



MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE

MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT PRIMAIRE,
SECONDAIRE ET PROFESSIONNEL

STRATEGIES NATIONALES « ECOLE, VILLAGE ET CENTRE DE SANTE ASSAINIS »

PLAN QUINQUENNAL 2018-2022

Dr Berthe BANZUA MBOMBO/ Paul TSHINKUTA
Coordonnateurs

PLAN DE PRESENTATION

I. Introduction

I. Résultats de l'évaluation du Plan quinquennal 2013-2017

II. Présentation synthèse du Plan quinquennal 2018-2022

Village assainie

Ecole assainie

POUR REpondre au défi de l'accès à l'EHA en milieu rural, le Gouvernement de la RD Congo a mis en place les STRATEGIES NATIONALES

ECOLE, VILLAGE ET CENTRE DE SANTE ASSAINIS

(Dénommé: Programme écoles et villages assainis, PNEVA)

- **Commencé en 1990 avec USAID (SANRU)**
- **Depuis 2006 : Plusieurs PFTs notamment DFID, l'UNICEF, USAID, et le Japon (JICA)...**
- **Le programme a été mis en œuvre en deux phases :**
 - **Phase 1: 2008/2012**
 - **Phase 2: 2013/2017**
- **Le Actuellement dans 23 provinces sanitaires et 26 Provinces Educationnelles de la RDC.**

Le PNEVA

- **Approche communautaire dans les villages, écoles et centres de santé**, qui repose sur les principes de « demande » et de « l'appropriation » communautaire.
- Le programme est basé sur l'atteinte de 7 normes pour les villages, les CS et 4 pour les écoles en suivant une série d'étapes connue sous le nom de « processus pas à pas »

Les stratégies nationales EHA

Village Assaini

- Mise en œuvre depuis: 2008
- Localisation: 25 DPS, 279 ZS
- PTFs:
 - UNICEF/DFID
 - Consortium Wash
 - Consortium SWIFT
 - IMA

Centre de Santé Assaini

- Mise en œuvre depuis: 2017
- Localisation: 10 DPS, 23 ZS
- PTFs: UNICEF et MCSP

Ecole assainie

- Mise en œuvre depuis: 2008
- Localisation: 26 DPS, x ZS
- PTFs:
 - UNICEF/DFID
 - Consortium Wash
 - Consortium SWIFT
 - IMA

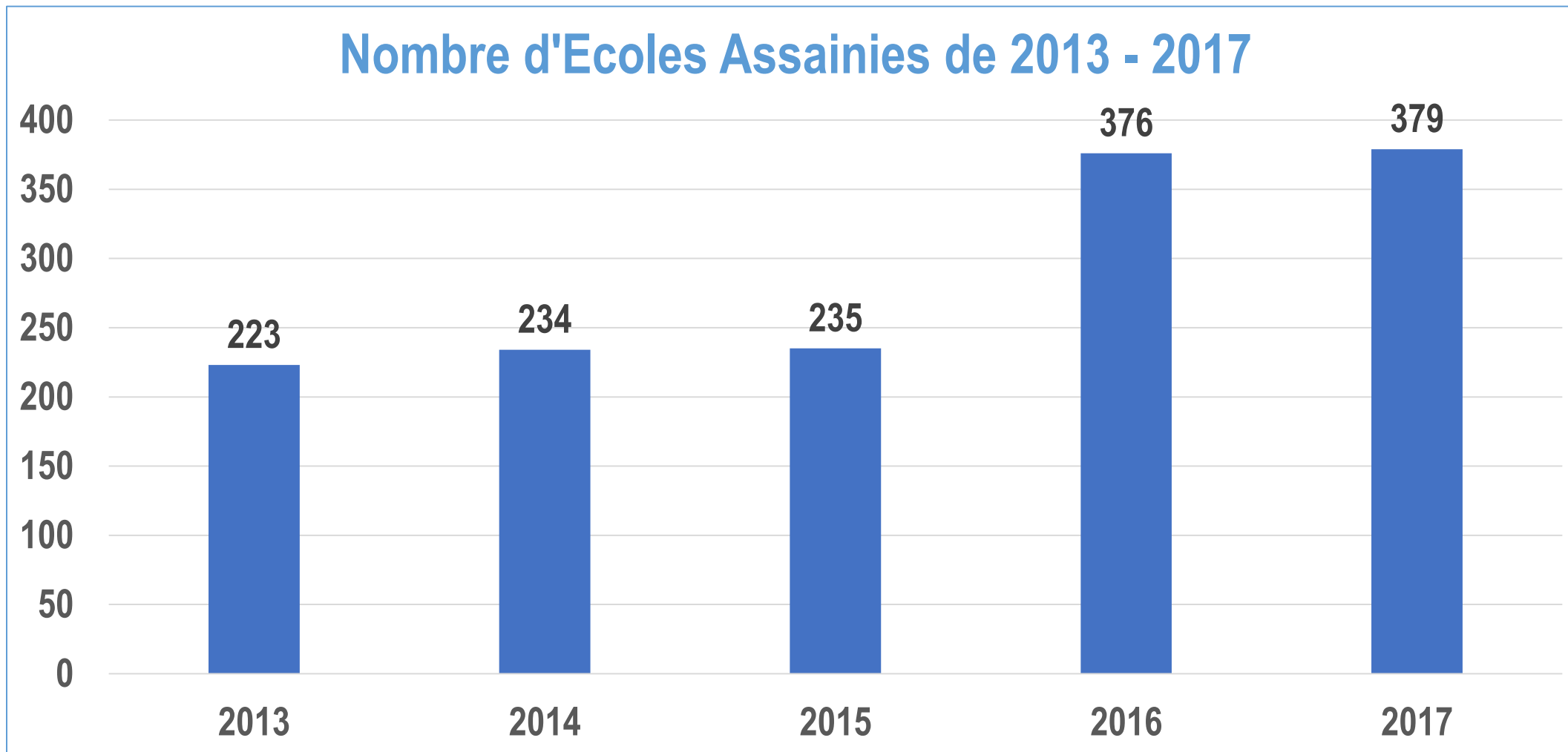
Mécanisme de coordination de la PNEVA

- La coordination est assurée par 2 Ministères:
 - ✓ Le MSP à travers la DHSP
 - ✓ Le MEPSP à travers la DIPROMAD par biais du Programme d'Education pour la Santé et l'Environnement (PESE)
- Ces ministères travaillent en collaboration et en synergie avec le Ministère du Plan (CNAEHA), le SNHR du Ministère chargé du Développement Rural, la DAS du Ministère de l'Environnement et Conservation de la Nature.
- La Coordination Nationale a des cellules: Technique, Suivi et Évaluation, Communication, Formation, et Assurance Qualité) traitant des matières spécifiques.

RESULTATS DU PLAN QUINQUENNAL EVA 2013-2017

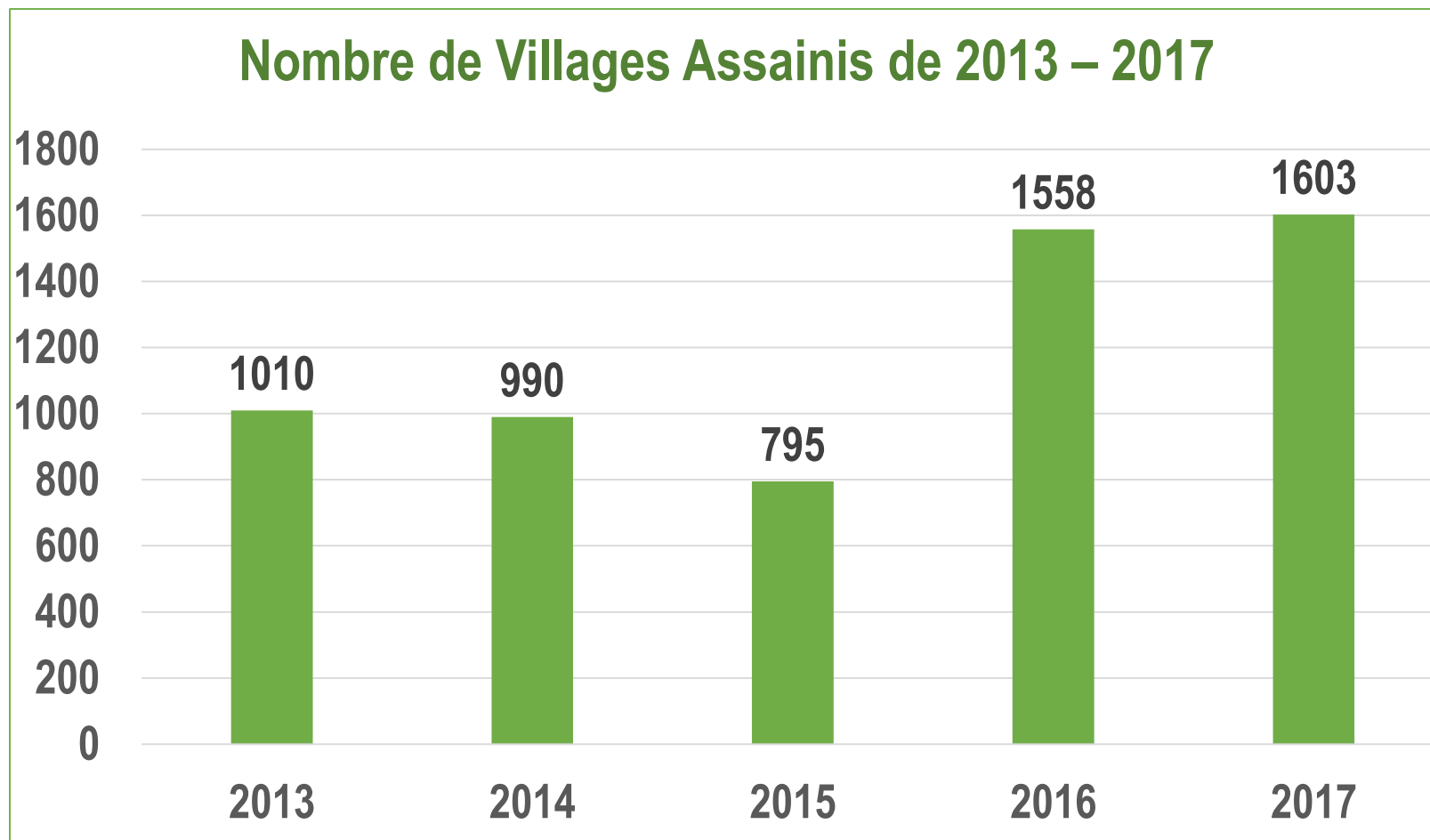
RESULTATS DU PROGRAMME POUR LE CYCLE 2013-2017

Couverture en EHA : Ecoles certifiées



RESULTATS PROGRAMMATIQUES POUR LE CYCLE 2013-2017

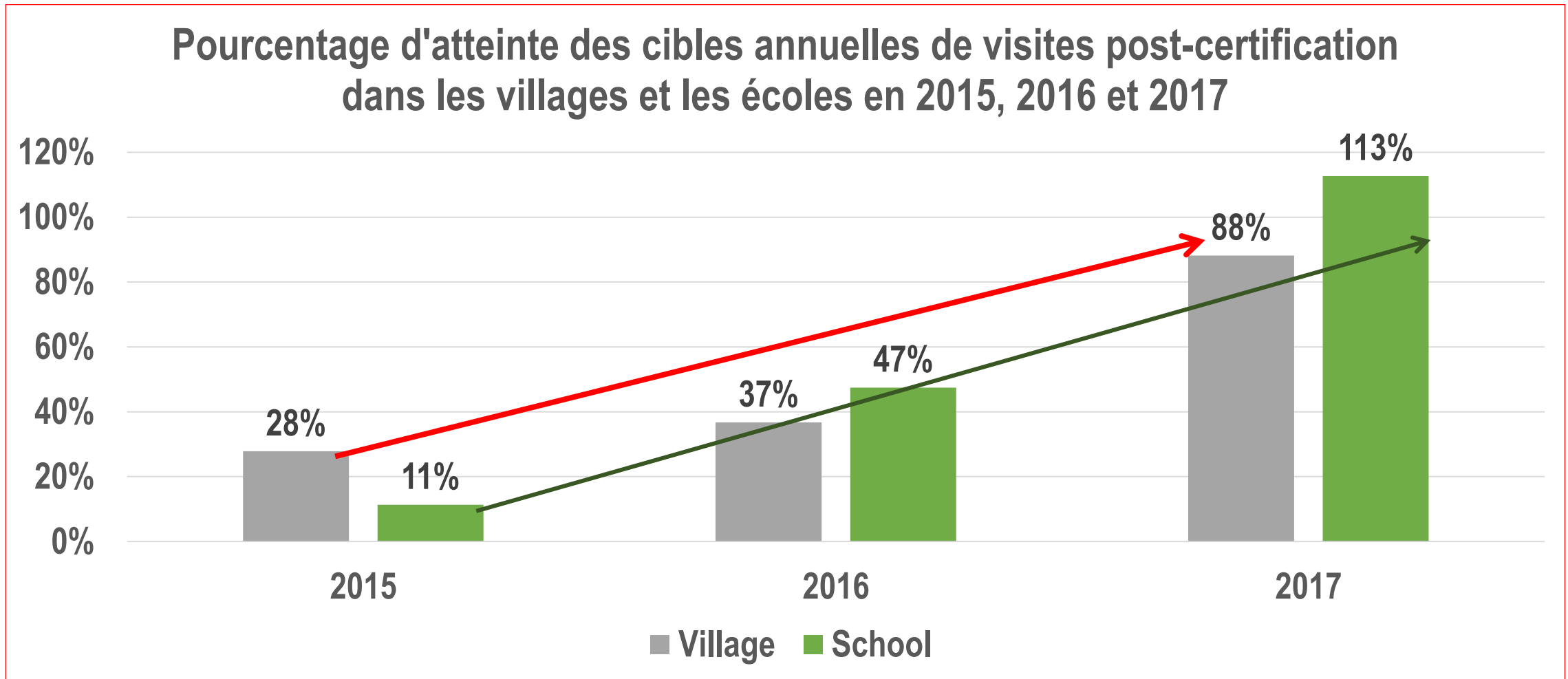
A. Couverture en EHA : Nouveaux villages certifiées



- 5956 villages sur 6000 prévus (99%)
- 4.912.040/6.000.000 personnes ont ainsi eu accès à un environnement assaini (81,86%)
- Faible certification en 2015 (Processus de la réforme du secteur de la santé au niveau provincial et formations à la phase 2)
- Bonne appropriation en 2016 et 2017

RESULTATS DU PROGRAMME POUR LE CYCLE 2013-2017

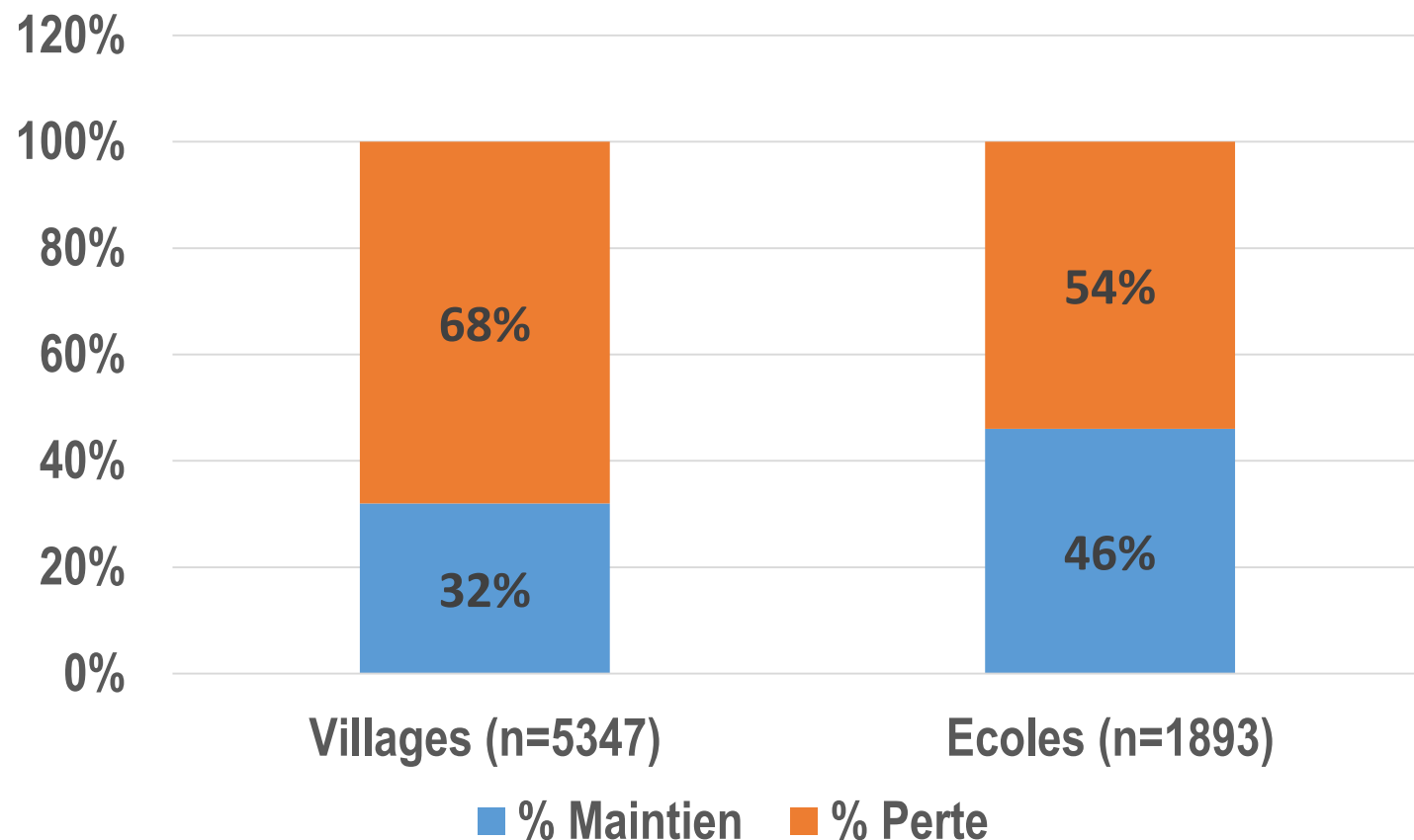
Durabilité des acquis EHA : Mise en œuvre de la stratégie post-certification



RESULTATS DU PROGRAMME POUR LE CYCLE 2013-2017

Durabilité des acquis EHA : Mise en œuvre de la stratégie post-certification

Pourcentage de maintien/perte du statut assaini dans les écoles et villages en 2017

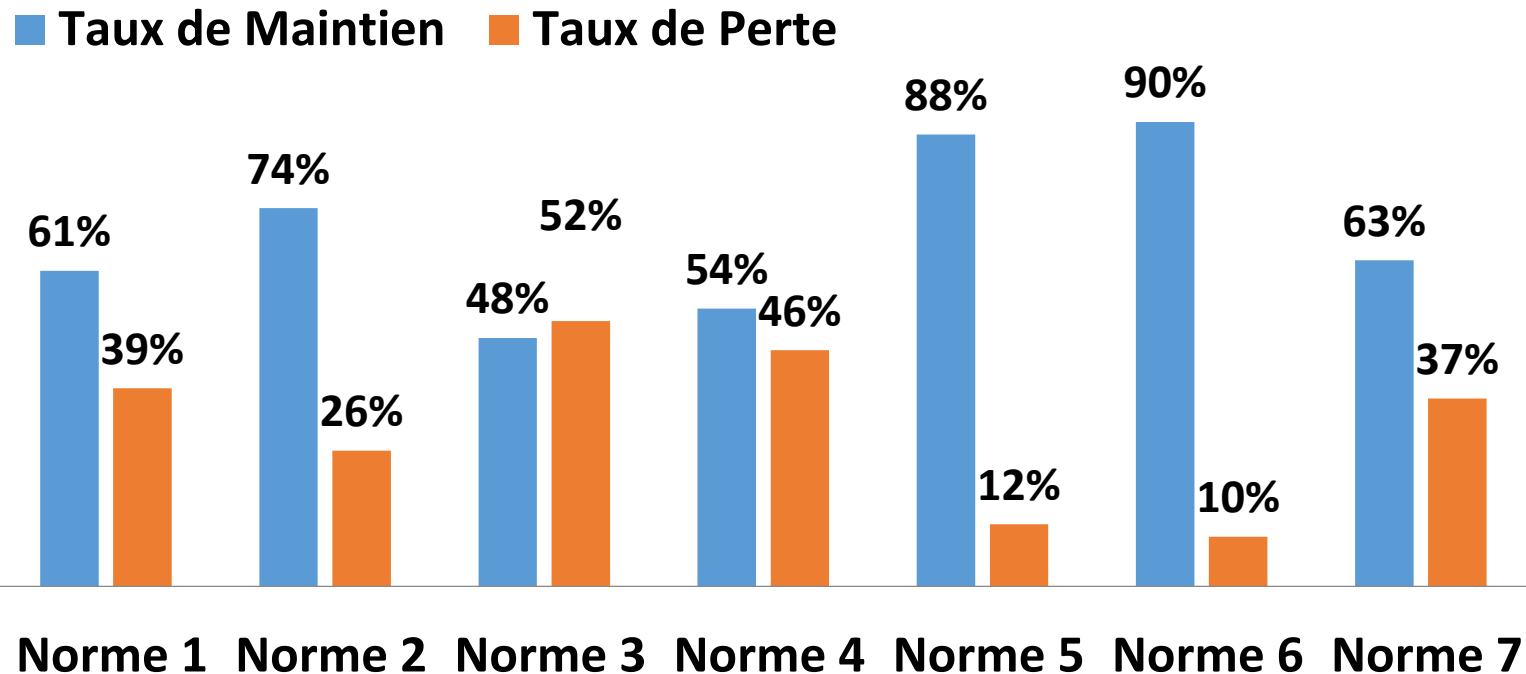


- Retard dans le financement des DPS (FT unique)
- Faible qualité du processus Pas à Pas;
- Faible appropriation des acquis par la communauté;
- Faible rédevabilité;
- Faible accompagnement des communautés par les ECZ;
- La rigueur des critères de PC

RESULTATS PROGRAMMATIQUES POUR LE CYCLE 2013-2017 (4/5)

Durabilité des acquis EHA : Mise en œuvre de la stratégie post-certification

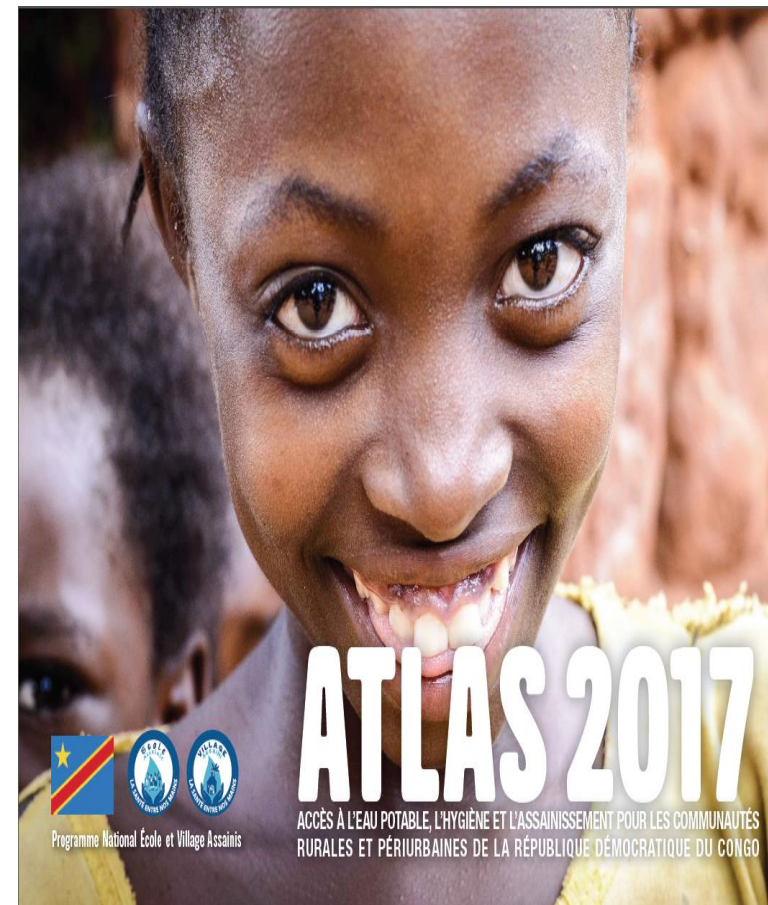
Proportion des villages par norme et maintien ou perte de statut assaini en 2017 (n=5347)



- les normes souvent peu maintenues sont celles liées au changement de comportement comme les normes 3 et 4 (le changement est un processus)
- Non opérationnalisation des BRIGADES d'HYGIENE dans les AS

FACTEURS DE SUCCES

- Application des principes de la Masse critique et de la communauté élargie
- Ciblage nationale réaliste avec 99% d'atteinte de la cible prévue
- Processus à base communautaire & Gouvernance locale
- Promotion du secteur privé dans le WASH, Partenariat stratégique (Université, Eglise, OSC.)
- Existence d'un outil de communication et de plaidoyer robuste : Atlas 2017 Multi Acteurs



POINTS D'ATTENTION ET PISTES DE SOLUTION

Points d'attention	Pistes de solution
Faible harmonisation des interventions avec d'autres services du MSP et autres services connexes	<ul style="list-style-type: none">• Améliorer la synergie des interventions pour contribuer à réduction des maladies liées à l'EHA (choléra, dysenterie ...)• Renforcer la collaboration intersectorielle
Faible alignement des partenaires impliqués dans les stratégies nationales EHA	<ul style="list-style-type: none">• Renforcer le cadre de concertation avec les PTFs et promouvoir les principes directeurs du MSP

III. Plan Quinquennal 2018-2022

« Village et Centre de santé Assainis »

3.1. APERCU GENERAL DU PLAN QQ 2018-2022

- **Objectif général:**

Contribuer à la réduction de la morbidité, de la mortalité et problèmes de santé liées à l'eau, l'hygiène et l'assainissement

- **Durée:** 5 ans (2018-2022)

- **Coût global:** 232.569.889 \$

- Source de financement: GDRC, PTF et communauté

- Ce plan → La planification, la coordination des activités du PNEVA → ODD

 - Alignement des PTFs → Transparence et rédevabilité

 - Outil de plaidoyer pour la mobilisation des ressources

3.2 Contexte et Justification: Plan international

L'atteinte des Objectifs de Développement Durable (ODD)

- L'objectif n°6:
 - Objectif 6.1 : « d'ici 2030, assurer l'accès universel et équitable à l'eau potable, à un coût abordable »
 - Objectif 6.2 : « d'ici 2030, assurer l'accès de tous, dans des conditions équitables, à des services d'assainissement et d'hygiène adéquats et mettre fin à la défécation en plein air, en accordant une attention particulière aux besoins des femmes et des filles et des personnes en situation vulnérable ».

Le PNEVA bien coordonné permettra de contribuer à l'atteinte de ces objectifs en milieu rural.

3.2 Contexte et Justification: Plan national

- Le Plan National Stratégique de Développement (PNSD 2017-2022)
- Le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS 2016-2020)
- L'intégration du volet Hygiène en milieu hospitalier
- La décentralisation à travers laquelle sera matérialisée la poursuite des réformes prioritaires visant une meilleure gestion du système de santé dans son ensemble
- La stratégie sectorielle de l'Education et Formation 2016-2025

3.3. PROCESSUS D'ELABORATION DU PQQ 2018-2022

- Evaluation participative et inclusive de la mise en œuvre du plan quinquennal 2013-2017 afin de faire ressortir les forces et les points d'attention; ceci à différents niveaux de la pyramide sanitaire
- Prise en compte de toutes les parties prenantes gouvernementales (CNAEHA) que des PTFs (IMA, Consortium WASH, SWIFT, TEARFUND, OXFAM, PROSANI)
- Recrutement d'un consultant pour finaliser l'écriture du plan quinquennal 2018-2022 (avec appui de l'UNICEF)

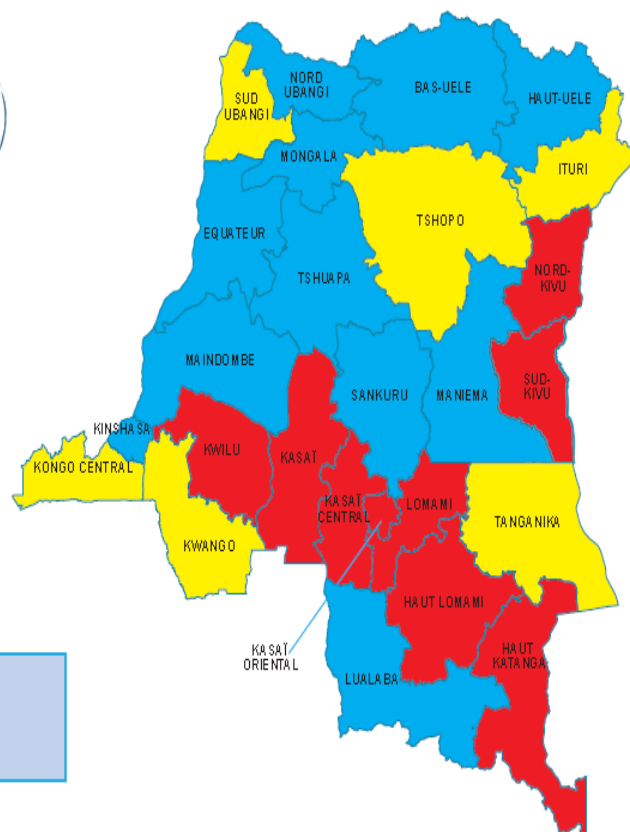
3.4. AXES D'INTERVENTION DU PQQ 2018-2022 (1/4)

Interventions	Résultats attendus
Extension de la couverture géographique dans les villages et les centres de santé	Augmentation de la couverture en eau dans les villages et centres de santé avec la vision de contribuer à l'atteinte des ODD d'ici 2030, notamment dans les provinces prioritaires
	Intégration du Plan de gestion de la sécurité sanitaire de l'eau au niveau des villages ciblés en accord avec les ODD (objectif 6.1: « d'ici 2030, assurer l'accès universel et équitable à l'eau potable, à un coût abordable»)
	Intégration du volet centres de santé selon les normes et standards du VA
	Systématisation de la post-certification pour l'ensemble des villages et centres de santé certifiés depuis le début de l'approche VA par l'ensemble des PTF

3.4. AXES D'INTERVENTION DU PQQ 2018-2022 (2/4)

Interventions	Résultats attendus
Extension de la couverture géographique dans les villages et les centres de santé	<p>Renforcement de la couverture en assainissement vers l'atteinte de la fin de la Défécation à l'air libre dans les villages ciblés en accord avec les ODD (objectif 6.2: Objectif 6.2 : « d'ici à 2030, assurer l'accès de tous, dans des conditions équitables, à des services d'assainissement et d'hygiène adéquats et mettre fin à la défécation en plein air, en accordant une attention particulière aux besoins des femmes et des filles et des personnes en situation vulnérable ».)</p> <p>Application du principe de masse critique de manière renforcée</p>

Extension de la couverture géographique dans les villages, les écoles et les CS



Priorité	Provinces concernées	Critères de vulnérabilité	Intensité du programme
Priorité 1	Haut-Katanga, Haut-Lomami, Kasai, Kasai Central, Kasai Oriental, Kwilu, Nord-Kivu, Sud-Kivu, Lomami	<ul style="list-style-type: none"> • Morbidité diarrhéique et mortalité infantile élevée; • Choléra endémique; • Malnutrition chronique au-dessus de la médiane nationale 	40-60% du gap vers la cible ODD
Priorité 2	Tanganyika, Kongo Central, Ituri, Sud-Ubangi, Kwango, Tshopo	<ul style="list-style-type: none"> • Morbidité diarrhéique et mortalité infantile moyenne; • Choléra endémique; • Malnutrition chronique au-dessus de la médiane nationale 	20-40% du gap vers la cible ODD
Priorité 3	Equateur, Mongala, Lualaba, Sankuru, Tshuapa, Maindombe, Bas-Uele, Haut-Uele, Nord-Ubangi, Maniema, Kinshasa	<ul style="list-style-type: none"> • Morbidité diarrhéique et mortalité infantile moyenne; • Absence de choléra endémique; et • Malnutrition chronique au-dessous de la moyenne nationale 	0-20% du gap vers la cible ODD

3.4. AXES D'INTERVENTION DU PQ 2018-2022 (3/4)

Interventions	Résultats attendus
Renforcement du système de suivi-évaluation	Rapportage exhaustif de données de toutes les zones de santé, quel que soit l'appui de PTF
	Renforcement de l'interopérabilité entre la base de données nationale et SNIS
	Génération d'évidences pour faciliter la prise de décision et l'apprentissage dans les provinces avec approche VA et CSA
Renforcement de la coordination et de l'ancrage institutionnel	Implication progressive des ETD dans la mise en œuvre des approches VA et CSA
	Création d'un environnement favorable à l'intégration du secteur privé dans la mise en œuvre des approches VA et CSA
	Elaboration d'un document normatif des approches VA et CSA pour les interventions WASH en milieu rural
	Création d'un comité de pilotage du PQ pour améliorer la coordination des acteurs

3.4. AXES D'INTERVENTION DU PQ 2018-2022 (4/4)

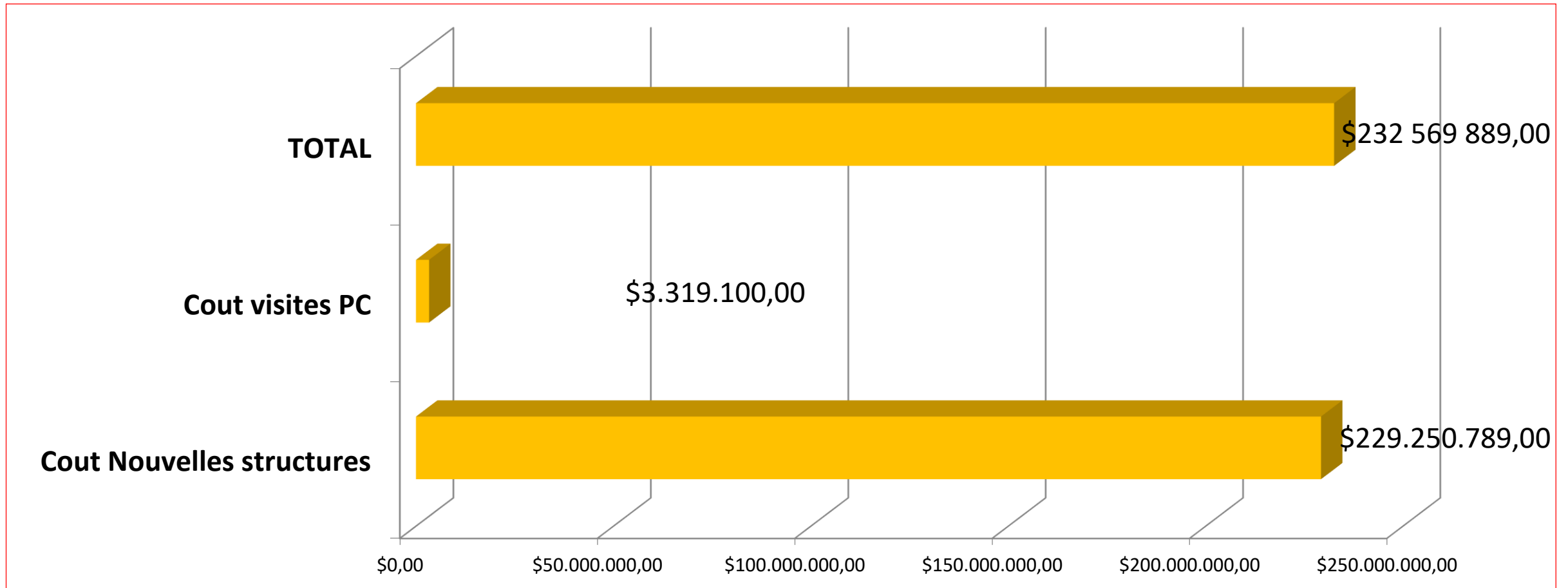
Interventions	Résultats attendus
Renforcement de l'ancrage communautaire	Alignement des stratégies VA et CSA à la nouvelle approche de la dynamique communautaire du ministère de la santé
	Renforcement du rôle des EFL dans la mise en œuvre et le suivi du SVA et CSA
Questions transversales	Renforcement de la prise en compte du genre dans le PNEVA
	Renforcement de capacités des acteurs multidisciplinaires à tous les niveaux

Synthèse des cibles du Plan Quinquennal 2018-2022

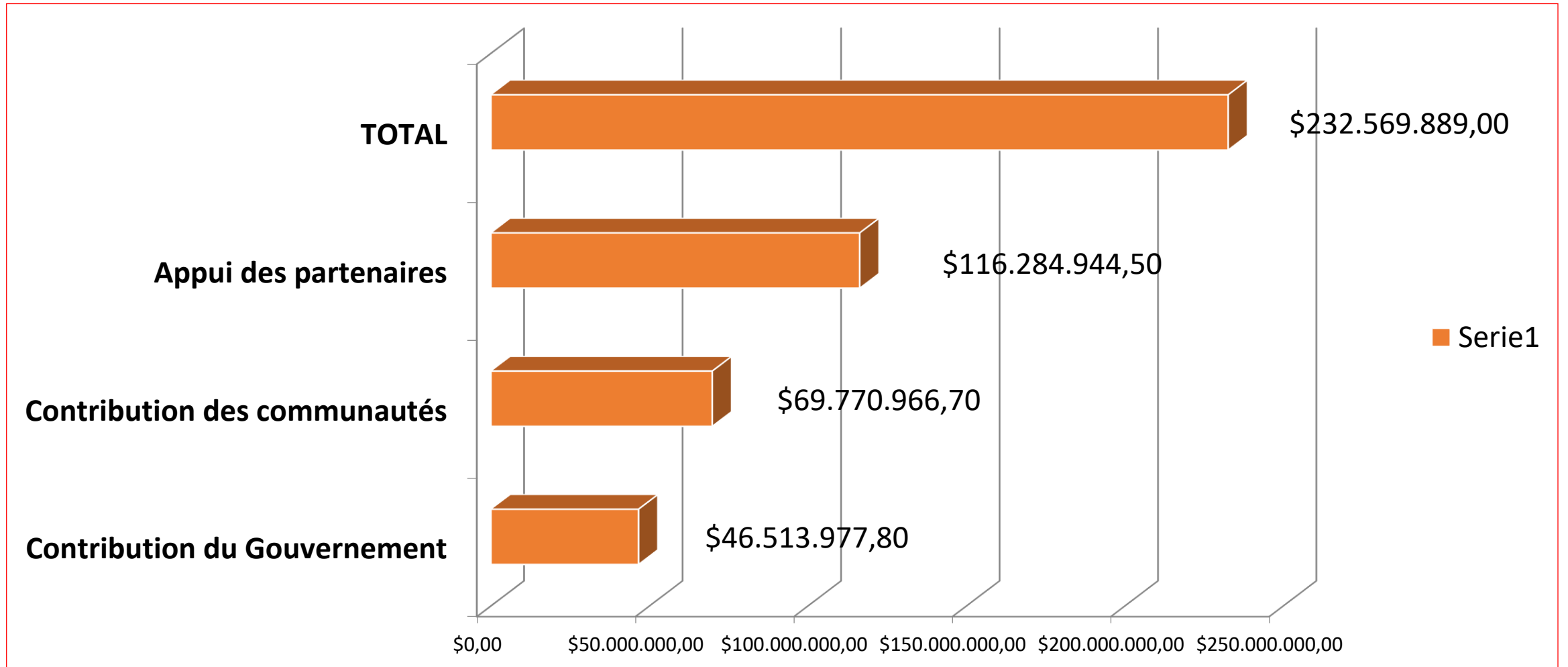
Cible nouvelles structures (VA, EA et CSA)	
Nbre ZS	279
Nbre SDE	181
Pop tot à couvrir sur la période 2018-2022	11 637 096
Population à couvrir annuellement	2 327 419
Nbre VA/an	3 141
Nbre d'EA/an	785
Nbre CdSA/an	314
Nbre VA sur 5 ans	15 705
Nbre EA sur 5 ans	3 926
Nbre CdSA sur 5 ans	1 570
Coût d'investissement annuel estimé	\$45 850 158
Coût d'investissement estimé sur 5 ans	\$229 250 789

Cible PC 2006-2022	
Nbre ZS	279
Nbre SDE	181
Nbre village en PC 2006 à 2018	9530
Nbre Ecole en PC 2006 à 2017	2458
Cible moyenne PC VA/5 ans	15707
Cible moyenne PC EA/5 ans	3926
Cible moyenne PC CdSa/5 ans	1570
Cible Tot PC VA 2006-2022	25237
Cible Tot PC EA 2006-2022	6384
Cible Tot PC CdSA 2006-2022	1570
Coût d'investissement annuel estimé	\$663 820,00
Coût d'investissement estimé sur 5 ans	\$3 319 100,00

3.6. COÛT DU PQQ 2018-2022



3.6. SOURCES DE FINANCEMENT PQQ 2018-2022 (2/2)





Merci