

« NE VOUS FATIGUEZ PAS ! »*



Synthèse de la visite des missions de Médecins du Monde
en République Démocratique du Congo

KINSHASA et GOMA

Mai 2012

Marc CHABERT
Isabelle FELIX

**« Ne vous fatiguez pas »
i.e. « Vous les donateurs, ne vous fatiguez pas de donner »**

**Une femme séropositive de Goma, « maman Françoise »,
femme admirable qui a fondé l'UNIVIE, une association d'entraide
pour les personnes vivant avec le VIH.*

**« C'est pas possible...
En France aussi, il y a des gens qui vivent dans la rue, comme ici
... et il y a même des bébés?... ça c'est pas bien... »**

Un adolescent qui vit dans la rue, à Kinshasa.

**« Quand deux éléphants se battent, ce sont les herbes qui souffrent...
Et les herbes, c'est nous »**

« Kwenyi tembo mbili ziko nabigana, ni mayani njoo inateseka sana »

*Un membre du CAEVS (Centre pour les acteurs engagés
contre les violences sexuelles), à Goma,
à propos des conflits armés qui ravagent la région.*

Remerciements

*Nous tenons à remercier tous les membres des équipes de
MDM, à Kinshasa et à Goma, pour avoir tout mis en œuvre
pour faire que notre mission se déroule dans les meilleures
conditions.*

*Malgré les difficultés quotidiennes habituelles en RDC, et le
surcroît de travail et de soucis que notre présence ne pouvait
manquer de leur occasionner, ils nous ont accueillis plus que
chaleureusement, et ont fait preuve d'une disponibilité
inépuisable.*

*Nous tenons à remercier tout particulièrement ceux qui ont
rendu possible que, malgré la reprise des combats dans le
nord-Kivu et à Goma même, nous puissions nous y rendre
comme cela avait été prévu initialement.*



Accueil par l'équipe de Kinshasa le 2 mai

Avant de rendre compte de notre mission et de ses conclusions, il nous semble utile de dire au lecteur qu'une telle visite, c'est d'abord un immense choc émotif.

Ce n'est pas sans appréhension que nous l'abordions, ayant lu les nombreux rapports existants et rencontré à Paris les responsables du programme RDC. Au-delà des mots « enfants des rues », VIH, « violences faites aux femmes », devant quelle réalité allions-nous nous trouver ?

Nous sommes arrivés le 1er mai à Kinshasa, avons rejoint Goma le 7 mai d'où nous sommes repartis le 11 mai via Kigali.

Le programme de travail qui nous avait été préparé pour ces 10 jours sur place, très dense, nous a permis en un temps réduit d'avoir une vision très complète des missions, de multiplier les rencontres (autorités congolaises, bailleurs, partenaires, bénéficiaires des actions) et d'effectuer un très grand nombre de visites sur les lieux d'intervention de MDM ou de ses partenaires congolais.

Dès notre arrivée, nous avons été marqués par les contraintes de sécurité qui régissent la vie de MDM : port permanent d'un téléphone portable, émetteur-récepteur VHF en cas d'urgence ; interdiction de se déplacer à pied dans les rues. Tous les déplacements, à Kinshasa et a fortiori à Goma se font dans des conditions hautement sécurisées : en voiture, portant le logo MDM et le macaron des ONG représentant un fusil barré de rouge. Les chauffeurs avertissent du départ, de l'arrivée, des gardiens derrière les hauts murs surmontés de fils barbelés ouvrent et ferment les lourds portails métalliques. Quasiment toutes nos photos ont été prises à la volée, depuis la voiture. La reprise des combats dans les environs de Goma a donné des inquiétudes à l'équipe de MDM, qui a finalement décidé de prendre le risque de nous accueillir, mais sans possibilité de visiter les sites hors de la ville. Enfin, faute de transports aériens sûrs, MDM, comme toutes les autres ONG, effectue les déplacements indispensables sur des vols de la flotte de l'UNHAS (United Nations Humanitarian Air Services).



Le quartier de Kinshasa où se situent MDM et d'autres ONG

Nous avons vécu des moments particulièrement denses pour nous, qui sont le quotidien des équipes de MDM.

À Kinshasa, nous avons, lors des « maraudes » de nuit, rencontré des enfants des rues. Ils sont rassemblés par groupes d'une vingtaine, filles et garçons, avec de jeunes enfants et parfois des bébés, dormant à même le sol, sur des tissus ou des nattes, démunis, poussiéreux, réservant un accueil méfiant ou au contraire chaleureux à l'équipe. Abandon, fragilité, dénuement, insécurité.

Au centre BBS¹, nous avons vu les filles accueillies, petites filles, adolescentes, ou filles déjà femmes, avec leurs bébés. Nous n'avons pris aucune photo. Elles s'y reposent le jour, jouent, s'occupent de leurs enfants, se soignent, apprennent à coudre, à tricoter, à lire et à compter... Après la dureté de la rue, le centre est un havre de paix. Maman Françoise², qui a fondé BBS, les aide à prendre leur vie en main, mais ne veut pas que le centre soit un nid trop douillet : elle sait qu'elle ne peut leur offrir qu'un abri provisoire, et la rue est juste derrière les portes. Dans un autre centre, tenu par l'association Chemin Neuf, nous avons vu une petite fille de 5 ou 6 ans, qui venait d'être recueillie : elle avait été violée.

À Goma, nous avons pu visiter un local associatif, où des femmes, et quelques hommes, qui vivent avec le VIH se regroupent et s'entraident. Nous y avons été reçus par un groupe d'une trentaine de femmes « rescapées » qui, grâce au soutien de MDM, bénéficient d'un traitement aux médicaments ARV et peuvent aujourd'hui vivre normalement, travailler et élever leurs enfants. À notre arrivée, elles se sont mises à danser, et elles ont entonné un chant qu'elles avaient composé pour remercier les donateurs. Mais Maman Françoise, leur porte-parole, s'est ensuite adressée à nous pour nous expliquer leur angoisse face au risque de tout désengagement financier qui vaudrait pour elles condamnation à mort.

¹ Centre d'accueil de filles vivant dans la rue (voir ci-dessous, paragraphe 121),

² Le hasard a placé à Kinshasa une maman Françoise qui dirige un centre d'accueil pour les enfants des rues, et à Goma une autre maman Françoise, qui s'occupe des femmes victimes de violences.



Rue de Goma

Nous avons vu aussi, après un long trajet cahotique sur la lave noire de Goma (reste de la dernière éruption du Nyiragongo, en 2002, qui a détruit près de la moitié de la ville), la minuscule cahute qui abrite une maison d'écoute de la Ligue pour la solidarité congolaise : 3,5 m² au maximum, un lit, une table, deux chaises en plastique, un bidon d'eau et un brasero, et un registre où sont soigneusement inscrits les petits versements financiers faits par les femmes souhaitant se constituer quelques économies. Là, Maman Folestine accueille discrètement les femmes victimes de violences sexuelles, contribuant ainsi à les aider à se reconstruire.

Enfin, nous avons été impressionnés par les rencontres que nous avons faites d'un grand nombre d'acteurs de la société civile congolaise, personnes tout à fait remarquables, d'une grande intelligence, d'une profonde générosité, capables de conserver dans des conditions incroyablement difficiles optimisme et enthousiasme : maman Françoise, dont le cœur est assez grand pour tous ses enfants des rues, papa Benoît, qui travaille auprès d'une quarantaine de pasteurs pour qu'ils cessent de désigner des « enfants sorciers » que leurs parents abandonnent ensuite dans la rue, l'autre Maman Françoise, qui a créé UNIVIE, et qui inlassablement se bat, témoigne, prend la parole. Et tant d'autres.

Que MDM ait su trouver tous ces acteurs est déjà en soi remarquable.

Dans toute la mesure du possible, nous avons tenté de garder le recul et l'objectivité indispensables à l'accomplissement de notre mission, mais il reste que cette ambiance contrainte, ces moments très forts, ces rencontres exceptionnelles, ne peuvent laisser le visiteur indifférent.



École jouxtant le dispensaire Tobonga soutenu par MDM à Kinshasa

Introduction

Dans l'activité internationale de Médecins du Monde (MDM), les missions en République Démocratique du Congo (RDC) tiennent une place très importante. Dans ce pays où les situations d'urgence et les difficultés du quotidien se confondent, l'ancienneté de la présence de l'association, l'acuité des sujets auxquels elle s'est attachée — enfants des rues, femmes violées, victimes du VIH —, la répartition des missions sur ce territoire immense, hier au Tanganyika, aujourd'hui à Kinshasa et à Goma, auraient suffi à justifier l'intérêt du Comité des donateurs (CDD).

Le poids du budget des missions de MDM en RDC ne pouvait que renforcer cet intérêt : pendant longtemps ce budget a été le plus important de tous les budgets consacrés aux interventions internationales de l'association, et malgré la réduction notable liée à la fin de la mission Tanganyika en 2011, le budget actuel reste l'un des tout premiers. En particulier, l'effort consenti en fonds propres reste le plus lourd.

Une visite des missions en RDC avait donc été décidée depuis longtemps, mais la réalité du terrain s'impose souvent à la programmation. Déjà, pour sa précédente visite, le CDD avait dû attendre près d'un an (de mai 2003 à février 2004), le voyage ayant dû être « reporté pour des motifs conjoncturels » (*Synthèse de la visite des missions en RDC, Kongolo et Goma, Denis Drouhet, Février 2004*). Cette fois-ci, les troubles liés aux élections présidentielles et législatives, à la fin de l'année 2011, puis au début de l'année 2012, ont à nouveau conduit le Comité, en accord avec les responsables des missions, à reporter à plusieurs reprises le départ de ses deux représentants.

Le voyage a pu finalement avoir lieu du 1er mai au 12 mai.³ Avant le départ, le CDD s'était fixé quelques objectifs principaux pour cette visite.

La première question était celle de la qualité des rapports entretenus par MDM avec son environnement, ses interlocuteurs publics, les bailleurs de fonds, les autres acteurs intervenant dans le même champ ou des champs proches, les partenaires associatifs, ainsi qu'avec les destinataires de ses interventions, alors que son action s'inscrit dans des contextes complexes, où le travail en réseau est hautement souhaitable, et où l'originalité des approches voulues par MDM peut être source de fragilité.

La seconde question touchait à la coordination générale basée à Kinshasa, dont le dimensionnement n'a guère été modifié malgré l'arrêt de la mission Tanganyika, et le passage induit d'un budget total de plus de 4 M€ à un budget d'environ 2,3 M€. Son adéquation au périmètre actuel devait être examinée.

Enfin, conformément à l'accent que le Comité a décidé de mettre sur la prise en charge par l'association de tout ce qui concerne la lutte contre la corruption et le respect de l'éthique, nous avions mission d'observer sous cet angle l'organisation et le fonctionnement du dispositif existant.

Ces questions n'étaient toutefois que des pistes envisagées a priori, à charge pour nous d'en évaluer sur place la pertinence.

³ Ce qui a permis aux deux participants d'être présents à la journée des donateurs organisée à Paris le 12 mai 2012.

1. Les missions de MDM en RDC en 2012

1.1. Le contexte

111— Le contexte général

La situation du pays est hélas trop connue.

Alors que la RDC pourrait être un pays riche, on sait que c'est aujourd'hui un pays exsangue. Plusieurs décennies de dictature, de guerres avec les pays voisins ou de conflits internes, de pillages des ressources, de destructions des infrastructures, ont conduit le pays à un état de délabrement impressionnant. L'économie est sinistrée : à titre d'illustration, on peut noter que les ONG constituent aujourd'hui le plus gros employeur du pays. Et la grande pauvreté frappe l'immense majorité de la population : 71 % des Congolais vivent avec moins d'un dollar par jour. La RDC occupe désormais le dernier rang mondial au classement IDH (indice de développement humain) du PNUD⁴.



La ligne Kinshasa-Boma(Ouest de RDC)

Avec un budget annuel de moins de 5 milliards d'euros (soit environ les deux tiers de celui de la ville de Paris) pour un pays dont la superficie (2 344 798 km²) est de plus de quatre fois celle de la France et dont la population est estimée à plus de 70 millions d'habitants, l'état congolais est déficient, voire absent. Pour ne parler que de ce que nous avons vu, l'état des routes et des rues, l'éclairage public, la propreté des lieux collectifs, la fourniture d'eau et d'électricité, les transports en commun, les réseaux d'assainissement, etc. sont sinistrés. Un grand nombre de services collectifs ne sont pas assurés

du tout. Il est patent que les fonctionnaires sont très mal payés, voire ne touchent aucun salaire pendant des mois. Une telle situation, favorable à la corruption sous toutes ses formes, a surtout pour conséquence que les populations les plus fragiles sont abandonnées.

À cela s'ajoutent les multiples manifestations de la violence, sociale et politique, des affrontements meurtriers qui ont jalonné les périodes de campagnes électorales jusqu'aux conflits armés quasi incessants dans l'est du pays.



À Goma, le tchukudu permet de transporter 300kg

Un tel contexte impose aux acteurs des ONG des contraintes sécuritaires fortes, qui compliquent la vie quotidienne, et qui parfois même interdisent certaines interventions sur le terrain.

Nous avons constaté que les équipes de MDM ont pleinement intégré ces contraintes et que les règles fixées sont apparemment bien respectées

Ce bref rappel nous a semblé utile : le difficile contexte dans lequel viennent s'insérer les interventions de MDM ne doit pas être oublié.

112— Le contexte sanitaire

Il faut également bien mesurer le contexte sanitaire.

La situation de la RDC se caractérise tout d'abord par une démographie galopante : chaque femme ayant en moyenne plus de six enfants (indice 2011 : 6,2), la population est très jeune, et 60 % des Congolais ont aujourd'hui moins de 20 ans.

⁴ Classement IDH 2011 : rang de la RDC 185/185

Mais le taux de mortalité infantile est élevé (11,2 % en 2011), et l'espérance de vie, qui a notablement baissé depuis les années 90, n'est plus que de 48 ans (pour une moyenne africaine de 55 ans).

La rareté, le délabrement et l'éloignement des dispensaires ou des hôpitaux, le coût important des soins pour une population démunie, rendent l'accès à la santé si difficile qu'un Congolais sur quatre seulement a accès aux soins de santé de base.

Ces déficiences laissent évidemment prospérer ce que les responsables associatifs qui tentent de lutter contre elles appellent les « coutumes rétrogrades », dont les conséquences sur la santé physique et mentale peuvent être particulièrement néfastes : mariages forcés, recettes médicales inefficaces ou dangereuses⁵, exclusion familiale ou sociale des malades ou des victimes, exorcisations brutales des enfants dénoncés comme enfants sorciers, etc.

Il faut enfin rappeler deux données majeures, distinctes mais liées.

D'une part, l'importance de l'épidémie du VIH, favorisée de façon structurelle par l'état du pays, et de façon conjoncturelle par les longues années de conflit : le taux de prévalence VIH est estimé à plus de 4 % chez les 15-49 ans pour l'ensemble du Congo, mais il serait très supérieur dans certaines régions de l'est.

D'autre part, l'ampleur et la gravité des violences sexuelles, dont ont été ou sont encore victimes des milliers de femmes ou d'enfants. Elles « sont notamment le résultat du manque d'accès à la justice par les victimes et de l'impunité qui a régné pendant ces dernières décennies, qui ont rendu les femmes encore plus vulnérables qu'elles ne l'étaient déjà. Du fait de cette impunité quasi totale, le phénomène de la violence sexuelle perdure jusqu'à aujourd'hui, même dans les zones où les combats ont cessé, et s'accroît là où les combats se poursuivent ». (*Rapport du Haut commissariat aux droits de l'homme des Nations Unies, août 2010*)⁶.



Rue de Kinshasa

1.2. Présentation des missions

MDM est présente en RDC depuis près de 20 ans où elle a mené des projets dans plusieurs provinces : Kinshasa, Nord Kivu, Kasaï oriental, Katanga.

Les trois programmes que nous avons visités, à Kinshasa et à Goma, ont été engagés depuis plusieurs années, alors que MDM a conduit également un programme d'appui au système de santé dans 11 zones du district du Tanganyika (province du Katanga). Ce programme très coûteux en ressources humaines et financières a été fermé en août 2011. Un rapport de capitalisation a été publié en février⁷.

L'intervention de MDM en RDC, pilotée par une coordination générale basée à Kinshasa, la capitale, consiste aujourd'hui en trois programmes : un programme dédié aux enfants des rues de Kinshasa qui a démarré en 1999 ; et deux programmes à Goma, chef-lieu du nord-Kivu, dans l'est du pays, à la frontière du Rwanda : un programme visant les personnes vivant avec le VIH engagé en 2003, et depuis 2007-2008, un programme axé sur les violences faites aux femmes.

Ces trois programmes ciblent les personnes les plus vulnérables : les femmes et les enfants, et présentent des caractéristiques innovantes par le rôle qu'y jouent les partenaires de la société civile. Ce sont des programmes de développement qui s'inscrivent dans la durée.

⁵ Une femme vivant avec le VIH, soignée aujourd'hui grâce aux ARV, nous a raconté qu'un guérisseur lui avait prescrit de boire son urine, puis, vu sa répulsion, qu'on lui avait conseillé de laisser cette urine macérer quelques jours avant de s'en injecter par piqûre, ce qu'elle avait fait.

⁶ Rapport du Projet Mapping concernant les violations les plus graves des droits de l'homme et du droit international humanitaire commises entre mars 1993 et juin 2003 sur le territoire de la République démocratique du Congo.

⁷ Capitalisation de l'intervention de MDM-France dans le district sanitaire du Tanganyika (Katanga-RDC) 2002-2011. Gaëlle Fonteyne. Septembre 2011.

121— Le programme Enfants des Rues (EDR) de Kinshasa : « Promotion de la santé des filles de moins de 21 ans et de leurs enfants de moins de 5 ans vivant dans les rues ».

L'objectif du programme est de contribuer à l'amélioration de la santé des enfants des rues, à la lutte contre les infections sexuellement transmissibles (IST) et le VIH/SIDA, à la santé de la reproduction et à la protection des filles des rues dans trois districts de Kinshasa.

La moitié des 10 millions d'habitants de Kinshasa est âgée de moins de 15 ans. Le phénomène d'enfants des rues s'intensifie⁸ et se féminise : les filles représentaient environ un quart des presque 14 000 enfants des rues recensés en 2006 ; elles sont aujourd'hui près de 9 000 — avec leurs bébés —, sur environ 20 000 enfants des rues⁹. Et, comme nous l'a déclaré le Directeur du PNSA (Programme national de santé pour adolescents) : « Les enfants d'enfants de la rue représentent une bombe à terme ».

La santé est un sujet facilitant la prise de contact avec ces enfants dans la rue, sans soutien et sans moyens. Depuis 1999, MDM est présent auprès d'eux en partenariat avec AED (Aide à l'Enfance défavorisée), une importante association locale reconnue par le Ministère de la Santé.

Le programme a connu plusieurs phases.

Jusqu'en 2003, il a porté sur une prise en charge globale des enfants (soins, prise en charge psycho-sociale, réinsertion familiale) à travers l'appui au centre d'accueil de garçons PEKABO (« Pema, Kanis, Bongwana », ce qui signifie « Repose-toi, Réfléchis et Change de comportement »).

À partir de 2004, MDM a renforcé la prise en charge des soins de santé primaires ainsi que la prévention et la prise en charge du VIH et des IST.

En 2008, MDM a réorienté son programme, compte tenu de la grande vulnérabilité des filles dans la rue, exposées à la violence physique, au viol, à la prostitution, au VIH et aux IST, à la stigmatisation...

Depuis 2009, MDM appuie un centre semi-ouvert pour filles vivant dans la rue. Il s'agit du centre BBS (« Bomoyi Bwa Sika » c'est-à-dire « Vie Nouvelle ») qui assure un accueil dans la journée et dont l'équipe mobile effectue des maraudes six soirs sur sept.

Les activités du centre portent sur :



*Maman Françoise (BBS), Wania (MDM),
M. Albert (AED)*

- L'amélioration de l'accès aux soins de santé sexuelle et reproductive (2 000 consultations en 2011)
- la réduction des comportements à risque (prévention IST et VIH) et la sensibilisation à la santé. 20 000 enfants touchés, soit au centre BBS, soit par les équipes mobiles ; 91 conseillères paires¹⁰ ont été formées ainsi que 47 éducateurs, dont ceux du REEJER (Réseau des Educateurs pour les Jeunes et Enfants des Rues) ;
- l'accueil des filles dans un lieu de protection : en 2011, en moyenne, plus de 50 filles sont venues chaque jour au centre¹¹, et une vingtaine d'entre elles ont bénéficié de l'hébergement nocturne (filles sur le point d'accoucher, malades, avec bébés)
- des volets psycho-socio-éducatif, de réinsertion sociale, réunification familiale et d'orientation.

⁸ Aux enfants jetés à la rue par la pauvreté et le délitement de la société congolaise, il faut ajouter les enfants accusés de sorcellerie par les pasteurs de certaines églises (« Eglises du réveil »). Une part du travail des associations consiste à lutter contre ces croyances.

⁹ Selon les recensements effectués par le REEJER, les filles représentaient 26,35 % des 13 877 enfants des rues en 2006, et représentent aujourd'hui 44 % des 20 341 enfants des rues recensés.

¹⁰ Personnes issues elles-mêmes de la rue, ayant bénéficié d'une formation de conseillère, ayant de ce fait une meilleure connaissance et compréhension des problèmes rencontrés par les enfants.

¹¹ 19 440 entrées enregistrées soit une moyenne de 53 filles par jour

Le centre BBS est dirigé par une personne tout à fait remarquable, « Maman Française ».

Pour la période 2012 — 2014, le programme couvre trois districts de Kinshasa et vise :

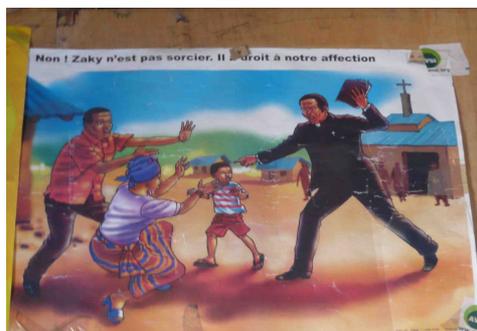
- à transférer des responsabilités concernant l'accès aux soins de santé primaire — y compris les équipes mobiles — vers les associations partenaires, et particulièrement AED, en consolidant l'accès à une diversité de financements, en renforçant les modalités de pilotage conjoint ainsi que l'appropriation par les acteurs locaux des circuits de référencement ;
- à renforcer l'action en matière de réduction des risques (RDR), en impliquant les filles notamment grâce à des groupes d'auto-support et à la promotion de l'éducation par les paires ;
- à améliorer l'accompagnement des filles pour l'accès au dépistage et au traitement contre le VIH, en partenariat avec MSF Belgique (en charge du VIH à l'hôpital Cabinda) ;
- à modéliser et disséminer l'approche et les pratiques développées par MDM et AED à destination d'autres associations kinoises, congolaises ou africaines ;
- à renforcer le plaidoyer en faveur d'un cadre légal autorisant la contraception pour les filles mineures¹².

Dans le cadre du programme, des consultations en soins de santé primaires sont assurées dans quatre dispensaires de Kinshasa avec un référencement vers les structures sanitaires pour les soins de médecine spécialisée, de santé de la reproduction, de chirurgie, de dentisterie et de dépistage VIH. MDM a passé des conventions avec ces établissements et en assure le contrôle qualité. Un système de référencement a également été mis en place pour la prise en charge médicale et le suivi psychologique des victimes de violences sexuelles dans 5 structures conventionnées.

Le budget (642 000 € en 2012) est couvert à près de 90 % par des bailleurs (AFD, Annenberg, Ambassade du Japon, Fubon)¹³.

En conclusion :

Le programme fonctionne de manière tout à fait satisfaisante et le transfert aux associations partenaires est en cours. MDM est la seule organisation qui offre l'accès aux soins pour cette catégorie de personnes.



Lutte contre la désignation des « enfants sorciers » par les pasteurs des « Églises du Réveil »

¹² En 2011, 722 filles ont bénéficié de contraception, en contravention avec la loi congolaise.

¹³ Le budget 2012 est de 642 069 €, dont 79 342 € de fonds propres MDM, soit un taux de couverture bailleurs de 88 %.

122— Le programme VIH de Goma : « Accompagnement des autorités sanitaires et de la société civile dans la lutte contre le VIH, en vue d'un transfert de responsabilité »

Le contexte de ce programme dans la province de Nord Kivu est très difficile : guerre et insécurité généralisée, pauvreté, déficience du système de santé, défection des bailleurs internationaux. L'intervention de MDM à Goma se situe dans un cadre très précis : le programme doit être intégré au système de santé, dans une vision de santé publique, avec la participation des acteurs locaux, ce qui nécessite de s'inscrire dans la durée. Le projet couvre une zone d'environ 1 million d'habitants, Goma accueillant en ce moment beaucoup de réfugiés.

Le programme comprend deux volets

— un dispositif sanitaire sur deux districts : 2 centres de dépistage VIH, 2 services hospitaliers de prise en charge des personnes vivant avec le VIH, 6 services pour les personnes atteintes d'IST, 2 centres de prévention de la transmission mère-enfant (PTME), un service de santé convivial pour adolescents (fermé depuis 2010, l'UNICEF ayant arrêté ses financements).

— un dispositif communautaire sur 4 zones de santé, en partenariat avec deux plateformes associatives : le FOSI (Forum Sida congolais) et UCOP+ (Union congolaise de personnes vivant avec le VIH) ainsi qu'avec 18 associations locales qui interviennent en prévention et assistance psycho-sociale des enfants vulnérables et personnes infectées.

La baisse des financements est préoccupante

Après un démarrage en 2002 et une phase d'extension en 2006, la période 2010-2012 devait être celle du transfert. Mais la baisse des financements — générale pour l'ensemble du pays —¹⁴ remet en cause ce calendrier :

— Le Fonds mondial a gelé ses apports entre mars et septembre 2011 (mais assurera jusqu'en juin 2013 l'approvisionnement en médicaments). Entre 2009 et 2011, sa contribution est passée de 320 k\$ à 52 k\$ puis à 8,9 k\$ (budgétés, mais non décaissés)¹⁵ ;

— CORDAID a réduit son financement de 149 765 \$ à 41 640 \$ en 2011 (dont 6 500 \$ non encore versés) ;

— Le PAM qui fournissait des compléments alimentaires indispensables pour supporter les traitements a très fortement diminué sa contribution (réorientée vers les personnes déplacées) à 6 200 \$ en 2011.

Les résultats du programme ont été gravement affectés en 2011 et l'équipe qui doit gérer la pénurie, a dû réduire fortement les primes versées par MDM au personnel de santé, les aides aux partenaires et baisser ses coûts de fonctionnement au bénéfice des actions.

Ainsi :

- la sensibilisation a été considérablement réduite ;
- pour les deux centres de dépistage volontaire, 3 395 personnes ont été dépistées en 2011 (prévalence 13 %) contre 6 260 en 2010 (prévalence 11,5 %). Grâce à l'apport en fonds propres de MDM, le centre de santé de Murara a pu recevoir 250 personnes par mois (au lieu de 520 auparavant) et adresse 30 nouveaux cas par mois (au lieu de 60) au Service VIH construit dans l'hôpital avec le soutien de MDM.
- MDM constate que le système ne permet pas de gérer les files actives, qu'il génère des files d'attente, une surcharge des services VIH et une baisse du suivi. À fin juin 2012, MDM seul couvrira environ 30 % des besoins en ARV de Goma¹⁶.

¹⁴ La Banque mondiale a cessé ses financements en mars 2011, la Fondation Clinton le fera fin 2012, les fonds bilatéraux ont diminué.

¹⁵ La volonté du Fonds mondial d'imposer une participation de l'Etat congolais au programme de lutte contre le Sida à hauteur de 5% est une des causes des problèmes financiers rencontrés.

¹⁶ Le Service VIH, avait à fin avril 1 168 personnes sous ARV à Goma et 439 à Karisimbi. Les nouveaux cas mis sous ARV (248 en 2011 vs 345 en 2010) et la file d'attente (875 vs 1132 en 2010) ont aussi baissé.

Du côté des pouvoirs publics, le directeur de la Division provinciale de la Santé confirme que MDM s'inscrit dans la politique nationale : sur un plan technique, les activités pourraient être transférées aux structures de santé locales, mais l'État ne dispose d'aucune ressource financière autre que les petites primes et salaires versés au personnel médical public. Au plan national, il est dans l'incapacité de financer les 5 % du budget que demandent les bailleurs internationaux

La crainte d'un désengagement de MDM et des conséquences pour les malades pauvres est manifestée par tous, partenaires médicaux (médecin du SVIH, équipes du centre de santé de Murara), associations membres du FOSI et bénéficiaires¹⁷.



Le centre de santé de Murara à Goma

La charge financière est importante pour MDM

Pour pallier les carences des bailleurs et des pouvoirs publics, MDM a accru sa contribution en fonds propres. Sur un budget VIH total dont l'évolution est la suivante : 662 781 € (compte d'exploitation 2009) ; 756 609 € (C.E. 2010) ; 405 436 € (C.E. 2011) ; 542 947 € (budget prévisionnel 2012), l'apport de MDM dépasse 70 % : 299 602 € (2011) et 372 580 € (2012).

Nous avons constaté que MDM tient un langage de vérité à ses partenaires, expliquant que l'association subit les réductions des bailleurs et ne se désengagera pas brutalement. Le transfert des activités de MDM vers le système public de santé, qui a toujours été un objectif et qui est engagé depuis longtemps, se réalisera nécessairement, mais avec un délai.

Les acteurs locaux, fédérés par le FOSI et UCOP+, constituent un atout majeur pour la suite du programme. Ces organisations de la société civile manifestent la volonté de continuer les actions engagées par MDM et sont amenées à jouer un rôle particulièrement important sur le volet plaidoyer, en liaison avec les ONG internationales.

Ce volet est très ancré au niveau local, et MDM est une référence sur la prise en charge du VIH dans le nord Kivu. Cependant MDM ne s'expose pas directement, et travaille à Goma avec les acteurs locaux ainsi qu'avec OXFAM et ACTIONAID. À Kinshasa, MDM a saisi l'opportunité créée par MSF Belgique avec lequel des actions ont été menées sur le VIH (défilé de mode de personnes vivant avec le VIH pour clôturer le mois de la femme, interviews, reprises dans les médias nationaux). Quant à l'arrivée début mai pour six mois d'un expatrié « plaidoyer » chargé de travailler avec les acteurs et partenaires locaux et de les former, aussi bien à Kinshasa qu'à Goma, elle suscite beaucoup d'attentes, pour faire porter la voix du terrain et s'adresser aux bailleurs de fonds et aux autorités congolaises avec plus de force.

Il est en tous cas désormais nécessaire d'agir à tous les niveaux : local, national, international.

¹⁷ Ainsi, les femmes de l'association UNIVIE à qui on ne donne plus des médicaments (gratuits) mais des ordonnances et qui n'ont plus accès aux petites activités génératrices de revenus (AGERE) qu'elles effectuaient au centre VIH de l'hôpital et qui leur permettaient de survivre.

En conclusion :

À Goma, l'urgence créée par les conflits armés ne doit pas faire oublier les autres problèmes, au premier rang desquels le Sida. Très ancré dans le tissu local, le programme VIH de MDM répond dans la mesure de ses moyens à des besoins — qui sont immenses — dans la région : prise en charge sanitaire, mobilisation sociale et renforcement de capacité des centres de santé, hôpitaux et organisations de la société civile. Cependant, MDM n'a pas une visibilité claire sur les échéances auxquelles des fonds seront réellement disponibles et la question de la durée pendant laquelle MDM devra suppléer aux insuffisances des bailleurs et des pouvoirs publics reste posée.

123 — *Le Programme de santé mentale communautaire et de lutte contre les violences liées au genre (VLG) à Goma.*

Ce programme fait suite à l'enquête réalisée en 2007 par Christian Laval pour MDM : « Étude sur les parcours des “conseillères” auprès des femmes ayant subi des violences sexuelles (Goma-RDC) ». Le rapport proposait d'une part de prendre appui sur le rôle central de ces conseillères¹⁸ et de renforcer leurs compétences et d'autre part de créer des lieux de ressources et d'échanges pour la communauté afin de renforcer la dimension collective et de société.

Le projet actuel couvre plusieurs territoires de la province du Nord Kivu et vise à contribuer au renforcement de la prévention et de la prise en charge des violences sexuelles en améliorant le « paquet de services » proposés aux victimes.

Le programme s'appuie sur des partenaires locaux : 26 organisations de la société civile impliquées dans la prise en charge psycho-sociale des victimes de violences sexuelles. Il associe également les pouvoirs publics : la division provinciale du genre, celle de la santé, celle des affaires sociales, le programme national de santé mentale.

Le programme cible 80 conseillères et 240 intervenants psycho-sociaux pairs.



Maman Folestine dans la Maison d'écoute de la Ligue pour la solidarité congolaise

Les activités en 2011 ont porté sur :

- le renforcement des capacités d'une trentaine de conseillers psycho-sociaux qui ont bénéficié d'une formation ;
 - la formation en « gestion de projet » des responsables des associations partenaires et des membres du cadre gestionnaire ;
 - l'appui technique, financier et administratif apporté à 10 organisations locales chargées de développer des projets communautaires¹⁹.
 - L'appui au CAEVS (Centre pour les acteurs engagés contre les violences sexuelles), centre d'échange de pratiques (dont les locaux sont loués par MDM à Goma) où se déroulent également des sessions de soutien psychologique et de relaxation
- pour les conseillères ainsi que des formations à l'informatique ;
- des activités de sensibilisation et d'actions communautaires.

¹⁸ Femmes issues de la communauté, souvent anciennes victimes elles-mêmes, et accompagnant bénévolement les victimes dans leur démarche de reconstruction.

¹⁹ Chacune d'entre-elles reçoit un financement de 5 000 \$ par projet d'une durée de six mois.

Ces axes de travail sont poursuivis en 2012.

Il faut souligner que le programme étant centré sur la santé mentale, MDM n'effectue aucune prise en charge médicale directe. Ce sont les conseillères qui réfèrent vers les centres de santé et les hôpitaux — qui font face à un manque critique d'intrants, à commencer par les kits PEP (post-viol)²⁰.

Le budget total de ce programme – dont la première phase incluse dans le programme VIH s'est déroulée entre 2008 et 2010 — se monte à 1,245 M€ pour 2011-2013. Il est pris en charge à 40 % par l'AFD. La part de fonds propres MDM se monte à 186 875 € en 2011 et 278 568 € en 2012. Les activités ont commencé avec 6 mois de retard à la mi-2011, et la personne expatriée en charge de la coordination n'est arrivée qu'en mars 2012²¹.

Une des difficultés majeures de la coordination est l'accès aux zones couvertes par le programme, compte tenu de l'étendue de la province (60 000 km²), du manque d'infrastructures routières et de la situation de conflit permanent qui limite les déplacements.

Par ailleurs, au Nord Kivu se conjuguent coutumes rétrogrades et grande pauvreté. Les rencontres avec les animateurs des 10 associations soutenues par MDM depuis plusieurs années et avec les responsables des lieux d'écoute que nous avons visités nous ont permis de mesurer la très forte dimension culturelle du programme : lutte contre la stigmatisation des femmes violées, contre les mariages forcés, les raptés et les viols d'enfants, éducation des mineurs contre les violences sexuelles, lutte contre l'impunité des violeurs...

En conclusion :

À mi-parcours, il est sans doute difficile d'apprécier les résultats d'un tel programme, audacieux et original, et dans lequel les acteurs que nous avons rencontrés semblent très impliqués. On peut toutefois s'interroger sur l'adéquation au public concerné de certaines méthodes utilisées pour le « renforcement de capacité » du personnel des organisations locales (projections en powerpoint très inspirées de méthodes anglo-saxonnes)²²



Enfants de Goma

²⁰ Efficacité optimale du kit : 20h post viol ;72 h pour la prise d'ARV afin de prévenir une contamination VIH.

²¹ Le poste était vacant depuis 10 mois en raison d'importantes difficultés de recrutement.

²² En 2007, Christian Laval recommandait déjà de faire la part des conceptions occidentales de santé mentale importées par les humanitaires.

2. Observations

De retour d'une visite des missions décrites ci-dessus, il nous paraît utile de formuler quelques remarques, et quelques recommandations.

Nous insistons cependant sur le fait que ces remarques et suggestions doivent être prises pour ce qu'elles sont : le produit d'observations prudentes et d'impressions forcément partielles, formulées à titre constructif, dans un esprit de « critique bienveillante ».

2.1. MDM en RDC : forces et faiblesses

211— Des forces importantes

Des compétences reconnues par tous

La qualité du travail effectué par MDM et la compétence de ses équipes sont reconnues aussi bien par les pouvoirs publics que par les organisations de la société civile. Nous l'avons constaté auprès des autorités congolaises, qui en témoignent, mettant en avant la bonne coordination et les réunions régulières qui permettent à MDM, par sa connaissance des acteurs institutionnels, d'inscrire son action dans les plans d'action stratégiques et opérationnels du Ministère de la Santé.

De la même manière, l'AFD que nous avons rencontrée à Kinshasa apprécie le travail en profondeur effectué par MDM, en particulier son positionnement en renforcement de compétences, contrairement à nombre d'ONG qui font de la substitution.

Enfin, toutes les organisations de la société civile qui bénéficient de l'appui de MDM, certaines depuis des années, ont insisté sur l'importance de l'accompagnement de MDM.

Un partenariat respectueux, dont l'originalité est appréciée

Le partenariat et la proximité avec les Congolais qualifient le plus justement à nos yeux la démarche de MDM en RDC. Loin de faire indéfiniment à la place des Congolais, MDM a mis en place des modèles qui apportent de nouvelles réponses, en particulier de la transparence vis-à-vis des partenaires, un partage de la gestion et du pilotage.

À Kinshasa, le programme Enfants des rues a été lancé en 1999 en appuyant une importante association locale, reconnue par les pouvoirs publics, AED. Depuis, le partenariat s'est développé et MDM a contribué à mettre en place et soutient un réseau des associations œuvrant en faveur de la promotion de la santé des filles vivant dans la rue, le REJEER (Réseau des Educateurs pour les Jeunes et Enfants des Rues). Le but du réseau est d'améliorer la coordination concernant les services de santé et d'hébergement, la connaissance des risques, le plaidoyer et la dissémination des savoirs. Un comité de pilotage du projet Filles des rues est en cours de création pour mutualiser les ressources et mieux équilibrer les pouvoirs dans les prises de décision. Outre MDM et les associations, il comprendra des bénéficiaires afin que les filles soient impliquées dans le programme.

À Goma, un cadre gestionnaire a été mis en place pour la gouvernance et la mutualisation des ressources du réseau CAEVS (Centre pour les acteurs engagés contre les violences sexuelles) qui regroupe 26 associations. Le cadre gestionnaire, co-présidé par l'association CPLVS (Commission provinciale de lutte contre les violences sexuelles) et par un représentant de la Division « Genre, Famille, Enfant » de l'Etat et dont MDM assure le secrétariat, se réunit deux fois par mois. Le soutien de MDM reste essentiel pour ces petites associations, fragiles mais dotées d'une réelle force militante.

À Goma également, MDM reste impliqué dans les réseaux de lutte contre le VIH, le FOSI et UCOP+, et le chargé de mission plaidoyer de MDM va travailler en étroite collaboration avec ces organisations pour qu'elles puissent porter elles-mêmes le plaidoyer sur la lutte contre le VIH.

Une vraie réussite dans les transferts de compétence

Une des principales orientations du programme Filles des rues pour 2012-2014 est le transfert de responsabilité vers les associations partenaires, en particulier l'AED, sur l'essentiel des activités actuellement assurées avec le soutien de MDM : prise en charge des soins de santé primaires, équipes mobiles et fonctionnement des centres.

Cela se traduit par un accès direct du partenaire aux financements : récemment, AED aidée par MDM, est intervenue en premier rang auprès des bailleurs internationaux et a obtenu des financements, étape essentielle de l'autonomisation des acteurs congolais.

À Goma, le transfert du dispositif aux autorités de santé est inscrit dans les objectifs initiaux du programme, mais il n'est pas effectif en raison des problèmes cruciaux de financements – en particulier de l'incapacité de l'État congolais à prendre le relais financièrement. Néanmoins l'action de MDM s'inscrit très clairement dans cette perspective comme l'a rappelé à plusieurs reprises le coordinateur site devant ses interlocuteurs de la société civile.

212— Des faiblesses

MDM est prisonnière de sa démarche innovante

Certaines ONG internationales, en particulier à Goma sur les questions de lutte contre le VIH, ne font que répondre aux situations d'urgence et se substituer aux pouvoirs publics défaillants.

Mais une ONG comme MDM qui innove en agissant dans une logique de développement, de renforcement et de transfert de compétences aux acteurs locaux rencontre davantage de difficultés. C'est ainsi que l'association doit puiser de manière très importante dans ses fonds propres pour financer des coûts de structure que les bailleurs ne couvrent pas.

Quand ceux-ci font défection, comme c'est le cas pour le VIH, les liens tissés avec les partenaires locaux et le respect des bénéficiaires n'autorisent évidemment pas un retrait subit, et l'association se voit contrainte de compléter les financements.

Les programmes en RDC sont ainsi les plus gros consommateurs de fonds propres des programmes internationaux de MDM, et désormais ces fonds propres représentent la moitié du financement total de ces programmes (fonds propres : 1,09 M€ au budget 2012, pour un budget total des missions en RDC de 2,17 M€).

Le coût de fonctionnement est élevé.

Cette situation n'est pas sans explications.

De façon conjoncturelle, l'augmentation générale des prix en 2011 a conduit à une réévaluation de la grille salariale de 20 %, et une TVA à 16 % a été appliquée à partir de cette année.

Par ailleurs, la règle appliquée par les bailleurs de non-financement des structures est pénalisante et revient à considérer qu'il n'y a pas de valeur ajoutée apportée par la coordination générale, ce qui n'est évidemment pas le cas.

Les exigences de sécurité ont également un coût qui alourdit les budgets. Ce surcoût est sans doute difficile à chiffrer exactement, mais il est évidemment important : cherté des loyers liée au choix de locaux — bureaux et habitations — correctement protégés, aggravée par l'inflation des loyers dans les zones réputées plus sûres, coût des prestations de surveillance, coût de la logistique supplémentaire (véhicules, chauffeurs, etc.) Enfin, et surtout, le fait de travailler au plus près des bénéficiaires, avec eux et non seulement pour eux, et d'apporter aux acteurs locaux appui et expertise au lieu de se contenter de leur distribuer des aides ponctuelles, s'inscrit dans le temps long, et requiert des compétences et des ressources en personnel représentant nécessairement un coût élevé.

Il n'en reste pas moins qu'un certain rééquilibrage des ratios paraît une nécessité.



Rue de Kinshasa

2.2. La question de la coordination générale

L'observation des interventions de MDM en RDC conduit à se poser la question de la place de la coordination générale basée à Kinshasa.

Non seulement, en effet, la fin de la mission Tanganyika a fortement réduit le volume global de ces interventions²³, mais on observe que pour les trois missions restantes, deux sont implantées à Goma, représentant actuellement (budget 2012) 43 % du montant total du budget RDC de MDM (VIH : 25 %, VLG : 18 %), et une seulement, représentant 29 % de ce montant, est implantée à Kinshasa. Pourtant, la coordination générale est un élément essentiel du dispositif congolais de MDM, dont les fonctions ont varié dans le temps, et qui joue aujourd'hui un rôle accru dans le pilotage des programmes.

221— Une équipe importante

L'équipe de la cellule de coordination générale (CG) compte une douzaine de personnes, autour de la coordonnatrice générale, du coordonnateur médical, et de la coordonnatrice administrative.

Cette importance est le fruit des évolutions passées des missions de MDM en RDC. Mais elle est également liée à la nécessité d'une présence forte dans la capitale d'un pays qui reste, malgré l'immensité du territoire, la faiblesse de l'administration ou les difficultés de communication, fortement centralisé.

Sans viser une stricte corrélation entre le volume des programmes et celui de la CG, l'arrêt de la mission Tanganyika, qui a vu le budget total des missions en RDC être divisé par deux, n'a été suivi que de la suppression d'un poste de logisticien et de celle d'un poste d'assistant administratif à la CG. En revanche, des postes, notamment d'expatriés, ont été supprimés au niveau des programmes (coordinateur médical et administrateur). Ce choix, lié aux difficultés de recrutement et à la volonté de promouvoir le personnel congolais, nécessite mécaniquement un accompagnement plus important au niveau de la coordination générale.

²³ Cette fermeture a pris du temps, et représenté durant la dernière période (2010, 2011) un gros travail, notamment dans le domaine des RH.

Une telle structure a un coût élevé, qui ne peut qu'appeler l'attention, d'autant plus que le budget de la CG est à plus de 90 % supporté par des fonds propres de MDM.

222— *Des atouts réels*

Cette évidence ne peut masquer les atouts réels de la CG, que nous avons pu constater.

Ces atouts tiennent tout d'abord à la qualité de l'implantation de la CG dans le paysage institutionnel congolais.

Nous avons pu observer l'existence de rapports ouverts, empreints de franchise, avec les autorités congolaises, constituant un appui nécessaire pour la réussite des programmes locaux, y compris à l'autre bout du pays. Même en faisant la part des « discours obligés »²⁴, ce que nous ont dit les représentants de l'État de la qualité du travail effectué par MDM prouve non seulement que les équipes sur le terrain sont efficaces, mais aussi que la CG fait un travail indispensable.

Nous avons aussi pu mesurer la nécessité de nouer des relations suivies avec d'autres partenaires, notamment les bailleurs de fonds, ce qui n'est possible que dans la capitale.

Mais ces atouts tiennent aussi au fonctionnement de la structure.

Conformément aux recommandations du Comité, nous avons voulu savoir si le souci de rigueur dans la gestion, la volonté de se prémunir contre les risques de corruption, et plus généralement la préoccupation éthique, étaient intégrés dans les pratiques quotidiennes. Nous avons pu vérifier que cette culture est présente à Kinshasa comme à Goma. Nous avons en particulier pris connaissance avec intérêt d'un volumineux cahier de procédures, en cours de finalisation, qui touche à tous les aspects de la vie de l'association, et qui témoigne d'une réelle volonté de faire intégrer à tous les niveaux les réflexes nécessaires en la matière. L'exemple des déplacements automobiles suffit à montrer que ces procédures ne sont pas lettre morte²⁵. Globalement (pour autant bien sûr que quelques jours d'observation permettent de le dire) la gestion nous a paru vraiment rigoureuse, et l'encadrement solide.

À cela, il convient d'ajouter l'évidente qualité de l'ambiance de travail, et le fait que l'ensemble des personnels nous a paru animé par la fierté de travailler pour MDM.

Il nous semble au total nécessaire qu'une structure de coordination générale soit présente à Kinshasa, vu la situation générale de la RDC aujourd'hui, et il nous semble qu'elle joue bien son rôle.

223— *Un déséquilibre à corriger*

Il n'en reste pas moins vrai que le calibrage de la CG paraît désormais surdimensionné par rapport au volume des missions en cours. Un choix doit donc être fait : réduire la taille de l'équipe, ou, en utilisant pleinement ses compétences, investir de nouveaux champs d'intervention.

Nous savons qu'une réflexion est en cours de la part de la coordination générale, des responsables de missions et du siège, vers un renforcement et une éventuelle réorientation des missions. Il n'appartient évidemment pas au comité des donateurs de dire ce qui devrait être fait, mais il y a aujourd'hui un déséquilibre qui, à nos yeux, mérite d'être corrigé assez rapidement.

²⁴ Les auteurs du présent rapport ne sont pas totalement naïfs, et ne s'attendaient évidemment pas à ce qu'on dise à des représentants de donateurs que leur argent ne servait à rien ...

²⁵ Chaque déplacement est consigné (kilométrages départ et arrivée, incidents éventuels, horaires, signature des passagers, etc) de telle sorte qu'un suivi précis de l'utilisation de chaque véhicule est possible.

2.3. Les relations entre le terrain et le siège

Il nous a semblé pour finir utile d'appeler l'attention sur deux difficultés.

La première touche aux modalités de recrutement.

Dans les mois écoulés, plusieurs personnels recrutés pour des postes en RDC se sont révélés mal adaptés à leur mission. Ces recrutements avaient été effectués en France, après une procédure de sélection qui apparemment ne prévoyait pas systématiquement l'avis des coordonnateurs en RDC. Il nous semblerait de bonne gestion qu'aucun recrutement ne puisse être finalisé sans un consensus du siège et du terrain.²⁶

La deuxième touche au nombre de responsables de mission (RM).

De fait on compte aujourd'hui, sur les trois missions de RDC, six responsables de mission, dont deux récemment arrivés dans le dispositif. Leur très grande compétence et la qualité de leurs apports ont été soulignées par tous les acteurs. Mais il apparaît qu'un nombre trop important de RM peut compliquer un pilotage équilibré des programmes, qui demande un bon fonctionnement du « triptyque »²⁷.

Pour notre part, compte tenu de l'imbrication forte des problématiques abordées dans les trois missions, et de l'unité évidente des philosophies qui les animent, nous pensons que la solution à rechercher devra certes permettre un partage du travail et la transmission des responsabilités, mais devra absolument assurer l'unité de vue et faciliter la communication.



Goma : marchande au bord de la route

2.4. Le programme VLG

Avec la prudence qui s'impose compte tenu de la brièveté de notre séjour à Goma, et des limites des observations que nous avons pu faire, nous pensons devoir exprimer certaines réserves concernant l'avenir du programme VLG.

241— Le contrôle du dispositif nous semble menacé

La principale réserve ne surprendra probablement pas les responsables du programme, puisque dès la présentation qui en avait été faite aux bailleurs, une fragilité intrinsèque avait été pointée : « Les conditions de gestion de la sécurité de MDM-France restreignent la supervision d'activités appuyées, dans toutes les zones de la province. Ce suivi se réalisera uniquement par des acteurs locaux pour certaines zones, limitant

²⁶ Nous apprenons au moment de la rédaction de ce rapport, à notre retour, que les procédures devraient être adaptées dans ce sens. Nous ne pouvons qu'approuver cette décision.

²⁷ A MDM, le pilotage des programmes est partagé entre le siège (« le desk »), les responsables de mission (les RM), et le « terrain » (coordination générale et coordination programme)

ainsi les capacités d'accompagnement ». (*Fiche de présentation du projet VLG soumise à l'AFD pour demande de financement*).

Il nous semble aujourd'hui que c'est la capacité même de contrôler le dispositif qui est en jeu. Compte tenu des difficultés de circulation, même dans Goma, et a fortiori à l'extérieur, de l'éloignement de certaines zones (plusieurs centaines de kilomètres)²⁸, de l'insécurité qui interdit aux acteurs de MDM de se rendre sur les lieux²⁹, il n'est plus possible d'exercer correctement les contrôles qui s'imposeraient : contrôle de l'emploi des aides financières apportées par MDM, contrôle de la réalité des interventions déclarées, contrôle de la qualité de ces interventions, voire même contrôle de la compatibilité de leur contenu avec les valeurs fondamentales de MDM.

Comment, dès lors, concilier l'impossibilité de ces contrôles tout en conservant le caractère éminemment novateur de ce programme ?

242— Le programme est peut-être prisonnier de son formalisme

Notre deuxième réserve touche au décalage entre les objectifs du programme et ses acteurs, d'une part, et de l'autre certaines des méthodes retenues dans sa mise en œuvre, qui nous ont paru pour certaines trop formalisées, voire stéréotypées, et emprisonnant parfois les acteurs eux-mêmes.

Les objectifs d'un programme comme le programme VLG de Goma, les conseillers (ères) concernés (ées), la qualité de leur formation, la maîtrise et le contrôle de leurs interventions sur le terrain, la densité de leurs échanges, la clarté de leurs restitutions, demandent probablement de poursuivre la réflexion sur l'adaptation des critères et des méthodes.

243— Une révision du programme paraît souhaitable

Au total, c'est un recentrage du programme que nous suggérons.

Avec deux options :

- limiter les interventions à des zones où MDM puisse être sûr de garder le contrôle de l'effectivité des actions, la maîtrise du contenu véhiculé et des méthodes mises en œuvre par ses partenaires.
- éviter la dispersion sur un trop grand nombre de micro-structures avec lesquelles il est difficile d'approfondir la réflexion sur les contenus. Un recentrage sur un plus petit nombre de partenaires permettrait peut-être de concentrer les moyens et d'améliorer l'efficacité commune.

Il s'agit d'un projet pilote et innovant, qui touche à un sujet difficile, celui de la santé mentale communautaire, plus éloigné des savoir-faire traditionnels des équipes de MDM que le programme VIH, mais qui peut avoir avec lui une véritable synergie. Les conditions de sa réussite nous semblent passer par ce recentrage et ce recadrage³⁰.

²⁸ L'action de MDM couvre l'ensemble des territoires de la province du Nord-Kivu : Goma, Masisi, Walikale, Rutshuru, Lubero et Beni.

²⁹ Pendant notre séjour, plusieurs responsables d'associations réunis en séminaire par MDM n'ont pas pu rentrer chez eux, les routes ayant été coupées en raison de la guerre.

³⁰ Juin 2012 ; en réponse à ces observations, le comité a reçu le commentaire suivant : « Ces observations sont tout à fait en ligne avec les constats discutés au sein du triptyque et ces problématiques sont d'ores et déjà identifiées comme étant au centre de la revue de programme prévue au mois d'août 2012, à l'issue de laquelle des mesures seront prises pour y remédier ».



*Maman Françoise d'UNIVIE portant le boubou
MDM*

Conclusion

Notre visite des missions de Kinshasa et de Goma nous a permis de nous forger une opinion quant aux différentes questions que le CDD s'était posées avant notre départ.

La qualité des rapports entretenus par MDM avec son environnement au Congo, qui assure l'efficacité de ses interventions, paraît surtout de nature à lui permettre de s'adapter à d'éventuelles contraintes nouvelles comme à des missions supplémentaires.

Le souci de rigueur et de transparence dans la gestion comme dans les relations avec les partenaires semble intégré dans la culture des équipes, et tous les interlocuteurs que nous avons côtoyés nous ont paru donner à leur travail une vraie dimension éthique.

Cependant, en arrière-plan de ces questions, importantes mais partielles, il y en avait au fond une seule, mais cruciale : alors que l'espoir de voir l'État congolais prendre enfin le relais des aides extérieures s'éloigne sans cesse, alors que les difficultés financières liées au désengagement de certains bailleurs contraignent l'association à engager des fonds propres très importants, le maintien d'une présence de MDM au Congo, à un tel niveau d'engagement, est-il possible ?

Notre conviction est que le statut d'ONG internationale — même de taille moyenne — de MDM rend impensable de ne pas rester dans un pays aussi effondré. Mais surtout, dans une situation si complexe, où la crise et le quotidien se confondent, où il est donc bien difficile de tracer la frontière entre les interventions d'urgence et les actions de développement, et où la problématique de l'offre et de la demande de soins ne se pose pas de façon simple et tranchée, l'action de MDM a un caractère expérimental, sans doute riche d'enseignements pour l'association tout entière.

Mais nous ne pouvons qu'appuyer MDM dans sa volonté de redéployer ses interventions.

Si la taille de l'équipe actuelle de la CG est un peu surdimensionnée, la solution la plus adéquate ne nous paraît pas être celle du repli, mais au contraire celle de la valorisation d'acquis reconnus par un développement des actions selon des orientations renouvelées, en accord avec les grandes thématiques qui fondent la stratégie de MDM aujourd'hui.

La mission Enfants des rues, qui demande encore un accompagnement par MDM mais s'achemine vers une passation réussie aux acteurs locaux, devrait pouvoir se réorienter vers la santé sexuelle et reproductive (SSR), et la réduction des risques (RDR).

La mission VIH est menacée par le retrait des bailleurs, mais quelles que soient les difficultés, nous encourageons MDM à ne pas désertier ce terrain. La solution passe, au moins en partie, par un renforcement du plaidoyer. L'arrivée d'un expatrié dédié pour six mois à cet aspect de l'action souligne que cette nécessité a été prise en compte. Mais nous encourageons le siège à s'engager encore davantage pour relayer les demandes des acteurs de MDM en RDC auprès des grands bailleurs internationaux.

La mission VLG doit être recentrée, recadrée, en pleine synergie avec les thématiques SSR et RDR citées précédemment. Cette réorientation devrait lui permettre un nouvel essor.

Et enfin, pourquoi ne pas envisager de nouvelles interventions (dans le seul champ sanitaire, la RDC offre hélas une multitude de domaines où tout reste à faire), propres à valoriser utilement l'implantation de MDM, ancienne, solide et reconnue, dans cette région du monde ?

Il a été dit en préambule de ce rapport comment, à Goma, nous avons été reçus par des personnes vivant avec le VIH, et comment leur porte-parole nous a expliqué que leur destin dépendait des financements apportés par les ONG, et dans leur cas particulier par MDM.

Cette femme a conclu son propos en s'adressant, à travers nous, à tous les donateurs pour leur dire qu'il leur fallait poursuivre leurs efforts : « Ne vous fatiguez pas ».



C'est en pensant à cette femme, et à tous ceux que MDM, aux côtés de tant de Congolais volontaires et courageux, soucieux d'aider leurs concitoyens, permet de soigner, que nous voudrions conclure ce rapport, en disant à tous ceux qui le liront qu'effectivement les donateurs ne doivent surtout pas « se fatiguer ».