions à l'équipe ACF à Bukavu, RDC
- **Annexe 7 :** Présentation PPT pour le débriefing Skype avec l'équipe de New York, USA



TERMES DE REFERENCE

**PROGRAMME D'INTERVENTION POUR LIMITER ET PREVENIR LA PROPAGATION DE L'ÉPIDÉMIE DU
CHOLERA EN REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO**

PERIODE COUVERTE :
01 mai 2013 – 28 février 2014

PROGRAMME FINANCE PAR :
ECHO

REFERENCE DU CONTRAT :
Interne : ACF/CDA1L
Bailleur : ECHO/COD/BUD/2013/91020

TERMES DE REFERENCE PRODUITS LE :
19/09/2013

1. DETAILS CONTRACTUELS DE L'EVALUATION

1.1. Dates clés de l'Evaluation

| | |
|-----------------------------------|-----------------|
| Date de départ prévue: | 4 Janvier 2014 |
| Date de fin prévue: | 12 Février 2014 |
| Soumission du Rapport Provisoire: | 3 Février 2014 |
| Soumission du Rapport Final | 12 Février 2014 |

1.2. La Langue de l'Evaluation

| | |
|--|----------------------------------|
| Langues requises pour effectuer l'évaluation | Français (Kiswahili un avantage) |
| Langue du Rapport: | Français |

1.3. Plan de travail

| | Jours travaillés |
|---|------------------|
| Revue des documentations et préparations | 2 |
| Briefing Siège | 1 |
| Voyage sur la mission | 1 |
| Briefing mission, revue des documents et préparation du travail de terrain | 3 |
| Travail de terrain Minova-Kalehe-Kabare-Bukavu | 12 |
| Collecte des informations secondaires à Bukavu, rencontre des partenaires | 2 |
| Analyse des informations et préparation du brouillon du rapport | 8 |
| Atelier de débriefing au niveau de la mission sur les résultats préliminaires | 1 |
| Voyage retour | 1 |
| Débriefing Siège | 1 |
| Finalisation du rapport final | 2 |
| TOTAL | 34 |

1.4. Budget pour l'évaluation

La base de paiement et le calendrier de paiements seront déterminés pendant la période de négociation du contrat.

Le Consultant sera responsable de son assurance personnelle pendant l'évaluation. De plus, le consultant fournira également tous les équipements nécessaires (e.g. ordinateur) nécessaires à l'évaluation.

Voyage, logement, (hôtel pour les briefings au Siège et la maison de passage sur la mission), la nourriture sera fournie au niveau des maisons de passage sur le terrain. Les coûts d'évaluation (transports au niveau de la mission, l'équipe d'évaluation, le traducteur, etc.) seront couverts.

La demande de visa est de la responsabilité du consultant. Néanmoins, les coûts seront remboursés sur présentation du reçu.

Les coûts d'assurance ne seront pas couverts : l'évaluateur devra gérer sa propre assurance et fournir les détails de sa couverture à ACF-UK avant son départ.

2. DETAILS DU PROGRAMME

Les projets qui constituent l'objet de cette évaluation visent à limiter et prévenir la propagation de l'épidémie du choléra en République Démocratique du Congo et plus particulièrement dans la province du Sud Kivu, côtière du lac Kivu avec un littoral lacustre qui s'étend sur 160 km environ de Minova à Bukavu. Les tableaux suivant présentent une récapitulation des projets faisant l'objet de l'évaluation :

| | |
|----------------------------|---|
| Titre de Programme: | Programme d'intervention pour limiter et prévenir la propagation de l'épidémie du choléra en République Démocratique du Congo (A1L) |
| Localisation | Province du Sud Kivu, République Démocratique du Congo |
| Début: | 01 Mai 2013 |
| Fin: | 28 Février 2014 |
| Titre de Programme: | Programme de prévention, de préparation et de riposte contre le choléra pour les populations de la République Démocratique du Congo (A1K) |
| Localisation | Province du Sud Kivu, République Démocratique du Congo |
| Début: | 01 Avril 2012 |
| Fin: | 30 Avril 2013 |

Les projets concernés par l'évaluation s'inscrivent dans le cadre de la stratégie long terme d'ECHO pour éradiquer le choléra en RDC et ont pour objectif général de limiter et prévenir la propagation de l'épidémie du choléra en République Démocratique du Congo.

2.1. Carte de la Zone du Programme

Territoires de Kalehe et Kabare partie nord de la province du Sud Kivu, côtières du lac Kivu avec un littoral lacustre qui s'étend sur 160 km environ de Minova à Bukavu. Cinq zones de santé : deux dans le territoire de Kalehe (Minova et Kalehe) et trois dans celui de Kabare (Katana, Miti-Murhesa et Kabare). Les cinq zones de santé sont lacustres. Trois sont de type endémique (rouge), deux de type épidémique (jaune) selon la classification de l'Inspection Provinciale de la Santé.



2.2. Vue d'ensemble du Programme

Méthodologie et source d'information

Ce projet peut être considéré comme la phase II du projet précédent dans les zones côtières du Lac Kivu. Une évaluation spécifique des besoins n'a pas été menée pour ce projet, toutes les informations sont le résultat du suivi régulier des équipes ACF sur le terrain

Problèmes et analyse des parties prenantes

En fin d'année 2012, la prise de Goma par le M23 a contribué à réduire davantage l'espace humanitaire, contraignant certaines ONG à suspendre leurs activités pendant plusieurs semaines.

Au cours de l'année 2012, la RDC a enregistré 30.753 cas de choléra avec 709 décès (taux de létalité: 2%) contre 21.700 cas avec 584 décès (taux de létalité: 2,6%) en 2011, faisant un total cumulé de 52.409 cas dont 1.293 décès.

De la 1ère à la 8ème semaine de 2013, la RDC totalise, de manière cumulative, 6.952 cas avec 166 décès (taux de létalité: 2%). Il y a lieu d'observer que 97% de cas se concentrent dans la partie Est de la RDC qui est une zone endémique.

En 2012, le Sud-Kivu a enregistré 5.093 cas de choléra dont 24 décès. Sur 34 zones de santé, 24 ont notifié des cas tandis que 2 ont connu des épidémies. De la semaine 1 à 8 du 2013, la province du Sud Kivu a notifié 881 cas avec 3 décès (taux de létalité: 0,3%). Depuis la 7ème semaine, on note une progression constante des cas enregistrée.

En 2012 la zone de santé de Minova a enregistré le plus de cas de choléra. Le début 2013 est semblable au début 2012. La situation est préoccupante dans les Zones de santé et particulièrement à Minova. Dans les 10 premières semaines de 2013, la zone de santé de Minova a enregistré un total de 145 cas sur seulement 3 mois.

En outre, il faut tenir compte que le nombre de cas de choléra ci-dessus n'inclut pas le nombre des enfants de moins de 5 ans touchés par les maladies diarrhéiques, donc une sous-estimation du problème (le taux de morbidité lié aux maladies diarrhéiques pour les enfants <5 est de 19% - MICS 2010). C'est aussi important de se rappeler que malnutrition et maladies diarrhéiques ont un lien bidirectionnel, ce qui signifie que lorsqu'un patient est atteint d'une des deux pathologies, il est beaucoup sensible à l'autre. Par son importance et sa durée, la diarrhée aboutit souvent à une malnutrition sévère qui est liée à une faible absorption d'aliments. La malnutrition augmente la gravité des atteintes diarrhéiques en même temps qu'une diminution de la résistance aux infections. Dans le même temps, la malnutrition accroît le risque de voir la diarrhée se prolonger, ce qui ne manque pas de détériorer d'avantage l'état nutritionnel de l'enfant.

Selon des études de la OMS, état nutritionnel et stress lié à l'insécurité sont de facteurs aggravants pour le cholera ("Lutte contre le choléra et les maladies diarrhéiques en Afrique de l'ouest et du centre", UNICEF/OMS, Mai 2008).

Les activités de suivi effectuées durant le projet ainsi que l'étude socio-culturelle rapide réalisée ont montré que la plupart des bénéficiaires avaient fait le lien entre la maladie et l'eau, et entre la "sauté" et la maladie. Les infirmiers rapportent qu'aujourd'hui, avec les activités de sensibilisation menées, la communauté a recours au centre de santé en cas de diarrhée et vient rapidement se faire traiter. Cependant il a été également observé que les bénéficiaires n'ont pas conscience du potentiel de propagation par voie interpersonnelle, ni de la notion de porteur sains. Cette perception représente une barrière à l'adoption de pratiques d'hygiène adéquates, et augmente le risque de contamination

Malgré un important travail fait au niveau des infrastructures d'eau et d'assainissement, celles-ci ne couvrent pas l'ensemble de la population, et une partie est mal entretenue. Un suivi technique des infrastructures existantes sera nécessaire pour garantir leur durabilité (petites réparations seront faites si besoin, formation / recyclage pour les comités d'eau), ainsi que un accompagnement des bénéficiaires pour la promotion d'une utilisation optimale de celles-ci. Pour les ménages qui s'approvisionnent à partir du lac et des rivières, la sensibilisation est axée sur le traitement de l'eau à domicile.

Au jour d'aujourd'hui, une faiblesse d'analyse des informations existantes représente un obstacle à la mise en place d'actions ciblées et durables. Pour capitaliser les expériences et améliorer l'utilisation du système de rapportage déjà renforcé pendant le projet passé, une investigation épidémiologie sera conduite pour mieux comprendre les origines et les chemins de transmission. A la suite de cette étude, les activités de prévention pourront être réorientées afin de cibler de manière spécifique les causes identifiées.

Stratégie et activités présentes ou récentes d'ACF dans le pays

ACF intervient en RDC depuis 1997 pour répondre aux urgences et aux difficultés nutritionnelles et alimentaires que rencontrent les personnes les plus vulnérables y compris les personnes déplacées, afin de réduire la morbidité et la mortalité liées à la malnutrition aiguë avec des programmes de nutrition, d'eau, d'assainissement

et d'hygiène ainsi que de sécurité alimentaire. Des programmes d'urgence sont en cours dans les provinces du Nord et Sud Kivu ainsi que dans huit autres provinces du pays. Un programme national de renforcement des capacités de gestion de la malnutrition aigüe et de réponse d'urgence aux crises nutritionnelles est également en cours.

Depuis 2008, ACF est présent dans les territoires de Kalehe et Kabare avec des programmes de sécurité alimentaire (foires aux semences, distribution d'outils, champs de démonstration...), d'eau d'hygiène et d'assainissement (construction de latrines, sensibilisation à l'hygiène, travaux d'amélioration de l'accès à l'eau potable) et de nutrition (soutien à la mise en place et au fonctionnement du programme nutritionnel thérapeutique, selon l'approche nationale PCIMA). ACF, à travers ses projets, a pu fournir une assistance à environ 350 000 bénéficiaires en 2011.

Fort de son expertise, ACF participe aussi au développement des capacités et à l'autonomisation des communautés et des associations locales, ainsi qu'au développement des compétences des institutions sanitaires, tant au sein des administrations locales qu'au niveau provincial et national.

ACF travaille ou a travaillé en partenariat avec de nombreux bailleurs de fonds, ECHO, l'Union Européenne, l'Agence Canadienne de Développement International (CIDA/ACDI), le Ministère des Affaires Étrangères français (CIAA), OFDA, des agences onusiennes (UNICEF, FAO), le Pooled Fund (PF), la Coopération Espagnole (AECID) et diverses fondations privées.

A Kalehe et Kabare, l'objectif général de ce projet est de participer à la mise en œuvre du « Plan Stratégique d'Élimination du Choléra en RDC ». Cette intervention vise aussi à consolider les acquis des premières interventions du projet financé par ECHO (2012-2013) et renforcer la lutte préventive du choléra, à améliorer les capacités de réponse, le temps d'intervention des partenaires locaux dans les zones endémiques et ainsi que la gestion de la crise au niveau communautaire et institutionnel et pour finir limiter de l'expansion de(s) l'épidémie(s)

Mécanismes et critères d'identification des bénéficiaires directs

Pour le volet prévention, les villages ciblés ont été déterminés sur la base des différentes informations :

- les tendances de l'épidémie, information dont ACF dispose déjà grâce au projet précédent
- les résultats de l'investigation épidémiologique,
- un diagnostic des ouvrages existants dans les zones identifiées comme les plus vulnérables (sur la base des informations ci-dessus)
- l'identification de gaps sur la base des informations échangées dans les réunions inter-agences et cluster WASH.

Le ciblage est réalisé en collaboration avec chaque Bureau Central des cinq Zones de Santé lacustres.

Les 3000 ménages bénéficiaires des dalles dans le cadre de l'approche ATPC mise en place dans des villages identifiés en 2012 pour leur vulnérabilité face au cholera (nombre de cas et mauvaises conditions d'assainissement), continueront d'être bénéficiaires des activités de sensibilisation tout au long du projet.

Pour le volet préparation aux urgences, l'ensemble des sept Zones de Santé sont ciblées.

Pour le volet réponse aux urgences, la localisation des principaux foyers de choléra détermine les sites d'intervention. Lors des épidémies de choléra, les malades, leur famille et leur entourage proche (voisins, collègues...) sont ciblés pour les actions de désinfection, parallèlement l'ensemble de la population des villages touchés sera ciblée pour les activités de sensibilisation.

Dans le cadre des activités de renforcement de capacités locales, deux organisations (la Croix Rouge Congolaise et le Réseau de Femmes) ont déjà été identifiées au cours de l'année 2012. Les résultats de cette collaboration étant positifs, ACF lui donne continuité. Les partenaires principaux restent les BCZs, autant que autorités sanitaires de référence.

Les chlorateurs, pulvérisateurs et sensibilisateurs, qui ont été formés pendant la précédente action, sont recyclés. Il s'agit de volontaires choisis au sein des communautés, avec la collaboration de la CRC (volontaires de la CRC), le RdF (leurs membres) les IT ; ITA (Infirmiers Titulaires, Adjoints) et les communautés impliquées (les ReCos, les comités d'eau, d'hygiène, et les clubs de mamans).

Les activités de renforcement de capacités cibleront également le personnel de santé identifié avec les BCZs, afin de compléter les formations initiées dans l'action précédente.

Modalités d'implication des bénéficiaires

L'implication des bénéficiaires directs dans les activités du programme se fait au travers des mécanismes de gestion communautaire existants (élection des ReCos, comités d'eau et d'hygiène)

De plus, ce projet fait suite à une collaboration de plusieurs mois avec les différents BCZs de la zone côtière, et prend en compte les échanges avec les bénéficiaires durant la mise en place des activités. Les gaps remontés par les bénéficiaires lors de la précédente action sont utilisés pour orienter les nouvelles activités.

Pendant l'implémentation du projet, les BCZs sont impliqués dans les différentes activités suivantes :

- Pour le plan de contingence, ils sont les 'propriétaires'
- Pour la réponse aux urgences, ils donnent l'alerte et ils coordonnent avec les différents acteurs (CRC, ACF, etc.)
- Pour le suivi épidémiologique, les épidémiologistes de chaque BCZ sont impliqués dans l'investigation et l'analyse des données
- Pour les activités de prévention suite à l'investigation, les priorités sont discutées avec les BCZs.

Les partenaires locaux (la CRC et le RdF) sont impliqués dans la réorientation et la validation de la stratégie de sensibilisation, et dans l'encadrement et la prise en charge du personnel: chlorateurs, pulvérisateurs et sensibilisateurs.

L'implication des volontaires des communautés (soit de la CRC et RdF, soit le ReCos, les comites) repose sur le principe du volontariat, donc leur motivation et intérêt pour la santé communautaire, ainsi que la capacité d'ACF de les former et accompagner.

Les personnels de santé, notamment les ITs, sont impliqués dans la supervision des ReCos, ainsi que toutes les activités autour de la sensibilisation communautaire autant que personne focal pour l'aire de santé.

2.3. Objectif Général

A1L : Contribuer à l'éradication du choléra et à la diminution des maladies diarrhéiques dans les régions frontalières du lac Kivu en République Démocratique du Congo.

A1K : Contribuer à la diminution de la morbidité et la mortalité dues au choléra en République Démocratique du Congo.

2.4. Objectifs spécifiques/Résultats

Objectif spécifique :

A1L : Améliorer la réponse et la prévention du choléra grâce à une meilleure compréhension des chemins et mécanismes de transmissions ainsi que les connaissances des populations.

A1K : Amélioration des conditions et des comportements en matière d'EHA des populations des zones endémiques pour la prévention et la réduction des risques des flambées de choléra

Résultats A1L (Projet en cours):

Résultat 1 : Le plan de contingence est suivi et opérationnalisé et la vitesse de déploiement est améliorée

Résultat 2 : La réponse aux urgences est améliorée grâce au renforcement des capacités des partenaires locaux

Résultat 3 : Un service minimum WASH est fourni aux centres de santé et populations à risques de flambées .

Résultat 4 : Les mécanismes et chemins de transmissions sont identifiés grâce à une analyse épidémiologique (basée sur l'outil SIG) et les besoins structurels WASH sont identifiés dans les zones les plus vulnérables

Résultat 5 : Un projet pilote démontre la faisabilité d'une approche de marketing social autour de l'utilisation du chlore

Résultats A1K (Précédent projet):

Résultat 1 : Amélioration des conditions et des comportements en matière d'EHA des populations des zones endémiques pour la prévention et la réduction des risques des flambées de cholera

Résultat 2 : Amélioration des capacités de réponse et du temps d'intervention des partenaires locaux dans les zones endémiques et épidémiques

Résultat 3 : Amélioration de la réponse (moins de 48h après dépassement du seuil épidémiologique) et de la gestion des crises aux niveaux communautaire et institutionnel et limitation de l'expansion de(s) épidémie(s) ; Mise en place d'une intervention d'urgence au niveau communautaire et institutionnel en moins de 48h après dépassement du seuil épidémiologique et limitation de l'épidémie

Résultat 4 : Amélioration de l'accès aux infrastructures d'assainissement appropriées et opérationnelles ainsi que des connaissances de base en matière de bonnes pratiques d'hygiène.

2.5. Activités du Programme

Pour A1L (Projet en cours) :

Activité 1.1 : Amélioration du suivi des nombres de cas de choléra par le renforcement des capacités du personnel (médecins, infirmiers titulaires, volontaires etc.)

Activité 1.2 : Suivi et mise à jour du stock de contingence
Activité 1.3 : Renforcement des capacités du partenaire local pour améliorer la réponse dans le cadre du plan de contingence
Activité 2.1 : Désinfection des ménages
Activité 2.2 : Sensibilisation à l'hygiène
Activité 2.3 : Appui aux déplacés
Activité 3.1 : Appui aux centres de santé/CTC pour faire face aux urgences en cas de flambée
Activité 3.2 : Mise en place de points de chloration
Activité 4.1 : Investigation et analyse épidémiologique
Activité 4.2 : Amélioration de l'accès aux infrastructures WASH dans les zones identifiées prioritaires
Activité 4.3 : Promotion de l'hygiène pour la prévention du choléra et des maladies diarrhéiques
Activité 5.1 : Recherche de partenaires pour la distribution de produits de traitement de l'eau sur le marché
Activité 5.2 : Campagne de promotion
Activité 5.3 : Capitalisation des leçons apprises

Pour A1K (Précédent projet) :

Activité 1.1 : Réhabilitation/réaménagement de 10 sources et de 3 réseaux d'adduction après diagnostique, étude de faisabilité de construction/réhabilitation d'un réseau d'adduction dans une ville moyenne endémique
Activité 1.2 : Chloration de 10 réseaux d'adduction et de 15 points d'eau à risque, promotion d'une filière pilote pour la réalisation de la chloration de l'eau à domicile, suivi de la qualité de l'eau
Activité 1.3 : Sensibilisation sur la lutte contre le choléra, promotion des bonnes pratiques en matière d'EHA (sensibilisation par les ReCo, le partenaire local, les clubs de mamans, promotion des latrines et mise en place de comités)
Activité 2.1 : Suivi épidémiologique, cartographie des zones endémiques, identification et priorisation des zones cibles, renforcement du BCZ sur l'enregistrement, la collecte et la transmission des cas de cholera
Activité 2.2 : Réalisation, organisation et validation des plans de contingence avec le BCZ, formation et organisation des partenaires locaux au plan de contingence, pre-positionnement des stocks
Activité 2.3 : Coordination avec le cluster WASH, les parties prenantes locales, ainsi que les autres acteurs de la zone
Activité 3.1 : Appui aux CTC en matière d'eau potable, de latrines d'urgence et d'approvisionnement en chlore et réalisation de séances de sensibilisation spécifiques aux périodes d'épidémies
Activité 3.2 : Mise en place de points de chloration, appui au partenaire local pour la prise en charge et gestion des chlorateurs, pulvérisateurs et sensibilisateurs, distribution de barres de savon
Activité 3.3 : Cartographie des cas pour suivre l'évolution des épidémies
Activité 4.1 : Appui à la construction de latrine par la distribution de facteurs facilitants pour 2500 ménages
Activité 4.2 : Promotion de l'utilisation des latrines et sensibilisation sur les risques de défécation à l'air libre
Activité 4.3 : Organisation des séances d'information / sensibilisation sur les bonnes pratiques d'hygiène

3. BUT DE L'ÉVALUATION

3.1. Les Utilisateurs cible(s) de l'Évaluation

| | |
|--------------------------------|---|
| ACF | Water, Sanitation & Hygiene technical advisor, NY |
| Siège commanditaire | Desk Officer |
| Au Niveau de la Mission | CDM Coordinateur WASH Pays/Country WASH Coordinator Coordinateur Terrain Kalehe et Minova – R.D.Congo Est Programme Manager WASH Kalehe/Minova |
| Autres | ECHO, Partenaires locaux |

3.2. Objectif(s) de l'Évaluation

L'évaluation se situe après la phase I (un an) du projet et la première moitié de la phase II (10 mois), et il y a 3 objectifs principaux:

1. Analyser l'impact du projet jusqu'à présent et évaluer les progrès réalisés sur les objectifs et des résultats planifiés dans les projets A1K (phase I) et A1L (phase II mi-parcours).
2. Orienter la stratégie du projet A1L.

3. Identifier les recommandations pour améliorer l'exécution, la qualité et l'efficacité des interventions choléra et de fixer les lignes directrices pour une éventuelle phase III du projet.

3.3. Champs de l'Evaluation

L'évaluateur devra produire un Rapport Initial pendant la préparation de l'évaluation. Ce rapport va détailler les questions nécessaires pour répondre aux questions/sujets ci-dessous. L'évaluateur a la liberté d'ajouter d'autres points sur lesquels il jugera pertinent de faire des recommandations et commentaires. Le rapport doit détailler les outils pour la récolte et le traitement des données. Finalement le rapport présentera d'une façon structurée les éléments de réponse (possible dans une matrice). Ce rapport sera partagé avec l'équipe d'ACF (ACF-UK, ACF-USA et ACF-RDC) pour les commentaires.

- 1) Evaluer **les stratégies** de lutte contre le choléra proposées par ACF et ses partenaires, et identifier les manques à combler.
- 2) Evaluer **la pertinence, l'efficacité, l'efficience et l'impact** de l'approche, notamment sur les points suivants :
 - a) Compréhension du contexte et des schémas endémiques et épidémiques du choléra dans la zone d'intervention par ACF et ses partenaires
 - b) Evaluation de l'influence du programme sur la prévalence du choléra, la réduction des pratiques à risques et la compréhension de la maladie par les communautés ciblées
 - c) Estimation de la couverture du nombre de cas assistés dans les délais impartis / Zones non couvertes/inatteignables
 - d) Identification de la zone couverte (pourcentage de sensibilisation, point de rassemblement)
 - e) Limites du dispositif ACF en place (% à un nombre maximal de cas gérable, % à une couverture géographique)
 - f) Evaluation de la pertinence des plans et stocks de contingence. Quelle est l'utilisation et la capacité de suivi des stocks?
- 3) Evaluer **l'efficacité de réponse d'urgence** (délais alerte / riposte) d'ACF et des partenariats (Croix Rouge Congolaise, Réseau de Femmes et autorités de santé) et la pertinence des Plans de Contingence et stocks de contingence.
 - a) Le mécanisme d'alerte est-il suffisant ?
 - b) La réactivité du dispositif est-elle satisfaisante?(délais de notification et délais entre alerte et riposte). Quelles sont les contraintes ?
 - c) Y-a-t-il des problèmes d'accès aux données ?
 - d) Quelles sont les conséquences sur la riposte ?
- 4) Evaluer **les stratégies de sortie** envisagées et les étapes permettant d'assurer la pérennité de l'intervention, et appuyer ACF dans la définition d'une approche WASH / prévention du choléra moins tournée vers la réhabilitation systématique d'infrastructures.
- 5) Mesurer **l'inclusion des populations les plus vulnérables** ou isolées dans le projet, notamment les pygmées et groupe à risques (ex. déplacés, pêcheurs, familles de militaires).
- 6) Evaluer **le niveau de participation et de mobilisation des agents** impliqués dans le projet et l'estimation de leur influence dans la prise de décisions.
- 7) Evaluer les activités de sensibilisation : les outils, les messages et la stratégie employée fonctionne-t-elle? Comment mieux mesurer les résultats?
- 8) Les Relais Communautaires sont-ils performants dans les tâches qui leur sont confiées?
- 9) Evaluer la pertinence **des systèmes de suivis**.
 - a) Sont-ils suffisamment formalisés ?
 - b) Les résultats sont-ils satisfaisants ?

3.4. Critères d'évaluation

ACF souscrit aux critères du Comité d'Assistance au Développement (DAC) pour les évaluations : impact, durabilité, cohérence, couverture, pertinence, efficacité et efficacie. ACF promeut également l'analyse systématique du système de suivi et des questions transversales (genre, HIV/AIDS etc). Toutes les évaluations externes doivent utiliser les critères du DAC dans l'analyse des données et le rapportage. L'évaluateur n'es pas attends de nécessairement analyse le projet selon chaque critères mais dans tous cas, l'évaluateur doivent compléter le tableau ci-dessous et l'inclure dans le rapport final dans une annexe.

| Critère | Classement (1 faible, 5 élevé) | | | | | Justification |
|------------|-----------------------------------|---|---|---|---|---------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| Impact | | | | | | |
| Durabilité | | | | | | |
| Cohérence | | | | | | |
| Couverture | | | | | | |
| Pertinence | | | | | | |
| Efficience | | | | | | |
| Efficacité | | | | | | |

3.5. Bonnes pratiques

L'évaluation doit fournir un (1) exemple clé de Bonne Pratique du programme/projet concerné. Cet exemple doit être lié à la dimension technique de l'intervention, soit en termes de démarche, soit en termes de dispositifs, et qui doit pouvoir potentiellement être réutilisé dans d'autres contextes où ACF opère. Cet exemple de Bonne Pratique doit être présenté dans une annexe.

3.6. Résultats de l'Evaluation

Les résultats de l'évaluation devraient être présentés dans des rapports écrits ainsi que par le biais de différentes présentations orales :

- Présentation sur le terrain (au chef de mission et personnel technique concerné)
- Présentation au siège (en personne ou par téléconférence)

3.7. Méthodologie

3.7.1. Briefing

Avant qu'une évaluation ne prenne place, l'évaluateur devra être briefé au niveau du siège et au niveau du terrain (avec le chef de mission/ ou le point focal technique concerné). La possibilité de briefings téléphoniques doit être discutée et accordée au préalable.

1.7.2 Préparation de l'évaluation

Le consultant doit réaliser Un Rapport de Initial qui :

- o pose les questions nécessaires de répondre à l'évaluation.
- o Présente d'une façon structurée les éléments de réponse et les recommandations suites aux questions posées.
- o Des outils pour la récolte et le traitement des données.

3.7.3. Activités de terrain

Les consultants doivent collecter une série de données. Cela inclus (mais n'est pas limité à) :

- Informations directes : entretiens avec les bénéficiaires – visites du projet et aux commodités offertes aux bénéficiaires.
- Informations indirectes : entretiens avec les représentants locaux ; entretiens avec l'équipe nationale et expatriée du projet ; réunions avec les autorités locales, groupes de bénéficiaires, agences humanitaires, représentants des bailleurs de fonds et autres parties prenantes. Pour la collecte de données indirectes, des méthodes d'évaluation standards et participatives doivent être utilisées (entretiens avec les unités familiales et focus group discussion avec les bénéficiaires, non-bénéficiaires, informateurs clés – relais communautaire, enseignants et leaders).
- Analyse des informations secondaires : cela comprend l'analyse des données du suivi du projet, accords de partenariat, ou de toute autre donnée statistique pertinente.

3.7.4. Rapport

Le rapport devra suivre le format suivant:

- Page de garde
- Table des matières
- Résumé : le résumé devra pouvoir être utilisé en tant que tel, décrivant le programme, les conclusions et les principales recommandations de l'évaluation. Ce document sera de deux (2) pages maximum.
- Corps du rapport : le rapport développera les points listés dans le résumé. Il inclura la référence à la méthodologie utilisée pour l'évaluation et le contexte de l'action. Par ailleurs, la recommandation correspondante sera attachée à chaque conclusion clé. Les recommandations doivent être autant réalistes, opérationnelles et pragmatiques que possible, prenant précautionneusement en compte les circonstances exceptionnelles du contexte de l'action et des ressources disponibles pour cette dernière tant sur le terrain qu'au siège exécutif concerné.
- Annexes : listées et correctement numérotées.
- Le format du corps du rapport est le suivant :
 - Contexte
 - Méthodologie
 - Constations & discussions
 - Conclusions & recommandations
 - Annexe I (Bonne Pratique)
 - Annexe II (Classification des évaluations de programme selon les critères DAC)

Le rapport doit être soumis dans la langue spécifiée dans les ToRs. Le rapport ne doit pas excéder 30 pages (Annexes non comprises). Le rapport préliminaire ne devra pas être soumis plus de 10 jours calendriers après le départ du terrain. Le rapport final ne devra pas être soumis plus tard que la date de fin du contrat de consultance. Les Annexes du rapport seront acceptées dans la langue de travail du pays ou du programme évalué.

3.7.4. Débriefing & atelier d'apprentissage

L'évaluateur devra faciliter un atelier d'apprentissage :

- Présenter le rapport préliminaire et les conclusions de l'évaluation à la mission et autres parties prenantes.
- Rassembler les retours sur les conclusions et atteindre un consensus sur les recommandations.
- Développer les affirmations de l'atelier dirigées vers l'action et basées sur les leçons et les améliorations proposées pour le futur.

3.7.5. Débriefing avec le siège d'ACF

L'évaluateur devrait effectuer un débriefing avec le siège d'ACF concerné sur son rapport préliminaire, les principales constations, conclusions et recommandations de l'évaluation. Les retours et commentaires pertinents devraient être inclus dans le rapport final.

4. PROFILE DE L'ÉVALUATEUR

Le profil de l'évaluateur devra correspondre aux conditions suivantes :

- 1 Minimum 5 ans d'expérience professionnelle sur des programmes Eau, Assainissement et Hygiène humanitaire en pays en développement
- 2 Expérience Eau, Assainissement et Hygiène avérée sur des contextes de choléra ;
- 3 Expérience en évaluation externe exigée, évaluation d'impact ex post fortement souhaitée
- 4 Diplôme pertinent ou expérience équivalente liée à l'évaluation à entreprendre
- 5 Expérience considérable dans la coordination, la conception, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation de programmes.
- 6 Capacité à écrire des rapports clairs et utiles (il peut être demandé de fournir des exemples de travaux précédents).
- 7 Compréhension des lignes directrices d'ECHO
- 8 Capacité à gérer le temps et les ressources imparties et à travailler dans des délais courts
- 9 Maîtrise de la langue française exigée
- 10 Connaissance des mécanismes de coordination et du Cluster fortement souhaitée

5. DROITS

La propriété du rapport (préliminaire et final) appartient exclusivement au siège commanditaire et au bailleur concerné. Le document, ou une publication liée à ce dernier, ne sera partagé qu'avec ACF avant qu'ACF ne transmette le document final au bailleur de fonds.

ACF est le destinataire principal de l'évaluation et ses résultats pourraient avoir un impact sur les stratégies tant opérationnelles que techniques. Ceci étant dit, il est probable qu'ACF partage les résultats de l'évaluation avec les groupes suivants :

- Donateur(s)
- Partenaires gouvernementaux
- Entités de coordination variées

Droits de propriété intellectuelle

Tous les documents liés à l'évaluation (dans le cadre ou non des tâches de l'évaluateur), doivent demeurer la propriété seule et entière d'ACF.

Rapport Initial, Evaluation Externe Projet Choléra, ACF RDC Yvan GRAYEL, Consultant, le 09 janvier 2013

Note générale

Ce document a pour but de préciser, dans les grandes lignes, les orientations prises dans le travail d'analyse, en tenant compte des champs de l'évaluation proposés dans les Termes de Références (« ... *Ce rapport va détailler les questions nécessaires pour répondre aux questions/sujets ci-dessous. L'évaluateur a la liberté d'ajouter d'autres points sur lesquels il jugera pertinent de faire des recommandations et commentaires...* »). Il permet aussi de visualiser la structuration des parties 'constatations et discussions' et 'conclusions & Recommandations' du rapport d'évaluation externe.

Cette version du rapport initial est soumise à vos remarques et suggestions le cas échéant. Merci de considérer que les questions & enjeux à investiguer qui sont listés ci-dessous dans le tableau n'ont pas la prétention d'être ni exhaustifs ni trop détaillés (pour ne pas consacrer trop de temps à cet exercice de planification et pour garder une certaine souplesse en fonction des priorités de l'évaluation au fur et à mesure de son avancée). Certaines questions se regroupent ou n'ont pas été répétées dans plusieurs des champs de l'évaluation pour ne pas surcharger le document, mais l'établissement des conclusions intégrera ces éléments.

Même si certains aspects pourront être rajoutés ou certains plus développés que d'autres, selon l'évolution des enseignements au gré des investigations de l'évaluation initiale, ce tableau de cadrage donne toutefois une vision plutôt complète des enjeux dont l'évaluation externe devra analyser et apporter des recommandations.

Notez que je parle parfois de 'programme' par raison de convenance dans le but de regrouper sous un seul terme les phases I, II et III (A1K, A1L, A1M) du financement ECHO.

Rappel des objectifs de l'évaluation externe

D'après les Termes de références, 3 objectifs de l'évaluation externe ont été proposés :

- 1) Analyse de l'impact du projet jusqu'à présent et évaluer les progrès réalisés sur les objectifs et des résultats planifiés dans les projets A1K (phase I) et A1L (phase II mi-parcours).
- 2) Orienter la stratégie du projet A1L.
- 3) Identifier les recommandations pour améliorer l'exécution, la qualité et l'efficacité des interventions choléra et de fixer les lignes directrices pour une éventuelle phase III du projet.

Il faut noter que l'évaluation intervient au 8^e mois (sur 10) du projet A1L et que la première version du proposal A1M a été soumise. L'orientation de la stratégie (*objectif 2*) concerne donc plutôt la poursuite des actions jusqu'à début 2015 (fin de la phase III) et s'attachera à évaluer également les perspectives potentielles à plus long terme (post phase III). De même, les recommandations (*objectif 3*) concerneront des ajustements complémentaires au plan d'action actuel pour finir le projet Phase II (dans la limite du possible étant donné la période de l'évaluation), ainsi que des propositions à développer pour améliorer la qualité des actions futures, à court terme (mise en œuvre de la Phase III, dans la limite du possible étant donné les engagements du proposal déjà soumis) et à plus long terme (en lien avec une stratégie de sortie à long terme, post-phase III).

Outils et Méthodes de collecte de données

Les différentes méthodologies et outils utilisés sont les mêmes que ceux décrits dans les Termes de Références. Ils sont utilisés pour chaque champ d'évaluation. Le rapport d'évaluation présentera dans le détail les méthodes employées.

De manière générale, les investigations peuvent être classées en plusieurs groupes :

- **Investigations de Terrain** : *objectif : visite d'env. 20% des aires de santé soit +/- 7 ADZ réparties dans au moins 4 ZDS (80%)*
 - Entretiens avec les représentants locaux, groupes de discussions avec des personnes clés des communautés,
 - Visites de sites d'intervention (points de chloration, lieux de rassemblement, centres de santé, latrines, etc.), observations, discussions avec les partenaires sur le terrain, analyse des systèmes de collecte des données, discussions techniques et mesures avec les opérateurs aux points d'eau, etc. -
 - Promenade transversale dans les communautés, discussions informelles avec les bénéficiaires, rencontre avec des relais communautaires, etc.
- **Discussions avec les acteurs clés du programme** :
 - Briefings, discussions avec l'équipe nationale et expatriée du projet, entretiens avec les services support
 - Réunions avec les chefs de BCZ, les représentants de la Croix-Rouge et du Réseau des Femmes,
 - Rencontres avec ECHO (Bukavu), la coordination cluster, les partenaires WASH du financement ECHO (si disponibles), MSF Minova et autres agences humanitaires et parties prenantes éventuelles.
- **Lectures complémentaires** : documents du projet et autres selon besoin
- **En termes de livrables** :
 - Fourniture d'un rapport initial (programmation), d'une version brouillon (au 03 février) et d'une version finale (au 15 février) du rapport d'évaluation. Le rapport d'évaluation externe suivra la trame habituelle des rapports d'évaluation externe d'ACF International (Cf. ACF Evaluation Policy & Guidelines et les TdR). Notamment la partie '*Constats et discussions*' sera structurée pour répondre aux éléments décrits dans le tableau ci-dessous, en lien avec les champs d'évaluation proposés dans les TdR). La partie '*Conclusion*' reprendra les grands enseignements de cette analyse, pour lesquels des recommandations spécifiques seront proposées.
 - L'évaluateur organisera une restitution à l'équipe cadre d'ACF RDC avant départ du pays (26-27 janvier). Un PPT synthétique des premiers enseignements sera présenté, y compris des propositions de recommandations afin d'être discutées en séance. *Note : dans une optique de partage des informations, la présence de l'ensemble de l'équipe projet aurait été souhaitable, mais difficilement réalisable à cause de la dispersion géographique (Bukavu, Minova, Kalehe).*
 - L'évaluateur organisera avec l'équipe d'ACF USA (par skype) un débriefing, reprenant les enseignements discutés avec l'équipe ACF RDC et
 - En annexes, il est notamment prévu de fournir un exemple clé de Bonne Pratique du programme, '*... lié à la dimension technique de l'intervention, soit en termes de démarche, soit en termes de dispositifs, et qui doit pouvoir potentiellement être réutilisé dans d'autres contextes où ACF opère...'*. Cet exemple sera sélectionné après une première partie d'investigations de terrain, en fonction des premiers résultats – Objectif : sélection de l'exemple de Bonnes Pratiques au 15 ou 20 janvier au plus tard.
 - En annexes, une grille d'analyse DAC résumera l'atteinte des critères d'appréciations usuelles du programme (cf. TdR Evaluation Externe).
 - Autres annexes selon la pertinence.

Détails des questions et enjeux à investiguer

| Sujets proposés pour l'évaluation externe (cf. TdR) | Questions et Enjeux à Investiguer : Propositions de l'Évaluateur |
|---|---|
| <p>1) Evaluer les stratégies de lutte contre le choléra proposées par ACF et ses partenaires, et identifier les manques à combler.</p> | <p>L'approche développée sur les projets ACF Choléra est-elle cohérente avec le contexte local et s'intègrent-elles avec les différentes initiatives sectorielles et multisectorielles ? Quels sont les points à améliorer (actuels et pour l'avenir) dans la lutte contre le choléra proposée par ACF en RDC ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Quel est le niveau de cohérence du programme avec les orientations d'ECHO, du Cluster WASH en RDC, les plans gouvernementaux, etc. ? - La stratégie du programme s'insère-t-elle avec les stratégies régionales multisectorielles et/ou thématiques existantes (stratégie Bouclier / Coup de Poing par exemple) ? - Le projet est-il en lien avec le positionnement d'ACF International sur les actions de lutte contre choléra ? Les outils développés par ACF International sont-ils considérés ? - Comment le programme se situe-t-il par rapport à la stratégie pays d'ACF en RDC ? - Dans quelle mesure la compréhension des mécanismes et des contextes de transmission au niveau des communautés a-t-elle permis de définir de manière adéquate les stratégies de prévention et de réponse aux épidémies de choléra (en lien avec Q2) ? - L'effort prioritaire porté sur des actions software par rapport aux actions hardware est-elle adaptée aux besoins prioritaires des zones prioritaires ? - La phase III permet-elle d'incorporer efficacement les leçons apprises des 2 phases précédentes dans une logique de sortie après projet (cf. Q4) ? |
| <p>2) Evaluer la pertinence, l'efficacité, l'efficience et l'impact de l'approche, notamment sur les points suivants :</p> | <ul style="list-style-type: none"> - De manière générale, quel est le niveau d'atteinte (à ce jour / à la fin du projet A1L) des objectifs et des résultats du programme, à travers une analyse du cadre logique des 2 projets (objectifs, résultats, activités, indicateurs de résultats, sources de vérification, moyens mis en œuvre, risque et hypothèse). - Comment la stratégie développée est-elle reprise sous forme des cadres de logique de projets ? - Comment les aspects transversaux, comme la problématique du genre, l'intégration des groupes les plus vulnérables (enfants, groupes marginalisés, personnes âgées, handicap, etc.), les considérations environnementales, etc. sont-ils pris en compte dans le programme ? Sont-ils appropriés à un contexte de programme d'urgence ? |

a) Compréhension du contexte et des schémas endémiques et épidémiques du choléra dans la zone d'intervention par ACF et ses partenaires

- Quel est le niveau de connaissance d'ACF et de ses partenaires à propos des mécanismes de transmission et des facteurs à risque de la maladie dans les zones d'intervention (zones lacustres et potentiel de propagation dans les terres) ? En quoi le retard dans la mise en œuvre de l'étude épidémiologique affecte la compréhension du contexte au niveau local (micro) ?
- Comment les outils et méthodologies (mis / non mis en place) peuvent limiter / augmenter les risques de mauvaise interprétation des causes et des problématiques principales ?
- Comment ACF utilise-t-il les informations disponibles localement (population, contexte socio-culturels, parties prenantes traditionnels et institutionnels, etc.) lors des enquêtes, à chaque flambée ?
- L'analyse des problèmes prioritaires est-elle systématiquement optimale (quel est le risque de standardisation des réponses) ? L'arrêt des points de chloration est-elle systématiquement lié à des indicateurs fiables de baisse de flambée ? Les analyses d'eau sont-elles une source d'information primordiale ?
- Quel est le niveau de perception des équipes d'ACF et des partenaires entre un contexte local endémique et épidémique ? Comment est-ce mesuré systématiquement ?

b) Evaluation de l'influence du programme sur la prévalence du choléra, la réduction des pratiques à risques et la compréhension de la maladie par les communautés ciblées

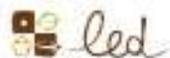
- Le projet atteint-il les indicateurs de résultats du cadre logique ? Les risques et hypothèses du programme ont-ils été pertinemment identifiés ? Les objectifs fixés initialement de baisse du taux d'attaque et du temps de réponse lors des flambées de choléra sont-ils suffisants pour atteindre l'objectif spécifique du projet ?
- Quelle est la pertinence des solutions techniques (hardware, software, renforcement de capacités, etc.) par rapport à la nature des problèmes prioritaires ? Quelles évidences a-t-on que les barrières de transmission mises en place sont les plus adaptées en situation d'urgence et par rapport au contexte local (interventions de riposte et de prévention) ?
- Dans quelle mesure les changements de pratiques à risque sont-ils effectifs et sur quelle période durent-ils ? (cf. Q7)
- Etant un sujet 'controversé' au sein d'ACF International, la pulvérisation à domicile en zone endémique produit-elle les effets escomptés ? La méthodologie appliquée est-elle la plus appropriée ?
- Quels sont les impacts positifs à court et plus long terme du programme ? La durée de l'influence des actions sur la prévalence du choléra est-elle suffisante ? N'est-il pas possible de faire mieux ?
- Quels impacts attendus ne se produisent pas ? Quels sont les impacts non souhaités du programme ?

c) Estimation de la couverture du nombre de cas assistés dans les délais impartis / Zones non couvertes/inatteignables

Les champs c) et d) sont regroupés – Critère de couverture

- Le niveau de couverture à ce jour est-il proche du niveau attendu en début de projet ? Les zones d'intervention (prévention et riposte) correspondent-ils aux zones les plus vulnérables ?
- Le processus de ciblage dynamique des zones d'intervention est-il optimisé ? Quels sont les contraintes en cas de non ciblage d'une zone prioritaire ?
- La coordination des acteurs humanitaires permet-elle une couverture maximale en fonction des compétences et des ressources de chacun ? Dans quelle mesure l'action d'ACF auprès des déplacés recevant une aide humanitaire

d) Identification de la zone couverte (pourcentage de sensibilisation, point de rassemblement)



| | |
|--|--|
| | <p>est-elle justifiée ? L'action d'ACF auprès des centres de santé (et UTC/CTC) est-elle pertinente et adaptée ? Y a-t-il des problèmes de chevauchement de l'aide ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - ACF a-t-il une bonne connaissance du nombre dynamique de déplacés (en camps et chez les habitants) ? - A chaque zone, 100% des bénéficiaires souhaités sont-ils touchés systématiquement ? L'intégralité des points de rassemblement à risque sont-ils bien pris en charge ? - Le système mis en place pour répertorier les zones d'intervention est-il un moyen efficace de mesure de la zone couverte et des zones restantes à cibler ? ACF utilise-t-il ces informations de la manière la plus appropriée ? Quelle est l'approche d'ACF en cas de zones déjà touchées sur le projet A1K ? |
| <p>e) Limites du dispositif ACF en place (% à un nombre maximal de cas gérable, % à une couverture géographique)</p> | <ul style="list-style-type: none"> - La taille du projet est-elle bien dimensionnée par rapport à la capacité actuelle d'ACF en termes de zone géographique et en nombre de bénéficiaires ? Jusqu'à quelle capacité de couverture efficace, ACF peut-il aller ? - Les moyens mis à disposition par ACF (humains, logistiques, sécurité, R&A) sont-ils suffisants et efficaces pour la réalisation complète du projet ? Quel est l'impact du contexte sécuritaire et local dans la réalisation du programme ? - L'équipe ACF et de ses partenaires est-elle suffisante ? Les actions de renforcement de compétences sont-elles suffisantes ? Quel est le niveau d'autonomie des partenaires locaux et de l'équipe nationale ACF ? |
| <p>f) Evaluation de la pertinence des plans et stocks de contingence. Quelle est l'utilisation et la capacité de suivi des stocks ?</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Quel est l'impact du rôle d'ACF dans la mise en œuvre des plans de contingence ? Dans quelle mesure sont-ils opérationnels et efficaces ? Comment ACF le mesure-t-il ? - L'ensemble des acteurs sont-ils représentés, opérationnels et impliqués ? - Quelles plus-values ont apporté les actions d'ACF sur la phase II par rapport à la phase I ? - Le contenu des stocks de contingence est-il adaptée et efficient ? Quelle est la pertinence de fournir des kits de contingence de manière annuelle ? - Comment le suivi des stocks de contingence est-il établi ? Quelles sont les mesures de mitigation par rapport au risque de détournement des stocks ? - Comment les personnes en charge connaissent-ils l'utilisation des kits de contingence ? |
| <p>3) Evaluer l'efficacité de réponse d'urgence (délais alerte / riposte) d'ACF et des partenariats (Croix Rouge Congolaise, Réseau de Femmes et autorités de santé) et la pertinence des Plans de Contingence et stocks de contingence.</p> | <p>Mesure de la rapidité de la réponse et analyse des résultats :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Quelle est la diminution de temps de réponse en cas d'épidémie de choléra ? - Les activités réalisées correspondent-elles aux activités prévues ? Quels ont été les moyens mis en œuvre pour surmonter les difficultés ? |
| <p>a) Le mécanisme d'alerte est-il suffisant ?</p> | <p>Quel rôle actif a joué ACF dans l'amélioration du mécanisme d'alerte ? Les objectifs du programme vont-ils être</p> |

| | |
|---|--|
| | atteints ? |
| b) La réactivité du dispositif est-elle satisfaisante? (délais de notification et délais entre alerte et riposte). Quelles sont les contraintes ? | Le temps de réponse entre le début de la flambée et la riposte est-il suffisant ? Le dispositif d'équipe mobile est-il adapté à l'épidémiologie locale ? Quels sont les axes d'amélioration possibles ? Les plans de contingence fonctionnent-ils suffisamment bien ? Les partenaires du projet sont-ils réactifs et efficaces ? |
| c) Y-a-t-il des problèmes d'accès aux données ? | Quels sont les barrières principales rencontrées dans la collecte rapide des informations ? ACF a-t-il entrepris des actions adaptées de mitigation ? ACF utilise-t-il d'autres moyens de collecte des données ? Les problèmes sont-ils indépendants du champ d'action d'ACF ? Etait-il possible de les anticiper / contourner ? Comment sont transférées et utilisées les données collectées (de local à provincial) ? Comment fonctionnerait le système d'alerte en cas de retrait d'ACF (souhaité ou non prévu) ? |
| d) Quelles sont les conséquences sur la riposte ? | Quel est le niveau d'adéquation de la riposte dans le temps ? Les interventions de riposte sont-elles trop en retard pour contenir efficacement les flambées ? La désinfection des ménages est-elle appropriée par rapport à la période d'intervention ? Les actions de prévention sont-elles suffisamment conséquentes pour limiter les flambées ? |
| 4) Evaluer les stratégies de sortie envisagées et les étapes permettant d'assurer la pérennité de l'intervention, et appuyer ACF dans la définition d'une approche WASH / prévention du choléra moins tournée vers la réhabilitation systématique d'infrastructures. | <ul style="list-style-type: none"> - Quels sont les impacts à court et moyen terme du programme ? Quel niveau de pérennité les actions du programme vont-elles atteindre ? (cf. Q2 b) - Les stratégies de sortie sont-elles suffisamment ambitieuses ou réalisables ? Sont-elles les bonnes réponses aux problématiques locales ? Sont-elles mises en œuvre et/ou programmées (phase III) avec suffisamment de moyens pour réussir ? - Quelles solutions sont-elles les plus réalistes à l'issue des financements ECHO ? Qu'est-il envisagé en cas de retrait d'ACF (décisions sécuritaires, internes ou par manque de financement) ? - Quel niveau de durabilité l'implication et la capacité actuelles de la Croix-Rouge Congolaise et de Réseaux des Femmes assurent-elles au niveau des actions de prévention et de riposte ? Les risques d'échecs sont-ils bien identifiés et comment sont-ils mitigés ? Les actions de renforcement de compétences sont-elles suffisamment efficaces pour garantir une prise en charge durable des actions par les acteurs locaux ? - Quels sont les points forts et les risques d'échecs d'une campagne de marketing social pour assurer la potabilisation systématique de l'eau ? Est-ce le meilleur moyen à court ou long terme ? Les conséquences d'un passage de distribution gratuite à l'achat du produit par les ménages ont-elles été suffisamment bien anticipées ? |
| 5) Mesurer l' inclusion des populations les plus vulnérables ou isolées dans le projet, notamment les pygmées et groupe à risques (ex. déplacés, pêcheurs, familles de | <ul style="list-style-type: none"> - Comment l'intégration systématique de l'ensemble de la population est-elle assurée ? - En quoi les études du programme permettent de bien cibler l'ensemble des groupes à risques ? Par quelles mesures adaptées, l'identification des groupes les plus vulnérables se traduit-elle afin de les toucher de manière efficace et systématique ? |

| | |
|--|---|
| <p>militaires).</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Quel est le niveau de vulnérabilité des personnes déplacées (avant et après les actions d'ACF) ? Quelle durée de protection ? Comment les acteurs se coordonnent-ils pour assurer un contrôle optimal au niveau des camps de déplacés ? (cf. Q2 d) - Comment ACF intervient-il pour modifier certains messages en fonction de certains groupes de populations et de contextes locaux ? Les messages sont-ils compréhensibles par toutes les catégories de la population ? (cf. Q7) |
| <p>6) Evaluer le niveau de participation et de mobilisation des agents impliqués dans le projet et l'estimation de leur influence dans la prise de décisions.</p> | <p><i>Les champs 6) et 8) sont regroupés.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - L'approche du projet a-t-elle été conjointement définie avec les acteurs clés locaux ? - Dans quels objectifs les partenariats (BCZ, Croix-Rouge Congolaise, Réseaux de Femmes) ont-ils été créés et en quoi permettent-ils la réalisation optimale des objectifs du programme ? - Quelle sont les plus-values réelles du personnel des centres de santé, des aires de santé et des leaders communautaires ? Quelles leçons peuvent être retenues des premières phases en termes de renforcement de compétences des acteurs de terrain ? |
| <p>8) Les Relais Communautaires sont-ils performants dans les tâches qui leur sont confiées?</p> | <ul style="list-style-type: none"> - L'approche mise en œuvre pour le renforcement des compétences des chefs de zones sur les 3 projets est-elle progressive ? Quel objectif sera atteint à l'issue des financements ECHO ? - Quels sont les risques d'informations volontairement incorrectes fournies par les partenaires du programme ? - Quelle capacité technique et opérationnelle les volontaires de la Croix-Rouge ont-ils à gérer les points de chloration ? - Pour les zones prioritaires ciblées en matière de prévention, quelle est l'implication communautaire ? Quelle est la pérennité estimée de la réhabilitation de points d'eau ? - Quel est la plus-value des comités à base communautaire pour la promotion de l'hygiène ? - Quelle est la valeur ajoutée de la campagne d'assainissement dans les communautés ? L'approche employée est-elle la plus efficace ? En quoi l'accès à un assainissement de base mis en place par ACF lutte efficacement contre la propagation du choléra ? |
| <p>7) Evaluer les activités de sensibilisation : les outils, les messages et la stratégie employée fonctionne-t-elle? Comment mieux mesurer les résultats?</p> | <p>Comment ACF mesure-t-il de manière fiable les changements réels en termes de pratiques à risque ? Sur quelle période les changements durent-ils ? L'approche adoptée par ACF est-elle appropriée aux contextes d'intervention (prévention, riposte, etc.) ?</p> <p>Comment la combinaison de messages de proximité et de communication de masse touche-t-elle les bénéficiaires de manière la plus efficace possible ? Quel est l'impact des activités de sensibilisation au niveau des écoles ? La nature et les méthodes de diffusion des messages d'ACF ont-ils permis une distinction entre des actions de sensibilisation WASH classique et de lutte contre le choléra ?</p> <p>Comment sont adaptés les messages en cas de ciblage d'une même zone sur les projets A1K et A1L ? Quelle est la stratégie pour A1M ?</p> |

La distribution de kits est-elle appropriée au contexte et apporte-t-elle une plus-value forte ?
Quelles sont les compétences des animateurs ACF et des partenaires en matière de sensibilisation (connaissances des messages spécifiques, communication employée et compétences, adaptation selon les contextes, etc.) ?

9) Evaluer la pertinence des systèmes de suivis.

a) Sont-ils suffisamment formalisés ?

Les outils sont-ils adaptés et efficaces ? Sont-ils bien appropriés par le personnel ACF et les partenaires ?
Quel est le niveau de coordination et suivi en interne (Bukavu, Kinshasa, New York) ?
Comment les leçons apprises lors de la phase I ont-elles été intégrées dans la mise en œuvre et le suivi de la phase II ?
Le suivi des actions des partenaires est-il suffisamment clair et en place ?
Comment se positionne ce programme dans les mécanismes de coordination Cluster ? ACF joue-t-il un rôle suffisant actif, au niveau local et provincial ?

b) Les résultats sont-ils satisfaisants ?

Les outils de suivi permettent-ils de mesurer correctement les indicateurs de performance / résultats du projet ?
Les investigations de terrain d'ACF et des partenaires permettent-elles une bonne retranscription de la situation réelle ?
Le suivi des partenaires mesure-t-il efficacement les activités réalisées ? Comment le suivi des activités évite-t-il les problèmes de redondance des bénéficiaires (sensibilisation, kits, etc.) ?
Le système de reporting interne ACF est-il fonctionnel ? Les données sont-elles collectées dans les temps et le système de suivi permet-il de réajuster en temps voulu les écarts dans la réalisation des actions ? Le suivi budgétaire permet-il d'être réactif en cas de sous-dépenses ?
Quelles sont les principales défaillances et les actions correctives prises par ACF le cas échéant ?

ANNEXE 3 - CALENDRIER D'ACTIVITES EVALUATION EXTERNE ACF RDC - Janvier 2014

| PLANNING PREVISIONNEL | | ACTIVITES QUOTIDIENNES | | |
|-----------------------|--|------------------------|--|--------------|
| Date | Activites | Jours | Precisions | Localisation |
| Me | 18 Revue des documentations et preparations | J1 | Lecture de la documentation Publications ACF Cholera, toolbox, rapports bailleurs | FRANCE |
| Je | 19 Revue des documentations et preparations | J2 | Lecture de la documentation Publications ACF Cholera, toolbox, rapports bailleurs | FRANCE |
| Ve | 20 Briefing Siège (ACF-NYC) | J3 | Briefing ACF USA Preparation, briefing Skype, synthese | FRANCE |
| Sa | 4 <i>Travel to DRC</i> | J4 | Voyage international Lyon, France - Kigali, Rwanda | VOYAGE |
| Di | 5 / | J5 | Arrivee sur Goma Voyage Kigali - Goma | GOMA |
| | | | Briefing Gaetan CDM Securite, contexte mission | |
| Lu | 6 Briefing mission, revue des documents et préparation du travail de terrain | J6 | Lecture de la documentation Rapports bailleurs et documents projets | GOMA |
| | | | Redaction du rapport initial Premiere version | |
| Ma | 7 Briefing mission, revue des documents et préparation du travail de terrain | J7 | Lecture de la documentation Rapports bailleurs et documents projets | MINOVA |
| | | | Deplacement Goma - Minova - | |
| Me | 8 Revue des documents et préparation du travail de terrain | J8 | Briefing Guillaume PM Cholera Projets ECHO | |
| | | | Redaction du Rapport Initial Brouillon | MINOVA |
| | | | Lecture de la documentation Toolbox ACF, documents projet | |
| Je | 9 Travail de terrain Minova-Kalehe-Kabare-Bukavu | J9 | Redaction du rapport initial Version finale | |
| | | | Protocole avec les autorites locales Rdv au Bureau de Police Local pour laissez-passer | MINOVA |
| | | | Preparation Visites Terrain Planning de visites, organisation logistique et de l'equipe | |
| | | | Lecture de la documentation Documents projet | |
| Ve | 10 Travail de terrain Minova-Kalehe-Kabare-Bukavu | J10 | Rencontres Equipe WASH Entretiens : Assistant Projet, Cartographe, Chef d'equipe, Marketing social, Magasinier | MINOVA |
| Sa | 11 Travail de terrain Minova-Kalehe-Kabare-Bukavu | J11 | Terrain 1 Visite Ruhunde | MINOVA |
| Di | 12 Travail de terrain Minova-Kalehe-Kabare-Bukavu | | Jour de repos - | MINOVA |
| Lu | 13 Analyse des informations et préparation du brouillon du rapport | J12 | Terrain 2 Visite Kasounyou | MINOVA |
| Ma | 14 Travail de terrain Minova-Kalehe-Kabare-Bukavu | J13 | Terrain 3 Visite Bulenga | MINOVA |
| Me | 15 Travail de terrain Minova-Kalehe-Kabare-Bukavu | J14 | RDV des partenaires du projet RDV CRC, BCZ Minova | MINOVA |
| Je | 16 Travail de terrain Minova-Kalehe-Kabare-Bukavu | J15 | Analyse Docs Projets Bilan des premieres visites et entretiens | MINOVA |
| Ve | 17 Travail de terrain Minova-Kalehe-Kabare-Bukavu | J16 | RDV avec acteurs WASH Visite CTC Minova, Buhumba | MINOVA |
| Sa | 18 Travail de terrain Minova-Kalehe-Kabare-Bukavu | J17 | Deplacement sur Kalehe - | KALEHE |
| Di | 19 Analyse des informations et préparation du brouillon du rapport | J18 | Analyse Analyse des donnees | KALEHE |
| Lu | 20 Travail de terrain Minova-Kalehe-Kabare-Bukavu | J19 | Terrain 5 Visite Kavumu, Rencontre BCZ Mitu Murhesa | KALEHE |
| Ma | 21 Travail de terrain Minova-Kalehe-Kabare-Bukavu | J20 | Terrain 6 Visite Kabamba et Ishungu, BCZ katana | KALEHE |
| Me | 22 Travail de terrain Minova-Kalehe-Kabare-Bukavu | J21 | Terrain 7 Visite Muhunguza, rencontre BCZ Kalehe, rencontre BCZ Kabare, transport sur Bukavu | BUKAVU |
| Je | 23 Collecte des informations secondaires a Bukavu, rencontre des partenaires | J22 | RDV Equipe coordination Reunion avec Coordinateur Logistique, reunion avec CdM Est Congo, Point avec Dir. Pays | BUKAVU |
| Ve | 24 Collecte des informations secondaires a Bukavu, rencontre des partenaires | J23 | RDV ECHO, UNICEF Cluster, reunion avec Coordinateur RH | BUKAVU |
| Sa | 25 Analyse des informations et préparation du brouillon du rapport | J24 | Analyse Bilan general | BUKAVU |
| Di | 26 Analyse des informations et préparation du brouillon du rapport | J25 | Analyse Draft premieres conclusions, premieres recommandations et preparation PPT | BUKAVU |
| Lu | 27 Atelier de débriefing au niveau de la mission sur les résultats préliminaires | J26 | Restitution Bureau de Bukavu Reunion de restitution | |
| | | | Voyage sur Kigali - | KIGALI |
| Ma | 28 <i>Travel back from mission</i> | J27 | Transport International - | VOYAGE |
| Je | 30 Analyse des informations et préparation du brouillon du rapport | J28 | Draft Report | FRANCE |
| Ve | 31 Analyse des informations et préparation du brouillon du rapport | J29 | Draft Report | FRANCE |
| Sa | 1 Analyse des informations et préparation du brouillon du rapport | J30 | Draft Report | FRANCE |
| Di | 2 Analyse des informations et préparation du brouillon du rapport | | Draft Report | FRANCE |
| Lu | 3 Soumission du rapport provisoire | J31 | Draft Report | FRANCE |
| Lu | 10 Débriefing Siège tbc | J32 | Debriefing siege <i>Effectue le 07 fevrier 2014</i> - preparation, document PPT et presentation Skype | FRANCE |
| Ma | 11 Delais des commentaires | - | - | FRANCE |
| Me | 12 Finalisation du rapport final | - | - | FRANCE |
| Je | 13 Finalisation du rapport final | J33 | Version Finale Finalisation Annexes Criteres DAC et Bonnes Pratiques | FRANCE |
| Ve | 14 Soumission du rapport final | J34 | Version Finale <i>Effectue le 09 avril 2014</i> | FRANCE |
| | | | Facturations et Notes de Frais | |

Annexe 4

Présentation d'une Bonne Pratique du Projet

Evaluation Externe – Programme d'intervention pour limiter et prévenir la propagation de l'épidémie du choléra en RDC, ACF International

Yvan GRAYEL, Consultant, mars 2014

Titre (30 mots maxi.)

Approche de la riposte 'Coup de Poing' basée sur une réponse multipartenaire rapide dès les premiers cas de flambées : évaluation conjointe, points de chloration, visites domiciliaires

Traits et Caractéristiques innovants

Dans le cadre de la lutte contre le choléra dans l'Est de la RDC, ACF met en place depuis 2012 et jusqu'à fin 2014 un cycle de 3 financements ECHO. Selon les nouvelles orientations stratégiques régionales (*Stratégie Bouclier – Coup de Poing*) et nationales (*Plan stratégique d'élimination du choléra en RDC du Gouvernement*), le travail est basé sur une approche de surveillance des démarrages de flambée et d'analyse épidémiologique sur la compréhension des mécanismes et des contextes locaux de transmission et ainsi mieux cibler les actions de contrôle WASH. Elle rentre aussi dans le cadre des orientations définies en 2012 par le bailleur de fond (*Stratégie ECHO vis-à-vis du choléra à l'Est de la RDC*) dans le pays, en concertation avec les partenaires de mise en œuvre (dont ACF).

L'approche de la riposte n'est pas seulement perçue comme une réponse WASH d'urgence classique mais avec une consonance multidisciplinaire, incluant principalement les actions de surveillance épidémiologique. Pour être opérationnelle, elle nécessite une capacité de réponse rapide sur le terrain et concertée entre acteurs, tout en proposant un ciblage plus efficace (approche d'analyse au cas par cas, non standardisée). Les interventions WASH traditionnellement mises sur pied dans la zone doivent ainsi être ajustées à cette nouvelle façon de travailler. Les challenges que cela implique dans la mise en œuvre doivent être fortement suivis et faire partie intégrante du processus de supervision et d'accompagnement par ACF.

Le travail se fait grâce au groupement de compétences locales complémentaires : les autorités compétentes (BCZS et IT des centres de santé), des acteurs de la société civile qui ont une capacité opérationnelle sur place (comme la Croix-Rouge congolaise) et la contribution des représentants de la communauté touchée par la flambée (relais communautaire). Bien que les collaborations efficaces avec des acteurs locaux ainsi que les contraintes d'accès limité aux sites restent de vrais challenges dans le contexte de l'Est du Congo, ce genre de schéma d'intervention permet de focaliser la riposte sur une zone d'intervention large (160 kms de long pour le projet) grâce à des actions conjointes, ponctuelles et rapides sur les zones de flambées.

Les actions proposées favorisent l'approche 'software' au détriment des interventions classiques WASH 'hardware' pour des interventions conjointes, multidisciplinaires, rapides et efficaces. Après validation des conclusions de l'évaluation conjointe faite par le groupe de partenaires suite au retour d'information sur le déclenchement de la flambée, les activités principales sont la chloration choc de l'eau de consommation (points de chloration principalement, au détriment de réhabilitation d'infrastructures), la sensibilisation de masse par

l'intermédiaire des relais communautaires et des volontaires de la Croix-Rouge (parfois redondantes avec celles préventives de REFESHAPE), la désinfection des domiciles des patients. En parallèle, une équipe avec des compétences en épidémiologie et une bonne connaissance locale collectent et analysent les données pour affiner la cause principale de transmission. Des documents cartographiques dynamiques synthétisant visuellement les données collectées sont des outils utiles à l'analyse, à la décision et au suivi des actions et de son impact.

La riposte 'Coup de Poing' multipartenaire et multidisciplinaire est une approche innovante, promulguée par le nouveau Manuel Pratique (édité en 2013) qui décrit la mise en application du positionnement d'ACF International dans la lutte contre le choléra. L'application de cette approche dans l'Est de la RDC pose de réelles difficultés pratiques et des challenges importants dans sa bonne mise en œuvre. Les équipes d'ACF ainsi que celles des partenaires locaux doivent acquérir un savoir-faire différent du mode de travail habituel. Le transfert de compétences est bien entendu progressif et doit faire l'objet d'une attention toute particulière par les équipes de supervision d'ACF. Pour ces raisons, il est vraiment fondamental que le suivi et l'accompagnement se fait grâce à la mise à disposition de ressources et d'expertise appropriées dans des domaines tels que l'épidémiologie, les techniques de communication/changement durable des comportements, le monitoring des partenariats, l'expertise en santé environnementale WASH-choléra, etc.

A ce jour, le processus de mise en œuvre de cette nouvelle approche reste toujours dans une phase dite d'apprentissage. Certains aspects doivent être améliorés, dont notamment la connaissance de la capacité d'intervention réelle et nécessaire en termes de couverture par rapport aux moyens. Les conclusions de l'évaluation externe montrent bien les limites de l'intervention sur une telle zone avec les moyens déployés. L'équilibre entre échelle de couverture et moyens à mettre à disposition reste à approfondir grâce à la poursuite des initiatives et de l'apprentissage par l'expérience. Il est en tout cas indispensable à ce stade de faire l'objet systématique d'une réflexion particulière qui orientera les prochaines actions de ce type dans la région.

Un des objectifs recherché et qui est également novateur est la dissémination de ce type d'approche dans la zone, avec une vocation à plus d'autonomie des acteurs locaux et une moins grande dépendance à l'aide humanitaire dans le contrôle des flambées de choléra. Dans un contexte général extrêmement complexe, ce processus va prendre de nombreuses années ; il s'apparente néanmoins comme la meilleure solution possible pour la lutte contre les épidémies de choléra dans l'Est de la RDC, de manière la plus efficace, à moindre coût et en valorisant le rôle des acteurs locaux. Cette approche permet en outre d'évoquer la possibilité d'un retrait progressif des acteurs humanitaires internationaux dans des actions d'urgence trop récurrentes dans la zone.

Recommandations spécifiques/pratiques pour la dissémination

Ces recommandations sont aussi à prendre en considération avec celles plus larges décrites dans le narratif du rapport d'évaluation.

❖ Renforcer la qualité de l'intervention dans le temps et dans l'espace

- Présence d'un expert épidémiologiste pour approfondir la connaissance locale systématique des mécanismes de transmission

- Développer des outils cartographie dynamique à plus petite échelle que les aires de santé, en lien avec les investigations épidémiologiques ;
 - Mettre en place des études-recherches pour évaluer la réelle plus-value des pulvérisations domiciliaires et ses limites en termes de délai, en zone endémique et selon le niveau de risques de transmission au domicile du cas de choléra ;
 - Mieux considérer la gestion des risques liés aux funérailles (y compris la gestion des cadavres dans les UTC non opérationnels actuellement), réorienter les actions d'urgence rapide sur les zones à risque prioritaires comme les marchés, les centres de santé et autres UTC/CTC qui ne présentent pas un bon contrôle de l'infection, etc. ;
- ❖ **Améliorer le renforcement de capacité des partenaires locaux**
- Renforcer le monitoring et l'accompagnement des partenaires locaux, avec plus de moyens humains de la part de l'équipe d'ACF sur le reporting et le renforcement des compétences ;
 - Vérifier l'adéquation des méthodes de communication entre partenaires locaux et en fonction du contexte ;
 - Mettre en place un système d'évaluation de la performance des partenaires locaux plus rigoureux et basé sur la justification concrète d'activités vérifiées sur le terrain ;
- ❖ **Projeter le désengagement progressif d'ACF sur les prochaines années** (en lien avec la stratégie Choléra d'ACF RDC qui reste à formaliser)
- Reprendre dans le détail chaque accord de partenariat en renforçant la notion d'atteinte d'objectifs et d'obligations du partenaire ;
 - Négocier l'obtention des moyens financiers à la bonne réussite des projets ;
 - Trouver des bailleurs de fonds qui financent l'accompagnement et le désengagement progressif d'ACF sur les prochaines années ;
 - Faire un plaidoyer actif (via le Cluster WASH) auprès des autorités provinciales et nationales pour que les autorités locales possèdent des moyens appropriés ;
 - Participer activement à briser le réflexe systématique des organisations humanitaires pour des appuis fréquents aux communautés (qui inhibent toute initiative communautaire) en faisant un plaidoyer actif pour interdire, via le Cluster WASH, l'implication des agences humanitaires sur des réparations/réhabilitations/etc. sur des infrastructures qui ont été appuyées il y a moins de 3 ans.

Annexe 5 - Classification de l'Evaluation selon les Critères DAC

| Critères | Classification (1 = bas, 5 = élevé) | | | | | Justifications |
|------------|--|---|---|---|---|---|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| Impact | | | X | | | <p><i>Positif et négatif, primaire et secondaire, les effets d'une intervention à court, moyen et long-terme, directement ou indirectement, voulus ou non</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Les actions d'ACF dans la zone évitent une plus grande propagation des flambées de choléra à court terme (maitrise périodique des flambées) ❖ L'impact recherché est toutefois réduit par un niveau qualitatif parfois insuffisant (analyse épidémiologique, cartographie, appui aux structures de santé, assainissement familial, campagnes de sensibilisation, promotion des produits chlorés), faute de moyens à disposition ou de priorité des actions les plus pertinentes et efficaces dans la lutte contre le choléra ❖ Les impacts à moyen et long terme sont quasi nuls (<i>voir Durabilité ci-dessous</i>), en grande partie dus à un contexte humanitaire défavorable et à des conditions limitées de mise en œuvre des actions ❖ Les actions de sensibilisation ne se traduisent pas suffisamment par des changements des comportements à court et long terme ❖ Les efforts de développement d'une filière de vente de produits chlorés dans les communautés sont louables et doivent être continués, mais toutefois dans un cadre plus large avec des moyens plus importants que ceux dont ils ont bénéficié dans ce projet |
| Durabilité | | X | | | | <p><i>Mesure si les bénéficiaires d'une activité continueront après que les donateurs aient cessé de contribuer financièrement à un projet et que le projet soit officiellement arrêté</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Action qui ne peut pas produire de réels effets durables à cause du contexte local humanitaire (externe au projet) nettement défavorable (arrivées répétitives et régulières d'aide humanitaire dans les communautés et auprès des acteurs locaux) ❖ Malgré tout, le projet doit mieux insuffler une dynamique de changement de l'approche humanitaire dans la zone (via du plaidoyer actif auprès du cluster WASH, de la coordination intersectorielle, des bailleurs de fonds, des autorités, etc.) ❖ La plupart des interventions WASH des acteurs dans la zone (y compris ACF) ne fonctionnent plus après une période variant de 6 mois à quelques années maximum. Dans les sites ciblés par des actions en 2013, la majorité des actions semblent à refaire par ACF, en cas de nouvelle flambée à venir ; ce qui reste insuffisant en termes d'objectifs atteints ❖ ACF ne peut pas se désengager actuellement (et aussi peu probable à fin 2014) de la zone à cause du risque trop fort de non réponse appropriée par les acteurs locaux ❖ Pas assez de suivi et d'accompagnement des efforts de renforcement de compétences des acteurs locaux (plan de contingence, actions de terrain par les partenaires, etc.) ❖ Peu de garantie que les plans de contingence seront opérationnels sans l'appui d'ACF et la réponse communautaire semble quasi nulle sans soutien d'ACF ❖ Par contre, les actions apportent des effets notoires tant qu'ACF reste engagé dans la lutte contre le choléra dans la zone |

| | | | | |
|------------|--|--|---|--|
| Cohérence | | | X | <p><i>Le besoin d'évaluer les interventions, les politiques et les stratégies existantes afin d'assurer la cohérence et de minimiser les risques de duplication</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Bonne intégration du projet par rapport aux documents stratégiques régionaux et nationaux ❖ Bonne application générale des orientations du bailleur de fonds, avec cependant quelques limites (liés aussi à la difficulté de mettre en place la stratégie préconisée dans son ensemble dans le cadre d'un projet de moins d'un an) ❖ Bon dimensionnement du projet selon le positionnement d'ACF International dans le domaine (en référence aux expériences passées et la sortie du manuel pratique d'ACF) ❖ Manque d'un véritable document stratégique écrit pour la mission ACF RDC (en cours de construction) et sur ses interventions relatives au choléra dans la zone ❖ Excellente collaboration dans la coordination sectorielle (selon le Cluster WASH) ❖ Coordination bonne et pratique avec les autres acteurs impliqués dans la lutte contre le choléra dans l'Est de la RDC, mais coordination plus confuse sur les zones de santé du projet avec les autres acteurs impliqués sur la WASH et la santé de manière générale (liée en grande partie au contexte local spécifique : forte présence d'acteurs humanitaires dans la zone) |
| Couverture | | | X | <p><i>Le besoin d'accéder aux principaux groupes de populations dont les besoins de base ne sont pas rencontrés, et ce peu importe leur localisation</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Approche appropriée de ciblage des populations prioritaires, selon la déclaration des flambées et qui permet de cibler une zone géographique large, ❖ Mais qui en parallèle rend difficile la consolidation du transfert de compétences aux acteurs locaux, dans un contexte d'intervention difficile (besoin fort d'accompagnement et de supervision étroite des activités) ❖ Rapidité d'intervention faiblement monitorée alors qu'elle perd grandement de son utilité en cas de retard dans la réponse Coup de Poing ❖ Ciblage des actions préventives qui peut être plus approprié (sensibilisation, zones à risque plus réduites que l'aire de santé, groupes de population à risque) ❖ Actions qui bénéficient à l'ensemble de la population, avec un effort de connaître les groupes les plus vulnérables, et une étude socio-culturelle ❖ Possibilité de mieux impliquer les groupes isolés ou particuliers sur des actions de sensibilisation spécifiques (lié au manque d'affinage de l'analyse épidémiologique). |

| | | | | | |
|------------|--|---|--|--|--|
| Pertinence | | X | | | <p>Mesurer si les interventions sont appropriées aux besoins locaux et aux priorités locales (ainsi qu'en adéquation avec les politiques des donateurs, augmentant par-là l'appropriation, la transparence et la rentabilité)</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Changement pertinent de l'approche du projet vers plus d'actions 'software' pour mieux traduire la stratégie d'intervention, mais besoin d'intégrer cette approche dans une stratégie globale de lutte contre le choléra dans la zone (incluant des réponses à plus long terme de mise en service durable) ❖ Approche du ciblage prioritaire intéressante par rapport au contexte local (dynamique selon la compréhension des mécanismes de transmission locale) mais difficilement mis en place à cause de l'absence d'un profil épidémiologiste ❖ Efforts de mitigation de l'absence de l'épidémiologiste par les équipes du projet (inclus partenaires) mais qui ne comblent pas le manque d'expertise ❖ Etude socio-économique de qualité, mais qui mérite d'être mise encore plus en valeur, comme un outil phare dans la définition des activités du projet d'ACF ❖ Bonne identification d'acteurs clés locaux (bureau de zones, Croix-Rouge, association locale, relais communautaires) mais dont la collaboration nécessite de meilleurs résultats de manière générale ❖ Quelques solutions techniques non appropriées au contexte de prévention et de réponse rapides : soutien à l'assainissement familial peu efficace (barrière de transmission des vecteurs) ou mal ciblé (par rapport zones à fort risque), décalage dans le temps entre le besoin urgent (flambée) et réalisation de latrines d'urgence. ❖ Risque fort élevé au niveau des structures de prise en charge (au niveau des UTC/CTC mais aussi au centre de soin avant référencement) non considéré ou traduit par des actions concrètes de contrôle de l'infection |
| Efficacité | | X | | | <p>Apprécier si les objectifs ont été atteints, ou vont être atteints, selon leur importance respective</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ De manière générale, les résultats du projet sont atteints, même si de nombreux indicateurs sont difficiles à mesurer précisément par faute de sources de vérification adaptées ou fiables ❖ Certains indicateurs de résultats, qui sont atteints, ne reflètent pas nécessairement de l'exigence qualitative des actions ❖ Malgré des retards dans la réalisation du à des difficultés organisationnelles et de soutien internes et la durée effectif du projet à 8 mois, l'ensemble des activités est réalisé dans le cadre du projet |
| Efficience | | X | | | <p>Mesurer comment les ressources (fonds, expertise, temps, ...) sont converties en résultats concrets</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ La perspective d'une action globale sur 3 années permet de construire progressive une réponse adaptée, mais les retards, difficultés et opportunités manquées sur les 2 premières années imposent un degré de réussite élevé pour la 3e année, avec la mise à disposition de moyens accrus en termes de suivi, d'expertise et d'accompagnement des partenaires ❖ Le financement à 100% des actions par ECHO est trop restrictif pour aboutir aux résultats escomptés, d'autant plus dans un contexte de réduction des financements ❖ Manque de moyens concrets pour l'accompagnement et les mesures de suivi des partenaires locaux, ce qui sous-tend une zone géographique trop large pour atteindre l'ensemble des objectifs du projet (dont la passation progressive des responsabilités aux acteurs locaux) ❖ Approche 'software' qui présente un ratio cout-efficacité très intéressant |

- | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | <ul style="list-style-type: none">❖ Les points de chloration ne sont optimisés dans la durée, faute de monitoring précis et d'utilisation réelle des critères de fermeture des points. Ce genre d'activités, efficaces dans l'urgence de la flambée, illustre des actions parfois trop redondantes d'année en année, sur les mêmes zones❖ Faiblesse du monitoring des activités du projet, mais qui est un objectif interne défini depuis mi 2013 et progressivement mis en place (besoin d'accélérer le processus par la mise à disposition de plus de moyens RH et de supervision hiérarchique)❖ Le besoin en soutien logistique sur une zone aussi large est considérable (véhicules, bureaux) dans un contexte difficile (contexte géographique, durée du projet)❖ A date de l'évaluation, quasi 100% du budget était dépensé❖ Le ratio Cout/Bénéficiaire est d'environ 12€, ce qui est très correct. Toutefois, une meilleure utilisation du budget total (meilleur monitoring VS activités superflues ou non prioritaires) aurait engendré de meilleurs résultats. |
|--|--|--|--|--|--|--|



Evaluation Externe
PROGRAMME D'INTERVENTION POUR LIMITER ET PREVENIR LA
PROPAGATION DE L'ÉPIDÉMIE DU CHOLÉRA EN RÉPUBLIQUE
DEMOCRATIQUE DU CONGO

Présentation
des conclusions préliminaires

Action Contre la Faim (ACF), Bukavu, Rep. du Congo

Yvan GRAYEL, Consultant pour L E D
27 janvier 2014

Les 3 objectifs Principaux de l'Evaluation Externe

1. Analyser l'impact du projet jusqu'à présent et évaluer les progrès réalisés sur les objectifs et des résultats planifiés dans les projets A1K (phase I) et A1L (phase II mi-parcours).
 2. Orienter la stratégie du projet A1L.
 3. Identifier les recommandations pour améliorer l'exécution, la qualité et l'efficacité des interventions choléra et de fixer les lignes directrices pour une éventuelle phase III du projet.
- Porter un regard extérieur / détaché sur le contexte opérationnel du projet Choléra d'ACF.
 - Améliorer les pratiques grâce aux leçons d'expériences,
 - Réfléchir sur une approche encore plus qualitative dans le futur.

“...Le but de l'évaluation n'est pas de trouver des coupables...”

Le Cadre de cette Evaluation Externe

Période : du 18 décembre 2013 au 14 février 2014 (34 jours de travail),
dont 3 ½ semaines en RDC (Goma – Minova – Kalehe -
Bukavu)



Méthodologie :

- Briefings (siège et pays)
- Lecture des Documentations Principales,
- Investigations de Terrain,
- Échanges avec les Personnes Clés du Projet,
- Analyse des Données,
- Restitutions Pays et Siege,
- Rédaction du Rapport d'Evaluation (Brouillon et Final).

➔ Investigations menées

12

- Discussions avec le personnel d'Action Contre la Faim (siège et pays)

11

- Responsables de Centres de sante et CTC (IT, Cogesa)

7

- Groupes de discussions communautaires (informel) – *2 visites annulées (problème de transport)*

5

- Bureaux Centraux de Zones (MCZ, TDR, animateurs Communautaire)

3

- Organisations Humanitaires (UNICEF, Cluster WASH, MSF) – *Oxfam en attente*

2

- Partenaires Projet (Croix-Rouge, Réseaux des femmes)

1

- Bailleur de Fonds (ECHO)

Trame de la restitution du 27 janvier 2014 (Bukavu, RDC)

La Restitution : un moment d'échanges complémentaires

- Précisions complémentaires à apporter sur l'analyse, exposer les avis différents, parler de points non abordés, etc.
- Processus très utile pour enrichir les conclusions et les recommandations à mettre dans le rapport d'évaluation finale

✓ **Restitution des résultats (45 a 60 minutes)**

- Présentation rapide des conclusions préliminaires, basée sur l'analyse des champs proposées de l'évaluation et le bilan des critères DAC

 OU  OU  OU   

Echelle (de mauvais à très bien)

- Aperçu rapide des premières recommandations et orientations possibles

✓ **Echanges et débats sur les points spécifiques (45 min a 90 min)**

✓ **Et après ?**

- 27 et 28 janvier : trajet retour en France
- Jusqu'au 03 février : production du rapport brouillon
- Jusqu'au 11 février : retours des commentaires ACF
- Jusqu'au 14 février : envoi du rapport final de l'évaluation externe

Réponses aux Champs de l'Evaluation

1- Evaluer les stratégies de lutte contre le choléra proposées par ACF et ses partenaires, et identifier les manques à combler

😊😊😊 En phase avec les orientations principales de la stratégie Bouclier / Coup de Poing, les directives nationales, la stratégie Cluster et les préconisations de la stratégie ECHO.

😊😊 Plutôt bien dimensionné par rapport aux documents ACF, mais avec quelques manques (XXX, XXX) + déficit en termes de réalisation (épidémiologie notamment + XXX, XXX)

? Stratégie Pays en cours d'élaboration –

Les stratégies BDF doivent pouvoir s'intégrer dans la stratégie Pays d'ACF RDC (outil d'aide à la décision des choix de financements) et non pas l'inverse (les actions ACF sont alors guidées par les exigences et directions souhaitées par le BDF → approche incomplète de la lutte contre le choléra.

😊 Limites liées à l'absence d'expert épidémiologiste sur ECHO1 et ECHO2, mais bonne analyse socio-culturelle et efforts de ciblage dynamique selon les zones les plus à risques.

Réponses aux Champs de l'Evaluation

2- Evaluer la pertinence, l'efficacité, l'efficience et l'impact de l'approche

Atteinte des objectifs du projet : les Indicateurs de Resultats

❖ Objectif Specificque :

→ **IOV1** 'Diminution du tx d'attaque de 25%' non atteint – Indic. à risque car dur à contrôler – dans quelle mesure le projet n'est pas assez efficace ?... Etude épidémio doit pouvoir justifier/expliciter ou le projet lui-même - Valeur de 25% basée sur quelle logique ? (à creuser)

→ **IOV2** : baisse de 96h à 72h – oui de manière générale, même si des zones sont difficiles à couvrir et reste une certaine incertitude de riposte au niveau des interventions dans les ménages : très difficile de savoir ce qui s'est exactement passé dans les villages - Fiabilité limitée de la triangulation : (ménages, partenaires, équipe terrain) → manque un système fiable de mesure.

❖ **R#1** : problème de 2*24h par rapport à 72h...

😊😊 IOV1 : 80% des aires de santé ciblées informent le BCZ du dépassement du seuil épidémiologique en moins de 24 heures – les IT disent oui... manque de SoV plus précises

😊 IOV2 : 100% des aires de santé ciblée ont un partenaire local qui est identifié, formé et équipé pour faire la réponse rapide en cas de flambe de choléra dans les 24h qui suivent l'alerte → oui mais opérationnel ?

😞 IOV3 : 100% des zones de santé ont un stock pré-positionné suivi et à jour → A la fin du projet oui mais problèmes réguliers d'appro du matériel et absence de suivi formalisé. Aucune connaissance du stock à jour

Réponses aux Champs de l'Evaluation

2- Evaluer la pertinence, l'efficacité, l'efficience et l'impact de l'approche

❖ R#2 :

😊 ou 😊😊 IOV1 : pulvérisation en 24h : 80% semble atteint mais questionnement sur la fiabilité des rapports et du suivi des équipes ACF... La triangulation apporte de la confusion...
BDD : voisins < 10.

😊😊 IOV2 sensibilisation → 80% - Théâtre : mesure des bénéficiaires non fiables. Confusion entre messages de riposte et de prévention

? IOV 3 Déplacés : absence de besoins → Mauvaise analyse initiale

❖ R#3 :

😞 IOV1 sur les 80% CTC : non atteinte car analyse des risques erronée et réponse non appropriée

😊😊 50 points de chloration sont mis en place et fonctionnels dans les aires de santé qui ont connu l'épidémie de cholera → En attente des infos – problème de mise en pratique de la fermeture des pts (3s trop courte, non respectée).

❖ R#4 :

? IOV1 : par rapport à la fiche épidémio – *En attente*

😊 IOV2 : cartographie sur 10 mois de 5 ZDS atteint mais manque des infos comme le référencement GPS, les foyers de transmission par manque de moyens

? Pourcentage des populations ciblées dans les zones vulnérables qui ont accès à une eau potable (0 coliforme fécal/100ml) → Zone ? (pts de chloration inclus), période (?), suivi de l'accès (?), satisfaction des usagers ?

Attention à la protection des sources ? Quelle amélioration en débit d'étiage si pas de réservoir ? Zone de lit de rivière ? Calcul des bénéficiaires et standards Sphère ? Rien sur la contamination dans le bidon et à domicile ? Renforcement des comités de gestion ?

Réponses aux Champs de l'Evaluation

2- Evaluer la pertinence, l'efficacité, l'efficience et l'impact de l'approche

Atteinte des objectifs du projet : les Indicateurs de Resultats

😊 IOV3 : structures d'assainissement amélioré → En quoi mis à part la solidité de la dalle ? Lien avec le contrôle du contrôle ? Ciblage de personnes ayant des latrines traditionnels alors que besoin de latrines en bord de lac.

😊 😊 IOV 4 : Au moins 40% des bénéficiaires dans les zones de sante vont bénéficier de sensibilisation, soit par radio, théâtre, séances porte à porte ou de masse. → Attention confusion entre riposte et prévention – intervention de la troupe de théâtre, RDF qui passe une semaine après chez les (voir protocole) – Calcul des bénéf et faible impact des messages passés.

❖ **R#5** : activités en deca de ce qui est prévu

? IOV1 : Les bénéficiaires non seulement sont conscient de l'existence des produits mais aussi savent comment les utiliser grâce aux actions de sensibilisation et communication qui toucheront au moins 80% des bénéficiaires (21,000 personnes). → Combien de personnes ? Niveau et influence des msgs ?

? IOV2 : Un rapport de capitalisation est produit et partagé avec les partenaires → Il ne va pas être assez consistant pour démontrer la faisabilité d'une approche de marketing social autour de l'utilisation du chlore.

Réponses aux Champs de l'Evaluation

—

2- Evaluer la pertinence, l'efficacité, l'efficience et l'impact de l'approche

Compréhension du contexte et des schémas endémiques et épidémiques du choléra dans la zone d'intervention par ACF et ses partenaires

😊 Ou 😊😊 : Niveau de connaissance du choléra d'ACF et de ses partenaires : plutôt bon mais manque de compréhension claire et documentée des détails des mécanismes de transmission à l'échelle micro, entraînant une réponse moins efficace.

Tendance à une certaine standardisation, pas de réponse sur des causes locales spécifiques.

Différence entre épidémie et endémie avec le seuil, plus distinction avec les flambées → mais manque de documentations (et de connaissance aussi)

Difficulté d'identifier la nature de la transmission (besoin de compétences expertes non disponibles sur le projet).

☹️ Mécanismes d'arrêt des points de chloration : manque de clarté dans la décision

Réponses aux Champs de l'Evaluation

—

2- Evaluer la pertinence, l'efficacité, l'efficience et l'impact de l'approche

Evaluation de l'influence du programme sur la prévalence du choléra, la réduction des pratiques à risques et la compréhension de la maladie par les communautés ciblées

😊 Atteinte des objectifs du projet limité (cf. comparaison des IOV) → Influence moins importante que souhaitée. Mais plus-value significative dans le contrôle de l'épidémie (présence sécurisant le déclenchement de grandes flambées incontrôlées).

Peu de changement entre 2012 et 2013 : peu d'impact du projet ECHO 2 par rapport à ECHO 1 ?

😊😊 Bonne approche de favoriser les actions software pour des effets rapides, mais aussi à long terme. Par contre, certaines actions ne sont pas les plus appropriées au contexte ou au timing de réponse : distribution de dalles de latrines, nature et degré de priorité des interventions d'urgence dans les structures de santé, actions prévues auprès des déplacées.

😞 Influence à court terme relativement faible (après la baisse de la flambée) et influence durable inexistante : malgré un contexte défavorable et difficile pour envisager des actions pérennes, certaines actions pourraient avoir un meilleur impact à moyen terme.

Impacts attendus non réalisés : baisse du taux d'attaque, opérationnalité des plans de contingence, étude épidémiologique

Réponses aux Champs de l'Evaluation

—

2- Evaluer la pertinence, l'efficacité, l'efficience et l'impact de l'approche

Estimation de la couverture

- 😊 Les zones d'intervention sont les zones les plus vulnérables selon un ajustement dynamique selon les flambées.
Par manque d'expertise en épidémiologie, manque de maîtrise au niveau micro (dans une zone identifiée, quelle propagation et comment ?)
- 😊 Cartographie limitée à une dimension 'Aire de santé'
- 😊😊 Bonne représentation d'ACF dans les organismes de coordination (Cluster, comités de crise)
Manque de couverture des besoins prioritaires au niveau des centres de santé.
Pas de chevauchement au niveau communautaire mais effets négatifs de la forte présence d'aide humanitaire (réhabilitation et appui incessants)
- 😞 Mauvaise évaluation initiale des besoins au niveau des déplacés et présence d'acteurs qui les appuient le cas échéant.

Réponses aux Champs de l'Evaluation

—

2- Evaluer la pertinence, l'efficacité, l'efficience et l'impact de l'approche

Limites du dispositif ACF en place

- 😊 Ambition du projet élevé (trop ?) par rapport à la taille de la zone d'intervention, la durée du projet et la capacité interne.
- 😊 Moyens mis à disposition du projet : importants mais des améliorations sont nécessaires en termes de capacité des équipes et soutien logistique
- 😊 Partenaires locaux formés et responsabilisés à des activités de terrain et de supervision – mais capacité limitée, faiblement autonome et peu de redevabilité des actions
→ besoin en renforcement de compétences encore très fort qui ne permet pas d'envisager un dégageant d'ACF même partiel, sans détriment sur la qualité du projet.

Réponses aux Champs de l'Evaluation

—

2- Evaluer la pertinence, l'efficacité, l'efficience et l'impact de l'approche

Evaluation de la pertinence des plans et stocks de contingence

- 😊😊 Bonne implication d'ACF dans le renforcement des plans de contingence.
- 😊 Faible opérationnalité, sans le soutien dynamique d'ACF.
- 😊😊 Le contenu des stocks de contingence est adapté et pertinence d'une réactualisation annuelle.
- 😞 Pas d'outils de suivi des stocks de contingence mis en place avant les 2 derniers mois du projet. Traçabilité très approximative de l'utilisation des stocks.

Réponses aux Champs de l'Evaluation

3- Evaluer l'efficacité de réponse d'urgence (délais alerte / riposte) d'ACF et des partenariats (Croix Rouge Congolaise, Réseau de Femmes et autorités de santé)

😊😊 Mécanismes d'alerte globalement bon (<24h) : personnels formés et réactifs en cas de flambée - un peu de réticence sur la fiabilité de la mesure de vérification

😊 Vision difficile sur le niveau et la réactivité de la riposte → Enjeu sur la pertinence de la désinfection des ménages par rapport à la période d'intervention

😊 Le plan de contingence permet une bonne répartition des rôles – Rôle majeur d'ACF dans le maintien de son opérationnalité : retrait à fin 2014 très risqué.

Réponses aux Champs de l'Evaluation

4- Evaluer les stratégies de sortie envisagées et les étapes permettant d'assurer la pérennité de l'intervention, et appuyer ACF dans la définition d'une approche WASH / prévention du choléra moins tournée vers la réhabilitation systématique d'infrastructures



Approche qui rentre dans le cadre des stratégies de réponse : riposte rapide et prévention avec des actions simples.

Focus sur le software → Meilleur impact à court terme pour le contrôle de l'épidémie. Avec plus d'efforts appropriés, il s'agira d'une bonne logique de sortie de crise (Renf. de Compétences, sensibilisations, etc.).



A l'image des commentaires ECHO pour le projet 3 : progression insuffisante malgré l'incorporation de nouvelles méthodologie d'intervention et d'outils et l'arrêt d'activités non appropriées. → Ce serait trop ambitieux de penser être prêt pour une sortie à fin 2014, même avec pleins d'amélioration.



L'éradication du choléra passera par une combinaison d'actions hardware (approvisionnement en eau et couverture en assainissement) et de software orienté sur le changement durable (pratiques d'hygiène, capacité locale d'alerte et de riposte, gestion durable des services d'appro en eau, fin de la défécation à l'air libre dans les zones sensibles) → Avec des intervention software différentes de celles et récentes et actuelles, d'un point de vue de l'approche et du niveau de qualité : gestion communautaire extrêmement faible, impacts négatifs de l'afflux régulier de l'aide humanitaire, pérennité des actions hardware trop faible sur les 3-5 dernières années : on réhabilite le 'très récent', absence de changements de comportements durables, etc.).

Réponses aux Champs de l'Évaluation

**6 & 8- Évaluer le niveau de participation et de mobilisation des agents impliqués dans le projet et l'estimation de leur influence dans la prise de décisions.
Les Relais Communautaires sont-ils performants dans les tâches qui leur sont confiées?**

- L'approche du projet a-t-elle été conjointement définie avec les acteurs clés locaux ?
- Dans quels objectifs les partenariats (BCZ, Croix-Rouge Congolaise, Réseaux de Femmes) ont-ils été créés et en quoi permettent-ils la réalisation optimale des objectifs du programme ?
- Quelles sont les plus-values réelles du personnel des centres de santé, des aires de santé et des leaders communautaires ? Quelles leçons peuvent être retenues des premières phases en termes de renforcement de compétences des acteurs de terrain ?
- L'approche mise en œuvre pour le renforcement des compétences des chefs de zones sur les 3 projets est-elle progressive ? Quel objectif sera atteint à l'issue des financements ECHO ?
- Quels sont les risques d'informations volontairement incorrectes fournies par les partenaires du programme ?
- Quelle capacité technique et opérationnelle les volontaires de la Croix-Rouge ont-ils à gérer les points de chloration ?
- Pour les zones prioritaires ciblées en matière de prévention, quelle est l'implication communautaire ? Quelle est la pérennité estimée de la réhabilitation de points d'eau ?
- Quel est la plus-value des comités à base communautaire pour la promotion de l'hygiène ?
- Quelle est la valeur ajoutée de la campagne d'assainissement dans les communautés ? L'approche employée est-elle la plus efficace ? En quoi l'accès à un assainissement de base mis en place par ACF lutte efficacement contre la propagation du choléra ?

Réponses aux Champs de l'Evaluation

7- Evaluer les activités de sensibilisation : les outils, les messages et la stratégie employée fonctionne-t-elle? Comment mieux mesurer les résultats?

😊😊 Variation des modes de communication adaptés à la riposte : bonne combinaison entre les messages de proximité et de communication de masse pour un ciblage renforcé des zones et populations à risque (mais non optimal – besoin d'un ciblage avec une approche épidémiologique locale)

😊 Choix pertinent d'associer des structures locales (Réseaux des Femmes, troupes théâtrales, radios) mais renforcer les méthodes de communication pour ciblage prioritaire issues de l'enquête socio-culturelle

😊 Activités de sensibilisation qui ne permettent pas un changement durable des comportements (connaissance imparfaite des facteurs de transmission du choléra) – *A mesurer dans la prochaine enquête CAP*

Risque de mélange entre les actions de riposte et de prévention dans les zones de flambées.

Réponses aux Champs de l'Evaluation

—

9- Evaluer la pertinence des systèmes de suivis

☹️ Beaucoup de rapports mais manque de documentations utiles pour monitoring et impacts des actions (informations qualitatives). Crucial dans la mise en œuvre d'un projet orienté 'software' et au ciblage dynamique selon les informations locales

😊 Des efforts mis en place sur le projet ECHO 2 qui doivent être à la fois soutenus/continués et renforcés sur ECHO 3.

😊 Suivi interne (APR, planning bi-hebdo, etc.) pas interactif – besoin d'un soutien
Rapports de mission des anciens expats pas valorisés

Notes des Critères DAC

| Critères | Classification (1 bas, 5 élevé) | | | | | Justifications |
|------------|------------------------------------|---|---|---|---|----------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| Impact | | X | X | | | |
| Durabilité | X | X | | | | |
| Cohérence | | | | X | | |
| Couverture | | | X | | | |
| Pertinence | | X | X | | | |
| Efficience | | | X | | | |
| Efficacité | | X | X | | | |

Le Développement d'une Bonne Pratique du Projet

Option A

Approche de la riposte 'Coup de Poing' basée sur une réponse multi-partenaires rapide des les premiers cas de flambees : evaluation conjointe, points de chloration, visites domiciliaires

Option B

- Étude de faisabilité d'une approche de Marketing Social autour de l'utilisation de produits chlorés

Recommandations

Immédiates (< 3mois) - 1 sur 4

Finalisation dans les temps du projet ECHO 2

Respect du Plan d'action ECHO 2 à fin février pour ne pas amputer les moyens prévus sur ECHO 3

Soutien renforcé de l'équipe Logistique pour la fin de projet ECHO 2 et la mise en œuvre ECHO 3

Dimensionner les projets de lutte contre le choléra, avec une taille et des objectifs appropriés aux moyens et aux capacités des équipes et des partenaires

Tendre à moins d'ambitions à budget équivalent, notamment sur les aspects 'Sortie de Crise' et 'Résilience' et optimiser les cibles 'prévention' pour + efficacité (complémentarité avec les actions 'Coup de Poing')

Détacher les actions durables liées à la sortie de crise et à la résilience à celles de riposte (ECHO 3), dont les actions pilotes de promotion du chlore à domicile. S'assurer que programme indépendant, avec suffisamment de moyens pour aboutir à des conclusions utiles après 1 an (plan d'action, avec moyens appropriés de suivi et bilans intermédiaires réguliers (semestriel).

Recommandations

Immédiates (< 3mois) – 2 sur 4

Plaidoyer actif auprès du cluster WASH et des bailleurs de fonds (ECHO et autres) pour la couverture des centres de santé en moyens suffisants pour l'isolement des cas (barrières, 1 latrine-douche spécifique, matériels de désinfection) avant de les référer au CTC

En cas d'appui en matériels d'urgence, produire un protocole qui stipule la responsabilité du centre de santé en termes de maintien de la structure pour 3 ans minimum,

Informer de la non-fourniture de matériels pour les 3 ans à venir,

Contrôle du cluster WASH pour l'interdiction de soutien complémentaire dans les 3 années à venir, etc.

Obligation d'appui du BCZ au travers du stock de contingence, et suivi détaillé d'ACF

Recommandations

Immédiates (< 3mois) – 3 sur 4

Communiquer les leçons d'expérience d'ECHO 2 et programmer les changements pour ECHO 3

Partager les conclusions de l'évaluation externe à l'équipe et aux partenaires

Organiser 1 atelier (1 ou 2 jours de travail) en début d'ECHO 3 pour définir la mise en œuvre des recommandations et les modifications de mise en œuvre du projet par rapport à ECHO 3.

Renforcement de l'équipe ACF pour ECHO 3

Recrutement d'un **assistant projet en charge de l'ingénierie sociale**,
Recrutement d'une **personne chargée du Monitoring & Evaluation** au sein du projet (suivi des équipes et des partenaires)

Renforcement de l'équipe 'Marketing Social'

Renforcement de l'appui de la coordination WASH nationale (visite d'une semaine chaque mois avec production d'un plan d'action) et de la coordination WASH siège (2 visites par an).

Recommandations

Immédiates (< 3mois) – 4 sur 4

Renforcement des outils de suivi du projet

Travail de production ou amélioration des outils de monitoring et de rapportage (valables pour l'équipe ACF et pour les partenaires), axés sur la **mesure effective du travail** (photos, registre de toutes les personnes rencontrées, etc.) et **l'amélioration des données qualitatives**.

Inclure des obligations claires de reporting pour les partenaires et **assurer un suivi détaillé**, avec **délivrance des moyens de la période suivante** conditionnée par la bonne production des rapports et à la vérification du travail effectivement accompli (à inclure clairement dans tout nouveau protocole)

Appui de la coordination Bukavu & Kinshasa dans les **négociations des nouveaux partenariats au sujet des exigences de suivi et reporting** : protocoles obligations de résultats et évaluation des performances des partenariats, suivi de décisions réajustées mensuellement en cas de non atteinte des objectifs attendus

Formations du personnel et des partenaires à une **meilleure collecte des informations et au reporting**

Retours obligatoires de la coordination sur les APR et autres documents de planification envoyés par l'équipe projet.

Recommandations

—

A plus long terme : sortie de crise et résilience

Mais à commencer dès à présent !

R1 MT/LT : Intégrer une approche intégrée de lutte contre le choléra dans la stratégie Pays, avec une vision à 3 ou 5 ans pour la mise en œuvre d'actions de préparation et riposte, de prévention, de sortie de crise et résilience communautaire :

- Définir une note stratégique 'Choléra, une approche intégrée et durable' spécifique aux actions d'ACF RDC, décrivant les grandes lignes d'interventions stratégiques des 3 prochaines années, basée sur les expériences acquises des 2 premiers projets, les résultats de l'évaluation et le cadre des actions d'ACF International dans le domaine.
- Diversifier les financements pour atteindre l'objectif stratégique fixé par ACF (ne pas dépendre que d'ECHO dans ce domaine)

Recommandations

—

A plus long terme : sortie de crise et résilience

Mais à commencer dès à présent !

R2 MT/LT : Développer des alternatives innovantes de sécurisation de l'accès à l'eau, l'hygiène et l'assainissement à base communautaire et durable :

- Mettre sur pied un programme ambitieux avec les moyens appropriés, en matière de promotion des produits chlorés pour le traitement à domicile,
- Tout nouveau projet WASH doit comporter un fort accent de renforcement de la gestion communautaire des ouvrages (avec accompagnement des Comités de gestion sur 2 ans avec retrait progressif d'ACF) et le changement durable des comportements,
- Profiter de synergies avec des centres de recherche pour développer des approches innovantes et à succès dans ce contexte et promouvoir la production d'études qui démontrent de l'impact des actions (evidence-based),
- Capitaliser et promouvoir les bonnes pratiques développées auprès du secteur humanitaire en RDC.

Recommandations

—

A plus long terme : sortie de crise et résilience

Mais à commencer dès à présent !

R3 MT/LT : Plaidoyer pour un changement de l'approche de l'aide humanitaire dans la zone...

- Réaliser des projets de qualité qui montrent les plus-values d'approche communautaire appropriées
- Etre moteur dans la constitution d'un message collectif des organisations d'aide (cluster ou groupe de plaidoyer)
- Produire un document de plaidoyer pour le changement de l'approche humanitaire liée à la lutte contre le choléra
- Réduire fortement les appuis extérieurs sur des actions initiales récentes de moins de 2-3 ans pour crédibiliser les actions de reprise communautaire et de sortie de crise
- Ne pas autoriser les interventions externes qui se substituent aux rôles des comités de gestion (fuites, pannes, etc.)
- Proposer en contrepartie un accompagnement progressif de transfert des responsabilités pendant 2 ans (optimisation de la gestion communautaire)
- Harmoniser les 'incentives' aux autorités et partenaires locaux
- Pousser à la redevabilité du travail des partenaires et autorités locales (y compris au niveau communautaire) et ajuster les soutiens en conséquence

Recommandations

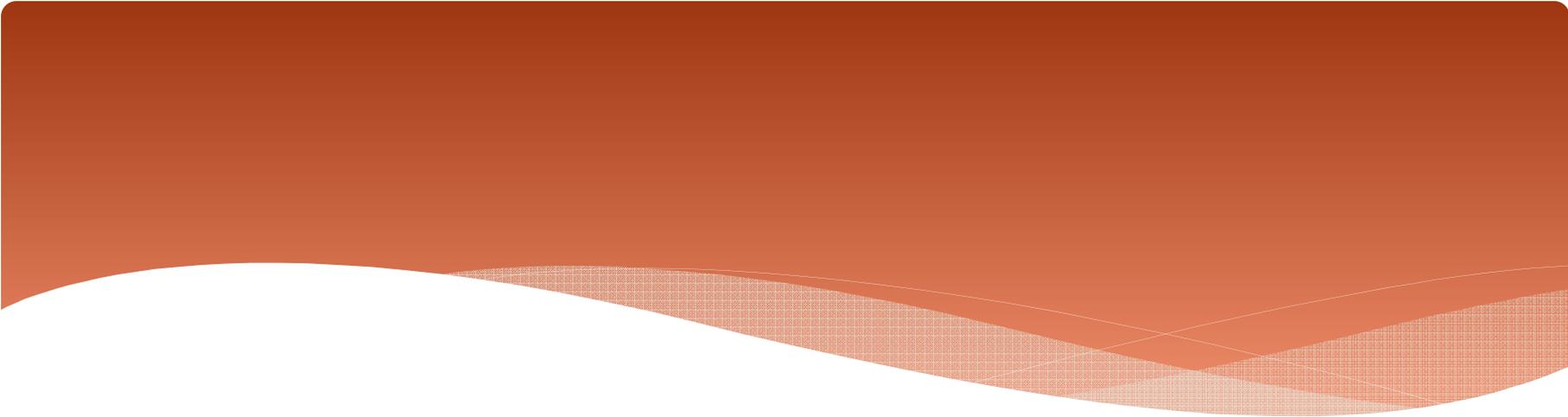
—

A plus long terme : sortie de crise et résilience

Mais à commencer dès à présent !

R4 MT/LT : Envisager un processus de nationalisation du poste de PM

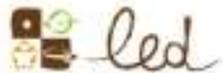
- Processus à envisager sur une période initiale 2 ans
- Monter une stratégie de transfert progressif de compétences
- Mesure des résultats intermédiaires par semestre (implications du PM, Coordo WASH national et HQ WASH Advisor) & réajustements selon performances obtenus



Qu'en pensez-vous ?....

Merci de votre attention !

Yvan





Evaluation Externe
PROGRAMME D'INTERVENTION POUR LIMITER ET PREVENIR LA
PROPAGATION DE L'EPIDEMIE DU CHOLERA EN REPUBLIQUE
DEMOCRATIQUE DU CONGO

Débriefing avec le siège

Action Contre la Faim (ACF), Skype Meeting, USA

Yvan GRAYEL, Consultant pour L E D
07 février 2014

INTRODUCTION

Calendrier d'Activités

Période : du 18 décembre 2013 au 14 février 2014 (34 jours de travail),
dont 3 ½ semaines en RDC (Goma – Minova – Kalehe -
Bukavu)



Méthodologie :

- Briefings (siège et pays)
- Lecture des Documentations Principales,
- Investigations de Terrain,
- Échanges avec les Personnes Clés du Projet,
- Analyse des Données,
- Restitutions Pays et Siege,
- Rédaction du Rapport d'Evaluation (Brouillon et Final).

INTRODUCTION

Investigations Menées

12

- Discussions avec le personnel d'Action Contre la Faim (siège et pays)

11

- Responsables de Centres de sante et CTC (IT, Cogesa)

7

- Groupes de discussions communautaires (informel) – *2 visites annulées (problème de transport)*

5

- Bureaux Centraux de Zones (MCZ, TDR, animateurs Communautaire)

3

- Organisations Humanitaires (UNICEF, Cluster WASH, MSF)

2

- Partenaires Projet (Croix-Rouge, Réseaux des femmes)

1

- Bailleur de Fonds (ECHO)

CONCLUSIONS GENERALES

—

Première Partie

1. Projet sur une grande superficie, avec des objectifs larges (préparation, urgence, sortie de crise, résilience a plus long terme) dans un cadre de financement restreint
2. Approche basée sur la compréhension des mécanismes et des contextes de transmission peu développée et a fortement renforcer
3. Manque de documentations appropriées, utiles au suivi et a l'analyse des actions
4. Travail 'software' avec les partenaires locaux qui demande une attention supplémentaire dans le suivi et le renforcement des capacités

CONCLUSIONS GENERALES

—

Deuxième Partie

1. Activités de soutien trop répétitives chaque année qui ne permettent pas une sortie de crise à court terme
2. Besoin de travailler sur une amélioration de l'approche de l'aide humanitaire au niveau sectoriel
3. Manque une stratégie pluriannuelle d'ACF de lutte contre le cholera en RDC, avec l'amélioration qualitative de la réponse d'urgence et la mise en place progressive de programmes de sortie de crise / resilience.

Notes des Critères DAC

| Critères | Classification (1 bas, 5 élevé) | | | | | Justifications |
|------------|------------------------------------|---|---|---|---|----------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| Impact | | X | X | | | |
| Durabilité | X | X | | | | |
| Cohérence | | | | X | | |
| Couverture | | | X | | | |
| Pertinence | | X | X | | | |
| Efficience | | | X | | | |
| Efficacité | | X | X | | | |

Recommandations

Immédiates (< 3mois) - 1 sur 4

En lien avec la première partie des conclusions

Finalisation dans les temps de la phase II

Dimensionner les projets d'urgence (ECHO) avec une taille et des objectifs appropriées aux moyens et aux capacités des équipes et des partenaires

Plaidoyer actif pour la remise a niveau des CTC et centres de sante

Renforcement de l'équipe ACF sur la phase III

Mise en place d'un plan de renforcement des outils de suivi

Communiquer les leçons d'expérience et les intégrer a la phase III

Recommandations

A plus long terme : sortie de crise et résilience

En lien avec la deuxième partie des conclusions
Mais à commencer dès à présent !

Inclure une approche intégrée de lutte contre le cholera dans la stratégie pays, a 3 ou 5 ans

Développer des alternatives innovantes WASH a base communautaire et durables

Plaidoyer pour un changement de l'approche de l'aide humanitaire dans la zone

Envisager un processus de nationalisation du poste de PM

CONCLUSIONS GENERALES

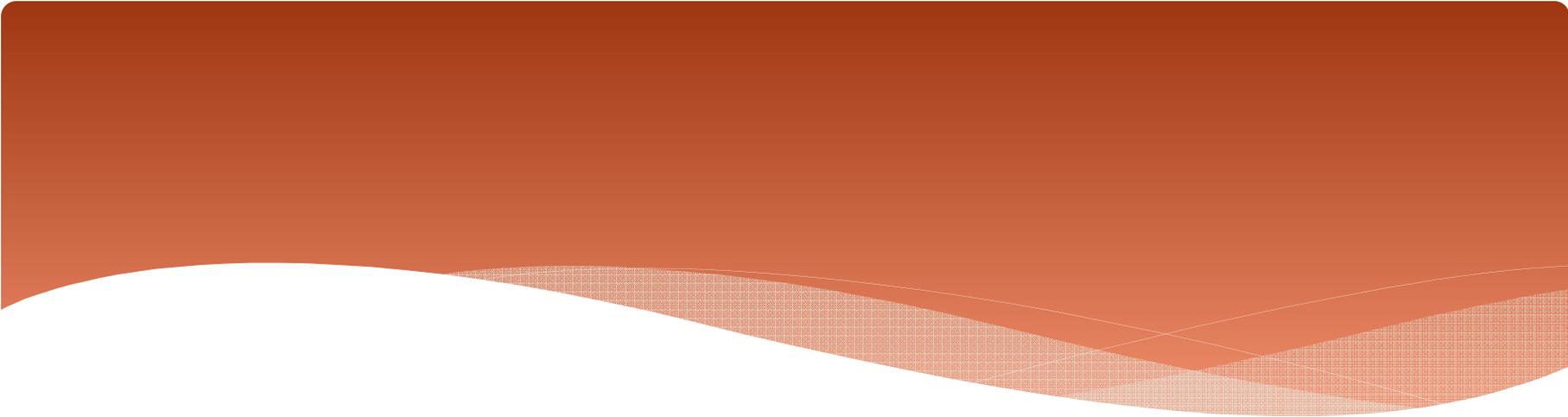
Le Développement d'une Bonne Pratique du Projet

Option A

Approche de la riposte 'Coup de Poing' basée sur une réponse multi-partenaires rapide des les premiers cas de flambées : évaluation conjointe, points de chloration, visites domiciliaires

Option B

- Étude de faisabilité d'une approche de Marketing Social autour de l'utilisation de produits chlorés



Qu'en pensez-vous ?....

Merci de votre attention !

Yvan

