



Résumé exécutif

**Rapport de la revue à mi-parcours du  
Programme Santé de RDC**

République Démocratique du Congo (RDC)  
PANC (RDC1419311) – PADP (RDC1419411)  
et PLVS (RDC1419111)



**Consortium EVA<sup>+</sup>**

Anthony Billaud, expert principal  
Gabriel Bukasa, expert senior gestion médicaments  
Pélagie EbekaMujangi, expert senior VS et VBG  
Pierre Grega, expert assurance qualité, DRIS.

Version du 26/08/2019

# 1 Présentation de l'évaluation

Ce rapport compile les conclusions de la revue à mi-parcours (ou Mid-term review - MTR) du Programme santé d'Enabel en RDC, qui regroupe trois programmes : le Programme d'appui au niveau central (PANC), ainsi que le Programme d'appui aux Divisions provinciales de la santé [DPS] et aux Zones de Santé [ZS] (PADP) et le Programme de lutte contre les violences sexuelles (PLVS) qui interviennent au niveau de trois DPS, à savoir Kwilu, Sud Ubangui et Tshopo. Le Programme santé a été conçu comme une intervention unique avec une approche multi sectorielle, multi niveaux et multi bailleurs, mis en œuvre dans le cadre du Programme indicatif de coopération (PIC) 2015-2019 qui avait la réforme du système de santé comme secteur de concentration prioritaire pour la coopération belgo-congolaise. L'intervention, initialement formulée en 2015, a effectivement débuté fin 2016. Le Programme santé est intégré dans la Stratégie de renforcement du système de santé (SRSS) et le Programme national de développement sanitaire (PNDS) 2016-2020. L'objectif général des trois programmes est de *contribuer à l'amélioration de l'état de santé de la population dans le cadre global de lutte contre la pauvreté*.

La MTR a été préparée en mai 2019, la mission de terrain a eu lieu du 27 mai au 14 juin 2019 et le rapport a été finalisé en août 2019. En associant les parties prenantes, et en s'inscrivant ainsi dans l'approche interactive et apprenante qui a caractérisé le Programme Santé d'Enabel durant sa mise en œuvre de fin 2016 à la mi 2019, la revue intermédiaire devait analyser en détail les avancées du Programme au niveau central et décentralisé et ce afin de réorienter, au besoin, les PANC, PADP et PLVS.

La MTR a d'abord exploité la documentation et les données déjà disponibles. Pour compléter ces données, des **réunions de travail** ont été organisées au niveau central (Direction des études et de la prospection [DEP], Direction de lutte contre la maladie [DLM], Direction de la surveillance épidémiologique [DSE]) et décentralisé au Kwilu, Sud Ubangui et Tshopo. En parallèle, des entretiens semi directifs ont été organisés avec les acteurs clés du Programme santé. Des membres du personnel soignant et des patients ont aussi été interviewés dans les trois provinces ciblées. De plus, de nombreuses visites de terrain ont été organisées dans les trois DPS ciblées par le Programme santé d'Enabel. A la fin de la mission de terrain, deux ateliers de restitution ont eu lieu : le premier à la DEP et le second à la représentation d'Enabel en RDC. En amont, des restitutions partielles ont été organisées dans chacune des 3 DPS.

## 2 Résultats et conclusions

### 2.1 Critères de performance

#### PANC

**Pertinence :** Le PANC intervient particulièrement à propos dans le contexte actuel de la RDC, dans la mesure où Enabel est une des seules agences à appuyer directement le niveau central du Ministère de la Santé (MS), et plus spécifiquement la Direction des Etudes et de la Prospection (DEP) et la Direction de la Surveillance Epidémiologique (DSE). Concernant l'appui au Programme national d'approvisionnement en médicament (PNAM), l'évaluation à mi-parcours a constaté que sans cet appui, le PNAM aurait eu du mal à jouer son rôle de pilotage et de coordination sur la gestion de la chaîne d'approvisionnement.

**Efficience :** dans un contexte post 2018 complexe (nombreuses contraintes externes) et avec certains retards dans la mise en œuvre et un niveau de décaissement de 50% à sept mois de la date de clôture du projet prévue par la Convention de mise en œuvre (CMO), l'efficience du PANC est moyenne. Concernant l'objectif spécifique 1 visant à renforcer les capacités managériales de la DEP, il est à noter que l'appui, notamment financier à la DEP, est jugé insuffisant. De plus, la coordination par la DSE de l'ensemble des PTFs intervenant dans le secteur de la santé est faible au niveau central (objectif spécifique 2, i.e. Renforcement des capacités managériales de la DLM), à cause notamment de contraintes externes comme la réticence de certains partenaires à appuyer un Etat central qui ne montre pas des signes clairs de soutien au Ministère de la santé. Enfin, sur le volet médicament, la chaîne d'approvisionnement est en grande partie non fonctionnelle, de nombreuses ruptures ayant été constatées pour des médicaments essentiels au niveau provincial.

**Efficacité :** L'efficacité du PANC est jugée satisfaisante par l'équipe d'évaluation : les objectifs fixés, certes ambitieux, sont loin d'avoir été atteints après deux ans et demi d'intervention. Au stade actuel, il est peu probable que les trois objectifs spécifiques (i.e. 1. renforcement des capacités managériales de la DEP, 2. de la DLM et 3. de la chaîne d'approvisionnement en médicaments, dispositifs médicaux et produits de diagnostic essentiels) soient atteints avant la fin du programme, prévue pour décembre 2019. Sur le volet médicament, au niveau central, le PNAM exécute pleinement ses activités planifiées avec l'assistance technique dédiée. Par contre, la revue constate de nombreuses insuffisances sur la chaîne d'approvisionnement en produits de santé, notamment la coordination au niveau central et au niveau des provinces, entraînant un mauvais accès aux médicaments au niveau des zones de santé.

**Impact :** L'impact du PANC est structurellement limité par la coupe budgétaire qui a réduit de près de moitié son budget. Cependant l'impact du PANC sur le fonctionnement même de la DEP par exemple est important, dans la mesure où il assure un financement direct des frais de fonctionnement de la DEP. Le coaching rapproché des hauts cadres des directions, à travers la présence physique des ATI, est aussi efficace et a un impact positif sur l'intervention.

**Durabilité :** Comme mentionné précédemment avec le critère de pertinence, Enabel étant une des seules agences à soutenir directement le fonctionnement de la DEP, de la DLM et dans une moindre mesure le PNAM, la durabilité du PANC est très faible. Ainsi, les coopérations multilatérales (ONU, Union Européenne) et les coopérations bilatérales ne financent pas le fonctionnement des directions du niveau central. La durabilité est donc fortement à risque, car dépendante essentiellement du niveau d'investissement national.

#### PADP

**Pertinence** : Parfaitement intégré à la SRSS et au PNDS, le PADP contribue à l'objectif majeur de décentralisation du système de santé de la RDC. L'intervention permet aux DPS, bénéficiaires du financement, de renforcer leur capacité de satisfaire aux besoins des populations locales. L'encadrement de l'offre de soin au niveau de l'Hôpital général de référence (HGR) et au niveau des zones de santé par les Equipes cadres des zones de santé (ECZS), objectif central du PADP, répond parfaitement aux besoins de la décentralisation, pour des soins accessibles et de qualité dans toutes les structures de soin.

**Efficience** : Avec un taux de décaissement de 41% à 7 mois de date de la clôture du projet prévue dans la CMO, l'efficience du PADP est mécaniquement moyenne, même si les taux de réalisation d'activités respectent les PAO et si la revue note des avancées en performance organisationnelle des DPS, en fréquentation des services et en qualité des soins, par exemple. Les résultats programmatiques qui en découlent témoignent de cette dynamique, liée au non-respect des délais impartis pour la réalisation des activités. Ce non-respect est en partie du, au contexte complexe de 2018.

**Efficacité** : Les objectifs du PADP ne sont pas atteints au moment de l'évaluation, c'est-à-dire à 7 mois de la clôture officielle du Programme. Comme mentionné précédemment, la revue à mi-parcours observe une insuffisance en matière de moyens mis à disposition des DPS et de retard dans la mise en œuvre des activités. Dans ce contexte, il semble difficile que les objectifs soient atteints d'ici décembre 2019.

**Impact** : Les deux années et demie de mise en œuvre du PADP ont eu plusieurs types d'impact au niveau des DPS ciblées : impact sur le fonctionnement des DPS (performance), amélioration des conditions de travail au niveau de la DPS elle-même, impact de la Tarification Forfaitaire Subsidiée (TFS) sur la fréquentation des structures de soins visées, avancées sur le volet digitalisation de l'information sanitaire via l'installation d'équipements. La MTR note cependant que cet impact est limité par trois faits : (i) le faible financement au regard des besoins des DPS, (ii) le retard dans la mise en œuvre des activités du PADP et (iii) le faible nombre de zones de santé appuyées.

**Durabilité** : La durabilité du PADP est en partie assurée par le contrat unique : en effet, presque tous les PTFs se sont engagés sur des activités spécifiques contribuant à un objectif commun au sein des DPS ; l'amélioration de l'accès et de la qualité des soins pour les populations bénéficiaires. La revue à mi-parcours souligne toutefois que la condition *sine qua non* de la durabilité du PADP est que les PTFs honorent les engagements qu'ils ont pris. Il en est de même pour les Gouvernements des Provinces.

## PLVS

**Pertinence** : Les objectifs et le contenu du PLVS répondent de façon adéquate aux priorités et besoins critiques des bénéficiaires cibles. Par ailleurs, la conception du programme soutient constructivement la mise en œuvre effective des politiques nationales de prévention et de réponse aux VS, notamment le PNDS qui prévoit dans le cadre des soins de santé de la reproduction, la prise en charge des IST et des violences sexuelles.

**Efficience** : D'une façon générale, le PLVS fait preuve d'un niveau d'efficience acceptable. L'approche intégrée des activités du programme, l'optique retenue consistant à renforcer les systèmes de réponse aux VSBG, ainsi que le recours au « budget unique », représentent des atouts certains pour un usage efficient des ressources. Il reste cependant des améliorations possibles, notamment en capitalisant davantage sur les interventions VSBG précédentes ou parallèles dans les zones couvertes par le programme (par exemple au Kwilu).

**Efficacité** : Les réalisations obtenues par le PLVS ont indéniablement catalysé des avancées de longue haleine, le long de la chaîne de résultats complexe, qui pourra *in fine* répondre aux objectifs du programme qui du reste sont ambitieux dans leur formulation. La MTR conclut donc que sous les résultats 1-4 du PLVS (i.e. 1. Renforcement des structures décentralisées de la santé pour la prise en charge des victimes de violence sexuelle, 2. Mise en place d'un système de prévention de la violence sexuelle dans la communauté et les écoles secondaires,

3. Renforcement de la prise en charge juridique des victimes de violences sexuelles, 4. Prise en charge des victimes de violences sexuelle adaptée aux spécificités socio-culturelles et socio-économiques par l'utilisation des méthodes basées sur les évidences scientifiques), pris individuellement, le programme a accompli les réalisations attendues avec un bon degré d'efficacité.

**Impact :** L'indicateur d'impact le plus représentatif du PLVS est l'augmentation du nombre de Survivant.e.s de violence sexuelle (SVS) pris.e.s en charge par les différents sites du programme. En matière de renforcement de capacités, les parties prenantes confirment que les formations ont eu un impact certain sur le rendement des acteurs. Toutefois, la MTR note que pour répondre au caractère multisectoriel de la PEC et atteindre les résultats attendus, le programme devra approfondir et étendre ses efforts de prévention et ses actions en matière de réinsertion et soutien à long terme aux victimes.

**Durabilité :** L'appui aux infrastructures et le soutien au renforcement des capacités des structures étatiques et acteurs de la prévention/réponse ont eu des résultats. La MTR constate que les activités du programme restent dépendantes d'approches complémentaires pour atteindre tout leur potentiel en termes de pérennité.

## 2.2 Questions spécifiques

**Question spécifique 1 :** PLVS : Quelle appréciation peut être faite de l'approche du PLVS dans la prise en charge des survivantes de violences sexuelles par les différents acteurs clés et les décideurs intervenants dans la PEC des violences sexuelles ?

Le PLVS est conçu autour d'une approche holistique et multisectorielle englobant les aspects médicaux, psychosociaux, juridiques et socio-économiques de la réponse aux Violences sexuelles et basées sur le genre (VSBG), en utilisant le secteur de la santé comme point d'entrée. Il inclut également des activités de prévention. L'appui aux infrastructures et le soutien au renforcement des capacités des structures étatiques et acteurs de la prévention/réponse ont eu des résultats concrets. Cependant, les activités du programme restent dépendantes d'approches complémentaires pour atteindre tout leur potentiel en termes de pérennité.

**Question spécifique 2 :** PADP : Dans quelle mesure le PADP influence-t-il le renforcement de capacités des DPS ?

La revue à mi-parcours constate que le PADP renforce effectivement les capacités des trois DPS ciblées à plusieurs niveaux : (i) du fonctionnement même des DPS, (ii) des infrastructures, (iii) de la performance de l'équipe de la DPS au niveau programmatique, administratif, financier et de la gestion globale des activités de la DPS dans sa fonction d'encadrement de l'action sanitaire au niveau de la province. Cet appui multi dimensionnel du PADP est en partie efficace. Si l'accès aux soins s'est amélioré grâce au soutien du PADP dans les trois DPS ciblées, l'équipe d'évaluation note que la *capacité de fournir des soins de qualité* n'a pas été une priorité effective : nous soulignons ainsi la nécessité de réorienter le focus du PADP sur la qualité des soins. Enfin, la revue intermédiaire considère qu'un des effets les plus importants du PADP sur les DPS est son influence forte sur le renforcement des capacités de coordination des PTFs par les DPS elles-mêmes, via le Contrat unique.

**Question spécifique 3 :** PANCC : Quels sont les succès et les difficultés rencontrés sur le volet approvisionnement en médicaments ?

Sur le volet des approvisionnements en médicaments essentiels génériques, la revue à mi-parcours souligne un meilleur fonctionnement des Centrales de distribution régionales (CDR) en termes de gestion de ressources suite aux formations variées qui ont ciblé le personnel de ces structures. La revue à mi-parcours a également constaté que la coordination des partenaires du Système national d'approvisionnement en médicaments essentiels (SNAME) ainsi que la supervision du niveau intermédiaire est devenue effective par le

Programme national d'approvisionnement de médicaments (PNAM) qui joue actuellement son rôle de pilotage du SNAME grâce à l'appui du projet. Par contre, le programme a de sérieuses difficultés d'acquisition de médicaments essentiels. Il semble pertinent qu'une réflexion sur la meilleure façon de procéder au renforcement du fond de roulement de la Fédération de centrales de distributions de médicaments essentiels (FEDECAME) et des CDR s'impose. Dans ce même cadre, la difficulté de conduire la supervision sur le volet des médicaments par le niveau intermédiaire a été constaté.

### 3 Recommandations

Nonobstant de multiples limites constatées et décrites dans ce rapport, la revue intermédiaire considère que le *Programme Santé Enabel (PANC, PADP, PLVS)* mérite une appréciation positive et que ce Programme doit être prolongé, sous réserve de la prise en compte des recommandations suivantes :

1. Poursuivre le plaidoyer au niveau central et provincial pour un meilleur alignement et une meilleure harmonisation des PTFs intervenants dans le secteur de la santé et une intégration effective dans le PNDS et la SRSS ; Enabel et MS
2. Accélérer la mise en œuvre des activités à tous les niveaux, notamment au niveau décentralisé des DPS avec le PADP : Enabel
3. Renforcer l'efficacité et l'efficience de la CA sur les MEG et produits de laboratoire pour s'assurer d'une disponibilité d'au moins 90% de xxx: Enabel, MS et PTFs
4. Prioriser la recherche action à tous les niveaux (niveau central et décentralisé) et développer des protocoles de recherche innovant et à haut impact, par exemple sur la SMNI visant à faire baisser les taux de mortalité infantile et maternelle : MS
5. Spécifiquement pour le PLVS, il est nécessaire de renforcer la prise en charge holistique des victimes de violence sexuelle, en insistant sur les volets juridique et socio-économique : Enabel et MS

### 4 Leçons apprises

1. Des programmes comme le PANC, le PADP et le PLVS, qui visent des renforcements de capacités multi niveaux et des transformations systémiques (Réforme du système de santé), requièrent un appui suffisamment poursuivi dans le temps. Idéalement il faudrait envisager d'une succession d'interventions. Par ailleurs, pour éviter un éparpillement des résultats (vingt pour les trois Programmes), il importe de créer des résultats transversaux qui apparaissent dans les trois programmes. Peut-être faut-il aussi limiter davantage les axes d'intervention et cibler l'atteinte d'une masse critique suffisante de résultats et de conditions de succès pour générer des progrès et/ou des transformations durables.
2. L'ancrage physique des équipes du Programme santé au sein du MS est une très bonne pratique à reproduire. En effet, elle permet de faire émerger une synergie entre Enabel et les acteurs locaux appuyés.
3. Le « backstopping technique » de l'équipe d'assistance technique sur place et externe est fondamental, d'autant plus que l'intervention dans trois Provinces et au niveau de Kinshasa crée *de facto* des gaps. Il importe d'appuyer cette équipe par une remise en question constructive de haut niveau ; cela peut idéalement être lié à l'exercice de passage en revue annuelle de la théorie de changement.
4. Enfin, et concernant spécifiquement le PLVS : la revue insiste sur le fait qu'un tel Programme doit intégrer des enjeux non couverts, notamment des approches adaptées aux enfants car les mineurs ont besoin de mesures adaptées à leur vulnérabilité particulière, notamment en matière de prise en charge médicale, psychologique et judiciaire