



INTERNATIONAL
RESCUE
COMMITTEE

Redevabilité dans la prestation locale de services : approche du bulletin communautaire de performance du programme Tuungane



Document de réflexion - Politiques et Pratiques

Préparé par Guillaume Labrecque et Isatou Batonon

Redevabilité dans la prestation locale de services : approche du bulletin communautaire de performance du programme Tuungane

Mai 2015



© 2014 International Rescue Committee
Tous droits réservés.

International Rescue Committee
Siège de l'agence
122, 42e Rue Est
New York, NY 10168 États-Unis
+1 212 551 3000

Photo de couverture : Villageois du Nord-Kivu, en République démocratique du Congo, discutant de façons d'améliorer les services dans leur communauté. Crédit photo : IRC/Wade

Remerciements



De nombreuses personnes ont contribué à la rédaction de ce document de réflexion. S'il a été principalement rédigé par Guillaume Labrecque avec l'appui de Isatou Batonon, conseillers technique en gouvernance à l'IRC, ce document est malgré tout le résultat de la collaboration de l'ensemble de l'Unité technique Gouvernance et Droits de l'IRC, dont de nombreux membres ont contribué au résultat final. Nous tenons également à remercier chaleureusement le personnel du programme Tuungane de l'IRC en République démocratique du Congo, ainsi que le Département du Royaume-Uni pour le Développement International, l'unique bailleur du programme Tuungane depuis 2007.

Pour plus de détails sur les programmes de l'IRC dans le domaine de la gouvernance et des droits, ou pour en savoir plus sur l'utilisation du bulletin communautaire de performance dans le cadre du programme Tuungane, communiquez avec l'Unité technique Gouvernance et Droits de l'IRC à g&r@rescue.org.

Résumé

- Le bulletin communautaire de performance (BCP) est souvent perçu comme un outil pour améliorer la redevabilité et la réactivité des prestataires de services, de même qu'un instrument puissant d'autonomisation communautaire. Or, on en sait peu sur l'impact de ce type d'outil de redevabilité sociale, et encore moins dans les contextes fragilisés et touchés par les conflits, comme l'Est de la République démocratique du Congo (RDC).
- Dans le présent document de réflexion, l'on s'emploiera, dans un effort pour mieux comprendre le BCP, à en décrire la méthodologie et à partager les apprentissages acquis grâce au suivi des données et à la technique du changement le plus significatif. L'on contribuera ainsi à l'engagement de l'IRC de mettre en œuvre, tester et modifier ses interventions en redevabilité sociale de façon à trouver les manières les plus efficaces et les plus rentables d'améliorer la prestation de services et les résultats de développement dans le cadre d'interventions dans le domaine de la gouvernance.
- Depuis 2007, l'IRC, en partenariat avec CARE, a mis en place un programme de reconstruction dirigée par les communautés dans plus de mille communautés de l'Est de la RDC. En 2010, le programme, qui est entré dans sa deuxième phase opérationnelle, a consolidé et renforcé ses approches dirigées par les communautés en favorisant davantage les liens entre les communautés, les prestataires de services de première ligne, les services techniques et les entités territoriales décentralisées.
- On parvient notamment à encourager ces liens grâce au BCP, dont l'objectif est le renforcement des capacités des usagers et des prestataires de services (afin qu'ils puissent analyser et contrôler la prestation de services) et la création d'espace de participation constructive afin d'améliorer la prestation des services de base.
- L'approche du BCP du programme Tuungane s'articule autour de quatre grands piliers : 1) un tableau des ressources; 2) un bulletin de performance généré par les communautés; 3) un bulletin d'autoévaluation des prestataires de services; et 4) une rencontre d'interface. Tous ces piliers contribuent à l'élaboration d'un plan conjoint d'amélioration des services (PCAS), un extrant majeur de ce processus.
- Le BCP du programme Tuungane compte 10 étapes : 1) la formation sur le BCP; 2) la collecte de données sur le secteur prioritaire; 3) l'élaboration du bulletin de performance généré par les communautés; 4) l'élaboration du bulletin d'autoévaluation des prestataires de services; 5) la rencontre d'interface entre les usagers et les prestataires de services; 6) l'élaboration du PCAS; 7) la mise en œuvre du PCAS et adhésion de la communauté; 8) la première révision du BCP et du PCAS; 9) la deuxième révision du BCP et du PCAS; et 10) la rencontre avec les autorités locales pour présenter les progrès du PCAS et s'assurer de leur appui.
- Les témoignages de changement recueillis à l'aide de la technique du changement le plus significatif suggèrent que le BCP contribue à l'amélioration de la gestion, de l'accès et de la qualité des services et, par conséquent, à l'amélioration de la prestation générale des services. Les intervenants du programme attribuent ces changements à la plus grande participation des comités d'usagers en santé et en éducation à la gestion des services, à la baisse du taux d'absentéisme des employés, au renforcement des capacités des employés et à la diminution des obstacles à l'accès aux services. Les témoignages suggèrent également que ces changements se réalisent à travers divers mécanismes, dont le leadership individuel, l'action collective et la pression exercée par le public. De manière générale, ces changements sont confirmés par les données de suivi des indicateurs du bulletin communautaire, qui suggèrent que les membres de la communauté perçoivent des améliorations en ce qui concerne la qualité et l'accès aux services depuis l'introduction du BCP.
- L'expérience du programme Tuungane fait ressortir les difficultés entourant la mise en œuvre d'un outil de redevabilité sociale de ce type à cette échelle, particulièrement en ce qui concerne, d'une part, l'adoption d'une méthode pouvant s'adapter au contexte et, d'autre part, les coûts, le temps et les compétences en animation qu'elle nécessite.
- Il convient d'apporter une attention particulière au cadre de suivi et d'évaluation étant donné la nature expérimentale des interventions de ce type. Recourir à la technique du changement le plus significatif offre un accès potentiel à de l'information essentielle sur les perceptions des intervenants sur les changements en cours. Toutefois, cette approche doit s'accompagner d'autres sources de données objectives sur la performance de services afin que les personnes chargées de la mise en œuvre du programme agissent de façon éclairée lors de la conception et du suivi des futures interventions.

Mots clés : bulletin communautaire de performance, reconstruction dirigée par les communautés, Tuungane, République démocratique du Congo, prestation de services, changement le plus significatif, théorie du changement, redevabilité sociale.

1. Introduction



Membres d'une communauté du Haut-Katanga, en RDC, concevant leur bulletin communautaire de performance.
Crédit photo : IRC.

Dans les publications universitaires et les publications d'organisations non gouvernementales internationales (ONGI), on présente souvent le BCP comme, d'une part, un outil pour améliorer la redevabilité et la réactivité des prestataires de services et, d'autre part, un instrument puissant d'autonomisation communautaire. Or, on en sait peu sur l'impact de ce genre d'outil de redevabilité sociale¹, et encore moins dans les contextes fragilisés et touchés par les conflits, comme l'Est de la République démocratique du Congo (RDC).

Gaventa et McGee (2013) sont d'avis qu'il faut multiplier les efforts pour mieux comprendre le fonctionnement de ces outils et de ces approches. « Nous avons besoin de

plus d'études, soulignent-ils. Il y a de bonnes études sur la question, qui utilisent différentes méthodes, mais ce n'est pas suffisant. Il faut plus d'études, et ce, dans suffisamment de contextes et faisant appel à différentes méthodes pour pouvoir en faire ressortir des modèles ou en tirer des conclusions généralisables »ⁱⁱ.

L'on s'emploie donc, dans le présent document de réflexion, à mieux comprendre l'utilisation du BCP en documentant la méthodologie privilégiée, de même qu'en présentant les apprentissages tirés des données de suivi.

¹ La redevabilité sociale, ou redevabilité dirigée par les citoyens, est une façon de rendre les principaux détenteurs d'obligation (prestataires de services et décideurs) responsables de la prestation de services de qualité aux citoyens et aux usagers de services, en impliquant ces derniers dans le système de prestation de services. Il s'agit d'un complément aux mécanismes internes et externes de redevabilité dirigés par le système lui-même afin d'améliorer la performance et les résultats de la prestation de services.

2. Tuungane : un programme de reconstruction dirigée par les communautés

En 2007, l'IRC, en partenariat avec CARE, a mis en place un programme de reconstruction dirigée par les communautés en RDC, grâce au financement du Département du Royaume-Uni pour le Développement International. Le programme Tuungane, qui signifie « Unissons-nous », vise à autonomiser plus de mille communautés dans quatre provinces de l'Est de la RDC (le Nord-Kivu, le Sud-Kivu, le Maniema et le Katanga) afin qu'elles aient une plus grande voix au chapitre et un plus grand contrôle sur leur propre développement. Le programme Tuungane part du principe qu'on répond davantage aux besoins des gens lorsque, d'une part, les autorités publiques sont en mesure de fournir des services de base et de répondre aux besoins et aux priorités de la population et, d'autre part, lorsque la population participe à la prise de décisions et exige qu'on lui rende des comptes.

Toutes les communautés ont reçu l'aide nécessaire pour choisir le secteur dans lequel elles souhaitent investir, prendre les décisions nécessaires concernant cet investissement et gérer une subvention globale pour la construction ou la rénovation d'une infrastructure sociale de base. Certains projets, par exemple, avaient pour objectif la rénovation d'un centre de santé, d'un établissement scolaire, d'un pont, de routes, d'un marché public et de points d'eau. Fait à noter, même si les communautés pouvaient choisir librement leur projet, près de 70 % d'entre elles ont privilégié le secteur de la santé ou de l'éducation. Chaque communauté participante devait ensuite élire un comité de développement villageois (CDV) chargé de faciliter la prise de décisions communautaires et de gérer les fonds au nom de la population.

Les comités de développement villageois (CDV) sont composés de cinq membres élus (président, vice-président, secrétaire, trésorier et mobilisateur communautaire), ainsi que de quatre personnes nommées parmi les membres du comité d'usagers. Les chefs de village agissent à titre de conseillers auprès des CDV.

Depuis 2010, le programme a consolidé et renforcé ses approches dirigées par les communautés en favorisant davantage les liens entre les membres de la communauté, les prestataires de services de première ligne, les services techniques et les structures gouvernementales locales sur la voie de la décentralisation, le tout en bâtissant les fondations à moyen terme en vue d'améliorer la redevabilité dans la prestation de services assurée par l'État. On parvient notamment à encourager ces liens en utilisant un outil de redevabilité sociale, à savoir le BCP. Théoriquement, cette approche assure un meilleur accès à l'information et crée un espace de dialogue entre les usagers et les prestataires de services, ce qui favorise la résolution de problèmes de manière collective et une plus grande redevabilité et réactivité de la part des prestataires de services.



Garçons buvant de l'eau à partir d'un robinet communautaire installé dans un village près de Bukavu, au Sud-Kivu. Crédit photo : IRC/Biro.

3. Prestation de services en santé et en éducation dans l'Est de la République démocratique du Congo



Un médecin congolais classe les urgences médicales par ordre de priorité dans un centre de santé nouvellement construit et financé par l'IRC, dans le Nord-Kivu. Crédit photo : IRC/Demian.

L'Est de la RDC a connu un cycle de conflits qui a déstabilisé la région et l'ensemble du pays, détruit les infrastructures sociales et affaibli les mécanismes de prestation de services de l'État et de la société civile, limitant du coup énormément l'accès aux services de base, qui faisaient déjà cruellement défautⁱⁱⁱ. De plus, les communautés sont souvent exclues des processus décisionnels concernant la prestation des services publics, limitant ainsi leur apport en ce qui a trait au fonctionnement de ces services et à la façon de répondre à leurs besoins.

En 2006, après des décennies de sous-investissement dans le système d'éducation, le taux d'analphabétisme s'élevait à près de 70 % chez les adultes congolais^{iv}. L'éducation gratuite est un droit constitutionnel dans ce pays, mais en

réalité, le système d'éducation est en grande partie financé par les parents, qui paient des frais de scolarité et des frais afférents^v. Une partie de ces frais sert apparemment à construire et entretenir les établissements. Or, la plupart des écoles ne satisfont pas aux normes minimales congolaises en matière d'éducation. En plus d'être surchargées, elles manquent de tout : équipement, installations sanitaires, eau courante et matériel pédagogique adéquat^{vi}. Le personnel est sous-payé (et souvent de façon irrégulière²) et généralement peu motivé à la tâche. De plus, peu d'enseignants sont officiellement inscrits au registre de paie du gouvernement, ce qui explique l'importance des frais de scolarité imposés aux parents^{vii}.

² Les résultats d'un sondage mené auprès des enseignants, et présenté dans l'étude de base du programme Opportunities for Equitable Access to Quality Basic Education (OPEQ) de l'IRC financé par l'USAID, indiquent que les enseignants sont maintenant payés plus ou moins régulièrement. Toutefois, il est peu probable que les enseignants aient été payés régulièrement au début du programme Tuungane, en 2007.

D'après le Réseau international pour l'éducation en situation d'urgence (INEE) « en raison des décennies de conflits et de transition, l'autorité et le pouvoir en ce qui concerne la prestation de services d'éducation se situent à l'échelle locale. De fait, le système est décentralisé de telle sorte à exacerber les problèmes d'équité et de qualité pour tous les élèves congolais »^{viii}, puisqu'il accorde aux enseignants et aux directeurs d'école une très grande autonomie en ce qui a trait à la prestation de services. Il est important de noter que la vaste majorité (près de 70 %) des écoles de l'Est de la RDC sont gérées par des organismes confessionnels qui opèrent sous les auspices de l'État congolais et qui, en principe, se conforment aux règles et aux mandats imposés par l'État.

Les écoles sont officiellement dirigées par un comité de gestion scolaire composé du directeur d'école, de son adjoint (dans les grandes écoles), d'un représentant du corps enseignant, de trois représentants du comité des parents (COPA) et d'un représentant du conseil étudiant. Cependant, comme le souligne la Banque mondiale, « malgré leur rôle prépondérant dans le financement des écoles, les comités de parents n'ont pas vraiment "l'autorité" nécessaire pour imposer une certaine redevabilité aux comités de gestion scolaire, aux structures administratives de l'État et aux écoles religieuses »^x.

Le secteur de la santé connaît lui aussi de graves problèmes. Les services de santé sont souvent inaccessibles et, lorsqu'ils sont accessibles, les ressources essentielles, comme les médicaments et le personnel, font souvent cruellement défaut. On observe donc un faible taux d'utilisation des services de santé^{xi}. Le manque de financement et une gestion financière déficiente font en sorte que l'on compte énormément sur les frais imposés aux usagers pour payer les salaires, les frais d'exploitation et les contributions aux activités de la zone de santé. De plus, les patients sont souvent tenus d'acheter les médicaments et les fournitures nécessaires pour les interventions chirurgicales et les autres services de santé. Le coût élevé des soins de santé en limite aussi l'accès, puisque la majorité des ménages peuvent difficilement se les offrir^{xii}.

L'état de santé déficient de la population congolaise témoigne des lacunes du système de santé de ce pays. Sa mauvaise gestion et l'absence de redevabilité causent un climat marqué par la corruption, le manque de motivation, une piètre planification et la mise en œuvre bâclée des politiques et des services de santé. Le système de santé comporte bien des mécanismes permettant aux usagers de faire des commentaires et d'exiger des améliorations, dont le Comité de développement de l'aire de santé (CODESA), mais ceux-ci fonctionnent rarement. Même lorsqu'ils sont fonctionnels, les changements n'ont pas nécessairement lieu. En effet, même si les commentaires des usagers sont transmis aux instances appropriées, les prestataires de services n'ont aucun incitatif pour améliorer leur performance. Dans les faits, la qualité des services de santé, et leur accessibilité, sont très variables et les usagers ont peu d'impact sur leur prestation.

C'est l'absence de pouvoir et d'influence des citoyens dans le domaine de la santé et de l'éducation, et notre volonté d'améliorer la prestation de ces services, qui nous poussent à privilégier la création de liens solides entre les usagers et les prestataires de services. Par ailleurs, l'existence de prestataires de services connus à l'échelle locale, qui opèrent au sein de systèmes de prestation de services formels et auxquels s'appliquent des normes et des standards nationaux, offre la possibilité de réunir les bénéficiaires (citoyens et usagers) et les prestataires (État, organismes confessionnels, médecins, infirmières, directeurs d'école et enseignants) dans le cadre d'interventions en gouvernance en vue de régler les problèmes mentionnés précédemment.

4. Théorie du changement



Des Congolaises accompagnées de leurs nouveau-nés dans une maternité, à Katende, dans le Kasai-Occidental.
Crédit photo : IRC/Ho

Le BCP est l'un des nombreux outils de suivi communautaire possibles. On l'utilise à de nombreuses fins et dans un grand éventail de contextes. Le BCP du programme Tuungane est un moyen d'autonomiser les membres de la communauté qui utilisent des services et de les encourager à travailler de façon constructive avec les prestataires de services locaux à la prestation de services dans le domaine de l'éducation et de la santé.

La théorie du changement, qui sous-tend cette approche, tient compte de trois grands facteurs propres au contexte congolais :

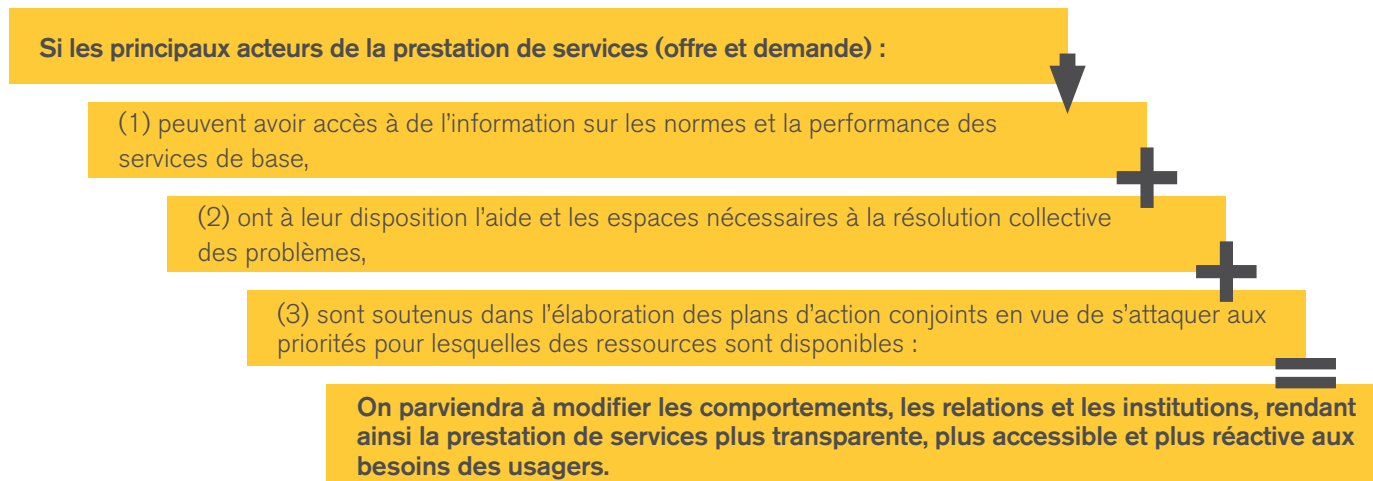
- Premièrement, en raison de leur **accès limité à l'information**, les usagers (et souvent les prestataires de services) ne savent pas vraiment en quoi consiste un « service public » et ne connaissent ni les droits ni les responsabilités des usagers et des prestataires en la matière. Les usagers et les prestataires connaissent mal ou peu, par exemple, les normes nationales congolaises concernant le fonctionnement des services d'éducation et de santé, les personnes et les organismes responsables des différents volets de la prestation de services, les ressources financières disponibles, la façon dont ces ressources sont gérées et la qualité de la performance des prestataires de services. Cette absence généralisée d'information a un impact sur l'attitude des usagers concernant les services de base, de même que sur la

façon dont les prestataires de services répondent aux préférences et aux priorités des usagers dans le cadre des contraintes du système public actuel.

- Deuxièmement, la **culture de la redevabilité entre les prestataires de services et les usagers est fragile**. Cela peut s'expliquer par l'absence de services publics dans bien des régions, où soit les communautés ont trouvé des solutions pour avoir accès aux services de base, ou soit des organismes de la société civile, des organismes confessionnels ou des ONGI se substituent à l'État pour assurer la prestation des services de base. En l'absence de mécanismes efficaces de redevabilité, la décentralisation des services signifie que les prestataires de services locaux peuvent être encouragés à exiger plus d'argent aux usagers au lieu d'assurer un accès équitable à des services de qualité.
- Troisièmement, le point de vue des citoyens est rarement entendu en ce qui a trait à la prestation de services, car il existe peu d'espaces de parole et peu d'exemples de dialogue non partisan et constructif où les usagers peuvent faire entendre leurs préférences et leurs priorités. De plus, les mécanismes de grief et de recours sont rares et, lorsqu'ils existent et qu'ils sont connus, ils sont souvent sous-utilisés ou ne mènent à aucune sanction.

³ Le BCP est principalement utilisé en Asie et en Afrique par des ONG nationales et internationales, ainsi que par des organisations telles que la Banque mondiale. Si, dans la majorité des cas, le BCP est utilisé pour assurer le suivi de la prestation de services de base en santé et en éducation (en Inde, en Ouganda et en Zambie, notamment), on y recourt également dans des projets axés sur la redevabilité des autorités locales (Zimbabwe) et le suivi et l'évaluation de l'efficacité des stratégies de réduction de la pauvreté (Gambie). L'IRC est le premier organisme à appliquer le BCP à si grande échelle dans l'Est de la RDC.

Voici, par conséquent, la théorie du changement du BCP du programme Tuungane :



Même si l'on prévoit que le BCP entraînera peu à peu une plus grande transparence dans la prestation de services, une plus grande accessibilité aux services et une plus grande réactivité aux demandes des usagers, il faut s'attendre à ce que ces changements progressent lentement, étant donné la nature actuelle des relations entre les citoyens et l'État congolais⁴. Voici les changements qui devraient résulter de la mise en œuvre du BCP :

- **Conscientisation** : On vise à ce que les usagers et les prestataires de services soient mieux informés et plus conscients des normes et des standards de la prestation de services dans leur secteur.
- **Comportements** : On vise à ce que les usagers et les prestataires de services modifient leurs comportements (présence accrue du personnel dans les centres de santé, par exemple) grâce à leur participation au BCP et à la mise en œuvre de leurs plans d'action.
- **Relations** : On vise à modifier la façon dont les usagers et leurs représentants élus au sein du comité d'usagers interagissent, ainsi que la façon dont les membres du comité d'usagers et les prestataires de services de première ligne interagissent dans le cadre de leurs activités de cogestion et de supervision des services d'éducation et de santé.
- **Institutions** : On cible principalement les comités d'usagers, qui sont souvent en dormance dans les communautés de l'Est de la RDC. On s'attend à ce qu'ils deviennent plus actifs et qu'ils commencent à remplir leurs fonctions de représentation, de liaison et de cogestion.

- **Processus communautaires** : On vise à ce que les membres de la communauté commencent à utiliser d'autres processus décisionnels du même genre (participatifs, communautaires et transparents), comme tenir des assemblées générales et des rencontres d'interface ou concevoir et mettre en œuvre des plans d'amélioration des services, afin de s'attaquer aux enjeux prioritaires avec le soutien des leaders locaux (comme les membres du CDV).
- **Accessibilité** : On vise à améliorer l'accessibilité physique aux services en rénovant les infrastructures de base. On vise également l'amélioration de la gestion des ressources existantes à l'échelle communautaire (manuels scolaires, fournitures médicales et équipement) afin que les élèves et les patients aient un meilleur accès aux services. De plus, les membres de la communauté devraient mieux comprendre les enjeux liés à l'exclusion et s'y attaquer afin d'améliorer l'accès aux services.

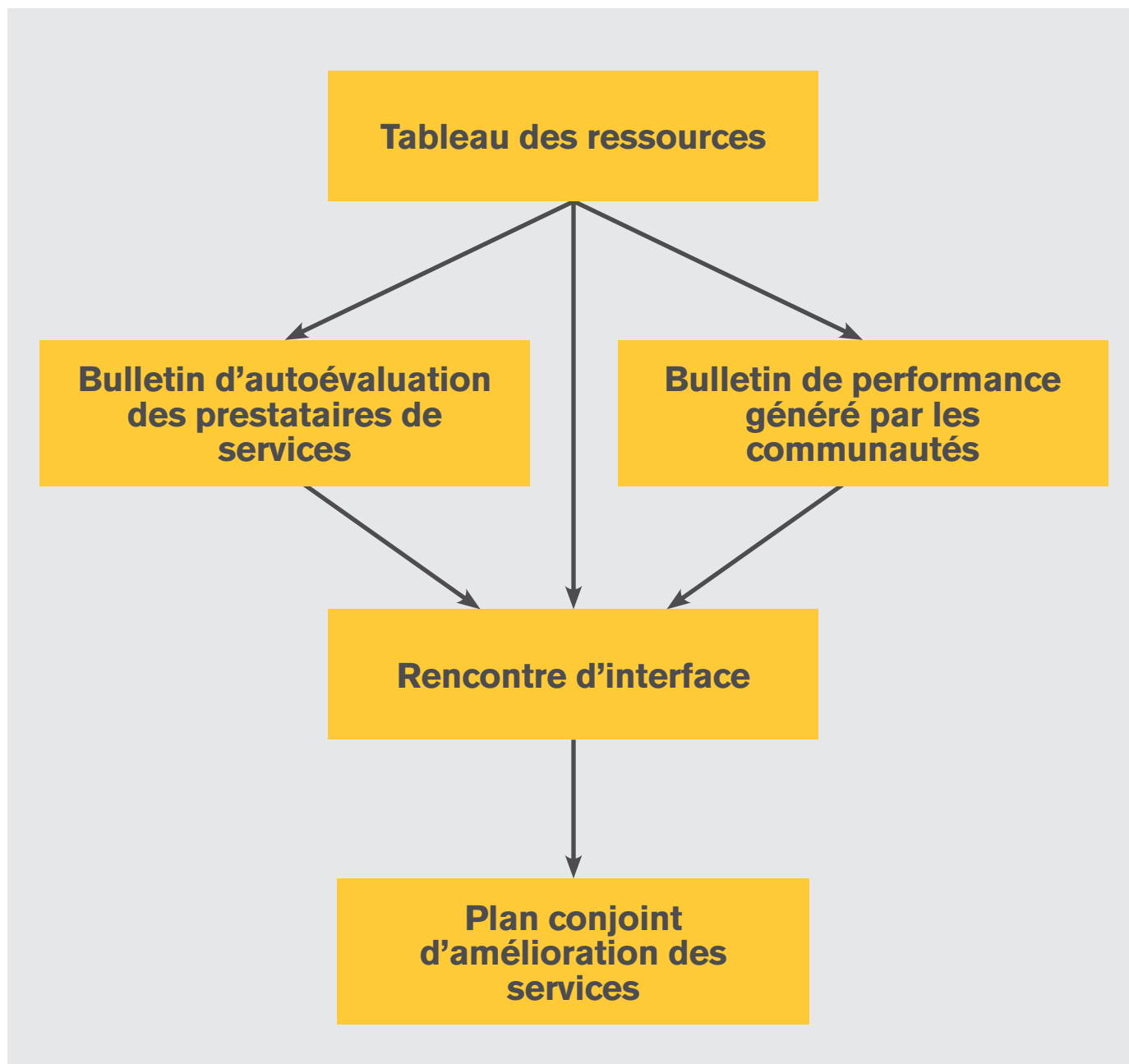
Ultimement, ce sont les facteurs contextuels et la théorie du changement présentés précédemment qui ont guidé la conception de la méthodologie du BCP pour le programme Tuungane et son cadre de suivi. Dans les pages qui suivent, l'on présente la méthodologie de l'approche du BCP du programme Tuungane, ainsi que certains des apprentissages tirés des données de suivi.

⁴ Les attentes modestes du programme à cet égard tiennent compte de la fragilité de l'État congolais, de son attitude souvent prédatrice, de la faiblesse du contrat social entre les citoyens et les détenteurs d'obligations et de l'absence de mesures incitatives dans le programme Tuungane pour améliorer la performance des prestataires de services.

5. Méthodologie du BCP du programme Tuungane

L'approche du BCP du programme Tuungane s'articule autour de quatre grands piliers : (1) un tableau des ressources; (2) un bulletin de performance généré par les communautés; (3) un bulletin d'autoévaluation des prestataires de services; et (4) une rencontre d'interface.

On peut voir, dans la figure suivante, comment ces piliers contribuent à l'élaboration d'un plan conjoint d'amélioration des services (PCAS), un extrait majeur de ce processus.



Étape 1 : Formation sur le BCP

L'objectif de la formation sur le BCP est de développer les capacités des membres élus du CDV, des membres des comités d'usagers (qui représentent les intérêts des usagers des services de santé ou d'éducation) et des prestataires de services de première ligne (enseignants, directeurs d'école, travailleurs en santé, etc.) à participer au BCP et à soutenir son processus. Cette formation de deux jours leur fournit les connaissances et les compétences nécessaires pour analyser et suivre la performance des prestataires de services dans le domaine de la santé ou de l'éducation, selon le secteur prioritaire choisi par les membres de la communauté. Elle leur donne également l'occasion d'explorer les normes et les standards congolais qui structurent la prestation de ces services.



Membres d'un CDV, en RDC, discutant du processus démocratique suivi récemment pour planifier la construction du centre communautaire.
Crédit photo : IRC/Ferland

Étape 2 : Collecte de données sur le secteur prioritaire

À l'échelle locale, les données objectives sur le secteur prioritaire (la santé ou l'éducation, par exemple) sont collectées par les membres du CDV, en collaboration avec les membres du comité d'usagers, puis saisies de façon systématique à l'aide du tableau des ressources. Comme on peut le voir ci-après, il s'agit d'un tableau très simple où l'on peut voir les ressources existantes, ainsi que les normes et les standards⁵ imposés par l'État congolais (nombre de professionnels de la santé par établissement, ratio livre-élève, etc.).

Ces données sont ensuite partagées avec les membres de la communauté et les prestataires de services au moment de remplir leur BCP (étapes 3 et 4). Cela leur permet de mieux comprendre l'état actuel de leurs services de santé et d'éducation et d'utiliser cette information pour résoudre ensemble les problèmes de prestation de services.

Exemple de tableau des ressources dans le secteur de la santé

Ressources	Normes et standards	Réel	Remarques
Nombre d'infirmières	Centre de santé : 2 à 4 infirmières Dispensaire : 1 à 2 infirmières	Centre de santé : 1 infirmière Dispensaire : 1 infirmière	Nombre insuffisant d'infirmières

⁵ Les normes et les standards sont expliqués en détail lors de la formation sur le BCP (voir l'étape 1).

Étape 3 : Élaboration du bulletin de performance généré par les communautés






Les citoyens mobilisés par les membres du CDV et le chef du village se réunissent pour remplir le BCP. De façon générale, on compte entre 60 et 100 participants, que l'on divise en trois petits groupes (un groupe de femmes, un groupe d'hommes et un groupe de jeunes pour les communautés qui ont choisi l'éducation comme secteur prioritaire et un groupe de femmes, un groupe d'hommes et un groupe d'aînés dans le cas des communautés qui ont choisi la santé⁶). Sous la supervision du personnel du programme Tuungane, les petits groupes discutent des caractéristiques d'un service de qualité. Ces discussions permettent de faire ressortir les thèmes qui seront ensuite traduits en différents indicateurs qualitatifs (attitudes des prestataires de services, propreté, présence des prestataires de services de première ligne, accès à des médicaments, etc.), que les petits groupes utiliseront pour accorder une note à partir de leurs expériences personnelles et de leurs perceptions des services.

En plus des indicateurs fournis par la communauté, les participants sont invités à évaluer quatre indicateurs standards : a) l'accès aux services; b) la participation du comité sectoriel à la gestion financière; c) la qualité générale des services; et d) le traitement équitable entre les usagers. Ces indicateurs, élaborés par l'IRC, permettent au personnel

du programme de comparer les perceptions à l'égard de la performance de la prestation des services d'un lieu à l'autre. Les participants utilisent une échelle qualitative à cinq niveaux pour évaluer les indicateurs : très mauvais, mauvais, acceptable, bon, très bon. On utilise des pictogrammes pour favoriser la participation des personnes analphabètes.

Lorsque les petits groupes ont terminé leur évaluation, ils se réunissent en grand groupe. Un représentant de chaque groupe (en commençant par le groupe de femmes) présente les indicateurs et les résultats de l'évaluation de son groupe. Une fois le tour de table terminé, le personnel du programme Tuungane et les membres du CDV font la moyenne des évaluations des trois groupes, puis rapportent les résultats dans le BCP (qui sera par la suite diffusé lors de la rencontre d'interface). Lors des discussions animées par le personnel du programme Tuungane, les participants devront parvenir à un consensus sur les raisons des résultats de leur évaluation. Les indicateurs qui ressortent dans un seul petit groupe devront faire l'objet d'un débat en grand groupe afin de déterminer s'ils doivent être inclus dans le BCP final qui représentera l'évaluation globale de la qualité des services dans leur secteur prioritaire.

Exemple de bulletin communautaire de performance dans le secteur de l'éducation

Résultat							
Indicateur	Très mauvais 	Mauvais 	Acceptable 	Bon 	Très bon 	Raison	Solution
Traitement équitable des élèves		X				Les enseignants favorisent les garçons lorsqu'ils distribuent des livres ou qu'ils répondent à des questions en classe.	Sensibilisation des enseignants
Participation du comité d'usagers à la gestion du service	X					Ils n'ont jamais été invités aux réunions de l'école et nous ne savons pas qui en fait partie.	Réélection et formation des membres du comité d'usagers

⁶ On partage les groupes de cette façon parce que les jeunes (filles et garçons) ont un point de vue particulier sur les services d'éducation, en tant que premiers bénéficiaires de ces services. Même chose pour les aînés, qui risquent d'être les principaux usagers des services de santé. Cela étant dit, des aînés pourraient très bien faire partie des groupes d'hommes et de femmes discutant d'éducation, tout comme des jeunes pourraient participer aux discussions sur la santé.

Étape 4 : Élaboration du bulletin d'autoévaluation des prestataires de services

Les prestataires de services effectuent un exercice similaire (mais distinct) afin d'autoévaluer la qualité des services de base qu'ils offrent. On procède de la même manière que pour l'évaluation effectuée par les membres de la communauté, à l'exception du fait que les prestataires de services ne sont pas divisés en petits groupes, puisqu'il n'y a généralement que quatre ou cinq enseignants ou professionnels en santé par établissement. Les prestataires de services font ressortir les caractéristiques d'un service

de qualité et traduisent leurs conclusions sous forme d'indicateurs, qui sont ensuite évalués.

Une fois leurs indicateurs évalués (à l'aide de la même échelle qualitative que les membres de la communauté), les prestataires de services évaluent les indicateurs générés par la communauté qui ne sont pas ressortis dans leur propre bulletin, de même que les quatre indicateurs standards du programme Tuungane.

Étape 5 : Rencontre d'interface entre les usagers et les prestataires de services



Villageois congolais discutant du processus du bulletin communautaire de performance, à Nkanga, au Sud-Kivu.
Crédit photo : IRC/Demian

L'objectif de la rencontre d'interface est d'offrir un lieu de dialogue constructif entre les usagers et les prestataires de services. Cette rencontre est l'occasion pour chacun d'eux de discuter de la qualité des services, de cibler les lacunes dans la prestation de services et de gérer les attentes en ce qui concerne l'amélioration des services. Le CDV invite alors les porte-parole des petits groupes de participants de la communauté à y représenter leur groupe.

Tout d'abord, les membres du CDV présentent brièvement le contenu du tableau des ressources (normes à respecter et ressources actuelles). Ensuite, un représentant de la communauté présente leur BCP, après quoi un représentant des prestataires de services de première ligne présente à son tour leur bulletin, ainsi que leurs réponses aux

indicateurs de performance générés par la communauté. À cette étape, l'objectif n'est pas d'arriver à un consensus sur les évaluations et leurs justifications, mais plutôt de permettre aux deux groupes de comprendre le point de vue de l'autre sur l'accessibilité aux services et leur qualité.

Si possible, un haut fonctionnaire du ministère de la Santé ou de l'Éducation (médecin chef de zone, directeur provincial adjoint de l'éducation, etc.) et des représentants de l'entité territoriale décentralisée devraient être invités à participer à la rencontre d'interface afin qu'ils puissent mieux comprendre les priorités des communautés en matière de développement et leur donner le soutien nécessaire, le cas échéant.

Étape 6 : Élaboration d'un plan conjoint d'amélioration des services

L'espace collaboratif qu'offre la rencontre d'interface permet aux citoyens et aux prestataires de services de travailler ensemble, de négocier et de s'entendre sur un plan d'action pour améliorer les services, c'est-à-dire le plan conjoint d'amélioration des services (PCAS).

On y met l'accent sur les solutions pouvant être appliquées localement, ainsi que sur les activités de représentation pouvant être menées auprès des autres paliers de

gouvernement afin d'améliorer la prestation de services (parfois de façon concertée par les citoyens et les prestataires de services). Ces suggestions se traduisent ensuite en mesures concrètes, après quoi on précise les responsabilités de chacun, les échéanciers à respecter et les ressources nécessaires.

Exemple de plan conjoint d'amélioration des services dans le secteur de la santé

Problème	Quoi (Mesure ou tâche)	Qui (Responsable)	Quand (Échéancier)	Comment (Ressources nécessaires)
Nombre insuffisant d'infirmières	Faire des représentations auprès des responsables de la zone pour qu'ils embauchent plus d'infirmières	Comité d'usagers en collaboration avec l'infirmier titulaire	D'ici trois mois	Fonds du projet Tuungane pour les déplacements
Comité d'usagers non existant	Élection d'un comité d'usagers	CDV	D'ici trois mois	Aucunes ressources nécessaires
Les infirmières révèlent des renseignements confidentiels	Sensibiliser les infirmières à l'importance de la confidentialité	Infirmier titulaire	D'ici la semaine prochaine	Aucunes ressources nécessaires
Pas de salle d'accouchement	Construire une pièce supplémentaire pour les accouchements	CDV	D'ici six mois	Fonds du projet Tuungane et contribution locale

Étape 7 : Mise en œuvre du PCAS et adhésion de la communauté

Environ une semaine après l'élaboration du PCAS, une assemblée générale est organisée afin que l'ensemble de la communauté puisse être mise au courant du plan, y proposer des modifications, au besoin, et l'approuver lors d'un vote public (à majorité simple, soit 50 % des voix plus une). Une fois le PCAS approuvé par la communauté, le CDV entreprend sa mise en œuvre.

Une fois que le PCAS est approuvé par les citoyens, les membres du CDV le diffusent auprès des intervenants locaux concernés, y compris les représentants de l'entité territoriale décentralisée et le personnel des services techniques. Ce faisant, ils auront l'occasion de les sensibiliser aux possibilités et aux difficultés auxquelles font face les membres de la communauté en ce qui a trait à l'accès à des services publics de qualité.

Étape 8 : Première révision du bulletin et du PCAS

À mi-chemin du cycle du programme Tuungane, les membres de la communauté et les prestataires de services reçoivent le soutien nécessaire pour réviser leur bulletin (reprise des étapes 2 à 7). Ils doivent alors mettre à jour leur tableau des ressources, revoir leurs indicateurs de performance et leurs évaluations et déterminer si les services se sont améliorés ou si de nouveaux problèmes sont apparus. Ils doivent également discuter des progrès effectués en ce qui a trait au PCAS, et y apporter des modifications, si nécessaire. Cette première révision est coanimée par le personnel du programme Tuungane et les membres du CDV.



Congolaise célébrant son élection comme représentante de sa communauté au CDV de Ndekemanga, à Kailo, dans la province de Maniema. Crédit photo : IRC/Quina

Étape 9 : Deuxième révision du bulletin et du PCAS

À la fin du cycle du programme Tuungane, les membres du CDV facilitent une deuxième révision, similaire à celle décrite à l'étape 8. Cependant, au lieu d'être coanimée par le personnel du programme Tuungane, cette deuxième révision est sous la responsabilité exclusive des membres du CDV.

L'objectif de cette deuxième révision est d'évaluer les progrès (qualité et accès des services de base dans le secteur prioritaire) et d'encourager la prise en charge du processus du BCP. Cette étape offre également la possibilité de s'assurer que la plupart des mesures prévues dans le PCAS ont été accomplies et d'établir les mesures de suivi qui s'imposent pour poursuivre l'amélioration de la prestation de services.

Étape 10 : Rencontre avec les autorités locales pour présenter les progrès du PCAS et s'assurer de leur appui

Quelques semaines après la deuxième révision, les représentants du CDV de plusieurs communautés se réunissent pour présenter leurs PCAS respectifs aux représentants des services techniques et aux autorités locales. Pendant cette rencontre, les représentants du CDV font ressortir les besoins non satisfaits qui requièrent une aide externe ou un soutien d'un palier supérieur. Les autorités locales sont encouragées à s'engager, par écrit, à fournir des ressources financières, matérielles ou humaines nécessaires pour contribuer à la réalisation des objectifs du PCAS.

Cette rencontre offre aux communautés la possibilité de demander aux services techniques et aux entités territoriales décentralisées de les soutenir pendant toute la durée du programme Tuungane. Elle donne également aux représentants des services techniques et des entités territoriales décentralisées la possibilité de mieux comprendre les problèmes auxquels font face leurs constituants et, peut-être, d'inclure des mesures du PCAS dans leurs propres plans d'action et de développement. Après cette rencontre, les CDV sont encouragés à assurer un suivi concernant les engagements pris par les autorités locales afin qu'elles se traduisent par des actions concrètes.

6. Apprentissages tirés des données de suivi



Représentants d'une communauté congolaise présentant leur rapport à leur communauté dans un souci de transparence (Walungu, Sud-Kivu). Crédit photo : IRC/Quina.

Deux stratégies de suivi et d'apprentissage ont été adoptées pour le BCP du programme Tuungane : la collecte et l'analyse des témoignages de changement des intervenants du programme à l'aide de la technique du changement le plus significatif et le suivi des indicateurs de performance standards.

Témoignages sur les changements les plus significatifs

La technique du changement le plus significatif est un outil de suivi et d'évaluation participatifs. Il s'agit de la principale stratégie adoptée par le programme Tuungane pour colliger les apprentissages tirés de la mise en œuvre du BCP. Bien qu'on en soit encore à l'étape préliminaire de l'analyse des témoignages, on voit malgré tout émerger des tendances de changement rendues possibles grâce au BCP.

À la fin de 2013, le personnel de Tuungane avait recueilli environ 125 témoignages de changement auprès de différentes personnes ayant utilisé le BCP : usagers directs, prestataires de services de première ligne, leaders de la communauté, membres de comités d'usagers et membres de CDV. Les témoignages ont été recueillis en deux étapes afin de faciliter la collecte de données, le choix des témoignages et leur analyse, de même que pour découvrir les types de changements survenant à des moments précis dans la mise en œuvre du BCP. Bien que l'on ait colligé de nombreux témoignages de changement, les apprentissages présentés ci-après sont le résultat de l'analyse des témoignages recueillis pendant la deuxième phase (76 témoignages). On a choisi ces témoignages parce qu'ils illustraient de façon plus éclairante les tendances de changement que ceux de la première phase. Cela s'explique principalement par le fait que le personnel du programme avait une meilleure connaissance de cet outil et que la méthodologie de collecte de données s'est raffinée à la deuxième phase.

⁷ La technique du changement le plus significatif exige la collecte de témoignages de changements significatifs auprès de plusieurs intervenants (participants, personnel du programme, etc.). Ce sont les témoignages de changements rendus possibles, d'après les intervenants du programme, grâce à l'intervention menée précédemment. On choisit et discute des témoignages sur les changements les plus significatifs dans le cadre d'une consultation itérative afin de faire ressortir les retombées du programme. Pour plus de détails sur cette technique, consulter l'ouvrage suivant : Rick Davies et Jess Dart, The Most Significant Change (MSC) Technique : A Guide to Its Use, 2005.

⁸ Les usagers directs des services interrogés dans le cadre de la collecte de données sur les changements les plus significatifs n'occupaient pas d'autres fonctions (prestataires de services, membres de comités d'usagers, membres de CDV ou leaders de la communauté, par exemple). Bien que les leaders de la communauté soient aussi des usagers directs des services, les citoyens interrogés à titre d'usagers directs n'étaient que de simples usagers.



On a divisé les témoignages en trois grandes catégories de changements afin d'en faciliter l'analyse : a) amélioration de la gestion des services; b) amélioration de l'accès aux services; et c) amélioration de la qualité des services. On a ensuite analysé ces changements afin de découvrir les conditions et les mécanismes ayant favorisé leur émergence. On présente, dans les pages qui suivent, trois exemples d'analyse de témoignages.

Amélioration de la gestion des services : De nombreux témoignages (25 %, soit 19 sur 76) rapportent un changement positif dans la participation des usagers et des comités d'usagers à la gestion des services. D'après les intervenants du programme, ce changement résulte de la possibilité offerte aux membres de la communauté, dans le cadre de la mise en œuvre du BCP, d'exprimer leurs préoccupations concernant le rôle très limité des comités d'usagers. Ils ont donc été en mesure d'identifier des stratégies pour résoudre ce problème, y compris offrir de la formation aux membres des comités d'usagers sur leurs rôles et responsabilités. Cela a eu pour conséquence de leur donner les outils nécessaires pour remettre en question le monopole des prestataires de services en ce qui a trait à la gestion des écoles et des établissements de santé et pour jouer un plus grand rôle à cet égard.

Exemple d'amélioration de la gestion des services

“ Depuis la création du centre de santé, les membres ne connaissaient pas leurs rôles. Ils avaient même peur d'approcher l'infirmier titulaire pour lui faire part des plaintes qu'ils avaient reçues ou pour lui demander s'il avait suffisamment de fournitures médicales. Pire encore, aucun d'eux n'avait le courage de poser des questions sur le fonctionnement du centre. Le comité d'usagers n'avait donc aucune idée de ce qui se passait, et le fonctionnement du centre était le domaine privé de l'infirmier titulaire et des employés sous sa responsabilité. Les données recueillies ont permis à l'infirmier titulaire de prendre conscience du manque d'implication du comité d'usagers dans la gestion du centre de santé. Le président et les autres membres du comité d'usagers, quant à eux, ont réalisé, grâce au bulletin communautaire de performance, qu'ils n'étaient pas très actifs, même pendant la rencontre d'interface. C'est pourquoi le président a organisé une rencontre pour apprendre à faire preuve de plus de leadership. Depuis, les membres du comité d'usagers jouent leur rôle sans problème, travaillent en étroite collaboration avec le personnel soignant et sont disponibles pour répondre aux plaintes de la communauté et pour les transmettre au centre de santé. ”

(Prestataire de services de santé, Katanga)

Amélioration de l'accès aux services : Certains témoignages de changement (17 %, soit 13 sur 76) décrivent comment le BCP du programme Tuungane a contribué à réduire les obstacles financiers à l'accès aux services. D'après les témoignages, le BCP, et plus particulièrement le tableau des ressources, a permis aux citoyens de savoir que l'accès aux services publics était un droit fondamental. Cela a amené des comités d'usagers à établir des stratégies pour réduire les frais des services et lutter contre la corruption afin d'améliorer l'accès aux services. Dans certains cas, les membres des comités d'usagers, en collaboration avec les prestataires de services de première ligne, ont défendu leur cause devant les gouvernements afin que les services techniques assurent une meilleure supervision (de façon à dissuader certains prestataires de services d'exiger des pots-de-vin) et que les salaires des employés soient payés comme il se doit (de façon à réduire la dépendance aux frais imposés aux usagers directs par les prestataires de services pour compléter leurs revenus). D'autres stratégies ont aussi été mises de l'avant : des comités d'usagers ont exigé que les enseignants ne puissent plus expulser les élèves n'ayant pas payé leurs frais de scolarité avant d'en avoir informé le comité et d'avoir envoyé un avis aux parents. Dans certains cas, les prestataires de services de première ligne ont aussi négocié des échéanciers de remboursement avec les parents et les membres des comités d'usagers.

Exemple d'amélioration de l'accès aux services

“ Avant, la situation au centre de santé était vraiment catastrophique, principalement parce que les frais imposés aux usagers pour les services de santé étaient très élevés. Cela était dû au fait que la gestion du centre de santé reposait entièrement entre les mains de l'infirmier titulaire. Ses employés et lui faisaient la loi. Voici ce qu'on a fait pour régler le problème : nous, les membres du comité d'usagers, avec les membres du CDV, avons organisé une rencontre avec les prestataires de services de première ligne afin de discuter de la réduction des frais de soins de santé. L'infirmier titulaire nous a dit que ce serait très difficile de réduire les frais des usagers, puisque la majorité des infirmières ne sont pas reconnues par l'État. À la fin de la rencontre, nous avons pris la résolution d'écrire au bureau de santé de la zone. La lettre fut signée par le président du CDV, les membres du comité d'usagers, l'infirmier titulaire et le chef du village. Dans la lettre, nous avons mentionné tous les problèmes rencontrés au centre de santé qui relevaient de la zone, dont la construction d'un centre en nutrition, l'absence d'infirmières reconnues par l'État et le manque de fournitures médicales. Après les changements, les frais imposés aux usagers ont beaucoup diminué. Ils sont maintenant d'environ 0,5 USD pour un enfant et 1 USD pour un adulte. ”

(Membre du comité d'usagers du centre de santé, Sud-Kivu)

Amélioration de la qualité des services : Un petit nombre de témoignages (12 %, soit 9 sur 76) expliquent comment le BCP du programme Tuungane a contribué à la diminution du taux d'absentéisme chez le personnel et à l'amélioration de leurs capacités techniques. Ces témoignages de changement affirment que le BCP a encouragé les membres de la communauté, les comités d'usagers et les prestataires de services de première ligne à tenir des réunions à l'extérieur du processus du programme Tuungane, durant lesquelles ils se sont penchés sur les problèmes d'absentéisme des enseignants et les méthodes d'enseignement, par exemple, et sont parvenus à des solutions négociées.



Membres d'une communauté congolaise présentant leurs bulletins, à Kalehe, au Sud-Kivu. Crédit photo : IRC.

Exemple d'amélioration de l'accès aux services

“ Avant les changements, les enseignants n'avaient pas de méthode d'enseignement. De plus, ils ne préparaient pas leurs cours et ne respectaient pas le temps alloué à chaque matière. Ils arrivaient souvent en retard, et quand ils finissaient par se pointer, ils parlaient longuement de sujets qui n'avaient aucun lien avec le programme scolaire. C'est le travail de sensibilisation du comité d'usagers sur la nécessité d'avoir une école plus efficace et sur l'importance pour les enseignants de prendre leurs responsabilités professionnelles, ainsi que le travail de supervision des enseignants du directeur d'école, qui expliquent les changements de comportements des enseignants. Les enseignants ont aussi contribué aux efforts de sensibilisation. De plus, le directeur d'école nous rappelle constamment que nous devons changer nos comportements. Lors des réunions, il nous a montré comment améliorer nos méthodes d'enseignement (suivant les recommandations actuelles de l'État), grâce à la formation qu'il a reçue du programme Tuungane. Maintenant, l'école fonctionne bien et les enseignants respectent les heures de classe. Il y a des séances matinales pour les élèves de l'école. Le taux de réussite des élèves a encouragé certains parents à envoyer plus d'enfants à l'école, ce qui a entraîné une augmentation du nombre d'élèves et, par conséquent, du salaire des enseignants. ”

(Enseignant, Sud-Kivu)

Ces trois exemples illustrent bien certains des changements que les intervenants attribuent au BCP du programme Tuungane, ainsi que certains des facteurs ayant contribué à ces changements. La plupart des témoignages rapportent des changements dans les relations entre les usagers, leurs représentants et les prestataires de services de première ligne. Les témoignages comprennent des exemples de pressions effectuées par des usagers et leurs représentants sur les prestataires de services de première ligne, de mesures prises collectivement par des usagers et des prestataires de services pour apporter des changements nécessaires et d'initiatives prises par des citoyens, des autorités locales (chef du village) et des prestataires de services (infirmiers titulaires et directeurs d'école) pour améliorer la prestation de services, le tout grâce à l'information recueillie à l'aide du BCP.

Suivi des indicateurs de performance du BCP

En plus de la technique du changement le plus significatif, le programme Tuungane assure le suivi du total des points accordés par les usagers aux quatre indicateurs de performance standards du BCP. À la fin du mois de mars 2014, toutes les communautés avaient terminé l'évaluation initiale (étapes 2 à 7 du BCP). Or, seulement 229 des 719 communautés participantes (soit 32 %) avaient effectué leur première révision du BCP et du PCAS (étape 8). Par conséquent, on possède actuellement peu de données pour illustrer les changements en ce qui concerne la note accordée aux indicateurs de performance.

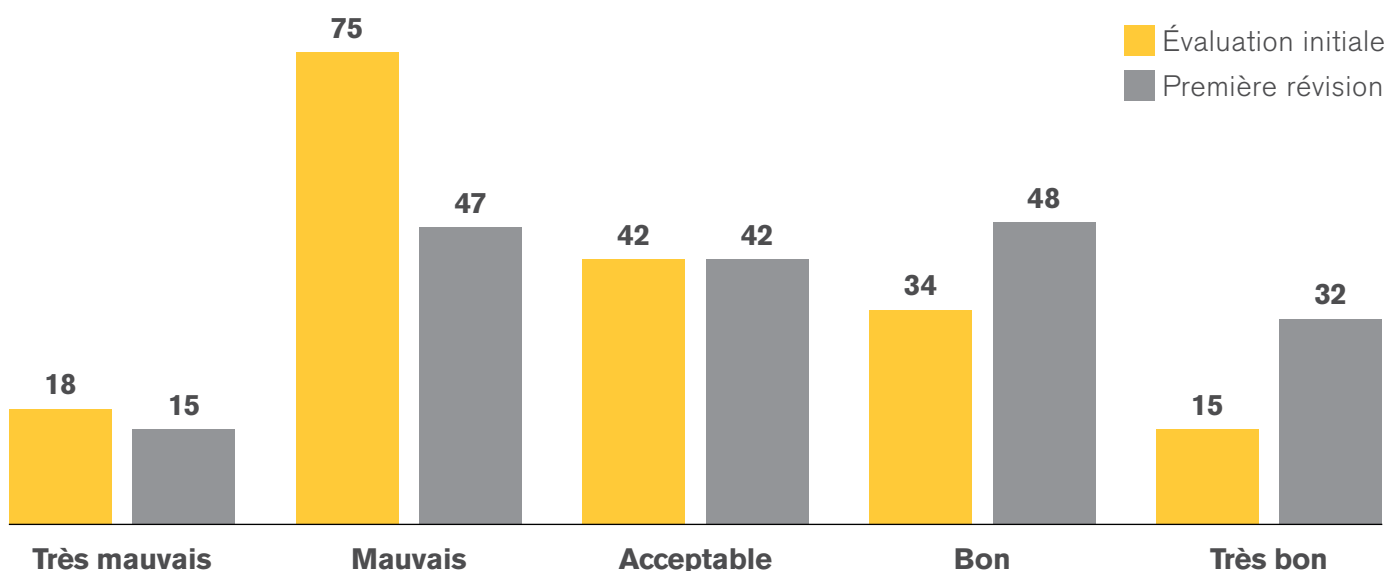
Il est malgré tout possible d'illustrer certains changements de perception dus au BCP en analysant les données des communautés ayant effectué l'évaluation initiale (étapes 2 à 7) et la première révision du BCP et du PCAS (étape 8), soit 229 communautés au total (184 dans le domaine de l'éducation et 45 dans le domaine de la santé).

On peut voir, dans la figure 1, la distribution des points accordés lors de l'évaluation initiale et de la première révision de l'un des quatre indicateurs standards, à savoir l'accès aux services d'éducation. Environ 51 % des communautés ayant choisi le domaine de l'éducation (93 sur 184) considéraient au départ que l'accès aux services d'éducation était mauvais ou très mauvais, tandis que 27 % d'entre elles (49 sur 184) considéraient que l'accès était bon ou très bon. Au moment de la révision, seulement 34 %

des communautés (62 sur 184) considéraient que l'accès aux services d'éducation était mauvais ou très mauvais, alors que le taux de satisfaction (bon ou très bon) était désormais de 43 % (80 sur 184).

Cela donne à penser que, de façon générale, les usagers des services perçoivent une amélioration dans l'accès aux services d'éducation entre l'évaluation initiale et la première révision.

Figure 1. Note de l'accès aux services d'éducation, évaluation initiale et première révision n=184



L'analyse plus approfondie de la note accordée par les communautés pour cet indicateur (augmentation, aucun changement, diminution) va dans le même sens (voir le tableau 1). Une partie importante des communautés (45 %, soit 82 sur 184) ont accordé une note plus élevée lors de la révision. Il convient de noter, cependant, que 39 % (71 sur 184) ont accordé la même note lors de la révision, ce qui laisse croire qu'il était peut-être trop tôt pour observer des changements dans l'accès à l'éducation. On observe par ailleurs que 31 communautés (17 %) ont accordé une note moins élevée lors de la révision, ce qui est plutôt surprenant. Questionné à ce sujet, le personnel du programme Tuungane a mentionné qu'il s'agissait fort probablement de cas où l'on observait un roulement de personnel chez le prestataire de services (directeur remplacé par un nouvel employé moins bien qualifié ou peu au courant du BCP, par exemple), de

cas où les membres de la communauté comprenaient mieux l'indicateur et étaient en mesure d'être plus critiques lors de leur évaluation ou de cas où des écoles, soutenues par un programme d'IRC, de CARE ou d'un autre organisme au moment de l'évaluation initiale, avaient perdu cette aide lors de la révision (fin d'un programme qui finançait partiellement les frais de scolarité des fillettes ou les salaires des enseignants, par exemple, favorisant ainsi l'accès aux services). Il faudrait étudier plus attentivement les raisons invoquées par les membres de la communauté pour justifier leur note et analyser en profondeur les autres facteurs pouvant avoir une incidence sur les résultats de l'évaluation afin de mieux comprendre le rôle du BCP dans l'amélioration de la note.

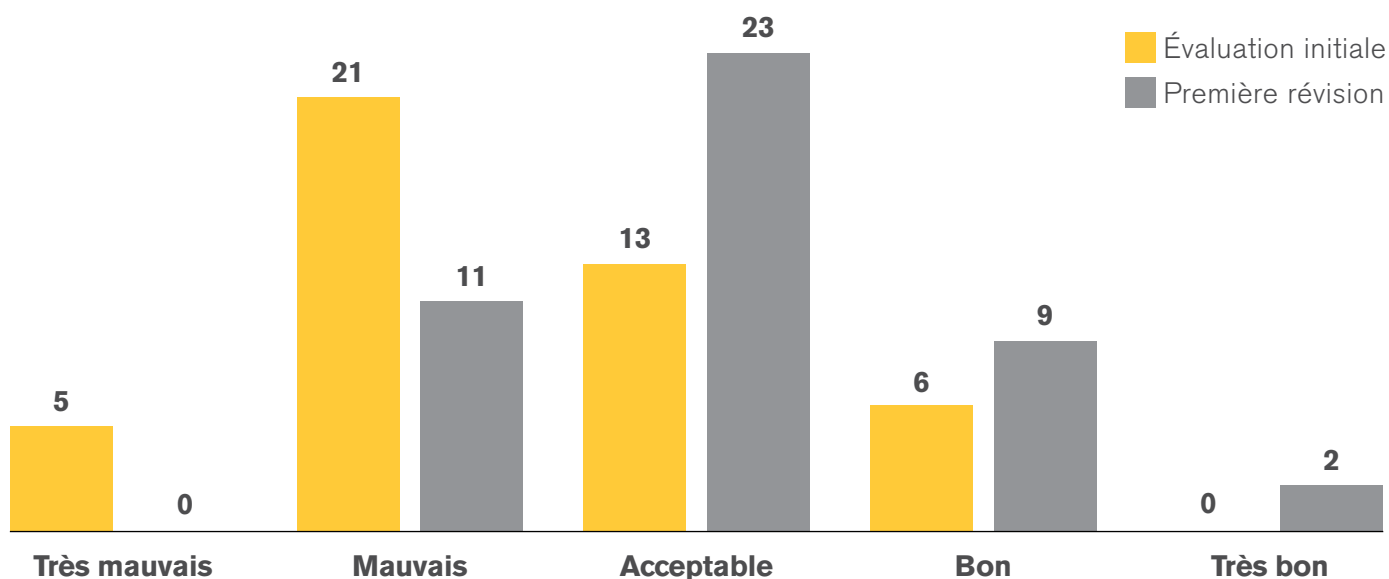
**Tableau 1. Note de l'accès aux services d'éducation
(différence entre l'évaluation initiale et la première révision)**

	Nbre de communautés	%
Augmentation	82	45
Aucun changement	71	39
Diminution	31	17
Total	184	100

On peut voir, dans la figure 2, la distribution des notes accordées lors de l'évaluation initiale et de la première révision d'un deuxième indicateur, à savoir la qualité des services de santé. Lors de l'évaluation initiale, un nombre important de communautés (58 %, soit 26 sur 45) trouvaient que la qualité des services était mauvaise ou très mauvaise. Or, lors de la première révision, un nombre important de communautés (75 %) jugeaient la qualité des services acceptable (51 %, soit 23 sur 45), bonne (20 %, soit 9 sur 45) ou très bonne (4 %, soit 2 sur 45). On remarque donc une tendance marquée à la hausse en ce qui concerne la satisfaction à l'égard de la qualité des services.

Les données présentées dans le tableau 2 confirment également cette hausse. Bien que ces changements positifs puissent être en partie attribuables à des facteurs externes favorisant l'amélioration des services et qu'ils ne résultent pas exclusivement de l'application du BCP, les résultats présentés dans le tableau suivant donnent à penser que 47 % des communautés ayant choisi le domaine de la santé (21 sur 45) ont octroyé une note plus élevée lors de la première révision. Il convient toutefois de souligner que ces résultats indiquent également que la note est demeurée inchangée dans 49 % des communautés (22 sur 45).

Figure 2. Note de la qualité des services de santé, évaluation initiale et première révision n=184



**Tableau 2. Note de la qualité des services de santé
(différence entre l'évaluation initiale et la première révision)**

	Nbre de communautés	%
Augmentation	21	47
Aucun changement	22	49
Diminution	2	4
Total	45	100

À la lumière de ces résultats et des améliorations observées, il est important de noter que les notes accordées par les citoyens et les prestataires de services pour les indicateurs de performance s'appuient sur leurs perceptions du changement plutôt que sur des données objectives (taux de participation et d'utilisation saisis dans les dossiers officiels, frais réels payés par les usagers, etc.), tout comme les témoignages de changement

recueillis à l'aide de la technique du changement le plus significatif. Une analyse complémentaire des données contenues dans le tableau des ressources, ainsi qu'une analyse longitudinale des données de routine recueillies dans les établissements, permettrait de dresser un portrait plus juste de la contribution du BCP aux changements observés dans la qualité et l'accès aux services.



Employée de l'IRC aidant une villageoise à inscrire ses premiers choix pour un projet de développement dirigé par la communauté, au Nord-Kivu, en RDC. Crédit photo : IRC/Salsi.

7. Facteurs relatifs à la mise en œuvre



Membres d'une communauté congolaise votant lors de l'élection des membres du comité de développement villageois (CDV), au Sud-Kivu. Crédit photo : IRC.

L'expérience du programme Tuungane a été riche en apprentissages concernant la mise en œuvre du BCP à si grande échelle.

Méthodologie qui s'adapte au contexte : Le grand nombre de sites et d'employés impliqués dans la mise en œuvre du BCP nous a obligés à adopter une série de protocoles de mise en œuvre standardisés. Si une telle façon de faire nous assurait que des normes minimales de qualité allaient être respectées, elle a empêché les employés du programme à pleinement tenir compte des dynamiques locales et de véritablement adapter le BCP aux besoins des communautés. L'application uniforme du

BCP pourrait nous avoir fait rater de précieuses possibilités de consolidation des relations entre les usagers et les prestataires des services de base. Les leaders religieux de certaines communautés, par exemple, s'impliquent beaucoup dans les enjeux entourant la prestation de services et ont une influence considérable sur les prestataires de services. Un engagement plus délibéré de ces intervenants aux séances de formation et aux rencontres communautaires aurait permis aux employés du programme Tuungane de profiter de leur influence pour favoriser une plus grande réactivité aux demandes des usagers.

Exigences temporelles et financières : Pour faciliter la mise en œuvre pleine et entière (étapes 1 à 10) du BCP, il faut que deux employés puissent consacrer 15 jours de travail (sur une période de 12 à 15 mois) dans chaque communauté. Cela représente un investissement considérable de la part des employés, étant donné l'échelle de mise en œuvre du programme (dans plus de 700 communautés). Lors de la conception du programme, l'on ne prévoyait pas que plus de 70 % des communautés choisiraient l'éducation ou la santé comme secteurs prioritaires et que, par conséquent, elles utiliseraient nécessairement le BCP. L'IRC a donc considérablement sous-estimé les ressources financières, humaines et matérielles nécessaires pour soutenir le processus.

Champions du changement : Comme l'approche du BCP remet inévitablement en question les dynamiques locales, elle peut devenir source de conflit entre les acteurs locaux. Il est donc essentiel que les employés du programme et les membres du CDV aient de solides compétences en facilitation. L'équipe de coordination du programme Tuungane, en plus d'offrir une formation de base sur le BCP à tous les employés et aux membres des CDV (une formation de trois à cinq jours), a pris la décision d'investir dans la création d'une petite équipe d'employés expérimentés pouvant être déployée partout sur le territoire afin de renforcer les compétences de leurs collègues et de soutenir leur travail sur le terrain. Ces « champions du changement » ont joué un rôle vital dans la réussite du programme, en plus de veiller à ce que certains membres de la communauté ne subissent pas les représailles de personnes en position d'autorité.

Suivi et évaluation : Étant donné la nature expérimentale de bon nombre des interventions à l'aide du BCP, on a porté une attention particulière au suivi et à l'évaluation du programme, notamment à l'étape de la conception. Il est important d'investir dans l'élaboration d'une théorie du changement et d'établir des marqueurs de progrès ou des indicateurs de performance qui pourraient faire l'objet d'un suivi tout au long de l'intervention. Si l'on met en place les structures permettant de tirer des leçons des changements engendrés par ces initiatives, du chemin parcouru pour y parvenir et des facteurs contextuels ayant contribué à leur réussite ou à leur échec, les personnes et les organisations chargées de leur mise en œuvre comprendront mieux le fonctionnement des interventions de redevabilité sociale et prendront des décisions plus éclairées concernant leur croissance et leur durabilité. De plus, il est crucial, si l'on souhaite explorer pleinement les voies du changement, de veiller à ce que les méthodes de suivi se complètent mutuellement. Le cadre de suivi du BCP du programme Tuungane, par exemple, a été adapté tout au long de son application. Aujourd'hui, il combine des données qualitatives (collectées à l'aide de la technique du changement le plus significatif) et des données quantitatives (obtenues à travers le système de gestion de l'information national en santé et en éducation). Grâce à quoi l'on est désormais mieux outillé non seulement pour déterminer si les changements perçus sont confirmés par d'autres données et, si oui, dans quelle mesure, mais également pour mieux cerner les voies empruntées pour parvenir à ces changements.

8. Conclusion



Congolais transportant des matériaux de construction de l'autre côté de la rivière pour le programme de reconstruction dirigée par la communauté, au Sud-Kivu. Crédit photo : IRC.

Tout en reconnaissant que l'on en sait peu sur l'impact du BCP, et encore moins dans les contextes fragilisés et touchés par des conflits, le présent document de réflexion se voulait une tentative d'explication du contexte dans lequel cette approche a été mise en œuvre à grande échelle, dans l'Est de la RDC, de documentation de la théorie du changement qui la sous-tend et de description de la méthodologie utilisée et des changements qu'elle a engendrés (à partir de l'analyse des données de suivi accessibles à ce jour).

Les témoignages de changement ont permis de dresser un portrait des types de changements (du point de vue des intervenants du programme) engendrés par le BCP. Les changements les plus significatifs concernent l'accès aux services et la façon dont les comités d'usagers du domaine de la santé et de l'éducation perçoivent leurs rôles et créent des liens avec les prestataires de services et les usagers. Bien qu'il ne s'agisse que de perceptions du changement, les voies par lesquelles ces changements surviennent commencent à être mieux connues. Les témoignages suggèrent également que ces changements sont aussi dus à différents mécanismes, dont le leadership individuel, l'action collective et la pression exercée par le public. Cela mériterait toutefois une étude plus approfondie et la collecte systématique de données complémentaires (résultats des indicateurs de performance, données de tableau des ressources et analyse comparative de données longitudinales, par exemple) pour corroborer les changements perçus et déterminer dans quelle mesure le BCP y a contribué.

Un second document de réflexion sera publié au début de 2015 afin de continuer à tirer profit de la richesse du programme Tuungane et du BCP. Ce document de réflexion explorera et analysera plus en profondeur toutes les données de suivi disponibles à la fin de la phase 2 du programme Tuungane, ainsi que toutes les données complémentaires possibles afin de présenter des constats plus complets et de tirer davantage de leçons du BCP. L'IRC a ciblé les priorités d'apprentissage suivantes en ce qui concerne le BCP : mieux comprendre les différentes formes d'amélioration de la prestation de services rendues possibles grâce au BCP; mieux comprendre quels éléments du BCP (suivi des ressources, bulletin, interface, plan d'action conjoint) stimulent le plus le changement; et déterminer les mécanismes, les conditions et les voies du changement.

Au cours des prochaines années, l'IRC s'attaquera à ces priorités et continuera à piloter, tester et adapter ses approches et ses outils de redevabilité sociale afin de trouver les façons les plus efficaces et les plus rentables d'améliorer la prestation de services et les résultats de développement dans le cadre d'interventions dans le domaine de la gouvernance.

ⁱ Voir notamment : Malena, C., R. Forster et J. Singh. « Social Accountability: An introduction to the concept and emerging practice », in *Social Development Papers Participation and Civic Engagement*, no 76, 2004. Voir aussi : Wild, L. et D. Harris. « More than just 'demand': Malawi's public-service community scorecard », in *ODI Project Briefing*, no 69, 2012.

ⁱⁱ Gaventa, J. et R. McGee. « The Impact of Transparency and Accountability Initiatives », in *Development Policy Review*, no 31, suppl. 1, page S22, 2013.

ⁱⁱⁱ La RDC est au dernier rang du classement annuel du Rapport sur le développement humain 2011 dans le domaine de la santé, de l'éducation et des revenus.

^{iv} PNUD, Rapport national sur le développement humain 2008. Restauration de la paix et reconstruction, 2008.

^v Titeca, K. et T. de Herdt. « Real Governance: Beyond the 'Failed State': Negotiating Education in the Democratic Republic of the Congo », in *African Affairs*, vol. 110, no 439, 2011, p. 22.

^{vi} Banque mondiale. *Education in the Democratic Republic of the Congo. Priorities and Options for Regeneration*, 2005.

^{vii} Ibidem.

^{viii} INEE. *Democratic Republic of the Congo Report*, 2013.

^{ix} Seay, L. *After Peace: Education, Non-State Actors, and the Erosion of State Authority in the Eastern DRC*, 2012. Reyntjens, F. *L'Afrique des Grands Lacs Annuaire 2010-2011*, 2011. Gouvernement de la RDC. *L'annuaire statistique de EPSP 2009-2010*, 2010.

^x Banque mondiale, *Education in the Democratic Republic of the Congo. Priorities and Options for Regeneration*, 2005, p. XXIII.

^{xi} Ibidem, p.4

^{xii} Ibid, p. 9



Rescue.org

NEW YORK

International Rescue Committee
122 East 42nd Street
New York, NY 10168-1289
USA

WASHINGTON, D.C.

International Rescue Committee
1730 M Street, NW, Suite 505
Washington, DC 20036
USA

LONDON

International Rescue Committee
3 Bloomsbury Place,
London, WC2 2QL
UK

BRUSSELS

International Rescue Committee
Belgium
Place de la Vieille Halle aux Blés 16
Oud Korenhuis 16, 1000 Brussels
Belgium

GENEVA

International Rescue Committee
Rue Gautier
7 CH-1201, Geneva
Switzerland

BANGKOK

International Rescue Committee
Pong-Amorn Building
1028/5 Rama IV Road
Thungmahamek Sathorn
Bangkok 10120
Thailand

NAIROBI

International Rescue Committee
Galana Plaza 4th Floor
Galana Road off Argwings Kodhek
P.o Box 62727,00200
Nairobi,
Kenya