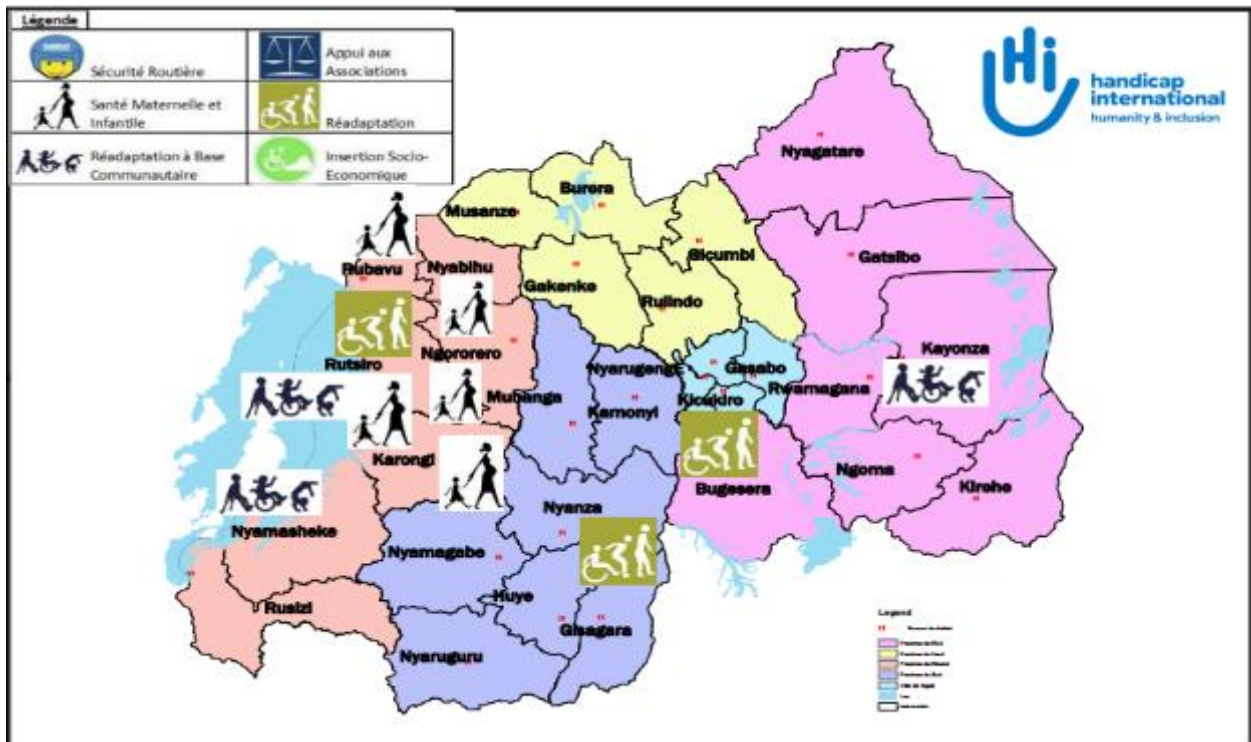




Belgique
partenaire du développement



Programme Rwanda 2017-2021
Rapport d'évaluation intermédiaire



Réalisée par BIUS CONSULTING SERVICES Ltd

Kigali, Janvier 2020

Table des matières

Sigles et acronymes.....	4
1. Présentation du programme.....	7
1.1. Partenariat	7
1.2. Théorie du changement.....	8
1.3. Thèmes transversaux	9
1.4. Synergies et complémentarités	9
1.5. Description des objectifs spécifiques.....	9
2. Présentation des objectifs de l'évaluation intermédiaire.....	10
2.1. Objectifs, conditions et enjeux de réalisation.....	10
2.2. Description de la méthodologie et approche de l'évaluation	12
3. Analyse du niveau d'atteinte et de la performance du programme fin 2019	13
3.1. Objectif Spécifique 1 / Santé maternelle, néonatale et infantile et lutte contre l'épilepsie – SMNI & EPI	13
3.1.1. Niveau de réalisations des Indicateurs par résultat.....	13
3.1.2. Niveau de réalisation des activités	19
3.1.3. Analyse des critères d'évaluation	20
3.1.4 Conclusions et recommandations pour 2020-2021	24
3.1.4.1. Conclusions liées aux critères d'évaluation	24
3.1.4.2. Conclusions et recommandations liées aux indicateurs.....	25
3.1.5. Axes potentiels sur la période 2022-2026	27
3.2. Objectif spécifique 2 : Développement Local Inclusif / Réadaptation à Base Communautaire (DLI/RBC)	28
3.2.1. Niveau de réalisation des indicateurs	28
3.2.2. Niveau de réalisation des activités	30
3.2.3. Critères d'évaluation.....	34
3.2.4 Conclusions et recommandations pour 2020-2021	39
3.2.4.1. Conclusions liées aux critères d'évaluation	40
3.2.4.2. Conclusions et recommandations liées aux indicateurs et activités	40
3.2.5. Axes potentiels sur la période 2022-2026	41
3.3. Objectif spécifique 3 : Réadaptation Fonctionnelle (OS3/READ)	42
3.3.1. Niveau de réalisation des indicateurs	42
3.3.2. Niveau de réalisation des principales activités	45
3.3.3. Critères d'évaluation.....	50
3.3.4. Conclusions et recommandations pour 2020-2021.....	53
3.3.4.1 Conclusions liées aux critères d'évaluation	53

3.3.4.2 Conclusions liées aux indicateurs et principales activités	54
3.3.5. Axes potentiels sur la période 2022-2026	55
3.4. Synergies et complémentarités avec les acteurs	56
3.4.1. Niveau de réalisation	56
3.4.2. Conclusions et recommandations liées aux synergies et complémentarités	58
3.4.2.1. Recommandations portant sur la période 2020 et 2021	58
3.4.2.2. Recommandation pour la période 2022-2026	58
3.5. Prise en compte des thèmes transversaux	58
3.5.1. Politiques, stratégies organisationnelles et opérationnelles.....	59
3.5.2. Dans les documents de référence.....	59
3.5.3. Genre et âge dans la planification et exécution du programme	60
3.5.4. Au niveau de l'exécution.....	60
3.5.5. Analyse de l'évaluateur sur la prise en compte des thèmes transversaux	63
3.5.6. Opportunités pour maximiser les chances de tenir le triptyque genre, âge et handicap en considération dans les programmes.....	64
3.5.7. Recommandations liées à la prise en compte des aspects genre, âge et handicap	65
3.5.8. Moyens mis en place pour faciliter la digitalisation et /ou la numérisation des pratiques 67	
3.6. Théorie du changement (TOC).....	67

Sigles et acronymes

ACNGB	Acteurs de la Coopération Non Gouvernementale Belges
AGHR	Association Générale des Handicapés du Rwanda
AIEDR	Action for Inclusive Education Development in Rwanda
APEFE	Association pour la Promotion de l'Éducation et de la Formation à l'Étranger
ASM	Agent de Santé Maternelle
BNPAE	Bureau National des Personnes Atteintes d'Épilepsie
CAP	Connaissances, Attitudes et Pratiques
CBR	Community Based Rehabilitation
CRR	Croix Rouge Rwandaise
CRB	Croix Rouge de Belgique
CS	Centre de Santé
ASP	Accompagnement Social Personnalisé
ASC	Agent de Santé Communautaire
CBM	Christian Blind Mission
CNDP	Commission Nationale des Droits de la Personne
CMHS	College of Medicine and Health Sciences
CDPH	Convention Relative aux Droits des Personnes Handicapées
CRPD	Convention on the Rights of Persons with Disabilities
DDP	District Development Plan
DGD	Direction Générale de la Coopération au Développement et Aide Humanitaire
DLI/	Développement Local Inclusif/Réadaptation à Base Communautaire
DSP	District Strategic Plan
ECD	Early Childhood Development
FGD	Focus Group Discussion
FIM	Fiche d'Information Mensuelle
FOSA	Formation Sanitaire
HI	Humanity & Inclusion
HMIS	Health Management Information System
HNP	Hôpital Neuro Psychiatrique
HVP	Homme de la Vierge des Pauvres
GECO	Global Epileptic Connection
GPE	Groupes Psycho Educatifs
JADF	Joint Action Development Forum
KEU	Kabgayi Eye Unit
IEC	Information, Education & Communication
ICRC	International Committee of the Red Cross
IDPD	International Day of Persons with Disabilities
IOV :	Indicateur Objectivement Vérifiable
LODA :	Local Administrative Entities Development Agency
LfW :	Light for the World
MIGEPROF	Ministère du Genre et de la Promotion de la Famille
MINALOC	Ministère de l'Administration Locale

MININFRA	Ministère des Infrastructures
MIFOTRA	Ministère de la Fonction Publique et du Travail
MISANTE	Ministère de la Santé
MoU	Memorandum of Understanding
NEC	National Electoral Commission
NECDP	National Early Childhood Development Program
NCPD	National Council of Persons with Disabilities
NUDOR	National Union of Disability Organizations in Rwanda
NPC	National Paralympic Committee
NST1	National Strategy for Transformation
PAE	Personnes Atteintes d'Epilepsie
PH	Personnes Handicapées
PQ	Programme quinquennal
PS	Professionnels de Santé
RAA	Réseaux d'Agents d'Accompagnement
RAHPC	Rwanda Allied Health Professional Council
RBC	Rwanda Biomedical Center
READ	Réadaptation
RHA	Rwanda Housing Authority
RGB	Rwanda Governance Board
RGPH	Réseaux de Groupes de Personnes Handicapées
RMS	Rehabilitation Management System
RUB	Rwandan Union of the Blind
RNUD	Rwanda National Union of the Deaf
RULP	Rwanda Union of Little People
RWAMREC	Rwanda men's resource centre
RWOTA	Rwanda Occupational Therapy Association
ODD	Objectifs de Développement Durable
ONG	Organisation Non Gouvernementale
ORCE	Organisation Rwandaise de Lutte contre l'Epilepsie
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
OS	Objectif Spécifique
OSC	Organisation de la Société Civile
OTARG	Occupational Therapy Africa Regional Group
OPH	Organisation de Personnes Handicapées
SMNI & EPI	Santé Maternelle, Néonatale et Infantile et Lutte contre l'Epilepsie
SM	Santé Mentale
SMI	Santé Maternelle et Infantile
SNE	Special Needs Education
SONU	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence
FFOM	Forces, Faiblesses, Opportunités, Menaces
TOC	Theory of Change
THT	Troupes des Personnes Handicapées Twuzuzanye

UCB	Union Chimique Belge
UNCRPD	United Nations' Convention on the Rights of Persons with Disabilities
UR	University of Rwanda
VUP	Vision 2020 Umurenge Programme
WFOT	World Federation of Occupational Therapists

1. Présentation du programme

En 2017, Fédération Handicap International, qui met en œuvre ses programmes au Rwanda sous le nom opérationnel Humanity & Inclusion (HI), exécute un programme quinquennal 2017-2021 avec le cofinancement de la Coopération belge au Développement, à travers la Direction Générale de la Coopération au Développement et Aide Humanitaire (DGD), pour un montant initial de 3.963.988,14 €. En mai 2019, suite à la fermeture des activités de HI au Burundi en janvier 2019, la DGD a approuvé un avenant avec un montant complémentaire de 650.000 € ; ce qui a permis d'élargir la zone au district de Nyamasheke et d'augmenter le nombre de bénéficiaires.

Avec un objectif global d'améliorer la qualité de vie de toutes et tous, l'intervention porte sur 3 domaines interconnectés et reflétés dans les 3 objectifs spécifiques (OS) : (1) la Santé Maternelle, Néonatale et Infantile et Lutte contre l'Epilepsie (SMNI & EPI) - OS1, (2) le Développement Local Inclusif/Réadaptation à Base Communautaire (DLI/RBC) – OS2 et (3) la Réadaptation (READ) – OS3.

Le programme quinquennal (PQ) s'articule autour 5 points dont (1) le partenariat, (2) la théorie du changement- Theory of Change (TOC) associée au Rwanda, (3) la prise en compte des thèmes transversaux, (4) les synergies et complémentarités entre acteurs ainsi que (5) les trois OS qui comprennent chacun des bénéficiaires et groupes-cibles, une description des résultats et une typologie des activités.

1.1. Partenariat

Le programme est bâti sur une diversité de partenaires de mise en œuvre et de parties prenantes. Tout en intervenant aux niveaux national, local, des prestataires de services, des organisations locales de personnes handicapées (PH) et de personnes atteintes d'épilepsie (PAE) et de la communauté, chaque OS recourt à d'auteurs secteurs pour assurer une prise en charge globale des PH et des PAE. Il privilégie une approche multi acteurs et pluridisciplinaire. Certaines parties prenantes sont transverses (Rwanda Biomedical Center-RBC et Ministère de la Santé sur les OS 1 et 2 et National Council of Persons with Disabilities - NCPD) et la division des maladies non transmissibles de RBC sur les OS 2 et 3).

Pour l'OS 1, il s'agit notamment des autorités nationales du secteur de la santé (Ministère de la santé - Minisanté et les deux divisions Santé Mentale (SM) et Santé Maternelle et Infantile (SMI) de l'agence étatique d'exécution Rwanda Biomedical Center), des autorités locales via les 5 districts d'intervention (Karongi, Rutsiro, Rubavu, Ngororero et Nyabihu) de la province de l'ouest et leurs pharmacies respectives qui ont un rôle crucial dans l'approvisionnement en médicaments antiépileptiques, des services publics représentés par les hôpitaux qui supervisent les centres de santé de leur zone de d'action, de l'association des professionnels Organisation Rwandaise contre l'épilepsie – ORCE et de l'organisation de personnes atteintes d'épilepsie Global Epileptic Connection (GECO), partenaire de mise en œuvre des actions de sensibilisation et de référencement dans le district de Rubavu ainsi que les associations de PAE créées dans d'autres districts et qui mettent en place une structure représentative à l'échelle nationale. Concernant l'OS 2, 4 partenaires dont 3 organisations de personnes handicapées-OPH (NUDOR, AGHR, THT) et une ONG locale spécialisée en éducation inclusive (AIEDR) sont en charge de plaider pour l'inclusion des PH dans les politiques nationales et de renforcement des OPH membres de NUDOR (NUDOR), d'accompagnement des PH (AGHR) et de sensibilisation dans les districts

Rutsiro et Kayonza auxquels s'ajoute le district de Nyamasheke suite à la réallocation. Les parties prenantes sont le NCPD et le Ministère de l'administration locale (Minaloc). Quant à l'OS 3, il s'agit du Minisanté et de la Division des Maladies Non Transmissibles au sein de RBC en charge du secteur de la réadaptation ainsi que de NCPD qui coordonne le secteur du handicap et de 5 partenaires de mise en œuvre dont le College of Medecine and Health Sciences- CMHS pour la formation initiale d'ergothérapie, Rwanda Occupational Therapy Association (RWOTA) pour la promotion de l'ergothérapie et 3 centres de réadaptation modèles (HVP Gatagara, Hôpital de Murunda et Hôpital de Masaka) offrant des services de réadaptation pluridisciplinaires. L'OS 3 compte aussi 2 partenaires techniques et stratégiques belges dont l'ONG Fracarita qui appui la commande des consommables orthopédiques et l'Université de Gent en appui technique au CMHS pour la formation en ergothérapie.

1.2. Théorie du changement

La TOC est axée sur l'identification de trois changements intermédiaires à atteindre afin de contribuer à l'amélioration de la qualité de vie pour toutes et tous. Pour rappel, la situation souhaitée vise à ce que les personnes vulnérables dont les personnes handicapées et les personnes atteintes d'épilepsie aient accès à des services et soins de qualité et adaptés, leur permettant ainsi d'être pleinement intégrées socialement et professionnellement dans la vie du pays. Les trois projets constitutifs du programme composent une intervention globale ayant pour objectif d'améliorer l'offre de services sociaux, d'autonomiser les PH et leurs familles, et de rendre les communautés plus inclusives.

Le changement intermédiaire 1 consiste en l'amélioration de la prévention, la détection et la prise en charge de l'épilepsie, l'intégration de celle-ci dans la SMNI et l'inclusion améliorée des PAE dans les communautés. Les principaux bénéficiaires et acteurs des changements immédiats liés à l'épilepsie sont les PAE et leurs familles, les organisations à base communautaire, les professionnels de santé, les autorités sanitaires et les enseignants des écoles de la zone d'intervention. HI apporte un appui conseil à RBC / Minisanté afin d'assurer une consolidation du système de service tout en fournissant un appui technique aux structures de soins de santé et renforçant les compétences techniques via les formations et un accompagnement des groupes-cibles. Le partenaire de mise en œuvre et les organisations de la société civile locales contribuent à la sensibilisation de la communauté sur l'épilepsie, à l'amélioration de l'accès aux soins de santé primaire des patients épileptiques et participent au renforcement des capacités de ces derniers et de leurs familles pour qu'ils deviennent de véritables acteurs dans la société.

Le changement intermédiaire 2 porte sur l'amélioration de l'accès aux services pour les PH dans les secteurs de l'éducation, emploi, sports et loisirs avec comme bénéficiaires et acteurs principaux des changements immédiats les PH et leurs familles, les prestataires de services, les membres de la communauté, les OPH et les institutions rwandaises. Le rôle de HI consiste en un appui conseil, technique, institutionnel tout en assurant les formations des groupes-cibles et partenaires sur les approches de l'action. Les partenaires et les OPH locales sont responsables de (i) la sensibilisation des communautés au handicap, (ii) de plaider auprès des institutions, (iii) de formation des prestataires de services, (iv) de constitution des groupes de parents d'enfants handicapés afin de leur permettre d'amorcer les changements immédiats nécessaires à l'amélioration de l'accès aux services pour les PH.

Enfin, le changement intermédiaire 3 a trait à la diversification de l'offre de service en réadaptation et l'amélioration de l'accessibilité aux soins et de leur qualité. Les enseignants, étudiants, professionnels de

santé et usagers des services de réadaptation sont les bénéficiaires et acteurs principaux des changements immédiats pouvant mener à ce changement intermédiaire. HI fournit un appui conseil, financier, technique, assure la formation de formateurs et la conception d'un cadre de référence pour la qualité des services. Certains partenaires apportent un appui technique et pédagogique, d'autres soutiennent le développement de l'ergothérapeute au Rwanda et offrent des services de réadaptation.

1.3. Thèmes transversaux

Les actions envisagées mettent un accent l'usage du numérique sur les trois OS en vue faciliter l'accès aux informations en lien avec l'aspect **digitalisation**, l'appropriation par les équipes de HI du triptyque genre, âge, handicap et la mixité femmes-hommes et l'amélioration de la participation des femmes dans les activités pour prendre en compte le **genre**. Un choix a été fait de promouvoir des pratiques éco-responsables à travers un diagnostic d'impact de l'environnement sur le programme de HI au Rwanda, la formulation de recommandations concrètes et d'un plan d'action ; et chaque OS a prévu des actions liées à **l'environnement** tout en veillant à rendre tout événement **accessible aux PH**.

1.4. Synergies et complémentarités

Au niveau de chaque OS, les synergies et complémentarités entre acteurs sont prévues pour apporter leur expertise et savoir-faire. Nous signalons les actions entre HI et l'Hôpital Neuro Psychiatrique (HNP) Caraes Ndera et la Croix Rouge Rwandaise (acteurs rwandais), Fracarita et Croix Rouge de Belgique-CRB (Acteurs de la Coopération Non Gouvernementale Belges-ACNGB) ainsi que l'Union Chimique Belge-UCB concernant l'épilepsie, la santé mentale et le soutien psychosocial sur l'OS1, Christian Blind Mission-CBM, RCN-Justice & Démocratie (ACNGB) pour l'OS2 sur la société civile (APEFE et VVOB), les droits et inclusion des PH, Light for the World-Lfw, Fracarita, Médecins sans vacances et l'Université de Gent (ACNGB) sur l'OS3 concerné par la réadaptation fonctionnelle.

1.5. Description des objectifs spécifiques

Le PQ est composé de trois OS comprenant chacun des résultats et des activités exécutées par HI avec les partenaires et parties prenantes décrits au point 1.1 pour les groupes-cibles définis.

Avec un outcome / OS1, 4 résultats, 14 indicateurs-R et 22 activités (16 liées aux résultats et 6 activités transversales), l'OS 1 agit sur 4 niveaux: (i) acteurs institutionnels nationaux de la SMNI et de la SM pour renforcer leurs capacités de mise en œuvre des politiques et plans stratégiques en lien avec l'épilepsie avec un focus sur la coordination et l'intégration de l'épilepsie, la prévention des ruptures de stock en médicaments antiépileptiques, le référencement, le suivi approprié des nouveaux nés, des enfants à risque et des PAE (R1), (ii) professionnels de santé (PS) de SMNI et SM qui améliorent leurs capacités techniques d'intervention et de concertation en matière d'épilepsie (R2), (iii) communauté mobilisée pour adopter des pratiques favorables à l'intégration des PAE (R3) et (iv) PAE et organisations de la société civile (OSC) pour leur participation active à la lutte contre l'épilepsie (R4).

L'OS2 comprend 4 résultats, 12 indicateurs et 26 activités (20 liées aux résultats et 6 activités transversales et intervient aux niveaux (i) des PH et leurs familles dont le regroupement et l'engagement impulsent un changement pour une communauté plus inclusive (R1), (ii) des OPH nationales et locales

pour susciter des changements de pratiques et influencer l'application des politiques nationales (R2), (iii) des prestataires de services des secteurs Emploi, Education, Sport & Loisirs qui changent leurs pratiques et offrent des services plus inclusifs (R3) et (iv) des institutions publiques qui développent des pratiques plus inclusives en conformité avec les conventions internationales et les politiques nationales (R4).

Enfin l'OS 3 comprend 3 résultats, 9 indicateurs (Outcome :3 ; R1 :2 ; R2 :2 ; R3 :2) et 19 activités (13 liées aux résultats et 6 activités transversales et agit aux niveaux de CMHS pour offrir un enseignement de qualité (R1), du Ministère de la Santé et des services de réadaptation et de santé afin que la profession d'ergothérapie soit intégrée (R2) et des acteurs de la réadaptation pour promouvoir un travail en synergie et une offre de services de qualité et de proximité (R3).

2. Présentation des objectifs de l'évaluation intermédiaire

2.1. Objectifs, conditions et enjeux de réalisation de l'évaluation

L'évaluation avait 6 objectifs spécifiques à savoir :

1. Apprécier le niveau d'avancement des activités et des résultats du programme par rapport aux (1) engagements avec la DGD, (2) aspects stratégiques opérationnels et méthodologiques mis en œuvre, (3) difficultés rencontrées, solutions adoptées et actions entreprises pour les surmonter.
2. Mesurer l'état d'avancement des actions liées aux thèmes transversaux (genre, environnement, innovation/digitalisation, accessibilité de tous) dans les 3 OS du programme avec un focus particulier sur le genre, l'âge et le handicap.
3. Mesurer les changements immédiats et intermédiaires en lien avec la théorie du changement avec une mise à jour sur la base des résultats et de l'évolution du contexte.
4. Etablir un bilan des synergies et complémentarités entre HI et les acteurs belges et celles initiées avec d'acteurs et programmes aux niveaux national et des districts.
5. Comparer l'analyse propre de HI par rapport à celle de l'évaluateur sur l'avancement et les résultats au niveau de chaque OS afin d'identifier et expliquer les différences.
6. Dégager les recommandations et indications contribuant à la définition des orientations et priorités pour les axes thématiques et cibles d'intervention pour la période 2022-2026.

L'évaluation intermédiaire porte sur une période de 3 ans 2017-2019. Comme prévu, la mission a couvert l'ensemble des 10 districts d'intervention du programme : Gasabo et Kicukiro de la Ville de Kigali, Nyanza (Province du Sud), Karongi, Rutsiro, Rubavu, Nyabibu, Ngororero, Nyamasheke (Province de l'Ouest) et Kayanza (Province de l'Est).

Dans l'ensemble, les entretiens, interviews et rencontres prévus ont été organisés dans de bonnes conditions. En effet, toutes les personnes interviewées ont disponibilisé leurs lieux de travail habituels pour les rencontres avec les évaluateurs. Elles ont été ouvertes aux questions d'évaluation et les personnes concernées y ont répondu en toute confiance et sécurité. Néanmoins, des ajustements ont été apportés au calendrier initial suite aux conflits d'agenda et la surcharge de travail observés chez les personnes des institutions publiques et des acteurs belges à Kigali qui ont conduit à négocier d'autres rendez-vous. 1/5 ACNGB ciblés (APEFE, VVOB, Croix rouge rwandaise / Croix Rouge de Belgique, RCN, HVP Gatagara), à savoir RCN n'a pas été disponible. Par ailleurs, suite aux éboulements et à

l'endommagement de la route Muhanga-Ngororero causés par des pluies diluviennes, les évaluateurs ont été contraints de reporter les séances programmées dans le district de Ngororero à une autre date et reculer les rendez-vous dans le district de Kayonza, en accord avec les équipes projets de HI.

Le principal défi a résidé aux réticences d'un des représentants du Minisanté qui a justifié sa non-participation par la nécessité d'obtention préalable de l'approbation de l'évaluation par le comité national d'éthique pour conduire la mission comme cela est le cas pour les études et recherches ainsi que le besoin d'avoir l'autorisation de son responsable hiérarchique. Pour répondre à ce défi, les évaluateurs et l'équipe projet ont pris le temps d'échanger avec lui pour distinguer la mission et les études afin de clarifier la situation tout en réexpliquant les objectifs de l'évaluation intermédiaire. Dans cet ordre d'idées, en se référant à la nature de cette évaluation, il a été précisé que HI n'a pas tenté d'obtenir la validation du protocole par le comité d'éthique par le fait que la règle ne s'appliquait pas. Les évaluations de ce genre ne visent que de renseigner la progression des résultats et les performances du programme. Enfin, les évaluateurs ont été témoins de certaines activités prévues en 2019, entre autres l'atelier de validation du rapport de la revue période universelle et l'évaluation du caractère inclusif des services et l'atelier sur l'inclusion des PH dans les programmes de l'institution publique LODA (Local Administrative Entities Development Agency) sur l'OS2 qui ont été conduites pendant la période d'évaluation novembre/ décembre 2019.

Comme l'indique le tableau 1 ci-dessous, l'évaluation a impliqué 529 personnes sur 558 prévues, soit un taux de succès de 94.8 %. La participation des principaux bénéficiaires des changements est très significative, en particulier les personnes handicapées, les personnes atteintes d'épilepsie, les femmes enceintes, les parents d'enfants handicapés, les parents d'enfants épileptiques, les membres des groupes psycho éducatifs, des associations et organisations à base communautaire de PAE et PH, les volontaires communautaires et agents d'accompagnement des PH, avec une proportion globale de 453/529, soit 85.63%. Cette tendance se reflète au niveau de chaque avec OS : 235/263, soit 89.35% (OS1- SMNI & EPI), 148/175, soit 84.57% (OS2-DLI/RBC) et 70/91, soit 76.92 % (OS3-READ).

Tableau 1 : Effectifs des personnes ayant répondu aux questions de l'évaluation par OS et par catégorie

OS	Catégorie	Effectif	%
OS 1 : SMNI & EPI	Membres de l'équipe projet	5	0.90
	Personnes épileptiques (50), Parents d'enfants épileptiques (25), Femmes enceintes (10)	85	16.1
	Personnel médical (néonatalogie)	10	1.9
	Membres des groupes psycho éducatifs (50) et membres des associations de personnes atteintes d'épilepsie (50)	100	18.92
	Personnel du partenaire GECO	2	0.4
	Agents de santé communautaires / agents de santé maternelle	50	9.5
	Autorités locales (directeur de santé, chargés des affaires sociales: 10 et acteurs belges (Croix Rouge) : 1)	11	2.1

	Sous total OS1	263	49.7
OS 2 : DLI/RBC	Membres de l'équipe projet	5	0.9
	Personnes handicapées et leurs familles (20)	20	3.8
	Agents d'accompagnement & Personnes ressources (40), élus de NCPD / responsables administratifs (8)	48	9.1
	Membres de groupes de PH (40), coopératives de PH (20) et organisations de PH (20)	80	15.1
	Staff des partenaires THT, NUDOR, AIEDR, AGHR	8	1.5
	Autorités locales ¹ (10), Institutions publiques (NCPD, CNDP : 2) et Acteurs belges (APEFE et VVOB : 2)	14	2.6
	Sous total OS2	175	33.1
OS 3 : READ	Membres de l'équipe projet	3	0.6
	Staff partenaires : CMHS (4), RWOTA (2), centres Murunda, Masaka & HVP Gatagara (10)	16	3.0
	Agents de santé communautaires / agents de santé maternelle	20	3.8
	Parents d'enfants handicapés et usagers des services de réadaptation (Minisanté/RBC et Minaloc /NCPD)	50	9.5
		2	0.4
	Sous - total OS 3	91	17.2
Total Général		529	100

L'évaluation intermédiaire externe a porté sur l'efficacité, l'efficience, l'impact et la durabilité des actions de chaque objectif spécifique. Elle a fait également une analyse sur la mise en œuvre d'actions liées aux thèmes transversaux (genre, environnement, innovation / digitalisation, accessibilité de tous) et les critères de participation, coopération et redevabilité extraits du Référentiel Qualité de HI. Ladite évaluation a, en outre, discuté des actions de synergies et complémentarités avec les acteurs belges et d'autres intervenants en rapport avec les thématiques et secteurs où HI participe. Il s'agit également de proposer des orientations et priorités quant aux axes et cibles d'intervention pour la phase 2022-2026.

2.2. Description de la méthodologie et approche de l'évaluation

L'évaluation a utilisé les méthodes suivantes:

- ✓ L'observation sur le terrain: un regard externe a porté sur les réalisations physiques enregistrées par les 3 projets dans les districts d'intervention, hôpitaux et centres de santé, écoles et dans différents services appuyés à travers le financement de la DGD.

¹ Il s'agit des directeurs de la santé et de l'éducation et des chargés des affaires sociales au niveau districts et secteurs

- ✓ La combinaison de la revue documentaire avec les entretiens avec les acteurs et les focus group discussion (FGD) avec les bénéficiaires a permis de mesurer le niveau d'appropriation des processus et résultats par les bénéficiaires, les partenaires et parties prenantes du programme et leur contribution aux changements produits et observés. La lecture de documents importants relatifs à la mise en œuvre de ces 3 projets s'est avérée incontournable dont notamment la fiche Rwanda soumise à la DGD et qui fait office de document- projet, les scores de performance des années 2017 et 2018 produits pour la DGD, les rapports des missions d'appui et visites de suivi-évaluation, les plans d'actions, les rapports d'activités disponibles au sein de HI et des partenaires.
- ✓ Aussi des entretiens avec différents professionnels et prestataires de services ont été menés. Des discussions avec les Groupes Dirigés ont été menées avec les représentants des enfants, jeunes, femmes, hommes, personnes handicapées, personnes atteintes d'épilepsie, organisations représentatives de personnes handicapées, organisations représentatives de personnes atteintes d'épilepsie pour ne citer que ceux-là. Un groupe de 7 à 12 personnes dans chaque catégorie de chaque OS a été constitué. En moyenne, les discussions ont duré une heure trente minutes (1h30).
- ✓ Des entretiens individuels avec le coordinateur opérationnel et le coordinateur de l'unité cadre technique et stratégique et de groupe avec chaque équipe projet de chacun des 3 OS ont été organisés.
- ✓ Des entretiens individuels d'environ une heure chacun ont eu lieu avec 4 acteurs (APEFE, VVOB, Croix Rouge et HVP Gatagara) sur le bilan et les perspectives de synergies et complémentarités.

Des techniques de triangulation et d'analyse FFOM (forces, faiblesses, opportunités, menaces) faite à travers des analyses de l'évaluateur pour chaque OS, ont été appliquées pour respectivement garantir l'objectivité de l'évaluation et formuler les recommandations et indications contribuant à la définition des orientations et priorités pour les axes thématiques et cibles d'intervention pour la période 2022-2026.

Dans le cadre de cette évaluation, le recours à la méthode comparative a été utile en vue de comparer la situation à mi-parcours par rapport à celle qui prévalait au début du programme.

3. Analyse du niveau d'atteinte et de la performance du programme fin 2019

Dans cette partie, nous proposons un récapitulatif du niveau d'atteinte des résultats et de la performance au niveau de chaque OS sur la période 2017-2019 par rapport à ce qui a été prévu à fin décembre 2019. Sur base de l'évaluation de chaque élément et /ou critère, des recommandations sont formulées au regard de chaque conclusion.

3.1. Objectif Spécifique 1 / Santé maternelle, néonatale et infantile et lutte contre l'épilepsie – SMNI & EPI

3.1.1. Niveau de réalisations des indicateurs par résultat

Le tableau 2 ci-après récapitule le niveau de réalisation des indicateurs.

Tableau 2 : Récapitulatif du niveau d'atteinte des indicateurs et écarts par résultat

Résultats/Indicateurs	Fin 2019 (An 3)	Fin 2021 (An 5)	Situation à fin 2019	Ecart à fin 2019	Ecart par rapport à fin 2021
Outcome / Objectif spécifique I : La prévention, la détection et la prise en charge de l'épilepsie est améliorée, intégrée dans la SMNI et la participation sociale des personnes atteintes d'épilepsies ainsi que de leurs familles au sein de leurs communautés est plus grande					
Indicateur 1 : Fin 2021, 80% des enfants de 0 à 5 ans nés avec complications (prématurés, APGAR faible) sont suivis selon le protocole de prise en charge.	60%	80%	513 enfants suivis	Suivi du protocole et non renseigné	Suivi du protocole non renseigné
Indicateur 2 : Fin 2021, 60% des patients atteints d'épilepsie sont placés sous traitement approprié et continu.	45%	60%	88%	+43%	+28%
Indicateur 3 : Fin 2021, 80 % des personnes atteintes d'épilepsie et leurs familles mènent des activités en interaction avec le reste de la communauté	70%	80%	A renseigner en 2020 et 2021	-	-
Résultat 1 : Les acteurs institutionnels nationaux de la SMNI et de la SM sont renforcés dans leur capacité de mise en œuvre des politiques et plans stratégiques existants en lien avec l'épilepsie					
IOV1.1: Fin 2021, les 2 divisions SMNI et SM ont participé à toutes les réunions du Comité de Pilotage du projet et identifié des axes de collaboration	Les 2 divisions SMNI et SM ont participé à toutes les réunions du Comité de Pilotage du projet et identifié des axes de collaboration	Les 2 divisions SMNI et SM ont participé à toutes les réunions du Comité de Pilotage du projet et identifié des axes de collaboration	Atteint à 100%	0	0
IOV 1.2 : Fin 2021, 70% des centres de santé de la zone d'intervention du projet ont moins de 2 mois	60%	70%	70%	+ 10	0%

successifs de rupture de stock de médicaments antiépileptiques par an					
IOV 1.3: Fin 2021, 80% des FOSA de la zone d'intervention du projet utilisent les données collectées pour proposer des améliorations	60%	80%	80%	+20%	0
Résultat 2 : Les capacités d'intervention en matière d'épilepsie des PS de SMNI et SM sont concertées et techniquement améliorées					
IOV 2.1. Fin 2021, 90% des professionnels de santé formés à Karongi et Rutsiro adoptent de meilleures pratiques d'accouchement et de réanimation du nouveau-né en soins maternels, néonataux et infantiles	75%	90%	93%	+15	+ 3%
IOV 2.2. Fin 2021, 70% des ASC formés sur le lien entre l'épilepsie et la SMNI sont capables d'identifier les personnes présumées atteintes d'épilepsie, de les référer vers les CS et de faire le suivi des enfants ayant eu des complications à la naissance	60%	70%	70%	+10%	0%
IOV 2.3 : Fin 2021, au moins 5 programmes ECD (1 dans chaque district) accueillent des enfants de 6 mois à 6 ans identifiés épileptiques	2 programmes ECD dans 2 districts	5 programmes ECD dans 5 districts	5	+3	0
Résultat 3 : La communauté adopte des pratiques favorables à l'intégration des personnes atteintes d'épilepsie					
IOV 3.1. Fin 2021, 60% des membres de la communauté des 5 districts du projet connaissent l'épilepsie, adoptent des attitudes positives et impliquent les personnes atteintes d'épilepsie dans la vie sociale	50%	60%	60% sont informées Partiellement atteint	-	-
IOV 3.2. Fin 2021, au moins 35% des personnes atteintes d'épilepsie identifiées participent à une activité sociale continue au sein de sa communauté.	20%	35%	39%	+19%	+4%
Résultat 4 : Les personnes atteintes d'épilepsie, leurs familles et les OSC participent activement à la lutte contre l'épilepsie					
IOV 4.1: Fin 2021, 80% des personnes atteintes d'épilepsie (enfants et adultes) déclarent connaître une amélioration de leur qualité de vie	-	80%	N/A	-	-

<p>IOV 4.2: Fin 2021, un Bureau National représentant les personnes atteintes d'épilepsie mène des activités de lutte contre l'épilepsie au niveau national et au niveau local à travers ses représentations au moins 3 des 5 districts d'intervention</p>	<p>Un Bureau National créé, reconnu et qui définit un plan d'actions</p>	<p>Un Bureau National menant des activités au niveau national et au niveau local dans au moins 3 des 5 districts d'intervention</p>	<p>Un Bureau National est créé</p>	<p>Pas de reconnaissance légale ni plan d'action défini</p>	<p>Pas de reconnaissance légale ni plan d'actions défini ni d'activités en place</p>
<p>IOV4.3 : Fin 2021, au moins 35% des GPE conçoivent et portent une initiative d'autonomisation au sein de la communauté</p>	<p>25%</p>	<p>35%</p>	<p>35%</p>	<p>+ 10%</p>	<p>0%</p>

Il ressort du tableau 2 ci-dessus que 9 / 14 indicateurs sont largement atteints et sont au-delà des cibles initiales, mais des actions de consolidation sont encore nécessaires et proposées sur les années 4 et 5 du programme, 3 indicateurs (indicateur 3 de l'outcome et indicateurs 3.2 et 4.1) seront renseignés principalement en 2021 via une enquête SCoPeo² End line, 1 indicateur n'est pas atteint et sera mesuré en 2020 tandis qu'un indicateur est partiellement atteint.

Sur les indicateurs de l'Outcome, il est utile de mentionner que l'indicateur 1 n'est pas encore renseigné en 2019. En effet, suite aux formations des 2406 ASM, le nombre d'enfants nés avec complications identifiés et suivis est passé de 451 à fin juillet 2019 à 513 enfants à fin novembre 2019 qui sont suivis régulièrement par 461 ASM dans leurs zones respectives, soit un accroissement de 10% sur 4 mois. Bien que ces enfants aient été référés et bénéficient de suivi, il est noté que les informations contenues dans les outils produits, dont la fiche de suivi, le registre de référence et contre référence et autres outils en cours d'utilisation par les ASM et les structures de santé, n'ont pas été analysées; ce qui rend difficile le renseignement exact de toutes les variables de l'indicateur, en particulier le calcul du % des enfants suivis selon le protocole. *Il est suggéré que cette lacune devrait retenir une attention particulière au premier trimestre de l'année 2020 en conduisant une évaluation au sein bien des compétences des ASM et structures de santé que du suivi du protocole.*

² L'outil SCoPeO s'inscrit dans une dynamique globale de formalisation des méthodologies et outils visant à améliorer le processus de collecte et d'analyse des données. Dans ce cadre, il offre aux équipes un outil et une méthode de mesure de la qualité de vie, de la sécurité perçue et de la participation sociale et familiale des bénéficiaires adultes des projets de Handicap International.

Concernant l'indicateur 2, il est noté que 1902/2169 personnes atteintes d'épilepsie ont accès au traitement approprié et continu, soit 88% qui au-delà des cibles initiales de l'an 3 (45%) et de fin de l'an 5 (60%). Les principaux facteurs explicatifs de ce succès semblent être la combinaison de la sensibilisation au sein de la communauté, la mobilisation au sein de chaque GPE dont les membres se réunissent régulièrement au CS avec la supervision directe de celui-ci, le fond d'approvisionnement des médicaments antiépileptiques géré par les pharmacies de district et des supervisions trimestrielles des CS par les hôpitaux de district qui ont bien fonctionné. En outre, contrairement à la phase antérieure, les pharmacies de district sont autorisées à commander dans les pharmacies privées si les médicaments ne sont pas disponibles dans la pharmacie centrale. Ces changements sont illustrés par un bénéficiaire qui l'exprime, dans son témoignage, en ces termes : *« Avant de prendre des médicaments anti épileptiques il y avait des périodes de perte de conscience. Je chutais brutalement ; souvent j'avais des convulsions. Maintenant je suis bien : il y a environ un an sans avoir de crises à cause des médicaments que je prends. Cela m'a donné la chance de travailler ».*

L'indicateur 3 sera renseigné par l'enquête CAP reportée en 2020 et l'enquête qualité de vie (SCoPeO) endline prévue initialement en 2021.

Par rapport au résultat 1, les 2 divisions SMNI et SM ont participé activement à toutes les réunions du Comité de Pilotage du projet qui ont été organisées par le projet et identifié des axes de collaboration (IOV 1.1). Plutôt que de se focaliser sur le niveau central, les deux divisions ont unanimement opté pour travailler sur le niveau des services via les formations et les supervisions afin d'accompagner la qualité de service et d'assurer l'intégration de l'épilepsie dans la SMI. Les axes de collaboration ont donc privilégié le renforcement des supervisions conjointes des services pour alimenter les pratiques professionnelles. Il s'avère néanmoins que ces expériences ont besoin d'être capitalisées pour illustrer à la fois les interventions et les approches pertinentes qui ont fait leur preuve auprès des femmes enceintes, des enfants nés avec complications ou à risque d'épilepsie et les améliorations nécessaires.

Le niveau d'atteinte de l'IOV 1.2 portant sur la rupture de stock de médicaments antiépileptiques est fluctuant mais reste au-delà de la cible initiale. Fin décembre 2019, 70% des formations sanitaires - FOSA (59/84) n'ont pas eu de rupture de stock alors qu'ils étaient 84/85 (99%) à fin août 2019. Ce succès s'explique par l'efficacité de la mise en place et la gestion du fonds de roulement en partenariat avec les pharmacies et le suivi de proximité par HI et les hôpitaux qui ont été des facteurs ayant contribué à la réduction significative des stocks. Toutefois, les FOSA, HI et certains patients signalent le manque de décentralisation de certaines molécules, telle que la dipakine, encore prescrites par l'hôpital de district et non encore au centre de santé, selon le protocole en cours ; ce qui conduit certains patients à aller encore à l'hôpital de district tous les mois. RBC est consciente et a fait le même constat remonté par ailleurs au comité de pilotage et aux réunions de coordination de la santé mentale.

Concernant l'IOV 1.3, à fin août 2019, 55 CS / 85³ CS (65%) de la zone ont fait une analyse des données sur épilepsie. Fin décembre 2019, 74/92 FOSA (soit 80%) proposent des améliorations sur base des données collectées et analysées. Des efforts sont notés dans la collecte et l'utilisation des données lors des réunions de coordination des services aux niveaux des FOSA et des districts du projet, du comité de pilotage et de la réunion nationale des services de SM des hôpitaux du Rwanda.

³ Un nouveau CS a été mis en place par le gouvernement et intégré dans le projet

Concernant le résultat 2, l'IOV 2.1 est à 93% (67/72 participants) en moyenne pour les deux districts Karongi (37/39, soit 95%) et Rutsiro (30/33, soit 91%). L'indicateur a été mesuré par les résultats des sessions de mentorship des participants qui ont réussi avec succès les épreuves pratiques sur une période de 10 mois concernée par l'évaluation de la formation. A noter que 25/72 participants (soit 34.72%), disposent également d'un statut de formateurs au niveau des districts et pourront conduire des supervisions dans leurs zones respectives. Pour l'IOV 2.2, il est noté que 880/1257 ASC formés ont acquis des compétences requises et ont référé des personnes présumées épileptiques et/ou ont suivi des enfants nés avec complications, soit 70% avec un écart de plus de 10% par rapport à la cible initiale de fin 2019. L'un d'entre eux (LASC) le témoigne de la manière suivante : « *Oui nous avons été formés sur l'épilepsie. Avant, nous n'avions pas de connaissances sur l'épilepsie. On savait que l'épilepsie est contagieuse. Maintenant nous savons bien qu'on ne peut tout simplement pas attraper l'épilepsie au contact d'une autre personne* ». La principale observation est que le calcul de l'IOV ne prend pas en compte les 2406 ASM nouvellement formés en juin et juillet 2019. Cet élément est d'autant plus important que les rapports indiquent que 324/2406 ASM (soit 13%) suivent un total de 451 enfants nés avec complications dont 167 concernés par la période mai-août 2019. Parmi les 167, 23 enfants présentent des signes d'épilepsie. En conséquence, il sera essentiel de prendre en compte aussi bien les ASC que les ASM dans le calcul de l'IOV. Concernant l'IOV 2.3, 5/ 5 ECD programmes (1/district) accueillent des enfants de 6 mois à 6 ans et ont des attitudes positives envers eux, grâce aux sensibilisations et formations des éducateurs. Un mapping réalisé par l'équipe projet dans les 5 districts a permis de recenser 1 183 ECD qui accueillent 69 enfants atteints d'épilepsie et d'identifier les personnes chargées des ECD au niveau de chaque district. Les principaux enjeux de 2020 devraient se focaliser sur les processus et dispositifs d'orientation et d'accompagnement des enfants atteints de l'épilepsie dans les 5 centres ECD. Etant donné la dynamique grandissante en matière de prise en charge globale de l'enfant au Rwanda, comme mentionné plus haut, les prochaines interventions pourraient piloter les actions d'accessibilité de l'accueil et l'utilisation des standards et outils nationaux développés par le programme gouvernemental (NECDP) afin de rendre les services ECD intégrés et inclusifs à tous les enfants, y compris les enfants handicapés. Dans le cadre de la construction de la suite des interventions SMI sur la prochaine période quinquennale 2022-2026, cela impliquera aussi une analyse approfondie des contextes, besoins et des acteurs locaux et nationaux et la mise en place de partenariat avec les familles.

Au niveau du résultat 3, l'IOV3.1 axé sur le changement de connaissances, attitudes et pratiques envers les PAE mérite une attention plus soutenue. Environ 1.012.822 / 1.688.037 population des 5 districts du projet, soit 60%, ont reçu une information et, de ce fait, dispose de connaissances de base en épilepsie et ont changé leurs attitudes envers les PAE. Ces changements sont perçus dans les rapports de sensibilisation, les réunions des GPE et les témoignages de personnes épileptiques lors des réunions avec les autorités. Cela est aussi illustré par les propos des autorités locales qui affirment mieux appréhender et comprendre la problématique de l'épilepsie. Néanmoins, les moyens de vérification proposés par HI ne suffisent pas pour mesurer de **manière exhaustive** les pratiques adoptées par la communauté sans se limiter au niveau de la connaissance. Une enquête de type CAP (connaissances, attitudes et pratiques) a été réalisée en interne au dernier trimestre de 2018 afin d'établir une baseline pour mieux identifier les thèmes de sensibilisation dans la zone. Cet exercice n'a pas été reconduit en 2019 ; ce qui crée un gap dans la mesure de l'indicateur. Quant à l'IOV 3.2, 875 / 2215 PAE personnes atteintes d'épilepsie touchées (soit 39%) participent à une activité sociale. Il est prévu une enquête qualité de vie (ScoPeO endline) en 2021 pour fournir des informations complémentaires.

En ce qui concerne le résultat 4, nous rappelons que pour l'IOV 4.1, une enquête qualité de vie (SCoPeO) Baseline a été conduite en fin 2017 / début 2018 auprès de 308 personnes atteintes d'épilepsie dont 190 adultes et 118 enfants. Elle indique que 60.71% des enfants atteints d'épilepsie et 53.72% des

adultes atteints d'épilepsie déclarent connaître une amélioration de leur qualité de vie. Une enquête qualité de vie (SCoPeO) Endline est prévue en 2021. La réalisation de l'OV 4.2 par rapport à la cible de 2019 est partielle. En plus de GECO, 9 associations de PAE sur 15 prévues ont été créées dans 9 districts et ont mis en place le Bureau National des PAE (BNPAE) en décembre 2019. Les priorités de 2020 devront mettre un accent particulier sur l'appui organisationnel du BNPAE pour qu'il soit opérationnel tout en appuyant la création des 6 associations de PAE restantes. Enfin, en lien avec l'IOV 4.3, au total 41/114 GPE (35%) ont mis en place des initiatives d'autonomisation au sein de la communauté et sont tous issus de 45 GPE de la phase précédente. Néanmoins, même s'ils disposent de comités fonctionnels et que dans certains districts des fora ont été constitués et ont renforcé le plaidoyer local, les GPE restent informels alors qu'ils sollicitent des fonds et bénéficient déjà de dons de matériels et sont redevables. D'où le besoin de se constituer en entité légale.

3.1.2. Niveau de réalisation des activités

Sur un total de 18 principales activités prévues, 17 sont en cours de réalisation, en bonne progression et certaines ont touché plus de cibles que prévues.

Renforcement des capacités des acteurs institutionnels nationaux de la SMNI et de la SM : 127 / 93 d'outils de suivi des PAE par les services de santé mentale y compris l'épilepsie ont été produits et distribués à 42 hôpitaux et 85 CS de la zone du projet à la demande de RBC qui souhaite renforcer le système de suivi des PAE dans tous les hôpitaux du pays. Le fonds d'approvisionnement en médicaments antiépileptiques est mis en place dans les 5 pharmacies de districts et la chaîne de commande et d'approvisionnement est gérée électroniquement. Les réunions semestrielles de coordination nationale de SM sont organisées par RBC et l'électroencéphalogramme fourni à l'hôpital de référence de Kibuye fonctionne. Cependant, il y a besoin d'une assistance technique pour la maintenance de l'appareil, de la disponibilité des accessoires (casques à électrodes) et du contrôle de qualité des examens faits.

Renforcement des compétences techniques des PS: 72/56 PS de Karongi et Rutsiro sont formés en SONU; 140 PS des 4 districts sont formés sur la détection et la prise en charge de l'épilepsie ; 1 257 ASC sont formés par les professionnels de santé sur l'épilepsie et signes de danger pour la SMNI ; 2406 ASM sont formés sur l'identification et le suivi des enfants nés avec complications et / ou à risque de développer l'épilepsie et parmi eux 461 suivent 513 enfants à risque tandis que 231 PAE sont référés vers d'autres services pour des soins spécialisés de santé et de réadaptation. Les éducateurs et accompagnants de 5 programmes ECD de 5 districts sont formés à l'épilepsie et ont intégré 62 enfants atteints d'épilepsie.

Mobilisation communautaire pour l'intégration des PAE: des outils d'information, éducation et communication-IEC produits et distribués dont 150 copies du film de sensibilisation, une boîte à images dans 84 FOSA et les livrets distribués dans les associations de PAE pour les actions de sensibilisation sur SMNI et épilepsie ; une campagne nationale sur l'épilepsie organisée avec RBC dans 4 provinces et la ville de Kigali ; deux émissions radiophoniques co-animées par les professionnels de santé et les PAE et 171 membres des groupes communautaires existants formés sur l'intégration de l'épilepsie dans leurs programmes dont les volontaires de la Croix rouge qui, à son tour, a sensibilisé 592 élèves et enseignants de 2 écoles dans le district de Rutsiro et THT qui a inclus l'épilepsie dans ses sketches de sensibilisation. 10.402 élèves et enseignants de 8 écoles de 4 districts Rutsiro, Karongi, Rubavu et Nyabihu (2/district) sont sensibilisés sur l'épilepsie sur une prévision de 5 écoles / district, avec le budget de la réallocation.

Participation des PAE et des OSC à la lutte contre l'épilepsie : 2215 PAE sont regroupées en 114 GPE et se réunissent mensuellement au niveau des centres de santé de 5 districts d'intervention et parmi eux

84 (1778 membres) mènent 55 initiatives économiques, soit 72%. Le Bureau National des PAE est mis en place par 20 membres issus de 10 associations, en attente de personnalité juridique, tandis que 3 moulins ont été octroyés à GECCO en guide d'appui aux initiatives économiques.

3.1.3. Analyse des critères d'évaluation

Pertinence

Les interventions du programme dans le domaine de la SMI-EPI sont conformes aux orientations et lignes directrices de l'OMS⁴ en santé mentale et en épilepsie qui accorde une place à la formation des professionnels et aux dispositifs de soutien communautaire. L'OS est en parfaite adéquation avec les priorités et orientations nationales (1) de la politique nationale et du plan stratégique de la SMI qui prévoient des actions de formation et activités relatives aux soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) et en prise en charge intégrée des maladies de l'enfance (PECIME), (2) du NECDP qui développe des standards pour une prise en charge de l'enfant et met en avant l'inclusion du handicap, (3) la politique nationale et le plan stratégique de la santé mentale en ce qui concerne l'épilepsie qui en est un volet. En renforçant les CS et l'approvisionnement des médicaments antiépileptiques par les districts, l'OS1 s'inscrit complètement dans la politique de démystification des problèmes de la santé mentale et de décentralisation des soins et celle de l'administration locale qui accorde aux districts un rôle de coordination des actions telles que prônées respectivement par le ministère de la santé et le Minaloc. Les actions proposées restent en parfaite cohérence avec les priorités des PAE qui ont besoin de reconnaissance, d'acceptation et de participation active à la vie sociale et socio-économique et accès aux services de qualité. La promotion des droits et l'inclusion des PAE tout comme le soutien à la dynamique de la société civile via le soutien à GECCO, aux associations de PAE naissantes et à la mise en place du BNPAE (structure fédérative des OSC concernant les droits des PAE) constituent des axes d'intervention qui apportent des réponses quant à la voix des PAE.

Toutefois, les interventions à visée économique mériteraient d'être renforcées et plus ambitieuses en termes d'objectifs, approches, moyens et ressources techniques afin de répondre non seulement aux attentes des PAE les plus vulnérables mais également et plus généralement d'accroître le pouvoir économique des PAE de manière significative, consistante et conséquente. En outre, l'intervention gagnerait plus en impact sur l'enfant si une approche multisectorielle, intégrée et inclusive complète était explorée dans les activités tout en élargissant aux enfants à besoins spécifiques dont les enfants handicapés et à la détection précoce des déficiences et en incluant des objectifs relevant du domaine

⁴ Guide d'intervention mhGAP pour lutter contre les troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives dans les structures de soins non spécialisées ; Programme d'action Comblant les lacunes en santé mentale (mhGAP) : Élargir l'accès aux soins pour lutter contre les troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives ; Guide d'intervention humanitaire mhGAP (GIH-mhGAP) : prise en charge clinique des troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives dans les situations d'urgence humanitaire.

de la prise en charge intégrée des maladies de l'enfance qui est pour le moment ponctuelle et à la demande.

Efficacité

Les principales réalisations contribuent à l'atteinte des 4 résultats et des indicateurs de l'objectif spécifique dont un (IOV2) portant sur la continuité de l'accès au traitement est largement atteint à + de 28% (88%/60%). Sur le plan institutionnel, même si le besoin de décentralisation de tous les médicaments antiépileptiques reste un défi pour le reste de la phase du programme en cours, 70% des FOSA (59/84) n'ont pas eu de rupture de stock grâce à l'appui des pharmacies de district dans la mise en place du fonds d'approvisionnement tandis que 80% des FOSA (74/92) utilisent les données collectées et analysées pour proposer des améliorations ; tandis que 88% des PAE ont accès au traitement antiépileptique de manière continue. Les compétences techniques sont renforcées grâce aux formations de 72 PS sur la SONU et de 140 PS sur la détection et la prise en charge de l'épilepsie, au suivi et aux supervisions d'appui et la qualité des services. Aussi, 1257 ASC et 2406 ASM sont capables de réaliser l'identification et le suivi des PAE: en plus du suivi des PAE dans la communauté, les ASC ont référé 231 PAE suite aux complications liées à l'épilepsie et qui ont reçu des services spécialisés complémentaires en santé mentale et réadaptation physique et fonctionnelle; et 461 ASM suivent 513 enfants à risque. Les actions de sensibilisations ont produit des changements d'attitudes envers les PAE : 5 sur 5 programmes ECD ciblés accueillent 69 enfants épileptiques, 171 membres de groupes communautaires ont procédé à l'intégration de l'épilepsie dans leurs programmes et certains, à l'instar des volontaires de la Croix Rouge Rwandaise, ont mené des campagnes de sensibilisation en plus de leurs activités, d'autres comme les groupes de sensibilisation avec le théâtre de l'OPH THT ont introduit l'épilepsie dans leur paquet et contenus techniques d'activités. A noter que grâce aux fonds additionnels de la DGD accordés en mai 2019, 10.402 élèves et enseignants de 8 écoles de 4 districts Rutsiro, Karongi, Rubavu et Nyabihu (2/district) ont été sensibilisés sur l'épilepsie sur une prévision de 5000 personnes de 25 écoles (5 écoles / district. Enfin, outre que 114 GPE regroupant 2215 PAE sont fonctionnels, 9 associations de PAE sont en place et ont contribué à la création du BNPAE.

Quatre activités ont connu des évolutions pour s'adapter aux besoins exprimés et au contexte : (1) Un léger ajustement a été opéré et a privilégié les supervisions conjointes par les professionnels des hôpitaux aux services SMI-SM au lieu de les faire porter par les divisions SMNI et SM du niveau central comme prévu; ce qui concrétise l'intégration de l'épilepsie dans les services SMI. (2) Etant membre du groupe de travail sur la SMI du Ministère de la santé, HI a été sollicitée par la division SMI de RBC pour organiser une formation de 24 PS sur la prise en charge des maladies de l'enfance (PECIME) dans le district de Ngororero qui accusait un des taux de mortalité élevé. (3) La formation en SONU initialement prévue pour le district de Karongi a été étendue au district de Rutsiro à la demande des autorités nationales et locales ; ce qui a accru le nombre de PS formés en SONU passant de 56 à 72 et permis de renforcer la composante SMI à Rutsiro. (4) Suite aux lacunes dans la prise en charge de l'épilepsie constatées lors des supervisions trimestrielles, 20 PS de Rutsiro ont été rajoutés dans la formation sur l'épilepsie.

Efficiences

Il sied de rappeler que suite à la fermeture du Programme HI au Burundi, l'OS1 a bénéficié des ressources financières supplémentaires pour plus d'efficacité des interventions dans les zones initiales tout en consolidant les actions au niveau national.

A ce jour, les ressources humaines, matérielles et financières permettent la réalisation effective des activités prévues et, pour certaines d'entre elles, d'aller au-delà de ce qui était envisagé. Le taux de consommation de l'OS1 est de 58% sur 60% à fin décembre 2019, montant qui ne comprend pas les dépenses du partenaire pour la période octobre – décembre 2019.

Sans enfreindre à la qualité recherchée et en prenant en compte les contraintes, attentes et exigences de certains participants, les différentes activités, en particulier les formations et sensibilisations, ont été préparées et exécutées avec le meilleur coût possible. En guise d'illustration, cela s'est traduit par l'augmentation des dépassements des cibles initiales (20 PS de plus dans la formation sur la prise en charge de l'épilepsie, (38 personnes de plus dans la formation SONU, 24 PS non prévus en formation en PECIME, 10402 / 5000 élèves et enseignants prévus dans la sensibilisation dans les écoles, 6 événements à l'échelle de chaque province et dans la ville de Kigali sur 4 événements sur 4 districts d'intervention et la ville de Kigali pour la journée de l'épilepsie, ...).

Les activités ayant connu un retard en 2018, comme le soutien financier aux GPE du district de Ngororero pour mener des activités économiques, la production des outils des enfants nés avec complication, la formation des ASM, le suivi des cas à risque de développer l'épilepsie, ont été réalisées en 2019. L'élaboration du plan d'action du BNPAE prévu en 2019 a connu un retard dû principalement au préalable de mise en place des associations de PAE qui a pris plus de temps que prévu. Cette activité sera conduite en 2020 étant donné que le comité de gestion du BNPAE a été constitué. Enfin, en plus des départs des chargés de développement économique pour des raisons de faibles compétences lors de la période d'essai en 2018 et début 2019, le chef de projet a démissionné en juin 2019 pour d'autres fonctions dans le secteur de la santé. Des recrutements ont été organisés pour leur remplacement.

En termes de dispositifs de suivi-évaluation, le projet est bien cohérent avec la politique de suivi-évaluation (S&E) de HI sur l'assurance qualité, l'apprentissage et le partage des leçons apprises. Il existe un guide de suivi et d'évaluation clair qui démontre son approche de l'évaluation des compétences quantitatives et qualitatives. En termes de compétences quantitatives, une série de normes dans des domaines clés de la gestion, y compris l'administration, l'efficacité, l'efficacité et la responsabilité, sont suivies à quatre étapes principales (conception, création, mise en œuvre et achèvement du projet). En termes de compétences qualitatives, l'éventail des normes suivies à chacune de ces quatre étapes comprend la participation, la coopération, la synergie et l'éthique des parties prenantes et lors de l'analyse des produits, le S&E de HI examine la pertinence, les changements (effets et impacts), capacités et durabilité.

Pour assurer la qualité, le projet dispose d'un outil de planification et de suivi qui comprend plusieurs parties et outils dont le suivi des activités et des indicateurs. Elaboré au démarrage du projet en 2017, il sert de référence pour le pilotage du projet. Il est mis à jour tous les 4 mois. Animées par l'unité cadre technique et stratégique, des revues projet interservices quadrimestrielles sont organisées afin de faire le point sur l'avancement du projet dans tous les aspects opérationnels, de gestion de ressources, financière et logistique et la synthèse est partagée avec HI Belgique via le bureau de Bruxelles.

Une fiche d'information mensuelle (FIM) est produite par le Chef de projet sur la base des FIM de chaque membre de l'équipe et est partagée au coordinateur opérationnel qui en fait une compilation avec d'autres projets et la partage avec le directeur de programme de HI Rwanda et la chargée de projet basée à Bruxelles avec laquelle un point mensuel est organisé sur les enjeux de chaque projet.

Alors que sur les années 2017 et 2018, l'équipe projet tenait des réunions mensuelles pour le bilan et la planification mensuelle, en 2019 et suite aux départs, les réunions hebdomadaires portées par le chef de

projet ont été systématisées tandis que des points de suivi projet toutes les semaines ont été institués; ce qui a facilité la connaissance des difficultés et avancées, la recherche des solutions, l'anticipation des besoins et la circulation de l'information entre les nouveaux et les anciens staff du projet. Des tels mécanismes ont certes amélioré le pilotage opérationnel et le suivi des dépenses.

Dans sa planification mensuelle, chaque chef de projet de l'OS identifie avec l'équipe les besoins de complémentarités et synergies avec les autres projets. Ainsi, l'OS 1 sollicite un appui de l'équipe READ pour faciliter les référencement des PAE vers les services de réadaptation tandis que les conseillères psychosociales-CPS (staff de l'OS1) ont apporté un appui à l'équipe de l'OS READ dans la mise en place de dispositifs de soutien psychologique des PH ayant reçu une chaise dans la ville de Kigali. Les deux CPS collaborent avec les services de SM et soutien psychosocial dans la prise psychologique des bénéficiaires en besoin lors de la commémoration du génocide d'avril de chaque année. L'équipe SMI-EPI a systématiquement convié les chefs des OS 2 et 3 dans le comité de pilotage du projet qui ont partagé avec les participants les interactions entre les thématiques.

Pérennité / durabilité

La durabilité des interventions repose sur l'appropriation des 2 divisions SMNI et SM de RBC, des districts, hôpitaux et centres ainsi que des groupes psycho-éducatifs eux-mêmes. Aujourd'hui, la division SMI est le principal acteur des formations en SONU et en PECIME qui sont reconnues au niveau du Ministère de la Santé. La division SM a été impliquée dans la conception de l'action. Elle considère l'ensemble des interventions de l'OS comme faisant partie intégrante de ses priorités. Elle planifie et anime les réunions de coordination nationale de la santé mentale avec tous les responsables de la santé mentale des hôpitaux et qui vont se poursuivre au-delà du programme. Avec le fond de roulement, chaque pharmacie de district est autonome, fonctionne correctement et les recettes sont réinjectées dans l'approvisionnement des médicaments antiépileptiques. Néanmoins, le défi majeur réside dans la décentralisation de toutes les molécules au niveau des centres de santé pour assurer une accessibilité géographique en évitant aux patients épileptiques de parcourir une longue distance en allant à l'hôpital. Les hôpitaux et centres de santé ont intégré la question de l'épilepsie et du suivi des enfants nés avec complications et ceux à risque de développer l'épilepsie dans le paquet de service et de supervision. Sur les deux années de projet restantes (2020-2021), il est en revanche nécessaire de renforcer la maîtrise de l'utilisation des outils produits par les professionnels et les ASM. Sur un plan technique, les membres des groupes psycho éducatifs disposent d'animateurs désignés par leurs pairs des comités pour la poursuite de la gestion du dispositif GPE et mener des actions d'auto plaidoyer auprès des autorités locales ; et les GPE constitués sont reconnus localement comme des interlocuteurs et des autorités et des centres de santé. Via la réunion semestrielle de la santé mentale portée par RBC, l'approche communautaire GPE a commencé à être élargie aux patients épileptiques suivis par les hôpitaux hors zones. Comme pour les autres groupements, leur reconnaissance légale est un enjeu essentiel. Les différents GPE existants ont joué un rôle actif dans la formation des structures associatives de PAE dont les représentants ont mis en place le BNPAE qui aura besoin de faire ses preuves en 2020 et 2021 en tant que plateforme de la société civile rwandaise en matière de lutte contre l'épilepsie. A cette dynamique s'ajoute le partenaire GECO qui porte les activités à l'échelle locale, qui est reconnue légalement et membre de l'International Bureau of Epilepsy (IBE) et dont le staff technique a des compétences requises pour conduire le paquet d'activités dans sa zone. Un point d'attention devra être porté sur la poursuite du renforcement des capacités organisationnelles et opérationnelles et de mobilisation de fonds.

Participation

Dans la définition des activités, les représentants des PAE ont été invités dans les ateliers de conception du projet. Cette dynamique s'est poursuivie dans la phase de mise en œuvre. Dans chaque district, les représentants des GPE ont été impliqués dans le choix du lieu et des modalités et leurs opinions ont été considérées. Lors des ateliers de coordination au niveau des districts, ils ont été également conviés à participer et à apporter leur regard sur les succès et les difficultés. En 2019, en particulier lors de l'atelier de bilan annuel et d'autoévaluation, les représentants des groupes cibles (professionnels de santé, agents de santé communautaires, représentants des PAE) ont été invités à y participer. Sur la base de l'expérience et leçons apprises en 2018, les représentants de PAE ont reçu un accompagnement pour mieux se préparer en amont de l'atelier afin de collecter les opinions des membres des GPE qu'ils représentent ; ce qui a facilité leur expression et favorisé un débat contradictoire et constructif. Une telle bonne pratique devrait se poursuivre en 2020 et 2021. **Nous suggérons de conduire une enquête annuelle de satisfaction sur les deux années restantes.**

Coopération

Depuis le début du projet, GECO, le seul partenaire technique, a été invité dans les réunions trimestrielles de bilan et planification. Au moins un membre du conseil d'administration et le staff ont pris part aux échanges et débats en toute transparence et dans la prise de résolutions concernant le projet. L'équipe de GECO a été également associée aux préparatifs de bilan, de la campagne sur l'épilepsie et à l'atelier de mise en place du BNPAE et a partagé ses opinions et ressentis. Plus particulièrement, la division SM de RBC est associée aux activités du projet et reçoit un compte rendu technique. La même division RBC a donné son opinion sur les stratégies envisagées. Elle a été impliquée directement au développement et à la dissémination des outils techniques de suivi des patients (registre, fiche, ...) et en a facilité la validation.

Redevabilité

La redevabilité a été assurée via les réunions semestrielles du comité de pilotage et de la santé mentale pour les principaux acteurs et parties prenantes du projet (représentants de divisions SM, SMI et Medical Products Procurement de RBC, Directeurs Généraux des hôpitaux et directeurs de la santé au niveau des districts de la zone et du partenaire) lors desquelles les réalisations, succès et difficultés de mise en œuvre du projet ont été partagées et discutées et des recommandations formulées. Les représentants des PAE, des autorités locales et des hôpitaux et centres de santé ont été informés du niveau d'atteinte des résultats du projet lors des réunions de coordination organisées dans les districts respectifs.

Les rapports trimestriels et annuels du projet ont été produits et fournis aux districts dans les formats officiels en version papier et ou par email et à Rwanda Governance Board (RGB) online.

Nous suggérons que, dans le plan de clôture à élaborer en 2020, un format approprié soit élaboré par audience afin d'adapter la restitution des résultats aux attentes et besoins de chaque acteur.

3.1.4 Conclusions et recommandations pour 2020-2021

Comme mentionné dans les parties précédentes et au regard des constats sur le terrain, nous soulignons que dans l'ensemble le niveau de mise en œuvre des interventions liées à l'OS est satisfait et en bonne voie. Les conclusions et recommandations portent sur certains critères évalués et les résultats.

3.1.4.1. Conclusions liées aux critères d'évaluation

Conclusion 1. Les interventions proposées répondent aux besoins des PAE par rapport à leur reconnaissance comme citoyen et leur participation sociale et socio-économique, à l'accès aux services

de qualité et à la structuration du mouvement des PAE en tant que société civile pouvant porter la voix des PAE aux niveaux national et international. La pertinence est aussi importante par rapport au secteur de l'enfance, la SMI et au domaine de la lutte contre l'épilepsie et à la conformité avec les orientations nationales et internationales en santé mentale et en épilepsie. Néanmoins, au regard des besoins des PAE, le soutien financier aux projets générateurs des revenus est très modeste.

Recommandation 1.1. L'axe insertion économique pourrait être développé avec plus de moyens et des approches plus ciblées dans les actions futures afin de renforcer un tissu économique des PAE plus fort.

Recommandation 1.2. Les approches de soutien à l'enfance méritent des orientations et réflexions qui mettent en avant des approches multisectorielles et intégrées tout en gardant l'approche inclusive et ciblant d'autres enfants.

Recommandation 1.3. L'intervention future dans le secteur pourrait aussi prendre en compte les besoins en détection précoce des déficiences et en prise en charge intégrée des maladies de l'enfance.

Conclusion 2. Les acteurs sur lesquels repose la pérennité sont pour la plupart des services et des structures mis en place par les bénéficiaires qui ont des capacités et sont stables. Etant relativement nouvelles, les organisations de la société civile (GPE, associations et BNPAE, GECO) ont besoin d'être renforcées davantage sur le reste de la durée de l'intervention. La décentralisation de toutes les molécules au niveau des centres de santé reste un défi.

Recommandation 2. Renforcer les capacités des structures des organisations nouvellement créées et faire le plaidoyer pour décentraliser les médicaments antiépileptiques.

Conclusion 3. La participation des représentants des PAE a été améliorée à travers leur implication dans les cadres de bilan et de planification. Il est nécessaire de poursuivre et consolider cette dynamique afin que leurs opinions continuent d'être prises en compte.

Recommandation 3. Par rapport à la participation, planifier une enquête annuelle de satisfaction auprès des bénéficiaires sur le reste de la durée.

Conclusion 4. La redevabilité s'est concrétisée en partageant l'état d'avancement avec les représentants des acteurs clés lors des réunions mises en place par le projet et la transmission des rapports aux autorités locales et nationales compétentes selon un cadre défini par l'administration rwandaise. Elle pourrait être améliorées par des actions spécifiques et ciblées lors de la phase de clôture du projet.

Recommandation 4. Etablir avant la fin du 1^{er} semestre 2020 un plan de clôture et de restitution des résultats indiquant les cibles et les formats appropriés.

3.1.4.2. Conclusions et recommandations liées aux indicateurs

Conclusion 5. Les formations des 2406 ASM ont permis d'identifier et suivre régulièrement certains enfants nés avec complications dans leurs zones respectives. Néanmoins, l'indicateur 1 de l'outcome n'est pas encore renseigné complètement en 2019 étant donné le besoin de temps pour les 2406 ASM nouvellement formés de se familiariser avec les outils élaborés et partagés par le projet et d'analyser les informations qu'ils contiennent.

Recommandation 5. Par rapport à l'IOV 1 de l'outcome, conduire une évaluation des compétences des ASM et structures de santé en précisant dans quelle mesure le protocole est suivi afin de renseigner

complément l'indicateur avant la fin du 1^{er} semestre de l'année 2020, en lien avec la recommandation concernant les ASC/ASM.

Conclusion 6. Les 2 divisions SMNI et SM participent aux réunions du comité de pilotage et ont opté pour le renforcement des supervisions conjointes des services en guide d'axe de collaboration ; mais les pratiques ne sont pas documentées (IOV 1.1 du résultat 1).

Recommandation 6. Par rapport aux supervisions conjointes SMI-SMI dans les services, produire un document de capitalisation des interventions en faveur des femmes enceintes, enfants nés avec complications ou à risque de développer l'épilepsie et les améliorations nécessaires.

Conclusion 7. 70% des FOSA (59/84) n'ont pas eu de rupture significative de médicaments antiépileptiques. Cependant, la prescription de certaines molécules par le centre de santé n'est pas prévue par le protocole en cours. En conséquence, certains patients font encore la distance tous les mois à l'hôpital de district pour prendre certains médicaments prescrits par celui-ci.

Recommandation 7. En lien avec l'IOV 1.2, élaborer un plan de plaidoyer pour la décentralisation d'autres médicaments et un indicateur y relatif sur les années 2020 et 2021.

Conclusion 8. 80% des FOSA (74/92) de la zone font une analyse des données sur l'épilepsie et proposent des améliorations.

Conclusion 9. 93% des professionnels de santé formés (67/72) des districts Karongi (37/39, soit 95%) et Rutsiro (30/33, soit 91%) ont les compétences requises en SONU et 35% d'entre eux (25/72) sont des formateurs au niveau des districts

Conclusion 10. 70% des ASC formés (880/1257) ont les capacités techniques d'identifier et référer les personnes présumées atteintes d'épilepsie et de les référer vers les CS. Cette information ne prend pas en compte les 2406 ASM formés dont le mandat particulier est de faire le suivi des enfants ayant eu des complications à la naissance. Seulement 324/2406 ASM (soit 13%) suivent un total de 451 enfants nés avec complications. Il est donc important de considérer les ASC et les ASM dans le calcul de l'IOV.

Recommandation 8.1. Par rapport à l'IOV 2.2, conduire une évaluation des capacités des ASC / ASM en août /septembre 2020 en incluant un échantillon représentatif pour chacun des groupes cibles.

Recommandation 8.2. Par rapport à l'IOV 2.2, établir (au 1^{er} trimestre 2020) et mettre en œuvre (au 1^{er} semestre de 2020), un plan de suivi/supervision spécifique aux ASM formés.

Conclusion 11. 100% des 5/ 5 ECD programmes ciblés (1/district) accueillent des enfants de 6 mois à 6 ans et ont des attitudes positives envers eux.

Recommandation 9. Concernant l'IOV 2.3, au 1^{er} trimestre de 2020, élaborer un dispositif d'orientation et d'accompagnement type pour les enfants atteints de l'épilepsie et les enfants handicapés dans les 5 centres ECD sur la base des informations collectées en 2019.

Conclusion 12. Les différents rapports du projet estiment qu'environ 60% de la population générale des 5 districts du projet (1.012.822 / 1.688.037 personnes) détiennent une information et des connaissances sur l'épilepsie et ont changé leurs attitudes envers les PAE alors qu'une enquête de type CAP (connaissances, attitudes et pratiques) prévue en 2019 n'a pas été réalisée et a été reportée début 2020.

Recommandation 10. Au 1^{er} trimestre de 2020, en lien avec l'IOV3.1., conduire une enquête CAP en interne ou en externe sur la base des leçons apprises en 2018 et sur un échantillonnage représentatif des acteurs de la communauté.

Conclusion 13. 39% des PAE personnes atteintes d'épilepsie touchées (soit 875 / 2215) participent à une activité sociale sachant qu'il est aussi prévu une enquête qualité de vie (ScoPeO endline) en 2021 pour fournir des informations complémentaires.

Conclusion 14. Les réunions semestrielles de coordination nationale de SM sont organisées par RBC et l'électroencéphalogramme fourni à l'hôpital de référence de Kibuye fonctionne. Cependant, il y a besoins d'un assistant technique pour la maintenance de l'appareil, de la disponibilité des accessoires (casques à électrodes) et du contrôle de qualité des examens faits.

Conclusion 15. 9 associations de PAE sur 15 prévues auxquelles s'ajoute GECO sont créées dans 9 districts. Le Bureau National des PAE (BNPAE) est mis en place mais le soutien organisationnel et au développement de son plan d'action et la création des 6 associations de PAE restantes sont reportés au 1^{er} trimestre de l'année 2020.

Conclusion 16. 41/117 GPE (35%) tous issus de 45 GPE de la phase précédente sont solides et disposent d'initiatives d'autonomisation au sein de la communauté. En revanche, ils ne disposent pas de reconnaissance légale.

Recommandation 11. Par rapport à l'IOV 4.3, sur les années 2020 et 2021, élaborer et appuyer la mise en œuvre d'un plan d'autonomisation comprenant les aspects liés à la reconnaissance légale des structures mises en place par chacun des GPE.

3.1.5. Axes potentiels sur la période 2022-2026

Dans le cadre de la conception de la suite des interventions sur la prochaine période quinquennale 2022-2026, une analyse approfondie des contextes, besoins et des acteurs locaux et nationaux et la mise en place de partenariat avec les familles s'impose. Sur la base des éléments à notre disposition, les éléments ci-dessous peuvent être discutés et affinés.

- a) Nécessité de **déployer des approches multisectorielle et inclusive dans le secteur de l'enfance** : Il peut être intéressant d'établir des liens avec les nouvelles approches d'intervention globales et multisectorielles dans le domaine de l'enfance, en lien direct avec National Early Childhood Development Program-NECDP porté par le Ministère du Genre et de la Famille qui est de fait l'organe de tulle et construire des synergies avec la division SMI de RBC. En outre, le besoin de piloter des actions d'accessibilité dan l'accueil et l'utilisation des standards et outils nationaux développés par le NECDP s'impose afin de rendre les services ECD intégrés et inclusifs à tous les enfants, y compris les enfants handicapés.
- b) Besoin de lancer un **axe Insertion économique (Livelihood)** : Les PAE ont besoin de renforcer le pouvoir économique. D'où la pertinence de développer des actions d'insertion économique avec des objectifs précis en réponse aux besoins tout en considérant les groupes les plus vulnérables.
- c) Importance de développer **une intervention en santé mentale et soutien psychosocial** : Dans le secteur de la santé, le domaine de la santé mentale et du soutien psychosocial n'est pas ms en

avant alors que les besoins sont évidents. Il s'avère donc important de lancer spécifiquement une intervention en santé mentale et soutien psychosocial.

- d) Construire **des partenariats actifs avec la Croix Rouge** : Développer un partenariat actif avec la Croix Rouge Rwandaise et / ou la Croix Rouge de Belgique, selon les opportunités, sur la base de l'expérience de mobilisation des volontaires de la Croix Rouge opérant en effectif important et avec un mandat officiel au niveau de la base est un moyen de maximiser l'impact des sensibilisations de la communauté locale.

3.2. Objectif spécifique 2 : Développement Local Inclusif / Réadaptation à Base Communautaire (DLI/RBC)

Comme pour l'OS 1, nous proposons de présenter le niveau d'atteinte des indicateurs, des activités avec un focus sur 2019, une évaluation des critères sur base desquels nous proposerons des recommandations.

3.2.1. Niveau de réalisation des indicateurs

Le tableau 3 ci-après présente une synthèse du niveau d'atteinte des indicateurs et des écarts par résultat par rapport aux prévisions de l'année 2019.

Tableau 3 : Récapitulatif du niveau d'atteinte des indicateurs et écarts par résultat

Résultats/Indicateurs	Fin 2019 (An 3)	Fin 2021 (An 5)	Situation fin 2019 ⁵	Écarts 2019	Écarts 2021
Outcome/ objectif spécifique : Assurer aux personnes handicapées un meilleur accès aux services (éducation, emploi, sports & loisirs)					
Indicateur 1 : 70 % des PH déclarent avoir plus d'opportunités en matière d'emploi, d'éducation et de sports & loisirs	40 %	70 %	70%	+30%	0%
Résultat 1 : Les PH et leur famille se regroupent et s'engagent dans une dynamique de changement en faveur d'une communauté plus inclusive					
IOV1.1: Fin 2021, 74,56 % des PH et leurs familles des 17 secteurs se regroupent et mènent des activités en interaction avec le reste de la communauté	64,56 %	74,56 %	54.56 %	-10%	-20%
IOV 1.2 : Fin 2021, 62,86 % des PH accompagnées et leur famille ont développé et concrétisé leur projet personnel	52,86 %	62,86 %	35.7 %	- 17.16 %	- 27.16 %
IOV 1.3: Fin 2021, 4 réseaux d'agents d'accompagnement (RAA) des 17 secteurs et 4 réseaux de groupes de PH /de familles	3 RAA et 3 RGPH	4 RAA et 8 RGPH	4 RAA	RAA : + 1	RAA : + 1

⁵ Sources de vérification : document- projet, cadre logique, rapports mensuels, semestriels et annuels d'activité, rapports des autres partenaires opérationnels

(RGPH) existent et sont opérationnels pour une communauté plus inclusive			et 3 RGPH	RGPH : 0	RGP H: -5
Résultat 2 : Les OPH nationales et locales suscitent des changements de comportements et de pratiques et influencent l'application des politiques nationales					
IOV 2.1. Fin 2021, 60% des PH et de leur famille adhèrent à une OPH locale ou nationale décentralisée de la zone d'intervention	40%	60%	41 %	+1%	-19%
IOV 2.2. Fin 2021, 15 OPH sur 21 ont mené avec succès des actions de plaidoyer pour un meilleur accès aux services inclusifs	10/21	15/21	11 / 21	+1	- 4
IOV 2.3 : Fin 2021, 5 politiques ou stratégies nationales sont révisées et intègrent les besoins spécifiques des personnes handicapées	4	5	4	0	-1
Résultat 3 : Les prestataires de services changent leurs pratiques et offrent des services plus inclusifs (Santé, Emploi, Education, Sports et Loisirs)					
IOV 3.1. Fin 2021, tous les prestataires de services accompagnés ont changé au moins 5 pratiques	2 pratique s	5 pratiques	6	+4	+1
IOV 3.2. Fin 2021, 60% des PS d'éducation et 70% des PS de santé des 13 secteurs de Rutsiro et 4 secteurs de Kayonza sont plus inclusifs	35% des PS d'éduca tion et 40% des PS de santé	60% des PS d'éducati on et 70% des PS de santé	30 % des PS	- 4%	-30%
Résultat 4 : Les institutions publiques développent des pratiques plus inclusives en conformité avec les conventions internationales et les politiques nationales					
IOV 4.1: Fin 2021, au moins 8 institutions publiques nationales ont mis en place des pratiques inclusives pérennes	4	8	7	+3	-1
IOV 4.2: Fin 2019, les stratégies de développement des districts de Rutsiro et Kayonza ont intégré au moins 12 actions	10 actions (Kayonz a: 4 Rutsiro: 6)	12 actions (Kayonza : 5 Rutsiro : 7)	10 (Kayon za : 4 Rutsir o : 6)	Kayon za: 0 Rutsir o: 0	Kayo nza: - 1 Rutsi ro: -1
IOV4.3 : A la fin du projet, au moins la moitié des propositions techniques de NUDOR pour la mise en œuvre des recommandations du Comité des Droits des Personnes Handicapées sont prises en compte par la CNDP	-	Au moins 50%	85%	+35%	+35%

Force est de constater que sur 11 indicateurs liés aux 4 résultats, 8 (1.3, 2.1, 2.2, 2.3, 3.1, 4.1, 4.2, 4.3) sont atteints par rapport aux cibles de 2019 et sont en bonne progression par rapport à fin 2021 tandis que 3 indicateurs sont en retard dont l'IOV 1.1 (54.56% contre 64,56 %, soit un écart négatif de 10%, l'IOV 1.2 (35.7% contre 52,86 %, soit un écart négatif de 17.16%) et l'IOV 3.2 (30% contre 35% , soit un écart négatif de 4%). Des actions sont à prévoir pour accélérer l'atteinte des IOV concernés.

Nous soulignons que pour l'IOV 2.3, les 4 politiques et programmes ciblés sont la politique de l'éducation inclusive, la politique de transport public, le programme de protection sociale « Vision Umurenge Programme (VUP) » et la Politique de mutuelle de santé

Concernant le résultat 4, le National Electoral Commission, National Early Childhood Development, National Council of Persons with Disabilities, Rwanda Housing Authority, Rwanda Civil Aviation Authority, Local Administrative Entities Development Agency et Ministère des Infrastructures sont les institutions qui ont été sélectionnées pour tenter des pratiques inclusives (IOV 4.1).

Le partenariat actif avec la Commission Nationale des Droits de la Personne a permis de conduire, entre autres activités, une évaluation participative de la mise en œuvre des recommandations des comités des instruments des Droits Humains concernant les PH et ainsi de renseigner l'OV 4.3 alors que son atteinte était envisagée en 2021. De plus, le Rwanda a pris des engagements⁶ lors du Disability Summit tenu à Londres en 2018; ce qui a créé une dynamique positive et des conditions favorables aux droits et à la prise en compte des PH. Comme les autres pays, le Rwanda s'est engagé notamment à adopter ou formuler des lois nouvelles ou révisées pour les droits des personnes handicapées ; mettre en place de nouvelles politiques, plans d'action ou stratégies systématiques pour l'inclusion des personnes handicapées ; ratifier le Protocole à la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples relatif aux droits des personnes handicapées ; utiliser les questions du Groupe de Washington sur le statut des personnes handicapées dans les prochains recensements ou enquêtes nationaux ; créer et mettre en œuvre une politique et des plans pour le secteur de l'éducation inclusive, étendre le renforcement des capacités des enseignants et la formation à l'éducation inclusive ; soutenir des systèmes de protection sociale inclusifs ; permettre un environnement inclusif sur le lieu de travail ; investir dans le développement des compétences pour un travail décent ; renforcer les approches inclusives concernant les femmes et les filles handicapées et à renforcer les approches humanitaires inclusives du handicap.

3.2.2. Niveau de réalisation des activités

Sur un total de 67 activités et sous activités prévues sur la période 2017-2019, 60 ont été réalisées (89,6%), 7 ont été reportées (10.4%) et aucune n'a été supprimée.

Tableau 4 : Nombre d'activités prévues et réalisées sur la période 2017-2019

Année	Nombre d'activités prévues	Nombre d'activités réalisées	Nombre d'activités reportées	Nombre d'activités supprimées
2017	19	16	3	0
2018	29	26	3	0

⁶ En juillet 2018, le Rwanda a adopté 24 engagements visant à éliminer la stigmatisation et la discrimination et à promouvoir l'éducation inclusive, l'autonomisation économique, la technologie et l'innovation pour les personnes handicapées et à garantir la ventilation des données selon les types de handicap à l'aide des questions du Washington Group. Le Rwanda s'est également engagé à promouvoir les femmes et les filles handicapées et à prendre en charge les personnes handicapées dans les contextes humanitaires.

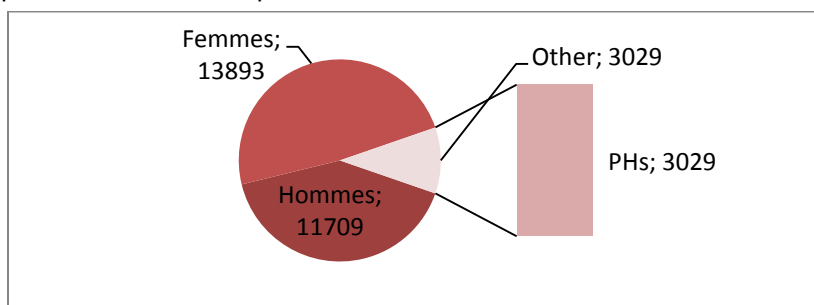
2019	19	18	1	0
Total	67	60 (89,6%)	7 (10.4%)	0

Source, chef de projet DLI-RBC, décembre 2019

Les activités sont portées par les 4 partenaires techniques : THT (sensibilisations sur les droits et l'accès aux services), AGHR (accompagnement des PH), AIEDR (mobilisation des groupes de parents d'enfants handicapés pour une prise en charge communautaire à domicile et un appui aux écoles) et NUDOR (plaidoyer national auprès des institutions nationales et de renforcement des OPH nationales).

Mobilisation / sensibilisation pour une communauté plus inclusive: En lien avec le RA1, 10 clubs de sensibilisation et de plaidoyer sur l'accès aux services comprenant 195 membres dont 109 PH ont été mis en place dans le district de Rutsiro ; tandis des outils d'IEC (livrets, boîte à images, posters/affiches, banderoles, roll-up banner, dépliants et brochures) sur l'accès aux services (santé, éducation, emploi, sport et loisirs) ont été produits, utilisés et certains sont disséminés sur les sites web de HI et THT et les réseaux YouTube. 2998/4000 sont déjà utilisés. Comme le montre le graphique 1 ci-dessous, le projet estime que les clubs ont touché 25.602 personnes (11.709 hommes et 13.893 femmes dont 3029 PH) via les réunions organisées par les autorités locales, les journées internationales de PH, les journées portes ouvertes, les travaux communautaires, les soirées des parents et les assemblées de la population dans les zones d'intervention.

Graphique 1 : Niveau atteint par les sensibilisations



D'autres actions de sensibilisations ont été également réalisées via les émissions radiophoniques sur 3 radios locales et nationales (Radio Isangano, Izuba et Isango Stars), les bulletins Urumuri (lumière) n°7 et 8 en langue locale imprimés à 200 exemplaires /numéro (le numéro 9 est en cours de rédaction). Chaque année, des messages et spots publicitaires sont passés sur les ondes des radios et télévisions lors de la semaine du handicap précédant la journée internationale des PH. 58 agents d'accompagnement dans le district de Rutsiro ont été formés sur l'ASP et 57 sont opérationnels. Ceux de Kayonza (28) ont été formés par l'ancien projet

Accompagnement des PH : 4 réseaux des agents d'accompagnement (2 à Kayonza et 2 à Rutsiro) sont mis en place dont seulement 2 réseaux de Kayonza sont bien opérationnels. Parmi les raisons avancées par les personnes ressources interviewées, au niveau du partenaire AGHR et des agents d'accompagnements de Rutsiro, figurent notamment l'étendue de la zone d'intervention, le relief et le manque de moyens de transport et/ou de communication. Ici, des mesures urgentes s'imposent pour redynamiser ces structures nouvellement créées.

Dans le cadre de l'accompagnement des groupes d'entraide de PH, 33 personnes ressources (18 hommes et 15 femmes dont 18 PH) des 7 nouveaux secteurs de Rutsiro et 293 membres des groupes d'entraide (175 de Kayonza et 118 de Rutsiro dont 215 PH) sont formées sur les différents thèmes du projet, y compris les initiatives économiques, la CDPH, la gestion des conflits et le leadership. Même si ces formations ont éveillé leur conscience et sensibilité sur des aspects importants d'inclusion et du mouvement associatif, la mission d'évaluation a été informée que la durée des formations est courte par rapport aux attentes des participants. Cette lacune pourrait être comblée par des supervisions de soutien pour chaque groupe d'entraide et des personnes ressources selon les zones. 8 réseaux des groupes des PH (3 à Kayonza et 5 à Rutsiro) sont également en place. Néanmoins, seuls 2/3 réseaux de Kayonza sont opérationnels. Les raisons avancées ne diffèrent pas de celles ci-haut citées. Des mesures de renforcement et/ou de réactivation similaires de ces nouvelles structures sont urgemment à prendre en considération dans les activités futures.

Comme le montre le tableau 6, sur un total de 328 personnes accompagnées, 100% ont développé leurs propres projets mais seulement 117 projets (35.7%) ont été concrétisés. Les informations fournies par les agents d'accompagnements interviewés dans les 2 districts montrent que tous les projets ne sont pas concrétisés suite au manque de moyens chez les personnes accompagnées dont une partie est à la recherche des réponses et intérêts immédiats. Ici, une attention particulière devrait être portée sur la mise en place des mesures de suivi et d'encadrement pour augmenter le niveau de concrétisation.

Tableau 5 : Nombre de projets concrétisés

District	Personnes accompagnées	Projet développés	Projets concrétisés
Kayonza	165	165	59
Rutsiro	163	163	58
Total	328	328	117 (35.7%)

Source, Rapports AGHR, décembre 2019

Les initiatives des groupes d'entraide de PH et de leurs familles (total de 1080 membres dont 998 PH) ont été appuyées par le programme dans le domaine de l'élevage avec un coût qui s'élève à 5.551.000 Frws (2.080.000 Frws pour les initiatives de 14 groupes de Kayonza et 3.471.000 Frw pour celles de 28 groupes de de Rutsiro). Cependant, il a été souhaité de bien établir des spécifications techniques et contractuelles contraignant les fournisseurs à donner des produits de qualité et favorables aux conditions climatiques et/ou géographiques de la zone d'intervention.

Mobilisation des parents d'enfants handicapés et appui aux écoles : 15 nouveaux groupes de parents de 186 membres ont été initiés sur la prise en charge à domicile et la fabrication d'aides techniques dans les 7 nouveaux secteurs de Rutsiro, 32 groupes de 302 membres dans la nouvelle zone d'intervention de Rutsiro sont mis en place et opérationnels. 100% des groupes (62/62) sont déjà opérationnels dans Rutsiro. De même, 6 clubs d'éducation inclusive des écoles de la nouvelle zone de Rutsiro sont en place et sensibilisés sur le concept du handicap et le rôle des clubs dans l'environnement scolaire tandis que 40 représentants de 20 groupes de parents ont été formés pendant 3 jours sur l'éducation inclusive et la

fabrication du matériel pédagogique adapté ; ce qui a permis d'accroître leurs connaissances dans ces domaines. 121 représentants des groupes des parents d'enfants handicapés de Rutsiro ont été formés sur la prise en charge communautaire et à domicile des enfants handicapés avec un focus l'endommagement des parties cervicales, la croissance d'un enfant, le contrôle en cas d'épilepsie chez les enfants, la communication et la socialisation les enfants handicapés et la fabrication de aides techniques. Les participants ont mis en pratique les théories apprises et se félicitent des effets positifs. En effet, 5 enfants ont pu marcher grâce aux aides orthopédiques fabriquées localement par les parents formés et une fille a été transférée au HVP Gatagara, a bénéficié d'une prothèse et par la suite a suivi une formation de tressage de cheveux sur une année.

D'autres groupes cibles ont été formés sont environ 96 membres des groupes des parents d'enfants handicapés des districts d'intervention et 189 enseignants formés sur l'éducation inclusive ainsi que membres d'un groupe des parents du secteur de Gahini formés sur 6 mois avec l'appui du College of Education (CoE) /Campus de Rukara. Ici, nous mentionnons la synergie entre AIEDR et le CoE qui permet à ce dernier d'apporter un appui aux enfants de l'entourage notamment des exercices de kinésithérapie et d'éducation spéciale et inclusive au sein de son centre ressource. Environ 4 enfants ont pu être transférés dans les écoles ordinaires. Les connaissances acquises ont trait à la gestion des projets, à la fabrication d'objets d'arts (perles en papier, paniers, tapis en pagne etc.) et à la kinésithérapie et ergothérapie, à l'éducation spéciale et inclusive (dans le centre ressource de CoE). Ce qui est encourageant car le groupe dispose d'un marché en Allemagne.

Renforcement organisationnel de NUDOR et de ses membres, en lien avec le RA2 : NUDOR a été appuyée pour la mise en place d'une base des données des membres du NUDOR qui est opérationnelle, à la rédaction et publication du Journal Urumuri (No 7 et 8), à l'organisation des assemblées générales des OPH membres du NUDOR, des tournois sportifs des PH et la formation du staff de NUDOR sur la langue des signes; et trois leaders d'OPH ont été formés sur le module BRIDGE CDPH –SDGs en novembre 2019. En 2018, 86 leaders de 13 OPH nationales membres de NUDOR ont été formés au plaidoyer sur l'accès aux services. En 2019, 7 OPH locales (354 membres) de la nouvelle zone d'intervention de Rutsiro ont été identifiées. Par la suite, 63 leaders ont été formés sur le concept du handicap, la CDPH, vie associative, développement local inclusif et plaidoyer, l'accessibilité et le leadership. L'accompagnement des OPH locales a permis la mise en place d'une structure de coordination des actions de plaidoyer établi à Kayonza, aux OPH formées d'élaborer des plans de plaidoyer dont la mise en œuvre est en cours. En termes de participation à des conférences, 4 personnes de l'OPH THT et 1 membre de NUDOR ont participé à des conférences et événements internationaux, respectivement au festival Music Para Show à Moscou ayant regroupé 2366 personnes, portant sur le thème « Breaking barriers and building bridges through creative art industries at international level » (permettant à THT de sensibiliser les participants aux capacités des personnes handicapées et leurs accès aux loisirs) et à la Conférence " African Conference on Community Based rehabilitation (CBR) tenue à Lusaka, Zambie.

Soutien aux prestataires de services pour l'inclusion des PH : les activités liées au RA3 ont été également réalisées dont (1) le mapping des services existants dans les nouveaux secteurs des districts de Kayonza et Rutsiro qui a donné une situation sur le degré d'accessibilité du bâtiment, accessibilité à l'information et inclusion des services et permis de sélectionner les prestataires à appuyer pour développer des pratiques inclusives, 3% dans l'éducation, 29.3% dans la santé, 22,5% dans l'emploi et 19.7% dans le sport et loisir, (2) la sensibilisation par THT de 198 prestataires de Rutsiro sur les services inclusifs, la formation par NUDOR de 33 prestataires de services sur l'inclusion et l'approche accès aux services (éducation :14, santé : 6, emploi : 11, sports et loisirs :2) qui ont pris conscience et disposent

chacun d'un plan d'actions. 7 actions concrètes inclusives ont été mises en place dans les districts de Rutsiro, Kayonza et Nyamasheke.

Développement des pratiques plus inclusives par les institutions nationales (en lien avec RA4): en appui au Rwanda Biomedical Center, les lignes directrices de la Réadaptation à Base Communautaire au Rwanda (RBC)⁷ ont été élaborées, validées et disséminées au niveau des 5 districts pilotes (Rutsiro, Kayonza, Musanze, Nyanza et Kicukiro) par un comité national qui se réunit trimestriellement. L'appui technique au NCPD a permis l'identification des politiques publiques sujets à l'analyse et adaptation réalisée en 2018 (transport, eau et assainissement, community health insurance scheme, National Social Protection Policy, National Integrated child right policy, early childhood development policy, urbanization policy et Disability policy). L'analyse de la politique de l'emploi a été réalisée en collaboration avec NUDOR et MIFOTRA en décembre 2019 et un rapport avec des recommandations précises est en cours d'élaboration par NUDOR. En guise d'exemple certaines institutions publiques nationales ont mis en place des actions inclusives : MININFRA avec la révision de la politique de transport a exigé la provision des bus accessibles aux PH utilisées dans la ville de Kigali, NECDP a validé l'outil de détection précoce du handicap, LODA et NCPD ont mis en place des lignes directrices de l'inclusion des ménages de PH sévères dans le programme VUP. L'appui à la CNDP et au NCPD a permis de conduire une évaluation de la mise en œuvre des recommandations de 50 recommandations acceptées sur les droits humains par le Rwanda dont 3 concernant les PH.

3.2.3. Critères d'évaluation

Pertinence

La Mission d'évaluation a examiné si l'objectif spécifique du programme (OS2) est non seulement une réponse aux demandes, besoins et priorités des bénéficiaires et des groupes cibles mais aussi s'il est aligné aux politiques et stratégies gouvernementales et internationales.

Les informations collectées auprès des bénéficiaires lors des interviews et groupes de discussions dans les 2 districts d'intervention du programme (Rutsiro et Kayonza) et celles obtenues grâce à l'analyse documentaire, montrent clairement que l'OS2 est une réponse aux barrières et pratiques discriminatoires empêchant les PH d'être en bonne santé, d'être autonomes et d'accéder aux services. Le projet est utile et opportun dans la mesure où il a permis aux personnes handicapées de sortir de leur état d'ignorance, d'isolement, d'exclusion et de honte pour réaliser qu'elles avaient le droit et le rôle dans la vie publique et politique du pays au même titre que les autres citoyens. Sur ce point l'un des participants au FGD dans le District Kayonza a révélé :

« Avant le projet, nous vivions dans la honte, l'isolement et l'exclusion, personne ne se souciait de notre existence, de nos droits ni de notre valeur dans la communauté. On nous donnait des noms deshumanisants et discriminatoires tels que Gicumba, ruhuma, Kiragi, ikimara... Aujourd'hui, nous sommes contents parce que nous savons qu'une personne handicapée a droit comme les autres de participer dans le développement social et économique du pays et d'accéder aux services au même titre que les autres rwandais.»

⁷ Le Rwanda préfère utiliser RBC au lieu de DIBC en attendant que l'OMS développe un guide ad hoc.

Le projet est aussi en adéquation avec les priorités établies par les autorités locales et nationales telles que mentionnées dans les contrats de performance des 2 districts, les stratégies de développement des districts (DSP 2018-2024) et dans la nouvelle stratégie de développement du Rwanda (National Strategy for Transformation-NST1). De ces stratégies, le Gouvernement s'est engagé à ne laisser personne derrière son développement et des mesures spécifiques ont été prises pour répondre aux besoins des personnes handicapées. En plus de la validation des lignes directrices de la RBC par le gouvernement, la politique de l'éducation inclusive a été également validée par le Conseil des Ministres.

D'après les différentes autorités interviewées au niveau des districts Kayonza et Rutsiro (Vice maires des affaires sociales, directeur de la protection sociale, de l'éducation, de la santé et chargé des personnes handicapés), tous ont déclaré que le programme non seulement est venu au moment opportun et est aligné à leurs priorités dans le domaine de l'inclusion et la protection sociale. Elles se sont félicitées de la visibilité du HI et de sa participation dans la mobilisation de la population et l'encadrement des groupes d'entraide des PH.

A ce sujet, le vice/maire des Affaires sociales du district Rutsiro a loué la visibilité et la contribution de HI dans la mise en œuvre des programmes de protection sociale du district y compris les personnes handicapées.: *« Personnellement je suis satisfait de la contribution de HI dans notre district du fait que le projet a permis non seulement de changer les pratiques et attitudes négatives de la communauté envers les personnes vulnérables dont les personnes handicapées mais aussi d'avoir sorti ces personnes des conditions de discrimination et d'isolement dans lesquelles elles étaient plongées pour enfin les inclure dans les différents programmes de développement du pays en général et de notre district en particulier. Les leçons apprises et les bonnes pratiques de ce projet nous aideront à renforcer l'inclusion des PH dans tous les programmes du district visant l'accessibilité des PH aux différents niveaux».*

Cependant, ils ont souhaité un mécanisme fort de suivi et de renforcement des structures fragiles déjà mises en place pour sérieusement et progressivement accompagner les bénéficiaires vers l'autonomisation et l'appropriation des acquis positifs du programme qui sautent aux yeux de tout le monde.

Par sa constitution, le Gouvernement du Rwanda s'est engagé à promouvoir et à protéger les droits et le bien-être de tous les rwandais sans discrimination aucune. Depuis 2008, il a ratifié la Convention des Nations Unies relative aux Droits des personnes et ses protocoles facultatifs (UNCPRD). Il a en outre, adopté la Loi pour la protection des droits des personnes handicapées (2007) et a approuvé différents arrêtés ministériels pour la mettre en œuvre (2009).

Le conseil national des personnes handicapées (NCDP) a été créé en 2011 (loi N° 03/2011 du 10/02/2011). C'est un forum de plaidoyer et de mobilisation sociale sur les questions touchant les personnes handicapées en vue de renforcer leurs capacités et d'assurer leur participation au développement national.

Le programme est finalement conforme aux cadres de référence internationaux des droits de l'homme, en particulier dans le champ du handicap et de l'accessibilité notamment (1) la Déclaration Universelle des Droits de l'homme adoptée en 1948, (2) la Convention Relative aux Droits des Personnes

Handicapées(CDPH) adoptée par l'assemblée générale des Nations Unies de décembre 2006 et ratifiée par le Rwanda en 2008.

Suite à sa participation au Global disability summit en 2018, le Rwanda s'est engagé à mettre en œuvre 24 recommandations et à développer une nouvelle politique nationale d'inclusion du handicap.

Finalement, le projet répond aux Objectifs de Développement Durable (ODD, 2015-2030) notamment en ce qui concernent la réduction des inégalités dans les pays. Plus particulièrement les pays sont engagés d'ici 2030 à (i) autonomiser toutes les personnes et favoriser leur intégration sociale, économique et politique, indépendamment notamment de leur handicap et de leur statut économique (ii) assurer l'égalité des chances et réduire l'inégalité des résultats, notamment en éliminant les lois, politiques et pratiques discriminatoires.

Efficacité

La mission d'évaluation a aussi examiné si jusque fin 2019, le projet a été exécuté comme planifié et s'il a apporté des changements positifs dans la vie des bénéficiaires en particulier et dans la communauté en général.

La mission d'évaluation a apprécié l'efficacité de la communication, de la planification et de l'utilisation rationnelle des ressources disponibles ; ce qui a permis de faire plus, de maintenir l'élan du programme et de répondre à sa qualité. L'acceptation des recommandations du comité de pilotage et de toutes les parties impliquées dans le projet a également augmenté l'efficacité. Néanmoins, la mission a remarqué que des efforts devraient être déployés notamment dans le renforcement des capacités des structures d'encadrement des bénéficiaires pour qu'à la fin du projet ils puissent s'approprier de ses acquis et les rendre pérennes.

La mission a évalué aussi les mesures d'efficacité utilisées par l'équipe projet pour atteindre l'objectif d'améliorer l'accès aux services pour les personnes handicapées dans les secteurs éducation, emploi, sports et loisirs. Pour y parvenir, des stratégies appropriées ont été prises pour permettre l'efficacité comme prévu.

Les partenaires et les acteurs directs du projet rencontrés par la mission au niveau des districts et des secteurs sont tous unanimes sur les bons résultats atteints en termes de sensibilisation/conscientisation des PH, de leurs familles et de la population en général, sur les droits et les besoins des PH, sur le mouvement associatif, sur leur participation à la vie socioéconomique du pays et sur l'accessibilité inclusive des services. Ils ont principalement apprécié l'approche de mise en œuvre qui a permis de toucher directement les personnes vulnérables y compris les personnes handicapées. Nonobstant, ils trouvent que les actions d'appui aux groupes d'entraide mises en place restent encore fragiles et demandent un accompagnement institutionnel soutenu afin d'espérer à la longue, une possible appropriation et pérennité des actions. Ici, une collaboration continue et rapprochée est sollicitée surtout avec les autorités locales via les sensibilisations et formations pour accroître le niveau de compréhension et de participation et conséquemment diminuer le niveau de dépendance économique qui persiste parmi les membres de ces groupes.

En définitive, la probabilité que l'objectif spécifique OS2 d'assurer aux personnes handicapées (PH) un meilleur accès aux services de santé, d'éducation, d'emploi, de sport et loisirs soit réalisé fin 2021 est manifeste. En effet, les prestataires des services sont formés et conscients de leur rôle d'offrir des

services inclusifs. Le ministère de l'administration locale via le Conseil National des Personnes Handicapées a validé et dupliqué les lignes directrices de la réadaptation à base communautaire (RBC) qui permettront aux personnes handicapées de bénéficier des services de santé, éducation, emploi, sociaux. Les comités de RBC qui ont été mis en place au niveau national et local ont été formés en la matière. Cependant, il faudra un suivi et un encadrement rapproché pour les rendre opérationnels.

D'autres changements mais qui méritent d'être sauvegardés et renforcés pour s'assurer de leur durabilité ont été notés par la mission d'évaluation, en l'occurrence :

- Acquisition des connaissances et de l'estime de soi des personnes handicapées et de leurs familles. Les bénéficiaires rencontrés pendant les groupes de discussion se disent confiants en eux-mêmes et ont déclaré avoir des informations nécessaires sur leurs droits et possèdent des capacités de s'intégrer pleinement dans la vie sociale, économique, culturelle et citoyenne du pays.
- Comme les PH, leurs parents ont pu sortir aussi de leur isolement pour la prise en charge de leurs enfants et le développement de la communauté
- Après des formations et l'appui du projet, les représentants des OPH au niveau local ont déclaré être conscients de leur rôle d'accompagnement et de plaider. Le problème qui persiste toujours est celui de l'écart des forces entre eux et les OPH au niveau national dont elles font membres (il y a des OPH fortes au niveau national et des OPH fragiles et/ou pauvres au niveau local, disent-ils). D'où la nécessité de briser ce phénomène qui pourrait paralyser leurs capacités d'action et conséquemment empêcher la progression vers l'indépendance et l'autonomie financière.
- Conscients des barrières d'accès aux services, les prestataires de services ont commencé à changer leurs pratiques et attitudes vis-à-vis des PH. Cependant, les problèmes qui restent sont liés à l'inaccessibilité des infrastructures anciennement construites et aux barrières de la langue de communication surtout pour les personnes avec handicap auditif.

Efficiences

Le projet est exécuté par HI avec les partenaires opérationnels (NUDOR, AGHR, THT et AIEDR) dans 17 secteurs des districts Kayanza et Rutsiro pour un montant raisonnable et réaliste. Suite à la fermeture du Programme HI au Burundi, l'OS2 a bénéficié des ressources financières supplémentaires pour plus **d'efficience** des interventions dans les zones initiales et de prendre en compte un nouveau district (Nyamasheke) tout en consolidant les actions au niveau national.

La mission d'évaluation a examiné le rapport entre ces moyens mobilisés (humains, financiers et matériels) et les résultats obtenus et a trouvé qu'ils ont été utilisés le plus profitablement possible dans toute transparence malgré le départ inattendu du chef de projet et celui de son adjoint. N'eut été l'esprit d'équipe et de complémentarité de l'équipe restante les activités allaient être paralysées.

D'après les données collectées auprès de HI, le budget du projet est globalement bien consommé et utilisé dans les délais suivant le calendrier et le cadre logique du projet. Aucun résultat n'a été supprimé pour cause de l'insuffisance budgétaire ou de manque de ressources humaines, financières et matérielles. Le taux de consommation à fin novembre 2019 est de 55% par rapport au taux théorique de

60%. Il est à noter que les dépenses relatives aux subventions accordées aux 4 partenaires pour le trimestre octobre – décembre 2019 n'étaient pas encodées au moment de l'évaluation.

Les dispositifs de suivi, d'accompagnement et d'évaluation en interne ont été réalisés tel que prévu dans le document de projet. Tout au long du projet, des visites régulières de suivi et de supervision ont été organisées afin de s'assurer de l'état d'avancement des activités et d'apporter un appui aux équipes terrain. Des rapports semestriels et annuels ont été produits et partagés aux partenaires aux niveaux local et national, au bailleur de Fond (DGD) et aux différents acteurs intéressés.

Pérennité / durabilité

D'après les informations recueillies sur terrain et de l'analyse documentaire, les actions réalisées dans le cadre de ce projet sont susceptibles d'être pérennes dans la mesure où le projet a éveillé la conscience des parties prenantes y compris les bénéficiaires. En plus, d'autres indices de durabilité sont à noter à savoir :

- La situation géopolitique du pays n'a pas changé et reste favorable au projet. La mission n'a pas été informée sur une quelconque difficulté majeure qui aurait entravé la bonne marche du projet.
- Les autorités locales manifestent la volonté d'organiser les sensibilisations en collaboration avec les clubs de sensibilisation.
- Le projet est apprécié par les autorités locales des 2 districts d'intervention et NCPD qui sont prêts à s'approprier les activités.
- Existence des structures et des groupes d'entraide qui fonctionnent
- Existence des partenaires qui disposent de capacités techniques pour la mise en œuvre des activités et l'organisation des sessions de formation. Néanmoins, à part NUDOR qui a des capacités réelles de mobilisation des financements, les autres partenaires pourraient améliorer leurs stratégies de financement sur le reste du programme.
- Existence des partenaires opérationnels formés sur les différentes thématiques de l'intervention dont la RBC et l'accès aux services.
- Existence des clubs de sensibilisation qui sont sollicités par les autorités locales et d'autres acteurs; ce qui leur permet de générer des fonds de fonctionnement.

Participation

Le programme a été développé dans des districts dans lesquels HI et ses partenaires opérationnels (NUDOR, THT, AGHR et AIEDR) travaillent depuis plusieurs années sur des thématiques inclusives en mettant en œuvre des stratégies d'intervention connues. En effet, le partenaire (i) NUDOR dispose des ressources humaines nécessaires et des capacités techniques pour former les leaders des OPH membres sur la convention relative aux droits des personnes handicapées (CDPH) et l'accès aux services, notamment par les experts BRIDGE qui ont été formés sur la CDPH en 2015 ; (ii) AGHR dispose des ressources humaines capables d'accompagner tout le processus ASP (de l'adaptation à la conception des outils), l'identification des agents d'accompagnement, la sélection, la formation, la mise en place des

réseaux d'accompagnement et l'accompagnement proprement dit, (iii) le partenaire THT a acquis un niveau satisfaisant d'autonomie dans la mise en place des clubs de sensibilisation et l'organisation des sessions de sensibilisation par les clubs de sensibilisation au niveau local.

Les activités sont menées manière participative impliquant l'ensemble des parties prenantes du projet et les représentants des PH, dans les districts ciblés. Cette collaboration permet non seulement d'éviter la duplication des activités mais aussi de favoriser la complémentarité avec des autres acteurs/partenaires (nationaux et internationaux) présents dans les zones d'intervention intervenant dans les thématiques d'inclusion et développement local inclusif mais aussi de prendre en compte les opinions des usagers. Néanmoins, sur le plan de la conception du projet et des planifications annuelles, un gap de non implication des partenaires clés comme NCPD comme tutélaire des actions a été relevé. Ce point doit retenir l'attention du HI pour des futures programmations et planifications.

Coopération:

Sous le financement de la DGD, le projet DLI est mis en œuvre par HI en étroite coopération et en partenariat avec ses partenaires opérationnels (THT, AGHR, AIEDR et NUDOR) et NCPD. L'équipe du programme a développé des partenariats solides et fait la promotion de la synergie comme facteur catalyseur pour réussir la mise en œuvre du programme. De manière générale, HI considère la coopération avec les acteurs étatiques comme essentielle pour la pertinence et la pérennité de ses actions. Des comités de pilotage sont créés et se réunissent une fois par trimestre pour juger de l'avancée du projet, apporter des solutions aux problèmes rencontrés, éventuellement faire évoluer, en fonction du contexte, la stratégie du projet.

Redevabilité

La mise en œuvre des activités du projet est assurée par HI et ses partenaires opérationnels qui en assurent le suivi direct. Les réunions d'échanges ont été organisées avec les partenaires pour s'assurer de la bonne marche de l'intervention et avec le comité de pilotage local et national lors des réunions semestrielles organisés pour juger de l'avancée du projet, apporter des solutions aux problèmes rencontrés.

Des performances et des bonnes pratiques du projet sont aussi discutées lors de réunions de planification et de coordination de l'équipe projet et/ou du personnel HI. Finalement, elles sont partagées à d'autres partenaires via des rapports de suivi et évaluation, des réunions trimestrielles et journées portes du JADF, ateliers des acteurs et des tables rondes organisées au niveau national pour examiner les résultats atteints et partager les bonnes pratiques à valoriser et au besoin à initier en dehors des zones d'intervention du projet.

Des réunions internes mensuelles et annuelles entre projets ont été régulièrement organisées aux fins d'échanges d'expérience, de bonnes pratiques et de leçons apprises susceptibles de renforcer la synergie et la complémentarité des actions et des stratégies d'intervention de HI dans le domaine de la de la protection et de l'inclusion des personnes vulnérables dont les personnes handicapées.

3.2.4 Conclusions et recommandations pour 2020-2021

Comme pour l'OS 1, nous proposons ci-dessous quelques conclusions et recommandations à mettre en œuvre sur les années 2020 et 2021.

3.2.4.1. Conclusions liées aux critères d'évaluation

Conclusion 1. Le projet s'inscrit dans les priorités nationales et locales et répond aux besoins et attentes des PH par rapport à la connaissance de leurs droits et l'isolement. Les interventions mises en œuvre participent au renforcement des capacités des PH. Néanmoins, certaines structures mises en place ont besoin d'accompagnement pour devenir autonomes et mieux porter les acquis du programme.

Recommandation 1. Développer un plan d'autonomisation et d'accompagnement institutionnel des groupes de PH mis en place sur l'OS2

Conclusion 2. Les comités de RBC mis en place au niveau national et local ont des connaissances de base suite aux récentes formations reçues en 2019. Un suivi et un encadrement rapprochés sont requis pour les rendre opérationnels.

Recommandation 2. Elaborer un plan de suivi et un dispositif d'encadrement rapprochés pour les comités RBC en place.

Conclusion 3. Les représentants des OPH au niveau local comprennent leur rôle d'accompagnement et de plaidoyer. Mais le soutien des OPH au niveau national a besoin d'amélioration.

Recommandation 3. Etablir avec les OPH nationales et locales un mécanisme de soutien et de partage

Conclusion 4. Les partenaires ont acquis des compétences techniques sur les thématiques du projet. Mais la majorité d'entre eux ont besoin de soutien en mobilisation de fonds pour tendre vers le même niveau que NUDOR.

Recommandation 4. Actualiser les plans de renforcement des partenaires avec un focus sur les stratégies de financement sur le reste du programme.

Conclusion 5. Les partenaires opérationnels sont impliqués activement dans la planification des activités. Etant donné son rôle dans la mise en œuvre de certaines activités, NCPD a besoin d'être associé aux planifications sur le reste de la période.

Recommandation 5. Inviter NCPD dans les réunions de planification et partager avec elle les plans d'actions trimestriels du projet

3.2.4.2. Conclusions et recommandations liées aux indicateurs et activités

Conclusion 6. La majorité des cibles prévues pour 2019 est atteinte et la progression par rapport à la fin du programme est bonne. Des actions doivent être mises en œuvre pour atteindre les trois indicateurs en retard.

Recommandation 6. Par rapport aux IOV 1.1, 1.2 et 3.2, établir un plan spécifique de leur réalisation pour rattraper le retard.

Conclusion 7. L'IOV de l'outcome n'a pas été renseigné étant donné que les témoignages des PH n'ont pas été recueillis systématiquement.

Recommandation 7.1. Par rapport à l'IOV de l'outcome, conduire une collecte de témoignages par district sur un échantillonnage représentatif à déterminer et produire un livret contenant l'analyse des informations au plus tard fin mars 2020 et en juin 2021

Recommandation 7.2. Par rapport à l'IOV de l'outcome, s'assurer que l'évaluation de fin de projet (endline en 2021) est réalisée.

Conclusion 8. Les structures des réseaux d'agents d'accompagnement nouvellement mises en place dans le district de Rutsiro ne sont pas bien opérationnelles.

Recommandation 8. Développer un plan spécifique de redynamisation des structures des réseaux nouvellement créées.

Conclusion 9. Les capacités des personnes ressources, membres des groupes d'entraide et des réseaux de groupes de PH pourraient être améliorées.

Recommandation 9: par rapport au renforcement des capacités des personnes ressources, des membres des groupes d'entraide et des réseaux de groupes de PH (lié au RA1), établir un plan de supervision de soutien étalé sur l'année 2020 et procéder à une évaluation de leurs capacités avant la fin de l'année 2020.

3.2.5. Axes potentiels sur la période 2022-2026

Les thématiques et approches suivantes pourraient être explorées dans les interventions à venir :

- a) Besoin de développer les capacités **en langue des signes** : il s'agit de renforcer la composante de l'enseignement de la langue des signes dans les futurs projets pour (1) contribuer à lever les barrières de communication chez les prestataires de services et les lieux de travail et (2) faciliter l'interaction entre la communauté et les PH auditives.
- b) Besoin d'assistance technique dans **l'accessibilité des infrastructures et services**.
- c) Besoin de développer une intervention en **insertion économique (livelihood) et formation professionnelle** pour renforcer les capacités des personnes handicapées à travers (1) les programmes d'enseignement et de formation professionnelle inclusifs et (2) les projets spécifiques d'insertion / développement économique permettant de concrétiser des projets générateurs avec une approche transversale d'accompagnement personnalisé.
- d) Nécessité de **soutien à la société civile** pour (1) renforcer les capacités institutionnelles des OPH locales à faire face aux enjeux de légitimité auprès de leurs membres, représentations aux niveaux local et national, de soutien aux PH et de plaidoyer et (2) appuyer la structuration des groupements de PH et leurs liens avec les autres acteurs

3.3. Objectif spécifique 3 : Réadaptation Fonctionnelle (OS3/READ)

3.3.1. Niveau de réalisation des indicateurs

Tableau 6 : Récapitulatif du niveau d'atteinte des indicateurs et écarts par résultat

Résultats/Indicateurs	Fin 2019 (An 3)	Fin 2021 (An 5)	Situation à fin 2019 ⁸	Ecart à fin 2019	Ecart à fin 2021
Outcome / Objectif spécifique : L'offre de service de réadaptation est diversifiée, plus accessible et de meilleure qualité					
Indicateur 1: Fin 2020, la qualité des services de réadaptation des hôpitaux Murunda & Masaka District Hospital et des centres HVP Gatagara (Gikondo et Nyanza) est évaluée et montre une évolution positive conformément aux standards nationaux définis"	La qualité est évaluée	La qualité est évaluée et montre une évolution positive	La qualité est évaluée et montre une évolution positive de 17.5% (48.4% à 65.9%)	Qualité évaluée et évolution positive	Qualité évaluée et évolution positive
Indicateur 2: Fin 2020, au moins 60% des usagers des services de réadaptation de l'hôpital de Murunda et du Masaka District Hospital, des centres HVP Gatagara (Gikondo et Nyanza) et de la communauté environnante enquêtés sont satisfaits des services reçus"	30%	60%	76.2%	+46.2%	+16.2%.
Indicateur 3: Fin 2020, 80% des cas identifiés par les équipes mobiles des 4 centres pilotes ont reçu des soins de réadaptation et un suivi approprié	60%	80%	48.2%	-11.8%	-31.8%
Résultat 1 : L'UR-CMHS offre un enseignement de qualité en prise avec le contexte rwandais					
IOV1.1: Fin 2020, l'enseignement de l'ergothérapie au sein de l'UR-CMHS est dispensé par 2 enseignants ergothérapeutes nationaux	-	2	2	+2	0
IOV 1.2 : Fin 2020, au moins 75% d'étudiants formés obtiennent leur diplôme et sont enregistrés au RAHPC	75%	75%	31% (8/26)	-44%	-44%

⁸ Sources de vérification : document- projet, cadre logique, rapports mensuels, semestriels et annuels d'activité, rapports des autres partenaires, données collectées sur terrain

Résultat 2 : La profession d'ergothérapie est intégrée dans les services de réadaptation et de santé et reconnue au plan national et régional					
IOV 2.1. Fin 2018, le Minisanté a validé le document sur l'offre de service et la tarification de l'ergothérapie	Le Minisanté a validé le document	Maintien de l'indicateur	Ergothérapie intégrée dans le paquet de service ; tarification en cours de validation	-	-
IOV 2.2. Fin 2020, au moins 10 services de réadaptation offrent des soins d'ergothérapie	6	10	8	+2	-2
Résultat 3 : Les acteurs de la réadaptation travaillent en synergie et offrent des services de qualité et de proximité					
IOV 3.1. Fin 2019, 2 centres pilotes disposent d'une équipe multidisciplinaire offrant, au moins 2 fois par an, des services de réadaptation dans la communauté	4	4	3	-1	-1
IOV 3.2. Fin 2020, au moins 1 atelier d'hôpital produit localement des aides techniques et de mobilité de qualité	3	3	2	-1	-1

Par rapport aux prévisions de 2019 et 2021 des indicateurs de l'outcome / OS, nous notons que l'IOV 1 est atteint. Le deuxième Scoring RMS réalisé dans les 4 centres partenaires en mars 2019 indique une amélioration de la qualité de service de 17.5% (de 48.4% en 2018 à 65.9% en 2019). Il est également constaté que les plans d'actions ont été actualisés. En revanche, les plans d'action de 2018 ont coïncidé avec le processus d'accréditation à laquelle sont soumis tous les hôpitaux du Rwanda mais les standards et outils d'accréditation nationaux ne contiennent pas des critères sur la réadaptation. Cette situation a conduit HI et les centres de réadaptation à se mobiliser pour un plaidoyer en faveur de l'intégration effective des services de réadaptation d'autant plus que HVP Gatagara venait d'obtenir du Gouvernement un statut d'hôpital spécialisé. En conséquence, en accord avec Rwanda Biomedical Center, une consultance a été proposée pour développer les standards de la réadaptation à faire approuver par le Ministère la Santé. Les termes de référence, l'appel d'offre et le recrutement ont été réalisés en 2019 mais l'élaboration a été reportée pour le 1^{er} trimestre de 2020 avec une approbation attendue courant 2020 par le département des standards et qualité du ministère avec lequel des contacts sont établis. En 2020, le principal enjeu stratégique sur cet IOV est de s'assurer que les standards de la réadaptation sont approuvés par le gouvernement et un plan de dissémination élaboré conjointement avec le ministère de tutelle en 2020 avec un début de mise en œuvre en 2021 ou dans une intervention suivante. L'IOV 2 est aussi largement atteint. Les résultats de l'enquête de satisfaction réalisée en décembre 2019 montrent que 76.2% des usagers sont satisfaits des services de réadaptation reçus. L'IOV 3 n'est pas atteint. Les équipes mobiles des 4 centres identifient les cas des personnes handicapées qui sont orientées et référées dans différents services de réadaptation mais peu de cas reçoivent un suivi approprié. Cela s'explique par l'accessibilité géographique et les coûts associés tels

que le transport, la nourriture, le logement, etc. En guise d'exemple, pour l'année 2019, sur 934 PH identifiées par les équipes mobiles des 4 centres pilotes (Gatagara Nyanza : 380, Gikondo : 164, Murunda : 58 et Masaka : 332) seulement 451 PH ont reçu les soins de réadaptation appropriés, soit 48.2% sur une cible initiale de 60%. La plupart des bénéficiaires identifiés sont dans les catégories 1 et 2 considérées comme démunies et de ce fait n'ont pas assez de moyens pour se payer le transport, le logement et la nourriture lors des référencements; ce qui les empêche d'aller se faire soigner dans les centres de réadaptation qui sont relativement éloignés et en dehors de leurs zones. De plus, l'assurance mutuelle de santé ne couvre pas tous les services de réadaptation comme les aides techniques (orthèse, prothèse). Les stratégies en cours de réflexion par HI et ses partenaires portent sur le renforcement de l'offre de certains services de réadaptation dans la communauté par les équipes mobiles au niveau des centres de santé et d'une étroite collaboration avec le niveau central (RBC) dans les districts de Kicukiro et Nyanza.

Sur les 6 indicateurs des 3 résultats, 2 indicateurs sont atteints (1.1 et 2,2), 3 indicateurs sont partiellement atteints avec une bonne progression (1.2, 2.1 et 3.1) tandis qu'1 indicateur est en retard (3.2.).

Par rapport au résultat 1, l'IOV 1.1 prévu en 2020 est atteint. 2 enseignants ergothérapeutes rwandais sont effectivement recrutés par CMHS et exercent leur fonction d'assistants enseignants et commencent leurs études de niveau Maîtrise dans une université d'Afrique du Sud. Il y a lieu de se poser la question de la suffisance de deux enseignants pour assurer le relais des enseignants expatriés permanents et visiteurs ; étant donné la diversité des différentes disciplines et spécialisations au sein de l'ergothérapie. Pour l'année 2020, il est crucial de conduire une analyse approfondie en lien avec CMHS afin d'envisager le recrutement d'autres enseignants rwandais au regard des spécialisations en vigueur. Pour l'IOV 1.2, fin 2018, 8 sur 13 étudiants ont eu leurs diplômes (62%) et d'autres ont repris et 6 sont enregistrés au RAHPC, soit 46%. Fin 2019, 13 étudiants sur 13 de la deuxième promotion et 5 étudiants qui ont repris l'année après avoir échoué en 2018 (18 au total) ont eu leurs diplômes et passeront l'examen d'obtention de licence organisé par RAHPC en mars 2020. De même, les 2 étudiants qui avaient échoué l'examen de RAHPC ont réussi et sont enregistrés comme praticiens. Ainsi, seulement 8 étudiants sur 26 diplômés ont eu leurs diplômes et sont enregistrés au RAHPC, soit 31% sur une cible de 75%. L'atteinte de cet IOV est donc en dessous de la cible de 2019 (31%/75%) mais a des chances d'être atteint dans la mesure où 18/26 diplômés sont programmés par RAHPC pour passer le test de licence en mars 2020.

Concernant le résultat 2, l'IOV 2.1 est partiellement atteint dans la mesure où le dernier document du Minisanté de 2019 sur le paquet minimum des services de santé intègre les services d'ergothérapie qui seront offerts dans les hôpitaux provinciaux et de référence. Le Minisanté a aussi actualisé la tarification et la codification des services de santé en intégrant les services d'ergothérapie et les documents sont au niveau de la validation avant leur mise en application. En 2020, les actions de plaidoyer doivent se poursuivre afin de s'assurer que l'ergothérapie soit maintenue dans les documents validés. L'IOV 2.2 est quant à lui largement atteint car 8 services de réadaptation sur 6 prévus (en 2019) offrent des services d'ergothérapie dont HVP Gatagara Gikondo, HVP Nyanza, Gahini Rehabilitation center, Rwanda Military Hospital, Caraes Ndera, Silver Bells special school, Love with Actions, Kabuga Community Center.

En lien avec l'IOV 3.1 du résultat 3, les 4 centres pilotes HVP Gatagara, Gikondo et Nyanza, Hôpitaux Murunda et Masaka ont mis en place une équipe multidisciplinaire et seulement 3/4 ont organisé les descentes dans la communauté comme prévu. L'hôpital de Masaka a remplacé le partenaire Rwanda Military Hospital qui a décliné le partenariat lors de la signature de la convention et a démarré les

activités tardivement mais a pris des mesures de rattrapage. Les descentes portent principalement sur la sensibilisation, l'identification, les consultations et orientations, la prise de rendez-vous mais aussi le référencement vers les services spécialisés dans le centre concerné ou ailleurs. A part les deux centres HVP Gatagara qui sont mieux équipés et mènent en parallèle un projet RBC avec le financement de CBR International, les autres équipes mobiles ne sont pas équipées en matériel technique requis pour offrir tous les services de réadaptation sur place. Par conséquent, les référencements, conseil et orientations représentent la majorité des services proposés à la communauté ; ce qui constitue une limite des équipes mobiles des hôpitaux Murunda et Masaka. Il est utile de noter qu'à ce jour, les hôpitaux de Murunda et Masaka ne comptent que sur 2 kinésithérapeutes et ne peuvent que prester des services communautaires très différents au regard de HVP Gatagara qui a, en plus des kinésithérapeutes, des ergothérapeutes et ortho prothésistes en capacité de faire des réparations d'aides techniques. Au lieu de considérer un paquet de service unique à déployer par toutes les équipes mobiles, il faudra être attentif à ce que le paquet de services communautaires soit défini selon les ressources humaines disponibles dans chaque structure. Couplée à une approche de prise en charge communautaire, une réflexion sur la mise en place de clinique mobile avec toutes les exigences qualité mérite ici une attention particulière pour les prochaines interventions. L'IOV 3.2 est partiellement atteint. Seuls deux centres de réadaptation (HVP Gatagara et Nyanza) produisent des aides techniques et de mobilité. Toutefois, une évaluation réalisée en décembre 2019 sur la qualité de 4 aides techniques produites localement révèle que sur les 16 centres identifiés, 93% des staffs des centres de réadaptation qui produisent 4 aides techniques sélectionnées, y compris HVP Gatagara, ne sont pas formés sur les standards tandis que les lignes directrices n'existent pas. A ce jour, contrairement aux centres HVP Gatagara, l'hôpital de Murunda ne dispose pas d'orthoprothésiste ni de service d'orthopédie alors que l'hôpital de Masaka mise sur les référencements au centre de HVP Gikondo situés dans le même district et avec lequel une collaboration est active. Les stratégies de mise en place d'un atelier pour fabriquer les aides locales sont en cours de discussion pour l'hôpital de Murunda. En outre, une alternative de former des menuisiers locaux tout près de l'hôpital Murunda a été suggéré pour la production des aides techniques de mobilité à savoir les béquilles, les chaises spéciales en bois, les barres parallèles et déambulateurs pour les clients de l'hôpital Murunda.

3.3.2. Niveau de réalisation des principales activités

Comme mentionné plus haut, un des résultats attendus est le recrutement et l'accompagnement des ressources humaines nationales en ergothérapie. 26 ergothérapeutes ont été formés au CMHS depuis 2018 dont seulement 8 sont enregistrés au RAHPC et 18 qui passeront leur test en 2020. Parmi eux, 2 enseignants ergothérapeutes nationaux ont été recrutés comme enseignants à UR-CMHS et ont fait un stage professionnel d'un mois en décembre 2019 dans une université belge. Les démarches concernant la formation qualifiante de 2 ergothérapeutes rwandais en fonction dans un service d'ergothérapie n'ont pas encore abouti ; aucune université n'ayant accepté de les inscrire. Une réflexion est en cours au niveau de CMHS pour mettre en place un programme de bridging qui pourrait apporter une solution.

Chaque année, un enseignant de l'UoGent vient régulièrement au Rwanda pour une mission technique d'appui sur place et d'enseignement d'ergothérapie au CMHS. A cela s'ajoutent des échanges skype et whatsapp réguliers pour s'appuyer mutuellement entre enseignants des deux universités et des stages académiques d'étudiants de UoGent au Rwanda. Comme prévu par les standards, le curriculum de

formation a été révisé par CMHS en 2018. L'organisation du « multidisciplinary outreach program » conjointement par CMHS et les partenaires a été effective, à l'exception de l'Hôpital de Masaka qui a réalisé une seule activité d'outreach en 2019, mais propose de mener plus en 2020. Les actions d'information et de sensibilisation sur le handicap, la détection et l'identification ont été réalisées via le transfert de compétences aux partenaires qui, par la suite, ont mené les activités les districts ciblés par le projet. Conduite depuis 2017, la finalisation de l'étude du diagnostic sur l'accès financier des services de réadaptation a été plus longue que prévue suite aux réticences des instances étatiques à fournir les informations financières. Le plaidoyer et les ateliers de concertation mis en place par HI avec l'appui de NCPD a permis de convaincre les responsables de Rwanda Biomedical Center qui ont communiqué les données et dont le comité scientifique a validé le rapport en 2019. Suite aux agendas chargés des principaux participants, l'atelier national de dissémination des résultats a été reporté au 1^{er} trimestre de 2020. Les activités de plaidoyer pour l'intégration de l'ergothérapie dans les services de santé ont été conduites par les partenaires (RWOTA, UR- CMHS,..) qui ont un plan annuel multi-acteurs et organisent des ateliers chaque année, y compris via la journée internationale de l'ergothérapie. Comme prévu, RWOTA et CMHS ont participé aux principaux réseaux des professionnels reconnus internationalement (OTARG et WFOT) et conférences internationales qu'ils organisent (2017 : Conférence OTARG ; 2018 : Conférence WFOT et 2019: conférence OTARG que RWOTA a organisée à Kigali). L'étude relative à la production des aides techniques et de mobilité a été réalisée en 2019 et donne des éléments pour des actions futures dans le domaine des aides techniques et de mobilité. Dans les centres, la mise en place et la formation des équipes pluridisciplinaires ont été réalisées en prise avec le contexte et les capacités de chaque centre partenaire tout comme la formation des professionnels des centres de santé et d'agents de santé communautaires sur la détection précoce, le référencement et la pluridisciplinarité par les mêmes centres. Comme souligné plus haut, HVP Gatagara dispose des trois principales catégories de professionnels de la réadaptation (orthoprothésistes, ergothérapeutes et physiothérapeutes) tandis que les deux hôpitaux n'ont que des physiothérapeutes ; ce qui représente un gap. Cependant, au vu des besoins exprimés par les PH, principaux bénéficiaires finaux et acteurs de changements, le soutien psychologique et dans une large mesure, la santé mentale et le soutien psychosocial, est la discipline manquante. Cette question de manque de soutien soulignée par les membres des FGD mérite une attention particulière dans le cadre de la pluridisciplinarité. En effet, au-delà du fait que l'acceptation du handicap par la PH elle-même, le cercle familial (dont les parents et les proches) et la communauté, la préparation à certains services de réadaptation notamment l'appareillage et autres services spécialisés nécessitent à notre sens un counseling et un soutien par des psychologues professionnels. A travers la distribution des chaises roulantes offertes par World Vision, HI a pris de bonnes initiatives de confier le soutien psychologique aux PH bénéficiaires de ces aides techniques à la mobilité à des stagiaires pour des périodes courtes allant de trois à 6 mois. Le bénéfice de leurs interventions est témoigné par les PH et les parents d'enfants chez qui des attentes ont été créées et restent fortes. Afin de poursuivre cette dynamique, il est crucial de mobiliser un professionnel en soutien psychologique pour assurer le développement de dispositif de prise en charge psychologique auprès des centres et des bénéficiaires.

Le soutien à la conception d'un cadre de référence sur la qualité des services de réadaptation au Rwanda s'est traduit par la consultance qui est en cours pour l'élaboration des standards de la réadaptation fonctionnelle à utiliser lors de l'accréditation des services et structures de santé.

En utilisant l'outil RMS, le scoring a été réalisé auprès des 4 centres avec l'implication de leurs personnels en place. Même si elles ne sont pas systématiques, on note que seuls les deux centres de HVP Gatagara ont des initiatives de pratiques plus inclusives (aménagement de l'accessibilité physique et utilisation de la langue des signes) contrairement aux hôpitaux Murunda et Masaka. Sachant qu'aucun standard n'est développé au Rwanda, les mêmes tendances se dégagent quant à la production locale des aides techniques comme le montre le tableau 7 et les figures ci-dessous.

Tableau 7 : Fabrication des aides techniques locales

N	Site	Produit des aides techniques	Types
1	Centre HVP Gatagara-Gikondo	Oui	Canes, corset lombaires, chaise roulante, aide à la marche, chaise adaptée.
2	Hôpital spécialisé en orthopédie et réhabilitation de Gatagara-Nyanza	Oui	Canes, béquille, matériels qui aident les enfants d'handicap physiques, chaise roulante, aide à la marche, chaise adaptée.
3	Hôpital de District de Murunda	Non	
4	Hôpital de District de Masaka	Non	

La figure 1 ci-dessous illustre la qualité des aides techniques produites localement selon les professionnels de la réadaptation fonctionnelle. La plupart des participants ont déclaré que les aides techniques sont de bonne qualité.

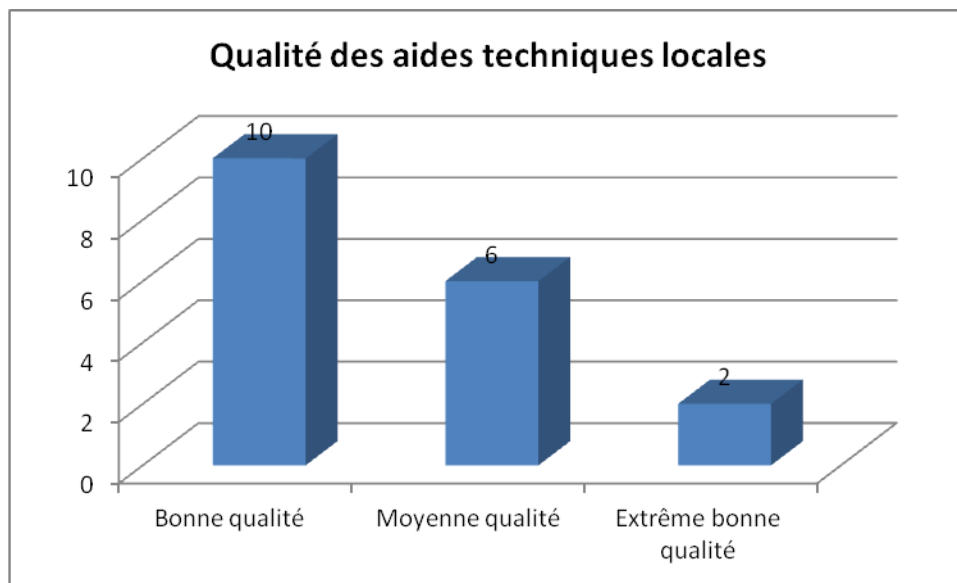


Figure 1. Qualité des services de réadaptation fonctionnelle selon les professionnels

Accessibilité des services de réadaptation fonctionnelle.

La figure 2 ci-dessous indique la majorité des professionnels affirment que leurs services sont accessibles, mais les participants aux focus groups (PH et parents des enfants handicapés dans les 4 services) affirment que les services sont bons mais ne sont pas géographiquement accessibles. **«Ce n'est pas facile d'arriver ici, c'est très loin parce que j'utilise la moto et je paie beaucoup. Le service est bon mais n'est pas accessible. Ca nous prend du temps, même toute la journée d'arriver ici. Nous venons de toutes les provinces du Rwanda ».**

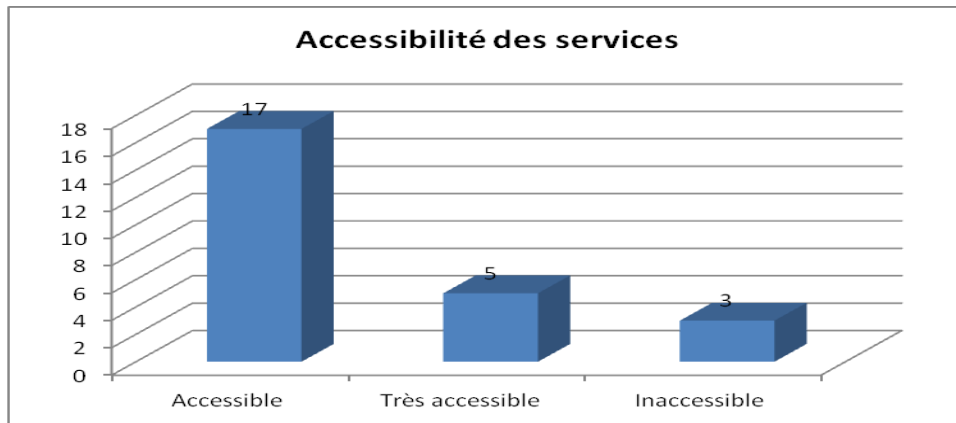


Figure 2 : Accessibilité des services de réadaptation fonctionnelle selon les professionnels

Services de réadaptation fonctionnelle abordables

La figure suivante montre que la majorité (13/25) des professionnels perçoit que leurs services sont abordables contre 8 qui ont répondu que les services ne sont pas abordables. Les résultats des focus groups des personnes handicapées et les parents des enfants handicapés dans les 4 services ont tous déclaré que les services sont abordables, mais que le problème reste le transport pour arriver aux lieux des services et les coûts additionnels.

Quelques parents des enfants handicapés des services de HVP Gatagara-Gikondo l'ont exprimé en ces termes **«Le prix d'ici n'est pas très haut, mais il n'utilise pas la mutuelle de santé»**. Ceux de HVP Gatagara-Nyanza poursuivent **«on utilise la mutuelle de santé dans les premiers 2 mois (ici c'est facile), mais les autres séances après ces deux mois on paie 100% (ici c'est très cher). Il y a aussi certains équipements orthopédiques qui sont très chers, mais la mutuelle ne prend pas en charge. Donc on paie 100%»**. Dans les hôpitaux de districts, les usagers de service de réadaptation fonctionnelle n'ont pas des problèmes d'accès car ils utilisent la mutuelle de santé. Néanmoins, le coût additionnel de transport, logement et de nourriture reste un challenge.

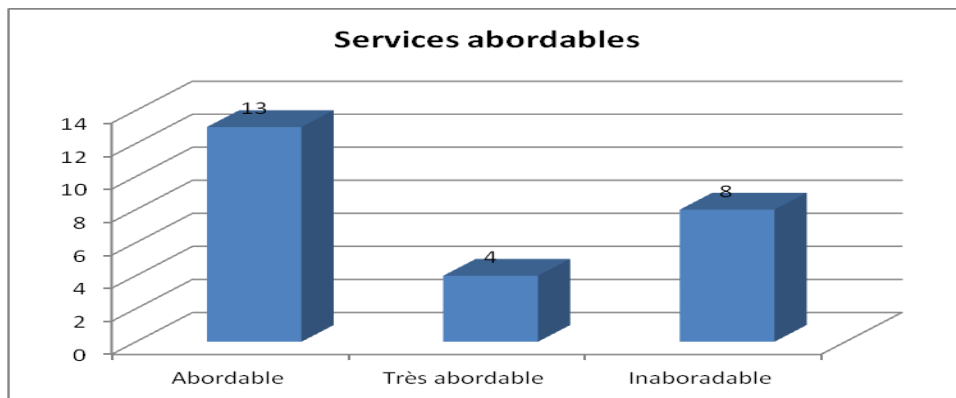


Figure 3 : Services abordables

Acceptabilité des services de réadaptation fonctionnelle

La plupart des professionnels disent que leurs services sont acceptables. Cela est aussi confirmé par les personnes handicapées et les parents d'enfants handicapés dans les focus group qui ont déclaré que les services sont acceptables, mais ils ont tous indiqué un grand nombre des clients et un petit espace comme un challenge. **« C'est acceptable mais le nombre des clients est très haut. Les professionnels ne peuvent pas traiter convenablement le nombre des clients qui sollicitent ce service»**.

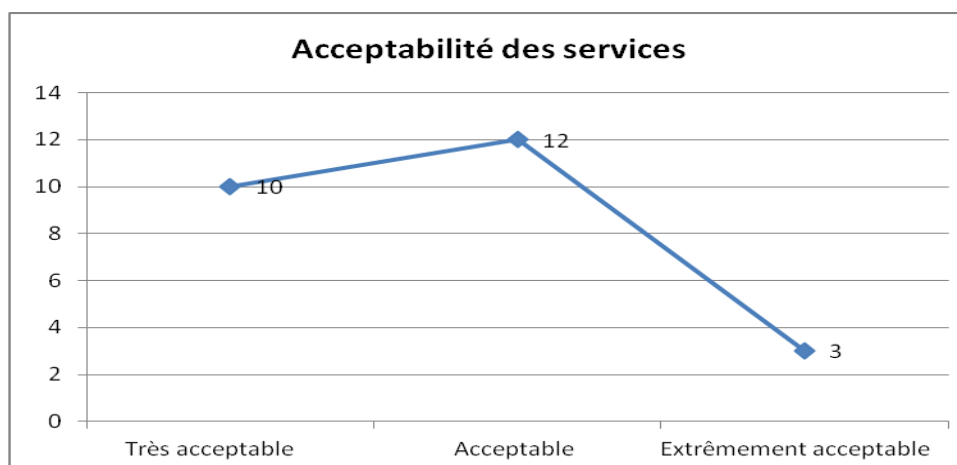


Figure 4 : Acceptabilité des services

Grâce à l'appui du projet, les changements ci-après ont été soulignés par les centres de réadaptation dans leur ensemble.

Résultat	Changement induit	Leçons apprises
<p>Professionnels de réadaptation fonctionnelle</p> <ul style="list-style-type: none"> -Amélioration du service suite aux formations - Nouveau service d'ergothérapie -Augmentation de la capacité technique du personnel -Augmentation des patients dans les services. -Augmentation du personnel de réadaptation fonctionnelle -Plus de connaissance du service dans la société. <p>Agents de santé communautaires</p> <ul style="list-style-type: none"> -Traitement des personnes handicapées -Formation des coopératives des personnes handicapées -Attitudes positives envers les PH et leurs familles -Il n'y a plus d'enfants enfermés dans les maisons à cause du handicap 	<ul style="list-style-type: none"> -Amélioration de la qualité de service rendu aux clients -le temps de fabrication d'aides techniques a été diminué -Augmentation de la connaissance au point de vue du handicap parmi les personnels de santé et la communauté -Plus de fréquentation de services -Augmentation des clients et des équipements -Esprit de travailler en équipe. <p>Agents de santé communautaires</p> <ul style="list-style-type: none"> -Les parents ne cachent plus les enfants handicapés -Un grand nombre des personnes ont été traitées et ont amélioré leurs conditions de vie. -Les PH connaissent leurs droits - La discrimination a diminué. -Intégration des PH dans la communauté -Les enfants handicapés sont 	<p>Professionnels de réadaptation fonctionnelle</p> <ul style="list-style-type: none"> -La collaboration avec les partenaires et le travail en équipe est très sont essentiels. -Avec l'accès aux services de réadaptation fonctionnelle la qualité de vie de personnes handicapées est très améliorée. -Les formations contribuent au changement d'attitude et de pratique. <p>PH et parents d'enfants handicapés</p> <p>Selon la façon dont les cliniciens montrent aux parents ce qu'ils doivent faire à la maison, les parents deviennent des praticiens et améliorent aussi leur niveau d'acceptance.</p> <p>Agents de santé communautaires</p> <ul style="list-style-type: none"> -La détection et l'identification précoce du handicap donnent les bons résultats.

- Les PH sont identifiées	inscrits dans les écoles. -Attitudes positives envers les PH dans la communauté	-Les personnes handicapées sont capables si on leur donne de la chance
---------------------------	--	--

3.3.3. Critères d'évaluation

Pertinence

Les intervenons de l'OS restent conformes aux cadres internationaux dont la Convention Relative aux Droits des Personnes Handicapées (CDPH), notamment en ses article 9 sur l'accessibilité, 20 sur la mobilité personne, 25 sur la santé et 26 en ce qui concerne la réadaptation. Les actions de l'OS3 s'inscrivent dans les politiques nationales de la santé et du handicap qui restent favorables à la prise en compte de la réadaptation ; et celle-ci est considérée dans le paquet national des services des services de santé. Dans la tarification des services en cours d'élaboration par le Ministère de santé, l'ergothérapie est retenue au niveau des hôpitaux provinciaux, des hôpitaux de référence, et les centres hospitaliers universitaires. En mettant en avant l'approche communautaire et la pluridisciplinarité des services, les actions initiées apportent des réponses aux besoins des PH. En promouvant la formation initiale en ergothérapie, l'intervention permet de réaliser le programme du gouvernement et de CMHS, en matière de formation en ergothérapie et via la coopération interuniversitaire, garantit une mise en œuvre d'une formation de qualité. Grâce aux services de qualité, le projet répond aux préoccupations d'autonomie des PH.

Les priorités des partenaires sont prises en compte comme le développement de la profession d'ergothérapie au sein de CMHS, et le développement des services de réadaptation fonctionnelle qui répond aux normes et standards de qualité chez les partenaires opérationnels HVP Gatagara et les 2 hôpitaux de district. Néanmoins, l'intégration du domaine du soutien psychologique est peu prise en compte alors que des besoins sont exprimés par les PH ; et les deux hôpitaux ne disposent pas d'orthoprothésistes, lacunes qui devraient retenir une attention particulière soit en 2020 soit dans les prochaines phases.

Efficacité

Le centre HVP GATAGARA est reconnu comme un acteur de premier plan en matière de services de réadaptation et, à ce titre, a acquis un statut d'hôpital orthopédique et de réadaptation. Les capacités techniques des professionnels sont renforcées, au travers des formations et de l'accompagnement proposés, dont les professionnels des centres de réadaptation soutenus qui connaissent l'outil RMS et les professionnels de santé qui ont des compétences techniques en détection précoce, référencement et pluridisciplinarité. Tandis que 26 étudiants de deux promotions d'ergothérapie sont diplômés, 8 disposent d'une licence pour exercer la profession d'ergothérapeutes et 18 passeront le test en mars 2020. Au total, 8 centres de réadaptation disposent en leur sein d'au moins un ergothérapeute.

Grâce à l'équipe multidisciplinaire mobile au sein de chacun des 4 centres de réadaptation pilotes, les services de réadaptation et les droits et besoins des PH sont mieux connus par la communauté et la proximité des services a augmenté dans les zones couvertes par HVP Gatagara. Au regard des éléments disponibles au niveau de la tarification des services de santé, la reconnaissance et l'intégration de la profession d'ergothérapie sont quasi acquises même si l'approbation officielle n'est pas encore finalisée.

L'équipe projet a été en mesure de contourner les obstacles à la mise en œuvre de l'action. En effet, suite aux conclusions lors du 1^{er} scoring de la qualité des services de réadaptation à l'hôpital de Murunda en 2017, une option a été prise pour financer deux physiothérapeutes au lieu d'un binôme physiothérapeute-orthoprothésiste étant donné l'inexistence d'infrastructures de base pour l'orthopédie (ce qui a renforcé le service de kinésithérapie et son lien avec les groupes de PH de la zone

de rayonnement). Ayant rejeté la convention de partenariat au titre de centre de réadaptation modèle, Rwanda Military Hospital, un partenariat a été initié avec l'Hôpital District de Masaka dans le même District. Même si elles ont pris plus de temps que prévu, les négociations avec les institutions étatiques ont débouché sur un déblocage concernant l'étude Ifar et le développement des standards de réadaptation dont la finalisation est programmée au 1^{er} trimestre de 2020.

Dans le cadre de la profession d'ergothérapie, la plus-value a consisté à concrétiser l'initiative de la coopération entre l'université du Rwanda (via CMHS) et UoGent en produisant des ergothérapeutes au Rwanda et d'autres universités sud-africaines pour un accueil des nouveaux enseignants pour le niveau de master. Nous notons également la mise en place d'un partenariat actif entre le milieu universitaire et les centres de réadaptation qui servent de lieux de stage pour étudiants. Grâce aux sorties pluridisciplinaires terrain des étudiants de plusieurs départements de CMHS liés au domaine de la réadaptation, il s'est agi aussi de renforcer l'approche multidisciplinaire dès la formation initiale. Etant donné l'existence de cette formation solide, l'implication future de HI pourrait se concentrer moins à la collaboration interuniversitaire et d'avantage à l'accès aux services multidisciplinaires, à la communauté et à l'accompagnement des nouveaux professionnels ergothérapeutes.

Les objectifs et les indicateurs ont été fixés selon les éléments du contexte d'intervention et les résultats obtenus sont conformes aux résultats attendus initialement. Nous estimons que l'objectif spécifique 3 sera atteint au regard du niveau d'atteinte des indicateurs définis qui montre que 2/3 IOV sont atteints au niveau de l'OS et de celui des IOV des résultats (2/6 atteints, 3/6 partiellement atteints et en bonne voie).

Efficiences

Les résultats attendus sont atteints au meilleur coût. La mission est satisfaite de ce qui a été réalisé ; l'objectif du programme a été efficient dans la mesure où les actions planifiées telles qu'elles ressortent du cadre logique ont été mises en œuvre dans leur grande majorité et l'essentiel du budget a pu être engagé. Aucun résultat n'a été supprimé ou reformulé pour cause de l'insuffisance budgétaire ou de manque de ressources humaines. Par rapport au suivi budgétaire bailleur de fin décembre 2019, le taux de consommation est de 57% par rapport au taux théorique de 60%. A noter que les dépenses liées aux subventions accordées aux 5 partenaires ne sont pas encore comptabilisées.

Nous notons que la majorité des activités liées aux résultats ont été mises en œuvre avec succès et au meilleur coût. Il y a lieu de mentionner la formation des ergothérapeutes, le recrutement des enseignants ergothérapeutes nationaux, le nombre des ergothérapeutes rwandais qui sont formés et enregistrés au sein de RAHPC et ceux qui travaillent dans 8 centres de réadaptation fonctionnelle, et les acteurs de la réadaptation Hôpitaux et HVP Gatagara qui ont mis en place des synergies et mécanismes de soutien mutuel par rapport à la mise en place des équipes multidisciplinaires et au référencement.

Avec quelques adaptations suivant le contexte et les besoins, les ressources existantes ont été utilisées de manière à permettre la mise en œuvre des activités et l'atteinte des résultats. Pour assurer le succès de la mise en œuvre du programme, l'équipe projet a établi des partenariats solides et des collaborations permettant des synergies avec d'autres acteurs. Dans la zone Rutsiro, les synergies entre les 3 OS ont été valorisées lors des descentes des équipes mobiles et du suivi des PH bénéficiaires des services de réadaptation (sur l'OS3) qui se sont appuyées, comme relais, sur les OPH locales et les groupes d'entraide formés au niveau des secteurs (OS2-DLI/RBC), des journées portes ouvertes pour conduire des actions de sensibilisation et des consultations par l'équipe multidisciplinaire mobile (OS3) et le partenaire THT (OS2) sur les droits et l'inclusion des PH dans l'accès aux services que les OS ont

sollicité lors des lancements. Par rapport aux autres districts qui n'ont qu'une seule intervention du programme, il s'est avéré que des collaborations actives sont relativement faciles à développer entre acteurs communautaires et locaux d'une part et les équipes projets d'autre part. En effet, les besoins des PH et des PAE sont identifiés et partagés lors des planifications, descentes terrain et réunions locales de concertation et grâce aux interactions, des actions sont dégagées.

Si les autorités locales et les bénéficiaires du district expriment un bon niveau de satisfaction et saluent les interventions de HI dans la zone, néanmoins les activités du projet READ portant sur l'accès aux soins de la réadaptation fonctionnelles ne couvrent que 6 secteurs de Rutsiro alors que des besoins sont identifiés dans d'autres secteurs couverts par l'OS2. Ceci est dû aux ressources humaines limitées de cet hôpital et qui, actuellement, n'a pas de ressources pour engager plus de personnel. Ceci est également dû au choix stratégique consistant à cibler un nombre plus faible de secteurs afin d'assurer la qualité de l'intervention et l'impact auprès des personnes identifiées.

Tout en renforçant l'hôpital de Murunda en orthopédie, un passage à l'échelle de tout le district et /ou un développement d'actions dans les autres secteurs pourraient constituer des pistes de réponses aux préoccupations des bénéficiaires et autorités.

Les retards dans la mise en œuvre de certaines activités dus aux procédures administratives des institutions étatiques persistent mais le programme s'y adapte ; et ils n'ont pas un impact négatif sur son déroulement.

Pérennité / durabilité

Les acteurs du niveau central (MINISANTE, RBC) réalisent la nécessité d'investir dans les services de réadaptation fonctionnelle et ont accordé au centre HVP Gatagara un statut d'hôpital spécialisée en orthopédie et réadaptation fonctionnelle. Les partenaires CMHS, hôpital Murunda et Hôpital Masaka disposent des systèmes de gestion des fonds alignés à ceux de l'Etat Rwandais tandis que les partenaires HVP Gatagara ont acquis plus de capacités de gestion. En termes de durabilité financière et économique, le statut d'hôpital est une opportunité pour HVP Gatagara pour recevoir une subvention financière dès que l'organigramme établi et en cours de discussions est approuvé par le Ministère. HVP Gatagara a mobilisé d'autres financements complémentaires (CBR international pour des interventions de type RBC) et dispose d'un accord avec Rwanda Social Security Board (RSSB) qui prend en charge certains coûts. Bien qu'encore jeune, RWOTA accroît ses capacités en gestion logistique et de ressources humaines. Membre actif de WFOT et OTARG, elle a organisé conjointement avec cette dernière et le ministère la santé, la conférence des ergothérapeutes de la région Afrique. Toutefois, les capacités de mobilisation des fonds de RWOTA ont besoin d'être améliorées pour développer son autonomie dans les actions de plaidoyer au niveau national.

Dans l'ensemble, les 6 partenaires assurent la gestion des activités selon la convention avec HI.

En dépit de la reconnaissance grandissante des services de réadaptation fonctionnelle, l'accessibilité financière reste un défi majeur d'autant plus que l'assurance mutuelle de santé ne couvre pas encore les services d'orthopédie et d'ergothérapie du fait que la tarification n'est pas encore disponible dans les structures de santé.

Le projet jouit d'un soutien politico-administratif pour rendre les effets durables :

- Le département d'ergothérapie au sein de CMHS est autonome et a recruté 2 enseignants rwandais qui sont payés par CMHS et qui vont commencer leur Master en Ergothérapie à l'Université de Stellenbosch-South Africa en février 2020, même si deux professeurs ne pourront à eux seuls assurer une formation de qualité pérenne ; ce qui impliquera une stratégie de formation complémentaire d'autres enseignants afin d'assurer une formation de qualité et pérenne.

- Le Minisanté et le RBC soutiennent activement le projet depuis sa conception.
- Au niveau des services de réadaptation, la qualité des services de réadaptation offerts par les 4 centres pilotes montre une amélioration d'après l'évaluation de 2019 et les résultats de l'enquête de satisfaction des usagers. A cela s'ajoutent les capacités des professionnels de santé sur la détection précoce du handicap et le référencement qui sont renforcées et permettent une meilleure prise en charge des personnes handicapées.
- La mise en place et la formation d'équipes mobiles pluridisciplinaires contribuent à améliorer la qualité de l'offre de soin.
- Au niveau de la communauté, la formation des parents d'enfants handicapés leur a donné des capacités de mieux prendre en charge leurs enfants à domicile et l'inclusion de ceux-ci dans le milieu scolaire ordinaire.

Participation

Les bénéficiaires ont été consultés lors de l'analyse des besoins et chaque année lors de l'enquête de satisfaction des usagers de services de réadaptation. Les stratégies sont en cours pour faire participer les bénéficiaires activement en incluant les représentants des usagers de services dans l'évaluation de la qualité des services des partenaires pour que leur avis soit toujours pris en compte. Les représentants des groupes de parents et usagers de services de réadaptations sont consultés chaque fois et participent dans les réunions annuelles des comités de pilotage.

Coopération

Une réunion trimestrielle pour l'évaluation de la mise en œuvre des activités du projet avec les partenaires est organisée régulièrement par HI pour le partage d'expériences. Elle est une occasion de proposer des adaptations selon les besoins sur terrain. Ici, les partenaires contribuent de manière active, régulière et suffisante au succès et à l'atteinte des résultats du programme.

Redevabilité

Toutes les parties prenantes sont informées des réalisations du projet dans leurs zones d'intervention chaque année lors des réunions du comité de pilotage là où ils ont le droit de formuler des recommandations et sont informées de leur mise en œuvre dans les prochaines réunions.

La redevabilité a été assurée au moyen de rapports progressifs mensuels et trimestriels dans lesquels l'équipe du programme a souligné et suivi les progrès des extrants du programme. Cela s'est également produit en organisant différents ateliers de validation pour convenir de la qualité des documents et en coordonnant des réunions consultatives pour planifier les activités du programme. Les mécanismes de responsabilisation ont aidé l'équipe du programme à surmonter différents échecs et lui ont fourni des solutions correctives appropriées en temps opportun. Enfin, ce programme respecte le droit international, les lois du pays d'intervention, les obligations du ou des bailleurs de fonds impliqués, ainsi que les règles, normes et engagements internes à HI.

3.3.4. Conclusions et recommandations pour 2020-2021

3.3.4.1 Conclusions liées aux critères d'évaluation

Conclusion 1. Dans son ensemble, l'intervention est en adéquation avec les besoins des PH, les politiques nationales et des partenaires. Toutefois, deux domaines, en particulier le soutien

psychologique n'a pas été considéré dans les réponses apportées. Dans les deux hôpitaux partenaires, il n'existe pas de professionnels en orthopédie ; ce qui constitue une lacune dans la multidisciplinarité.

Recommandation 1.1. Envisager, en 2020, une ressource humaine pour piloter le développement de dispositifs de soutien psychologique / accompagnement des PH et des parents des enfants handicapés sur la base de l'expérience des stagiaires professionnels, en appui au service de réadaptation.

Recommandation 1.2. Prévoir dans les prochaines interventions un appui des hôpitaux au développement des services ortho.

Conclusion 2. Des retards sont constatés dans la finalisation de l'étude Ifar et le développement des standards de réadaptation.

Recommandation 2.1. Elaborer un plan de suivi de l'atelier de restitution des résultats de l'étude Ifar avant la fin du 1^{er} trimestre de 2020

Recommandation 2.2. S'assurer de la finalisation du développement des standards de la réadaptation avant la fin du 1^{er} trimestre de 2020 et élaborer à fin juin 2020 un plan de plaidoyer pour la dissémination des standards de la réadaptation

Conclusion 3. La couverture géographique des actions de réadaptation au sein du district est limitée à 6 secteurs. Pourtant, des besoins de synergies et complémentarités avec d'autres interventions dont celles de l'OS2 sont identifiés.

Recommandation 3. Proposer un plan de passage à d'autres secteurs du district afin de développer des actions de réadaptation.

Conclusion 4. Les pistes de formation qualifiante de 2 ergothérapeutes rwandais en fonction n'ont pas donné de résultats.

Recommandation 4. Poursuivre les recherches de pistes de formation tout en suivant les possibilités de formation au sein de CMHS.

3.3.4.2 Conclusions liées aux indicateurs et principales activités

Conclusion 5. Les bénéficiaires les plus démunis n'ont pas de moyens pour prendre en charge les coûts liés au référencement et à l'assurance mutuelle de santé ne couvre pas tous les services de réadaptation

Recommandation 5.1. Elaborer un plan de plaidoyer auprès de RBC pour la prise en charge des coûts liés au référencement et à tous les services de réadaptation

Recommandation 5.2. Analyser pour les hôpitaux Murunda et Masaka la possibilité de l'offre de services au niveau des centres de santé.

Conclusion 6. CMHS a recruté les enseignants rwandais mais vu la diversité des spécialisations au sein de l'ergothérapie, la question de leur suffisance pourrait se poser.

Recommandation 6. Analyser avec CMHS, les besoins en recrutement d'enseignants rwandais au regard des spécialisations en vigueur.

Conclusion 7. 18/26 ergothérapeutes diplômés sont en attente de licence pour exercer leur profession

Recommandation 7. Elaborer un plan de suivi des diplômés non enregistrés.

Conclusion 8. Les services d'ergothérapie sont repris dans le paquet minimum des services de santé mais la tarification n'est pas encore publiée.

Recommandation 8. Poursuivre le plaidoyer/suivi auprès du Minsanté dans le cadre de la tarification.

Conclusion 9. Les équipes mobiles des hôpitaux n'ont pas de moyens suffisants (équipements, matériels) pour offrir tous les services dans la communauté en respectant les exigences qualité.

Recommandation 9. Réfléchir aux modalités d'offrir les services de réadaptation fonctionnelles de proximité dans la communauté lors des descentes de l'équipe mobile des partenaires.

Conclusion 10. Il n'existe pas de lignes directrices sur la fabrication des aides techniques et la plupart des staffs des centres de réadaptation ne sont pas formés sur les standards.

Recommandation 10. Examiner les possibilités financières et former les menuisiers locaux tout près de l'hôpital Murunda.

3.3.5. Axes potentiels sur la période 2022-2026

Les suggestions ci-après sont issues de notre analyse et des besoins exprimés. Elles consistent à nourrir les réflexions sur la phase 2022-2026 et nécessitent une analyse contextuelle plus étayée en lien avec les évolutions des cadres nationaux et internationaux.

- a) Besoin de soutien au développement de cliniques mobiles en réadaptation
- b) Nécessité de poursuivre l'appui à la formation initiale en ergothérapie via un accompagnement des nouveaux enseignants diplômés et l'augmentation du pool d'enseignants + appui des lieux de stages pour améliorer la qualité de la formation pratique des étudiants
- c) Besoin d'intégration du cycle de réadaptation d'OMS dans les centres de réadaptation fonctionnelle et de l'approche RBC dans les activités de réadaptation fonctionnelle.
- d) Suite à l'évaluation de la qualité des aides techniques et de mobilité, besoin (1) d'apporter un appui à la mise en place et dissémination des standards en production d'aides techniques et de mobilité et (2) de former les professionnels à ces standards.
- e) Besoin d'appui technique au ministère pour une meilleure intégration des standards de la réadaptation de l'OMS au sein des stratégies du pays (définition de standards en lien avec les aides techniques, interventions communautaires en réadaptation,...).
- f) Nécessité d'établir des interactions entre les secteurs de la réadaptation et de la santé mentale. Il s'agit d'intégrer les services psychosociaux dans les services de réadaptation fonctionnelle.
- g) Besoin d'initier les activités de soutien économique pour les bénéficiaires les personnes les plus vulnérables et celles à faible revenu afin d'augmenter le pouvoir financier pour accéder aux services de réadaptation fonctionnelle
- h) Besoin d'utiliser une approche centrée sur le bénéficiaire mais aussi sur son entourage qui quelque fois devient une barrière pour le développement et l'épanouissement de la personne
- i) Besoin de développer des actions de mise en accessibilité des services de réadaptation et des centres de santé.
- j) Besoin de poursuivre l'appui aux acteurs de la société civile (associations de professionnels et groupes d'usagers) pour que le plaidoyer soit renforcé et que d'avantage de ressources soient allouées à la réadaptation dans les hôpitaux de districts.
- k) Besoin de plus de plaidoyer pour la prise en compte de tous les services de réadaptation fonctionnelle dans la mutuelle de santé, l'augmentation du nombre de professionnels de réadaptation dans les hôpitaux et centres de réadaptation et la décentralisation des services de réadaptation fonctionnelle au niveau des centres de santé
- l) Besoin d'extension d'un espace pour la réadaptation fonctionnelle dans les hôpitaux de Murunda et Masaka
- m) Besoin d'intégrer les psychologues et les assistants sociaux dans le paquet de services de réadaptation fonctionnelle
- n) Besoin de renforcer les synergies avec d'autres acteurs en réadaptation.

3.4. Synergies et complémentarités avec les acteurs

3.4.1. Niveau de réalisation

Les synergies et complémentarités ont été mises en place en interne (entre les OS et d'autres projets de HI non financés par la DGD) et avec les acteurs belges dans les domaines pré-identifiés en 2017 ou lors de la mise en œuvre du programme.

Comme mentionné, les responsables des projets au niveau de chaque OS ont été conviés non seulement aux réunions du comité de pilotage national semestrielles pour l'OS 1 et annuelles pour les OS 2 et 3 mais aussi aux réunions de coordination trimestrielles au niveau des districts pour les OS1 et 3 afin de partager les expériences et complémentarités des interventions. Au niveau de la mise en œuvre des activités de formation et d'accompagnement, nous avons noté des complémentarités concrètes concernant l'utilisation et la mutualisation des expériences techniques en détection précoce et référencement (OS3), en éducation inclusive (financement de l'Unicef) et approche communautaire et auto-plaidoyer (OS1) lors du soutien à la mise en place et accompagnement des groupes d'entraide de PH sur l'OS2. Les professionnels de l'éducation inclusive de HI (hors DGD) ont appuyé techniquement par du conseil, des outils et de la co-animation de sessions de formation des enseignants des écoles sur l'éducation inclusive, la mise en place des clubs d'éducation et des groupes de parents d'enfants (sur l'OS2). Ces derniers bénéficient d'un appui technique des professionnels de la réadaptation (OS3) sur la prise en charge des enfants à domicile et la fabrication d'aides techniques. Néanmoins, les échanges et partages pourraient être améliorés lors des moments de planification et de bilan annuel interne, revues de projet internes, ateliers d'auto-évaluation qui, généralement, sont organisés aux mêmes périodes de début et de fin d'année afin de partager les bilans. De même, l'implication des partenaires locaux de mise en œuvre permettrait à ceux-ci de construire des synergies et complémentarités au niveau de leurs interventions.

Des synergies et complémentarités ont été développées avec les acteurs belges sur les cibles définies lors des CSC. Dans le secteur de la santé où HI a le lead, il y a lieu de mentionner principalement des ACNGB tels que la Croix Rouge de Belgique (CRB) qui travaille étroitement avec la Croix Rouge Rwandaise (CRR), Light for the World qui appuie le Kabgayi Eye Unit (KEU) et la prise en charge des enfant aveugles, Fracarita Belgium qui appuie l'Hôpital Neuropsychiatrique CARAES-Ndera-HNPC en santé mentale et épilepsie et HVP Gatagara en réadaptation, Médecins sans vacances qui appuie HVP Gatagara et l'hôpital de Murunda. Plus spécifiquement, des échanges sur les expériences et un partage d'outil ont eu lieu avec UCB et le projet épilepsie mis en œuvre par HI à Madagascar qui a même réalisé une visite de la composante lutte contre l'épilepsie (OS1) à l'occasion d'un séminaire à Kigali. En plus de sa participation dans les dialogues stratégiques des CSC de 2018 et 2019 à Kigali et aux réunions des ACNG en Belgique, HI a initié des collaborations sur le terrain avec les volontaires de la CRR coordonnés dans le district de Rutsiro qui, suite à une formation de HI sur l'épilepsie, ont animé des sessions de sensibilisation auprès des écoles et de la communauté et intégré l'épilepsie dans leurs programmes et activités. Néanmoins, ces initiatives pertinentes ne sont pas assez connues par la coordination de la CRR à Kigali. En santé mentale, l'équipe SMI-EPI de HI a été présente dans les réunions d'échanges et de coordination organisées par la CRR et la CRB sur la santé mentale et le soutien psychosocial. Il y a lieu de noter HI et la CRB ont un partenariat sur un projet de santé mentale et soutien psychosocial dans les camps de réfugiés. Un partenariat entre la CRR et HI pourrait être envisagé à court, moyen et long terme pour les interventions en santé. Cependant, des points d'amélioration méritent d'être relevés dans la coordination du secteur de la santé. Etant donné que seuls deux ACNG, à savoir HI et CRB, ont une

présence permanente au Rwanda, il n'a pas été possible pour HI d'organiser des réunions de partage entre acteurs de la santé à Kigali ; et les bilans ont été réalisés par email. En revanche, les ACNGB non présents travaillent au travers des partenaires rwandais tels que HVP, l'hôpital de Kabgayi, Caraes Ndera, etc dont certains sont conviés aux travaux préparatoires du dialogue stratégique chaque année. Nous suggérerons que la coordination du secteur de la santé inclut de manière systématique les partenaires locaux de la santé dont HVP Gatagara, Hôpital de Kabgayi, Hôpital CARAES Ndera, CRR et autres partenaires avec lesquels travaillent les ACNG non présents au Rwanda. Des perspectives de synergie et de partenariat opérationnel actif sont envisageables entre HI et la CRR/ CRB dans le secteur santé en général et santé mentale / soutien psychosocial, en particulier.

Dans le secteur de la société civile et gouvernance, les complémentarités avec RCN ont été effectives et caractérisées par des interventions de HI dans la formation du staff et partenaires de RCN sur les droits et l'inclusion des PH, l'implication de HI dans les caravanes organisées par RCN et les réunions de partage entre acteurs dans le district de Nyamasheke. De même, intervenant auprès de la société civile rwandaise et menant des actions de sensibilisation, HI et RCN se sont engagés lors du dernier dialogue stratégique à faire des outils et approches de sensibilisation une piste d'apprentissage pour l'année 2020. Cependant, l'accord de collaboration n'est pas encore formalisé. Il faudrait accélérer les procédures ou le processus de signature d'un accord de collaboration, poursuivre les échanges sur les outils, stratégies et formaliser un accord de collaboration sur le reste de la période du programme.

Dans le secteur de l'éducation, les synergies avec APEFE, œuvrant dans le domaine de la formation professionnelle, qui a signé en 2018 un accord de collaboration avec HI sur la durée du programme quinquennal a été un vrai succès dans la mesure où les activités convenues, notamment celles relatives aux modules et séances de formation à l'inclusion des jeunes handicapés dans le programme exécuté par APEFE. Des perspectives d'avenir sont envisageables notamment dans le domaine de la lutte contre les grossesses non désirées et des violences liées au genre.

Avec VVOB qui œuvre dans le domaine dans la formation des enseignants et le leadership, un cadre de partage a été mis en place sur le cadre de l'éducation inclusive (en lien avec l'OS2-DLI-RBC) et deux réunions ont été organisées sur les pistes de complémentarité en 2019. Le partage d'expérience et de témoignages de succès, l'échange d'outils d'éducation inclusive développés, une formation de l'équipe VVOB appuyée techniquement par HI, la collaboration et participation dans les ateliers et événements organisés par chaque partie ont été identifiés comme des pistes d'action. Il en est de même de CBM qui a signé un accord de collaboration avec HI sur les complémentarités en réadaptation fonctionnelles avec le soutien de la rénovation du centre de réadaptation de Gahini (OS3) et la mise en programme des programmes RBC (OS-2) dans 8 secteurs de Kayonza par CBM et la mise en œuvre d'une approche DLI-RBC dans les 4 secteurs restants. Les synergies portent sur du partage d'outils et d'expériences des agents d'accompagnement de PH.

Dans la réadaptation (OS3), la collaboration entre HI et l'Université de Gent (UoGent) est bien définie par une convention de partenariat tripartite incluant CMHS. Les complémentarités sont notées dans la recherche d'universités pouvant accueillir des étudiants en ergothérapie pour des études de niveau maîtrise et les stages des étudiants au Rwanda. À travers des échanges d'informations, le partage

d'expériences et de méthodologie, le projet collabore avec l'ONG belge Médecins Sans Vacances lors de ses missions à travers l'échange d'informations sur les activités et les approches développées au sein de HVP GATAGARA.

L'OS 3 collabore avec FRACARITA sous une convention de partenariat tripartite entre Fracarita, HVP Gatagara et HI. Les synergies se sont concrétisées lors des missions biennuelles de Fracarita au Rwanda et l'appui technique pour les commandes de consommables orthopédiques où elle détient une expertise.

En dehors du financement DGD, d'autres synergies sont en cours notamment avec La Fondation Liliane qui consulte HI sur les projets RBC et réadaptation fonctionnelle qui lui sont soumis par NUDOR (également partenaire de HI sur l'OS2), ICRC-Movability et Clinton Access Initiative, acteurs de la réadaptation nouvellement actifs dans le secteur de la réadaptation au Rwanda avec lesquels des séances ont été organisées et des pistes de collaboration discutées, respectivement en 2018 et en 2019.

3.4.2. Conclusions et recommandations liées aux synergies et complémentarités

3.4.2.1. Recommandations portant sur la période 2020 et 2021

Conclusion 1. Les échanges et partages en interne entre les équipes des OS pourraient être améliorés

Recommandation 1.1. Etablir un mécanisme de partage des planifications et bilans internes

Recommandation 1.2. Elaborer un plan de soutien des partenaires locaux dans le développement de cadres de synergies et complémentarités au niveau de chaque OS et d'autres intervenants.

Conclusion 2. Des initiatives et expériences positives de synergies pertinentes sont mises en place entre les équipes HI et les volontaires de la CRR dans le district de Rutsiro mais ne sont pas connues ni valorisées au niveau des coordinations nationales.

Recommandation 2. Organiser des rencontres tripartites de partage (HI, CRR et CRB).

Conclusion 3. La coordination des ACNG du secteur de la santé est faible étant donné qu'un bon nombre d'entre eux ne sont pas présents au Rwanda.

Recommandation 3. Organiser des réunions des acteurs de la santé incluant les partenaires locaux des ACNGB non présents au Rwanda (HVP Gatagara, Hôpital de Kabgayi, Hôpital CARAES Ndera, CRR).

Conclusion 4. Les synergies avec RCN sont initiées mais ne sont pas documentées ni capitalisées.

Recommandation 4.1. Organiser des réunions avec RCN pour échanger et capitaliser sur les outils de sensibilisation, stratégies et approches de sensibilisation

Recommandation 4.2. Proposer à RCN un accord de collaboration pour la période 2020-2021.

3.4.2.2. Recommandation pour la période 2022-2026

Conclusion 1. Des perspectives de synergie et de partenariat opérationnel actif sont envisageables entre HI et la CRR/ CRB dans les secteurs santé, santé mentale et soutien psychosocial.

Recommandation 1. Inclure la CRR et la CRB dans l'analyse des acteurs pour la suite des interventions et analyser le potentiel des volontaires de la CRR.

3.5. Prise en compte des thèmes transversaux

3.5.1. Politiques, stratégies organisationnelles et opérationnelles

D'après HI, le genre renvoie aux rôles, comportements et attributs socialement et politiquement construits pour les hommes et les femmes par une société donnée et que celle-ci considère comme plus appropriée et valorisée pour les hommes et pour les femmes.

La politique de HI en matière de genre repose sur son engagement à porter une attention systématique aux inégalités liées au handicap, au genre et à l'âge et à la manière dont elles interagissent avec d'autres facteurs générateurs d'inégalités. Il est stipulé que HI s'engage également à élaborer des stratégies programmatiques permettant aux personnes discriminées sur la base du handicap, du genre ou de l'âge de bénéficier de l'action humanitaire et des opportunités de développement sur la base de l'égalité avec

La politique genre de HI est, on ne peut plus claire sur la prise en compte des aspects liés au genre dans tout le cycle du programme. Elle donne des orientations sur comment le faire. Cependant, le programme Rwanda ne prévoit pas quels sont les engagements de HI Rwanda dans la prise en compte du triptyque genre, âge et handicap. L'analyse des trois composantes mérite une attention particulière pour identifier les besoins, défis et faiblesses spécifiques à traiter au cours de la planification, du suivi et évaluation du programme

les autres. La participation, l'égalité, la non-discrimination, l'accessibilité et la protection en sont des principes directeurs.

La fiche Pays Rwanda soumise à la DGD prévoit comment le genre sera intégré dans la mise en œuvre des trois objectifs spécifiques. Le document « Mode d'emploi pour le suivi des projets » (Décembre 2017) qui résume les obligations de chaque partie souligne l'importance du triptyque handicap, âge et genre. Toutefois, le document n'est pas aussi précis sur les responsabilités du Programme au Rwanda sur le genre comme cela l'est pour la Bolivie (OS 2 axe 2), le CUBA (OS 2 axe 3), la Colombie où "La stratégie du genre est donc intégrée dans l'intervention". Les documents cadres comme celui-ci devraient être plus clairs pour tous en ce qui concerne les responsabilités en rapport avec le genre, l'âge et le handicap.

La fiche Rwanda programme DGD 2017-2021 définit les chemins de changement et décrit le contexte pour chaque objectif. Néanmoins aucune situation sur le genre, l'âge et l'environnement n'est décrite. Le document suggère une série d'activités en rapport avec le genre mais aucune problématique n'a été développée. Un diagnostic d'impact de l'environnement était prévu pour pouvoir proposer des actions concrètes.

3.5.2. Dans les documents de référence

En lisant le rapport de l'étude de base réalisée dans les 5 districts couverts par le projet SMI-EPI évalué (Karanga, Rutsiro, Rubavu Nyabihu et Ngororero), le lecteur ne parvient pas à détecter les informations en rapport avec le genre parmi les informations initiales sur la qualité de vie des bénéficiaires qui allaient constituer une base de données de départ et qui seraient comparées à la fin du projet avec les données collectées de la fin du projet. Les statistiques sont désagrégées par sexe mais le reste du document ne parle nulle part des besoins, des défis ou de la situation spécifique des hommes et des femmes. Il n'a pas pu évaluer la situation de départ des rapports genre dans les différentes dimensions de la qualité de vie, la perception de la sécurité, la participation sociale et familiale des personnes

atteintes d'épilepsie. Bien que le questionnaire ScoPeO utilisé permettait de collecter, dans sa dernière partie, des informations sociodémographiques, l'évaluateur juge que le questionnaire aurait pu être orienté de manière à collecter les informations sur les besoins et les défis spécifiques des filles et garçons ainsi que des femmes et des hommes.

Le rapport ScopEo_Rwanda pour l'OS SMI-EPI (Mars 2018) montre que dans l'étude de base de la qualité de vie des malades atteints d'épilepsie dans les districts de Karongi, Rutsiro, Rubavu, Nyabihu et Ngororero au Rwanda, l'âge a été tenu en considération.

L'étude de base DLI-RBC (2018) comporte des données démographiques des répondants, désagrégées par sexe, uniquement. Elle comporte aussi des données désagrégées par âge (enfants de 3 à 17 ans (garçons et filles) et d'adultes de 18 ans et plus (hommes et femmes). Cependant, elle reste muette quant aux données qualitatives sur le genre. Aucune information sur la situation ou les défis spécifiques des hommes et des femmes. Il n'y a pas d'analyse genre préalable au développement du projet. L'étude de base n'a pas non plus tenu la dimension genre en considération. Par conséquent, aucun objectif ni d'indicateurs liés au genre ne sont définis. Il a été, de ce fait, difficile de connaître à quel point le projet considère l'aspect genre sans situation de repère.

3.5.3. Genre et âge dans la planification et exécution du programme

Dans la mise en œuvre de ses projets, HI veille à rendre tout événement accessible aux personnes handicapées / personnes vulnérables. Avant la rencontre, il s'agit de choisir avec soin le lieu de l'événement, d'installer une signalisation visible, lisible et compréhensible par tous ; d'informer/sensibiliser les intervenants et formateurs ; de sensibiliser le personnel du lieu au handicap et à l'accueil des personnes handicapées. Pendant l'événement, il s'agit d'accueillir et guider les participants ; et après l'événement, diffuser les principaux supports et en évaluer auprès des participants l'accessibilité à l'événement. Il s'agit aussi de rendre l'environnement accessible aux bénéficiaires.

Il sied de notifier que la planification tient compte des données sociodémographiques tenant compte du sexe et de l'âge (3-6; 7-13 ans; 14-17 ans; 18-26; 27-35; 36-43; 44-51; 52-59; 60-67; 68 et plus). Le staff de HI a, au cours d'une réunion de travail dans le cadre de l'évaluation, affirmé que, « lors de la préparation des activités, une analyse des barrières liées à la participation des femmes et des hommes a été réalisée ». Cela aussi figure dans le constat de l'évaluation du triptyque genre, âge et handicap faite le 16 août 2019. Le marqueur SMI-EPI 2019 montre que les statistiques tiennent compte de la parité homme- femme. Mais, comme souligné plus haut, il n'existe pas d'analyse sur le genre. Le marqueur SMI-EPI 2019 souligne par ailleurs qu'il est nécessaire de renforcer les dimensions du genre et âge dans la dynamique de lutte contre l'épilepsie et renforcer le système de suivi-évaluation. Pour la composante DLI-RBC, l'intervention s'est grandement focalisée sur l'aspect Handicap avec une tendance à ignorer les autres thèmes transversaux. L'analyse de la situation initiale et des besoins n'a pas fait allusion aux besoins spécifiques, aux ressources et aux capacités des hommes et des femmes des tranches d'âge différentes. Par conséquent, les actions développées n'ont pas nécessairement articulé des réponses claires en ligne avec les obstacles spécifiques que rencontrent les femmes, les hommes, les enfants et les adultes.

3.5.4. Au niveau de l'exécution

Les rapports de suivi et les rapports d'activités donnent clairement les statistiques des personnes qui participent dans le programme. Mais ils ne vont pas au-delà des chiffres pour exprimer les besoins et défis spécifiques.

Au niveau du genre, bien que HI fasse son possible pour faire profiter les activités du programme autant aux hommes qu'aux femmes, comme la participation dans des sessions de formation, la participation dans des groupes et des clubs, la sensibilisation au handicap, la capacité des personnes handicapées et accès aux services, l'évaluateur a constaté que les femmes sont plus nombreuses à participer dans la réalisation de l'objectif de SMNI-EPI à en croire la participation aux groupes de discussions rencontrés (82% à l'hôpital de Shyira, 75% à l'hôpital de Gisenyi). Au niveau des autres sites, les hommes n'ont pas dépassé le pourcentage de 30%.

Les clubs formés comportent 57 % de femmes et 43% d'hommes dont 56% sont des PH. La sensibilisation a atteint 54 % de femmes contre 46% d'hommes dont 12% sont des PH. Les groupes d'entraide sont formés de 61% de femmes et 39% d'hommes comportant 73% de PH. 58% de femmes et 42% d'hommes dont 92% de PH ont bénéficié du soutien et accompagnement des groupes d'entraide à Kayonza et Rutsiro.

Dans le cadre des OS2 et OS3, le nombre d'hommes est plus important que celui des femmes lorsque les hommes sont eux-mêmes concernés par le handicap. La moyenne est de 61%. Néanmoins, les hommes sont moins nombreux dans le cas d'accompagnement des mineurs et des personnes handicapées qui nécessitent une assistance (moyenne de 9%).

En ce qui concerne l'âge, le programme donne des statistiques désagrégées par âge dans la planification et la mise en œuvre mais les documents ne donnent pas de clarification sur les avantages et inconvénients suivant chaque catégorie.

Le handicap est le pilier de toutes les activités. Toutes les statistiques en rapport avec les ressources humaines dans le projet sont sensibles au handicap. Elles comportent la dimension handicap puisqu'en parlant du nombre de personnes, l'on parle des femmes, des hommes et des personnes handicapées.

Le programme DGD dans sa globalité se préoccupe de l'environnement en tant que composante transversale. Le diagnostic de l'environnement proposé en 2019 a été aussitôt fait et a permis de faire un plan d'action concernant la protection de l'environnement, la sensibilisation du staff et un comité de pilotage pour l'éco-responsabilité a été mis en place. Un atelier de sensibilisation du staff sur les faiblesses et responsabilités a été organisé le 27 septembre 2019. Un plan d'action conséquent a été développé.

Dans l'OS2, les rapports ne mentionnent pas comment les femmes et les hommes participent, ont accès et bénéficient des services et biens d'une façon équitable. Les rapports d'activités montrent que les femmes sont plus nombreuses à participer dans les activités beaucoup plus que les hommes. Dans les districts de Rutsiro et Kayonza, près de 61% de femmes ont suivi la formation sur le handicap, les causes du handicap, le processus de production du handicap (PPH), inclusion, convention internationale de droits des PH, fonctionnement de groupes et des initiatives économiques ; 58% de femmes participent dans les groupes d'entraide qui ont reçu un appui de cinq millions cinq cent cinquante et un mille francs rwandais ; 57% sont des femmes membres des groupes d'entraide ont participé dans les visites de clubs

tandis que 53.56% de femmes ont participé dans les sessions de sensibilisation faites par THT. Les hommes sont peu représentés pour des raisons de responsabilités fixées par les normes culturelles.

Peu d'hommes collaborent avec les femmes. Il a aussi été noté, selon les discussions menées avec les parties prenantes au programme, que les activités de prise en charge des enfants deviennent un fardeau pour les femmes épileptiques ou handicapées. L'évaluateur a constaté que les hommes s'intéressaient aux activités qui génèrent de l'argent en peu de temps. Pour tout le programme dans ses trois objectifs spécifiques, les hommes étaient peu représentés dans les discussions des groupes dirigés. Les participants aux discussions ont affirmé que quand il s'agit d'accompagnement des PH et des personnes épileptiques, le rôle de prise en charge des autres est culturellement réservé aux femmes, raison pour laquelle elles étaient plus nombreuses à participer aux activités du projet. En tant que chefs de familles, les hommes se préoccupent davantage de chercher de quoi nourrir la famille et non des activités de reproduction non ou moins rémunérées.

Considération faite des principes de prise en compte des principes genre dans les programmes, les trois objectifs tiennent compte des données démographiques désagrégées par sexe, mais restent bien muets sur les autres aspects genre. Il n'y a pas d'analyse genre au moment des études de base, pas d'objectifs ni d'indicateurs liés au genre dans la planification. Comme ces préalables manquent, il y a un grand besoin d'outils de collecte d'information en rapport avec le genre allant au-delà des statistiques.

Pour ce qui est de l'OS3, d'après le marqueur 2019, le choix des lieux et des horaires de chaque activité a été opéré en tenant compte de la disponibilité des participants. Même si tous les participants ont pris part activement aux sessions de formation, il faut néanmoins souligner que le nombre de parents hommes lors de la formation des parents à Rustiro reste minime par rapport aux parents femmes (15 femmes contre 9 hommes, soit 62.5% de femmes contre 37.5% d'hommes).

Il semble que le projet ne considérait pas comme il fallait les aspects genre et âge dans activités visant l'amélioration de la qualité des services en intégrant les avis des groupes variés suivant l'âge et le genre des bénéficiaires. Les améliorations sont en cours depuis le mois de septembre 2019. Le marqueur conclut qu'une attention particulière aux thèmes transversaux au moment du diagnostic initial et la conception de la phase suivant du projet est primordiale.

L'OS3 a mis un accent sur l'environnement. La mise en place des mesures fondées sur l'environnement s'est poursuivie en 2018. Le partenaire HVP Gatagara recycle les déchets de plâtre pour une réutilisation dans la fabrication des appareils orthopédiques. Lors des réunions, formations et sensibilisations, les participants ont été sensibilisés à la propreté des sites là où les bouteilles d'eau en plastique sont collectées. Les invitations sont envoyées par email afin de diminuer l'usage du papier.

Au niveau de HI Rwanda, deux staffs de l'OS (la cheffe de projet et l'assistante cheffe de projet) participent aux réunions de la Green Team Rwanda dont l'objectif principal est de promouvoir les pratiques éco responsables dans la conduite des activités de l'organisation HI au Rwanda. Un plan d'action a été développé avec des actions de sensibilisation de tout le personnel. Une première a eu lieu lors de la journée du personnel du 4 février 2019. A cette occasion, les moyens de transport en commun (bus) ont été utilisés pour déplacer l'ensemble des équipes de HI sur le lieu de l'activité plutôt que de mobiliser les véhicules de HI.

Au niveau de la mise en œuvre de l'OS1, d'une part, les hommes ont été sensibilisés à rejoindre les groupes des parents ; ce qui a permis de former 59 parents d'enfants handicapés dont 24 hommes (41%) qui formeront leurs pairs sur la prise en charge des enfants handicapés à domicile. Une session d'échanges sur la politique et les outils sur le genre a été organisée pour les équipes techniques de l'OS2. Parmi les critères de sélection des membres des clubs de sensibilisation, un accent a été mis sur la parité hommes-femmes. Ainsi, sur un total de 206 membres, 114 sont des femmes (soit 55 % de femmes) et 92 sont des hommes (soit 45 %), ce qui est relativement proche de la réalité nationale (52% de femmes contre 48 % d'hommes). Dans les offres d'emploi publiées par HI, il est mentionné que les candidatures des femmes sont encouragées. Afin de consolider les pratiques concernant les aspects liés au genre, il y a un besoin de systématisation de l'analyse genre au niveau des activités de 2020.

En ce qui concerne l'environnement dans ce projet, un membre de l'équipe de l'OS 2 a participé aux réunions du Green Team de HI mis en place par HI Rwanda. Sous la coordination du coordinateur des services supports de HI, la Green Team a évalué la situation et mis en place un plan d'action dont la mise en œuvre est effective en 2019. Comme mentionné dans les autres OS, une session de sensibilisation de tout le personnel a été réalisée en 2019, lors des réunions générales du personnel. Dans le processus de fabrication des aides techniques par les parents d'enfants handicapés, les déchets de papiers et de bouteilles sont recyclés. Lors des sessions de sensibilisation et formation, les participants ont été sensibilisés au ramassage des déchets pour protéger l'environnement tandis que des invitations par e-mails ont été utilisées pour éviter l'usage de papiers.

Les aspects liés à l'environnement ont été pris en compte dans l'élaboration des termes de référence et la mise en œuvre des activités. Deux sessions de sensibilisation sur la sécurité humaine ont eu lieu pour protéger l'environnement ; ce qui a abouti à la construction de 18 latrines en briques adobes pour les personnes handicapées pour minimiser l'usage du bois dans les districts de Kayonza et Rutsiro.

Plus généralement, les bouteilles d'eau en plastique et les papiers usés sont récupérées pour un recyclage en matériel pédagogique pour l'animation des séances d'évaluation journalières et jetées dans la poubelle par la suite.

Pour ce qui est de la capacité de l'organisation à intégrer le triptyque genre, âge et handicap, le marqueur (2019) souligne que l'équipe projet n'était pas même au courant de la valeur des thèmes transversaux (Genre et âge). L'usage de la parité homme - femme dans les activités a permis une participation plus équitable.

3.5.5. Analyse de l'évaluateur sur la prise en compte des thèmes transversaux

A examiner toutes les étapes du cycle du programme, la planification n'a pas tenu en considération les aspects genre et environnement. Tout laisse à penser qu'il y a eu intégration du genre et environnement et non canalisation du genre (gender mainstreaming) dans le programme. La canalisation du genre par de l'analyse de contexte (étude de base), passe par le développement du programme (définition des objectifs, des résultats attendus et indicateurs), par l'exécution-suivi et par l'évaluation (en utilisant les outils sensibles au genre et environnement). La planification a par contre considéré le handicap et l'âge.

Le programme semble avoir pris les statistiques et la parité hommes-femmes pour toute la complexité du concept genre. Il n'a pas considéré les relations genre ni les besoins et défis spécifiques des hommes et des femmes depuis l'étude de base jusqu'au jour de l'évaluation à mi-parcours

La participation des hommes dans le programme est moins importante que celle des femmes. Les hommes souvent quittent la maison à la recherche des activités plus rémunératrices et les femmes restent au foyer avec les enfants. Quand elles piquent des crises, cela devient très dur pour elles. Cela est le résultat des normes culturelles qui attribuent à la femme le rôle de prise en charge des enfants encore petits-moins de 10 ans. C'est une situation délicate car certains hommes quittent leurs femmes pour leur laisser la garde des personnes handicapées ou épileptiques. A l'hôpital de Shyira, une femme explique : « Après que nous ayons appris que notre enfant avait des problèmes d'épilepsie, mon mari a commencé par me maltraiter en me disant : tu as engendré un bon à rien ! Toi et lui, vous me sucez ! Il a commencé à s'absenter de la maison, à passer des nuits ailleurs, et maintenant il est parti pour de bon pour une autre femme ! ». A Gatagara, une autre femme raconte : « J'ai laissé mon mari à la maison pour emmener notre enfant à Gatagara pour des séances d'orthopédie. Malheureusement, les séances ont pris trop de temps, 6 mois environ. Quand je suis rentrée croyant être bien reçue, j'ai trouvé mon mari qui avait pris une autre femme. Quand j'ai demandé des explications, il a commencé à me menacer et lancer des insultes »

L'évaluateur juge que ces relations genres devraient aussi être évaluées et prises en compte dans l'analyse des problèmes à élucider et la planification des actions du projet.

Quand on parle de l'environnement, l'on sent que cette thématique n'a pas été suffisamment expliquée. L'on a l'impression que HI parle de l'environnement écologique et que les participants entendent l'environnement socio-économique. Sur le terrain, les bénéficiaires sont préoccupés davantage par les conditions sociales comme le fait d'être repoussé par les familles et les membres de la communauté, d'être discriminé par les systèmes et de l'incapacité de générer les revenus pour satisfaire à leurs besoins de base.

3.5.6. Opportunités pour maximiser les chances de tenir le triptyque genre, âge et handicap en considération dans les programmes

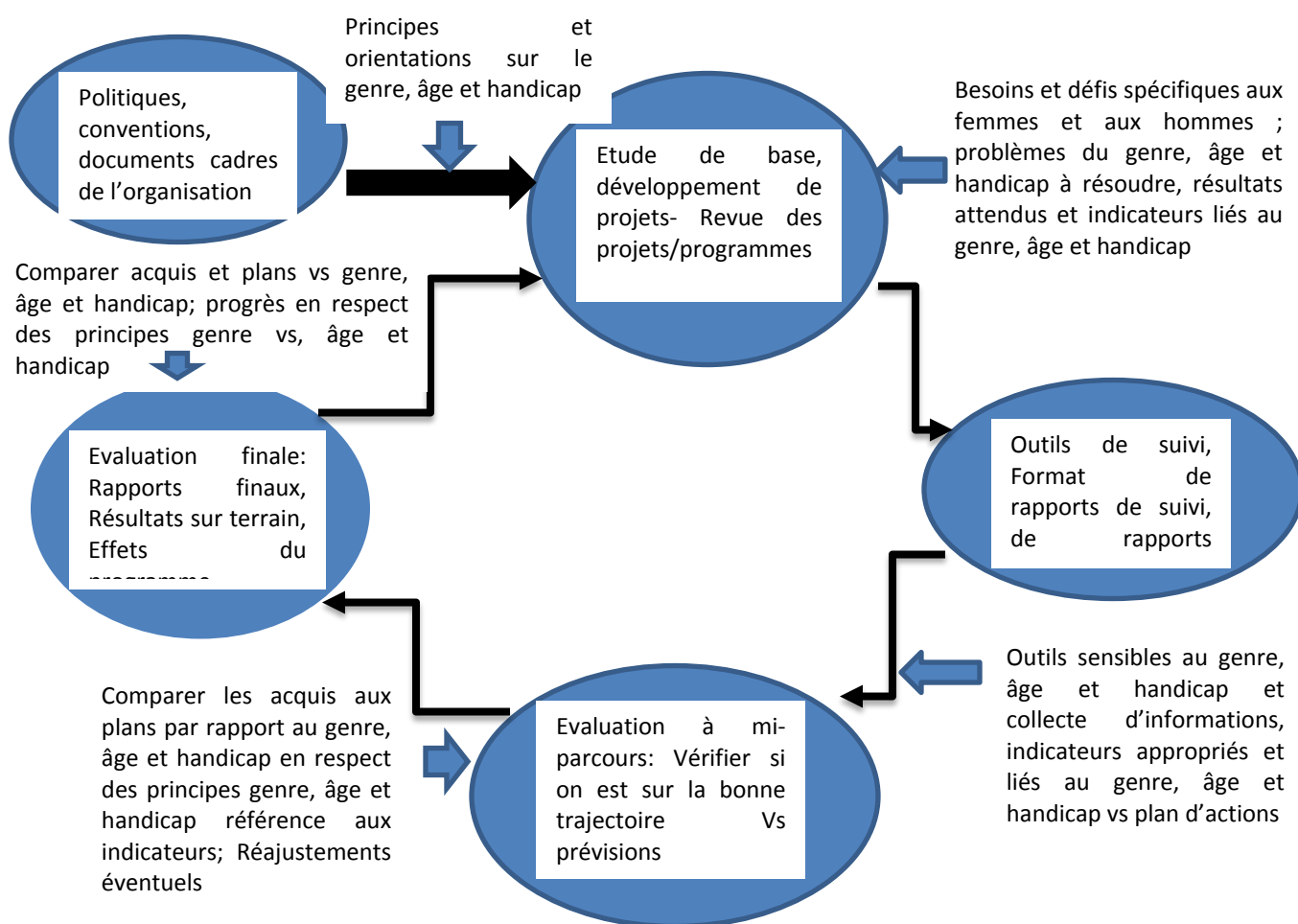
HI a un projet de « Prévention et prise en charge des violences basées sur le genre, l'âge et le handicap via une approche de santé mentale communautaire ». Force est de constater que ce projet travaille en parallèle avec d'autres projets de HI. Etant une des composantes du genre, le projet devrait être en harmonie avec la transversalité du genre et appliqué aux autres programmes et projets.

Le partenariat avec d'autres organisations appuyées par la DGD est en bonne voie. Il n'a pas encore eu des bases solides par le fait qu'il n'y a pas longtemps qu'il a été initié. En ce qui concerne la prise en compte de la dimension genre dans les programmes, APEFE a fait face au problème de grossesses des jeunes filles étudiantes bénéficiaires de son programme. C'est aussi le souci pour VVOB. Il est donc possible de travailler sur le problème de la santé de la reproduction et des droits y relatifs en faveur des jeunes personnes handicapées qui sont appuyées par APEFE et VVOB avec possibilité d'étendre l'échelle au niveau du projet d'éducation inclusive.

3.5.7. Recommandations liées à la prise en compte des aspects genre, âge et handicap

Il est crucial de prendre en compte les dimensions Genre et Age dans l'analyse des besoins, les évaluations de départ, la conception de nouveaux projets, le choix des partenaires et l'analyse des données issues du processus de suivi-évaluation. La transversalité n'exclut pas l'analyse de la situation ou le contexte de départ, la définition des objectifs ni les indicateurs pour rendre les actions plus sensibles ou transformationnelles.

Processus de prise en compte des dimensions genre, âge et handicap dans un programme



Notice : Toute planification ou analyse d'un projet devrait se référer aux politiques et aux principes de l'organisation en la matière. Les problèmes spécifiques soulevés dans la problématique doivent rechercher des réponses en définissant des objectifs, résultats attendus et indicateurs appropriés. La deuxième étape est le suivi qui doit se faire avec des outils propres à la collecte d'informations et à la rédaction des rapports tenant en considération les aspects genre, âge et handicap. L'évaluation à mi-parcours doit aussi considérer les aspects genre et vérifier s'ils sont tenus en considération durant

l'exécution des activités. L'évaluation finale, de même, devra montrer si le programme a été pertinent, efficace, efficient ; et s'il a permis une certaine appropriation et abouti à la durabilité des acquis. Les leçons apprises tout au long de l'exécution du programme permettront de prendre des décisions adéquates après l'évaluation à mi-parcours et l'évaluation finale. La sensibilité du programme au genre, à l'âge et au handicap ne peut être établie que si toutes les étapes sont cohérentes et complémentaires dans tout le cycle.

1. Renforcer les capacités des équipes techniques et managériales sur les aspects techniques de manière à intégrer les dimensions du handicap, âge et genre dans les termes de référence et rapports d'activités et (3) monitorer la mise en œuvre tout au long du cycle de projet en focalisant sur la collecte des données fiables et l'analyse des effets (négatifs ou positifs) que cela aurait généré sur la vie des bénéficiaires, hommes et femmes ciblés par le triptyque
2. Documenter les analyses genre chaque fois qu'elles sont faites et intégrer les objectifs et indicateurs genre dans la planification
3. Besoin d'harmonisation et d'intégration des projets pour la synergie interne. Cette approche serait plus rationnelle, favoriserait l'efficacité des projets et permettrait d'augmenter les acquis et bénéfices du programme. Il faudrait profiter des partenaires institutionnels pouvant avoir l'expertise et les moyens à partager.
4. En vue d'emmener les hommes à changer de mentalités et aider leurs épouses dans la prise en charge des enfants handicapés et ou épileptiques, le programme aurait avantage à emmener les hommes-maris à bord. Leur participation effective dans les activités du programme est d'une grande importance pour l'harmonie et la cohésion familiale. HI devrait engager un partenariat avec Rwanda men's resource centre (RWAMREC), organisation qui a prouvé ses capacités de transformation et de changements d'attitude en utilisant une approche innovatrice dite: "Men engage" qui prône la masculinité positive.
5. Il serait mieux d'avoir un staff ou un consultant temporaire qui s'occuperait de l'inclusion des aspects genre dans tous les projets, lors des études de base, la conception des projets, le suivi et l'évaluation. C'est lui ou elle qui serait responsable de la sensibilité de tous les projets en matière du genre (gender-mainstreaming) ainsi que du renforcement des capacités du reste du personnel de HI pour des interventions transformatives.
6. Pour ce qui est de la considération de l'âge comme composante transversale, il existe le projet « Ubuntu Care » - Protection de l'enfant qui a une approche "filet inclusif de protection de

La plupart des actions visent plus le handicap que l'âge et genre alors que les trois sont adoptés comme dimensions transversales

Renforcer les capacités des équipes techniques et managériales sur les aspects techniques de manière à intégrer les dimensions handicap, âge et genre dans les termes de référence pour mener les études de base et les évaluations ; dans le développement des projets et des outils de suivi et évaluation

Harmoniser et intégrer les projets qui ont des approches ou visées communes pour favoriser l'efficacité et l'augmentation de l'échelle du programme.

Accroître la participation des hommes dans les activités du programme et encourager la masculinité positive en adoptant l'approche

l'enfant". Mais à regarder de près, il est un projet comme tous les autres qui n'ont rien de transversal alors qu'il peut l'être. Il y a un besoin d'harmonisation des projets pour que l'un tire profit de l'expertise et des ressources de l'autre.

3.5.8. Moyens mis en place pour faciliter la digitalisation et /ou la numérisation des pratiques

Sur l'OS1 : Une application sur téléphone mobile (RapidSMS) est utilisée par les agents de santé maternelle pour suivre les femmes enceintes. Les fiches d'identification des patients sont saisies au niveau des centres de santé et intégrées dans la base de données du système d'information sanitaire du MINISANTE, les documents produits (fiches de suivi, etc.) et les modules de formation sont mis à disposition sous format électronique et sur le site internet de RBC. Sur l'OS2, on note que les rapports d'activités sont partagés en version électronique, la dissémination des outils d'IEC aux différents sites web de HI et du partenaire et sur les réseaux sociaux (internet, tweeter, Facebook....) et l'utilisation du téléphone pour coordonner et organiser le travail sur terrain (messages, appels, collecte des données, organiser des réunions avec des bénéficiaires et des partenaires...). Au niveau de l'OS3, les rapports d'activités sont partagés en version électronique et quelques rapports sur le Site web Hinside de HI pour la capitalisation et le partage des informations par d'autres programmes HI. Les outils de sensibilisation de HI et RWOTA, les modules de formation réalisés dans le cadre du projet sont partagés avec les acteurs locaux et nationaux sous forme numérique. Le site web RWOTA est utilisé pour le partage des informations sur la profession d'ergothérapie au Rwanda. Les dialogues et concertations entre les acteurs CMHS, UoG et HI privilégient le skype lors des conférences call. Les centres de réadaptation fonctionnelle utilisent l'internet, Whatsapp, téléphone portable, et l'enregistrement médical électronique surtout dans les hôpitaux tandis que les ASM utilisent seulement les téléphones pour communiquer.

3.6. Théorie du changement (TOC)

Sur la base des éléments collectés, l'analyse du contexte et des acteurs, les évaluateurs estiment que les principaux éléments du contexte ayant conduit à la conception de la théorie du changement associée au Rwanda n'ont pas connu d'évolutions significatives pouvant conduire à la changer. Malgré quelques légers ajustements que nous suggérons d'inclure dans la mise à jour de la TOC, les principales familles et catégories d'acteurs de changements restent stables.

Dans le développement de pratiques inclusives en conformité avec les politiques nationales et les conventions internationales **par les institutions publiques**, il est recommandé de considérer également **le Ministère du Genre et de Promotion de la Famille (MIGEPROF)**, institution publique en charge des droits de l'enfant et le NECDP qui en est affilié, dans **l'amélioration de l'accès aux services pour les PH**, afin de promouvoir des programmes et cadres de développement de l'enfance inclusifs à tous les enfants.

Dans la mise à jour **du contexte**, les évaluateurs suggèrent de considérer entièrement les lignes directrices, stratégies et approches préconisées par l'OMS en réadaptation fonctionnelle et réadaptation à base communautaire.

Un acteur de changements immédiat (RMH) **sur l'insertion de l'ergothérapie dans les services de réadaptation** a été remplacé par le Masaka District Hospital qui a poursuivi le même rôle. Aussi, le travail en synergie par les acteurs de la réadaptation et l'offre de services de proximité pour les usagers doit désormais tenir compte de la présence de deux nouveaux acteurs dans le paysage de la réadaptation. Il s'agit notamment des organisations (1) ICRC-Movability qui envisage d'appuyer RBC à

développer un plan stratégique national de la réadaptation et (2) Clinton Access Initiative qui est active dans le domaine des aides techniques et de mobilité.

Concernant la prise en compte du genre, l'âge et le handicap, il serait intéressant de collaborer avec le Gender Monitoring Office (MIGEPROF) dans le cadre des actions liées au genre.