



Plan Quinquennal 2018-2022

PROGRAMME NATIONAL
ÉCOLE ET VILLAGE ASSAINIS



République Démocratique du Congo
Ministère de l'Enseignement Primaire,
Secondaire et Professionnel
Ministère de la Santé Publique



www.ecole-village-assainis.cd



Plan Quinquennal 2018–2022

PROGRAMME NATIONAL
ÉCOLE ET VILLAGE ASSAINIS



Sommaire

Préface	4
Liste des acronymes	6
Introduction	7
1. Aperçu de la situation en eau hygiène et assainissement en RDC	7
2. Programme national école et village assainis: répondre aux défis de l'EHA en milieu rural	10
Pourquoi et comment un nouveau Plan Quinquennal 2018–2022 ?	14
1. Objectif du plan quinquennal	14
2. Plan quinquennal 2018–2022: s'adapter aux nouvelles orientations nationales et internationales dans le secteur EHA.	15
3. Processus d'élaboration du Plan Quinquennal 2018–2022: une approche inclusive	17
4. Résultats atteints du Plan Quinquennal 2013–2017	
5. Durabilité des acquis EHA: mise en œuvre de la stratégie Post-Certification (PC)	18
6. Évolution des financements sur la période 2013–2017	20
7. Forces et faiblesses du plan quinquennal 2013–2017	21
Plan Quinquennal 2018–2022	26
1. Objectif général du Plan Quinquennal 2018–2022	27
2. Stratégies d'intervention et axes stratégiques	27
• Axe stratégique 1: extension de la couverture géographique du PNEVA dans les villages, écoles et centres de Santé et durabilité des acquis EHA	29
• Axe stratégique 2: extension de la couverture géographique du PNEVA dans les villages, écoles et centres de santé et durabilité des acquis EHA	32
• Axe stratégique 3: renforcement de la coordination et de l'ancrage institutionnel du PNEVA	34
• Axe stratégique 4: renforcement de l'ancrage communautaire du PNEVA afin d'assurer sa durabilité	36
• Axe stratégique 5: questions transversales	37
Projection des cibles et financement sur le cycle 2018–2022	39
1. Définition des cibles prévisionnelles de certification pour les villages, écoles et centres de santé.	39
2. Cibles pour la post-certification	41
Bibliographie	42





Village Assaini

La République Démocratique du Congo s'est engagée pour l'atteinte des Objectifs de Développement Durable (ODD) à l'horizon 2030, et plus spécifiquement de l'objectif 6, qui vise à garantir l'accès de tous à l'eau et à l'assainissement et à assurer une gestion durable des ressources en eau.

Le Plan National Stratégique de Développement 2017-2022 (PNSD) traduit ces engagements et vise ainsi à « *assurer de manière équitable l'accès de toute la population à l'eau potable, à un coût abordable, ainsi qu'aux services d'assainissement et d'hygiène adéquats* » et projette d'atteindre un taux global de desserte en eau potable d'au moins 70 % d'ici à la fin de son implémentation.

Le Programme National Village Assaini (PNVA) revêt une importance majeure pour le Ministère de la Santé dans la mesure où il contribue de manière significative à l'atteinte des ODD.

Par ailleurs, l'hygiène individuelle, la propreté des villages et l'accès à l'eau et à l'assainissement permettent de diminuer considérablement les maladies hydriques qui continuent d'affecter notre pays, notamment dans les zones les plus reculées.

Plusieurs acteurs dont l'UNICEF, le Consortium WASH RDC, le Consortium SWIFT, et IMA World Health accompagnent le gouvernement dans la mise en œuvre du Programme National Village Assaini. De 2008 à 2017, le Programme National Village Assaini (PNVA) a ainsi permis de déclarer 9530 Villages Assainis, ce qui correspond à 8601567 personnes ayant accès à un environnement assaini. Le mécanisme de post-certification introduit en 2014 assure la pérennisation des acquis sur le long terme en matière d'accès à l'eau, à l'hygiène et à l'assainissement et constitue une réelle valeur ajoutée pour le Programme. L'année 2017 a été une année particulièrement productive, pendant laquelle les équipes du PNVA ont réussi à démontrer leur capacité à effectuer un suivi post-intervention efficace à l'échelle du pays.

J'encourage ainsi toutes les équipes de mise en œuvre du PNVA à poursuivre leurs efforts aux côtés des communautés villageoises, et leur assure un soutien indéfectible pour l'atteinte des objectifs de ce plan.

J'exprime ma gratitude au Ministère de l'EPSP et aux ministères impliqués dans le secteur de l'eau, hygiène et assainissement.

Je remercie d'avance tous les partenaires techniques et financiers qui sont prêts à apporter leur appui en vue de faire de l'accès à l'eau, à l'hygiène et à l'assainissement une réalité pour tous dans les milieux ruraux et péri-urbains de la République démocratique du Congo.

Dr Oly Ilunga Kalenga

Ministre de la Santé Publique

en République Démocratique du Congo

Plan quinquennal PNEVA 2018-2022

République
Démocratique
du Congo

Préface



École Assainie

Le Gouvernement de la République Démocratique du Congo est fermement attaché à la qualité de l'enseignement. Cette détermination de l'État congolais apparaît sans équivoque dans la Stratégie sectorielle de l'éducation et de la formation 2016-2025 dont la création des conditions d'un système éducatif de qualité est une composante essentielle.

Dans cette perspective, le Gouvernement vise, entre autres, l'amélioration de l'environnement éducatif. Ceci est un objectif majeur dont l'atteinte nécessite, notamment, la mise en place des commodités de base parmi lesquelles l'accès à l'eau, à l'hygiène et à l'assainissement ainsi que l'existence des latrines qui occupent une place primordiale. À ce titre, le Programme National « École Assainie » soutient l'action du Ministère de l'Enseignement Primaire, Secondaire et Professionnel, qui, à travers le Programme d'éducation pour la santé et l'environnement à l'école, permet aux établissements d'enseignement primaire de développer leurs infrastructures sanitaires et d'améliorer les connaissances de base des apprenants en matière d'hygiène.

L'école constitue une porte d'entrée stratégique pour diffuser des messages clés à l'ensemble des communautés du pays. La sensibilisation des élèves aux bonnes pratiques d'hygiène a des répercussions bien plus larges. En effet, les élèves, véritables agents du changement social, promeuvent ces pratiques dans le cercle familial et contribuent ainsi à une amélioration durable de la santé des populations.

De 2008 à 2017, le Programme National « École Assainie » a permis de certifier 2458 écoles. Ce qui fait qu'à ce jour, 1 021 521 élèves ont désormais accès à un environnement scolaire favorable, qui contribue à améliorer leur fréquentation scolaire. Les conditions favorables relatives à l'eau, l'hygiène et l'assainissement sont rendues plus durables grâce au mécanisme de post-certification introduit dans le Programme précité en 2014.

Mon Ministère soutient pleinement l'action du Programme National « École Assainie » pour la réalisation de notre ambition commune : le développement de la République Démocratique du Congo par le biais de l'amélioration de la santé et de l'éducation des enfants.

Je remercie les différents partenaires qui nous accompagnent et appuient nos actions dans le domaine de l'accès à l'eau, à l'hygiène et à l'assainissement en milieu scolaire, avec effets positifs, surtout, sur les communautés rurales de la République Démocratique du Congo.

Gaston Musemena Bongala

*Ministre de l'Enseignement Primaire, Secondaire et Professionnel
en République Démocratique du Congo*

LISTE DES ACRONYMES

AC	Animateur Communautaire
APA	Autorité Politico-Administrative
AS	Aire de Santé
BCZ	Bureau Central de la Zone de Santé
BSSE	Brigades Scolaires de Santé et Environnement
CAC	Cellule d'Animation Communautaire
CAP	Connaissances, Attitudes et Pratiques
CBHSP	Chef de Bureau de l'Hygiène et Salubrité Publique
CODESA	Comité de Développement de l'Aire de Santé
COPA	Comité des Parents d'Élèves
COPIL	Comité de Pilotage
CNAEHA	Comité National d'Action de l'Eau, de l'Hygiène et de l'Assainissement
CS	Centre de Santé
CSA	Centre de Santé Assaini
DAS	Direction Nationale d'Assainissement
DFID	Department for International Development (Département Britannique pour le Développement International)
DHIS2	District Health Information System 2
DHSP	Direction de l'Hygiène et Salubrité Publique
DIPROMAD	Direction des Programmes Scolaires et Matériel Didactique
DPS	Division Provinciale de la Santé
EA	École Assainie
EDS	Enquête Démographique et de Santé
EFL	Équipe de Facilitation Locale
EHA	Eau, Hygiène et Assainissement
ETD	Entité Territoriale Décentralisée EVA: École et Village Assainis
INSPOOL	Inspecteur Chef de Pool
IT	Infirmier Titulaire
JICA	Agence Japonaise de Coopération Internationale
JMP	Joint Monitoring Programme (Programme Commun OMS-UNICEF de Suivi de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement)
MDR	Ministère de Développement Rural
MEDD	Ministère de l'Environnement et Développement Durable
MERH	Ministère des Ressources Hydrauliques
MEPSP	Ministère de l'Enseignement Primaire, Secondaire et Professionnel
MICS	Multi Indicators Cluster Survey
MSP	Ministère de la Santé Publique
ODD	Objectifs de Développement Durable
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
ONG	Organisation Non Gouvernementale
OSC	Organisation de la Société Civile
PC	Post-Certification
PESE	Programme d'Éducation pour la Santé et l'Environnement
PFVA	Point Focal Village Assaini
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PNEA	Programme National École Assainie
PNEVA	Programme National École et Village Assainis
PNEP	Programme National de l'Enseignement Primaire
PNSD	Plan National Stratégique de Développement
PNVA	Programme National Village Assaini
PROSANI	Projet de Santé Intégré
PROVED	Province Éducationnelle
PTF	Partenaires Techniques et Financiers
PQ	Plan Quinquennal
RECO	Relai Communautaire
RDC	République Démocratique du Congo
SARA	Service Availability and Readiness Assessment
SANRU	Santé en milieu Rural
SEA	Superviseur en Eau et Assainissement
SDE	Sous-Division Éducationnelle
SNHR	Service National de l'Hydraulique Rurale
SNIS	Système National d'Information Sanitaire
SWIFT	Sustainable WASH In Fragile Context (Action d'eau, hygiène et assainissement des États Fragiles)
TEARFUND	The Evangelical Alliance Relief Fund Committee
UNICEF	United Nations Children's Fund (Fonds des Nations Unies pour l'Enfance)
USAID	Agence Américaine pour le Développement International
USD	United States Dollars (Dollar Américain)
VA	Village Assaini
ZS	Zone de Santé

1

Introduction

© UNICEF RDC 2018

1

Aperçu de la situation en Eau, Hygiène et Assainissement en République Démocratique du Congo (2017)

La gouvernance du secteur de l'Eau, Hygiène et Assainissement (EHA) reste encore complexe avec des attributions réparties parmi plusieurs Ministères et une faible coordination, en dépit de la publication de la loi sur l'eau en 2016. Les capacités des services étatiques responsables du secteur sont de plus en plus faibles. Les ONG et le secteur privé ont des capacités techniques et de gestion limitées, ce qui freine le taux de la mise en œuvre et la qualité des interventions.

Situation en eau

En dépit d'efforts continus, la République Démocratique du Congo n'a pas atteint les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) pour l'eau en 2015: **seulement 52 % de la population a accès à un point d'eau amélioré contre 71 % attendu.**

De plus, les disparités entre les zones rurales et urbaines sont très fortes, avec 81 % de la population ayant accès à un point d'eau amélioré en zone urbaine et seulement 31 % en zone rurale (JMP 2015). Il est important de noter également que ces résultats diffèrent selon les provinces: à l'Équateur par exemple, seulement 22 % des ménages vivant en milieu rural ou périurbain ont accès à un point d'eau amélioré, alors que 99 % des ménages y ont accès à Kinshasa (EDS 2013-2014).

Une étude menée conjointement entre le MEPSP (Ministère de l'Enseignement Primaire, Secondaire et Professionnel) et UNICEF a démontré que la plupart des écoles ne disposent pas de point d'eau potable.

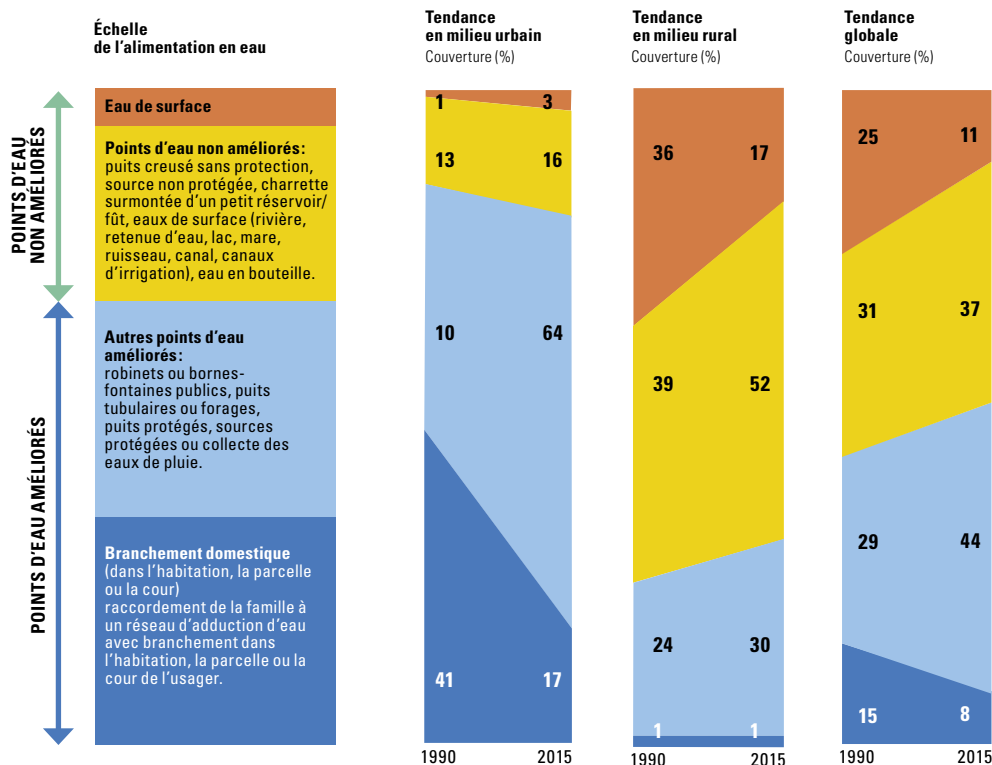
Pour ce qui est des Structures de soins, les résultats de l'enquête SARA, 2014 (Service Availability and Readiness Assessment: Indice de Disponibilité et de Capacité Opérationnelle des Services) montrent que **seuls 37 % des établissements de soins disposent de source en eau améliorée.**



© UNICEF RDC 2018 Prinsloo

En général, la distance du point d'eau est un facteur déterminant influençant les usages domestiques de l'eau. Au-delà de 30 minutes de trajet, les quantités collectées diminuent fortement pour se limiter à un minimum vital, et affectent donc l'hygiène et la santé. 51 % de la population congolaise, principalement les femmes et les enfants, passent plus de 30 minutes à aller puiser de l'eau.

POURCENTAGE
DE LA POPULATION
RURALE AYANT
ACCÈS À UN POINT
D'EAU AMÉLIORÉ
(JMP 2015)



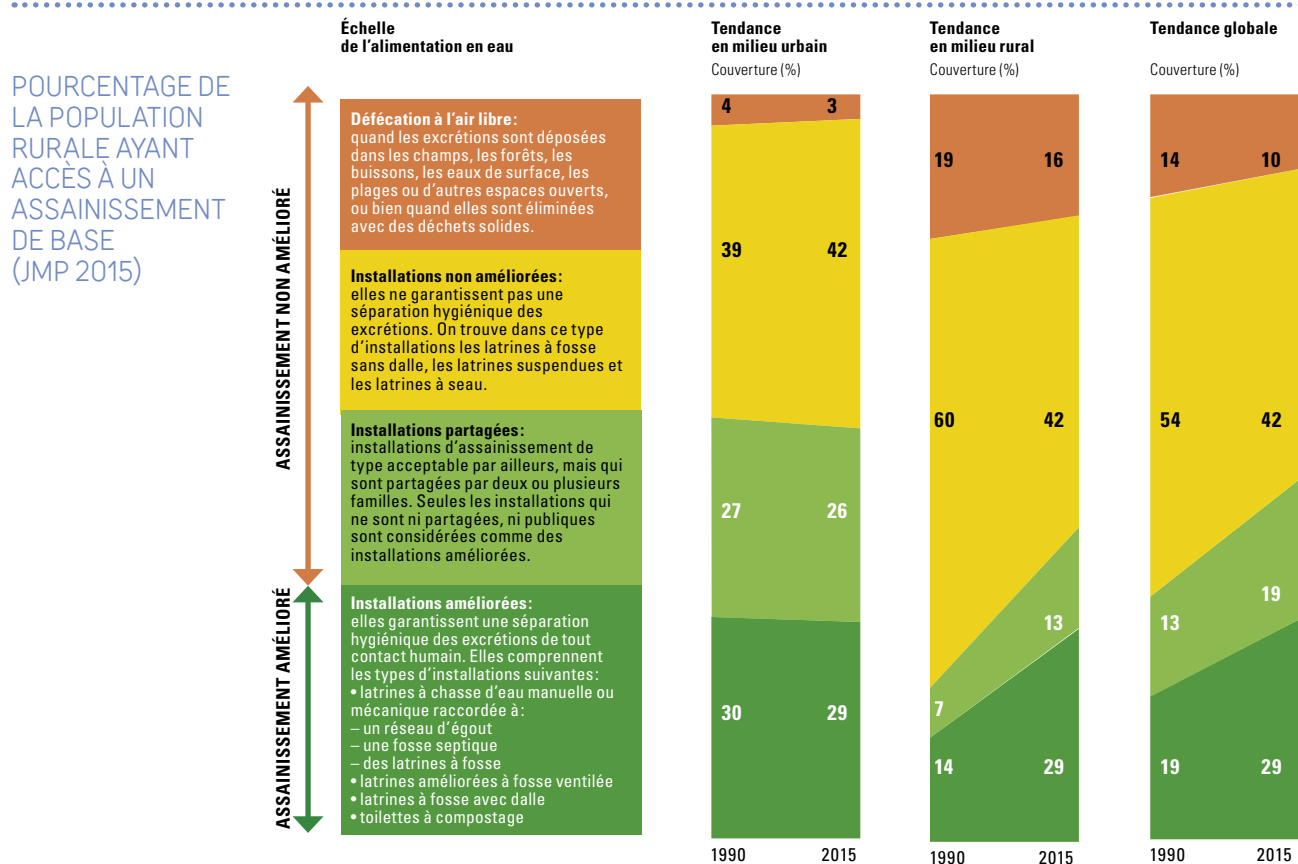
Situation en assainissement

Seulement **29 % de la population congolaise**, qu'elle soit urbaine ou rurale, a accès aux installations sanitaires améliorées, contre 51 % attendus dans le cadre des OMD (JMP 2015).

L'étude menée entre le MEPSP et l'UNICEF démontre qu'une seule école sur quatre dispose d'infrastructures sanitaires adéquates et que là où elles existent, elles sont souvent mal entretenues. Cette situation engendre l'éclosion des maladies (choléra, poliomyélite, verminose, etc.) au sein de la population scolaire, qui sont à la base de nombreuses absences des élèves à l'école, entraînant ainsi un faible rendement scolaire.

Concernant les **établissements de soins**, seuls **41 %** d'entre eux disposent de latrines dites améliorées, ce qui entraîne de lourdes conséquences, notamment l'augmentation de la morbidité et de la mortalité liées aux infections nosocomiales.

En général, la défécation à l'air libre est estimée à 10 % de la population totale, avec de fortes disparités entre les zones urbaines (3 %) et rurales (16 %) (JMP 2015).



Situation en hygiène

L'Enquête Démographique de Santé 2013-2014 (EDS 2013-2014) a pu observer un endroit où les membres des ménages se lavent les mains dans seulement **14 %** des cas. Parmi ces ménages, 50 %, soit un ménage sur deux, ne disposent ni d'eau, ni de savon, ni d'autre produit nettoyant pour se laver les mains. Cette situation est plus fréquemment observée en milieu rural (62 %) qu'en milieu urbain (37 %).

Ainsi, plus de 40 millions de Congolais vivant dans les zones rurales et périurbaines sont exposés aux maladies des mains sales, faute de bonnes pratiques de lavage de mains.

Il a été observé à travers l'étude menée par le MEPSP et l'UNICEF que le cours d'éducation pour la santé et l'environnement qui figure au PNEP, n'est pas bien dispensé dans toutes les écoles primaires, ce qui peut être à la base d'une mauvaise pratique des règles d'hygiène au sein de la communauté scolaire.

2

Programme National École et Village Assainis : répondre au défi de l'accès à l'EHA en milieu rural

Le Gouvernement de la RDC a mis en place le Programme « Village Assaini » dans les années 1990 avec le soutien financier de l'USAID, implémenté par SANRU. Depuis 2006, ce Programme a ajouté la composante « École assainie » avec le soutien technique et financier de plusieurs partenaires, notamment DFID, UNICEF, USAID, et JICA.

Cette composante s'appuie sur les textes officiels du Ministère de l'EPSP suivants :

- **La stratégie sectorielle de l'éducation et de la formation 2016-2025**, qui insiste sur la création des conditions d'un système éducatif de qualité, avec deux orientations principales :
 - mettre en place des systèmes de suivi et d'assurance qualité et
 - apporter un environnement éducatif propice à l'apprentissage ;
- **Le Programme National d'Enseignement Primaire** a inscrit le cours d'éducation pour la santé et l'environnement dans le domaine de l'univers social et de l'environnement ;
- **La Loi-cadre n° 14/004/2014 du 11 février 2014 de l'Enseignement National, en son Article 31**, qui stipule que « l'enseignement national assure une formation continue en matière de lutte contre les violences sexuelles et les maladies endémiques et épidémiques ».

Le Programme a été mis en œuvre en deux phases : Phase 1 (2008 à 2012) et phase 2 (2013 à ce jour). Il est opérationnel dans 26 Divisions Provinciales de la Santé (DPS) et 30 Provinces Éducationnelles de la RDC. De plus, depuis 2016, le Ministère de la Santé Publique s'est fixé pour objectif d'améliorer les aspects EHA dans les établissements sanitaires (PNDS 2016 – 2020).

La mise en œuvre du volet « **Centre de Santé Assaini** » dans le PNEVA en collaboration avec l'UNICEF à travers la Direction de l'Hygiène et Salubrité Publique est une réponse opérationnelle à cette préoccupation.

1. L'approche communautaire dans les villages, écoles et centres de santé

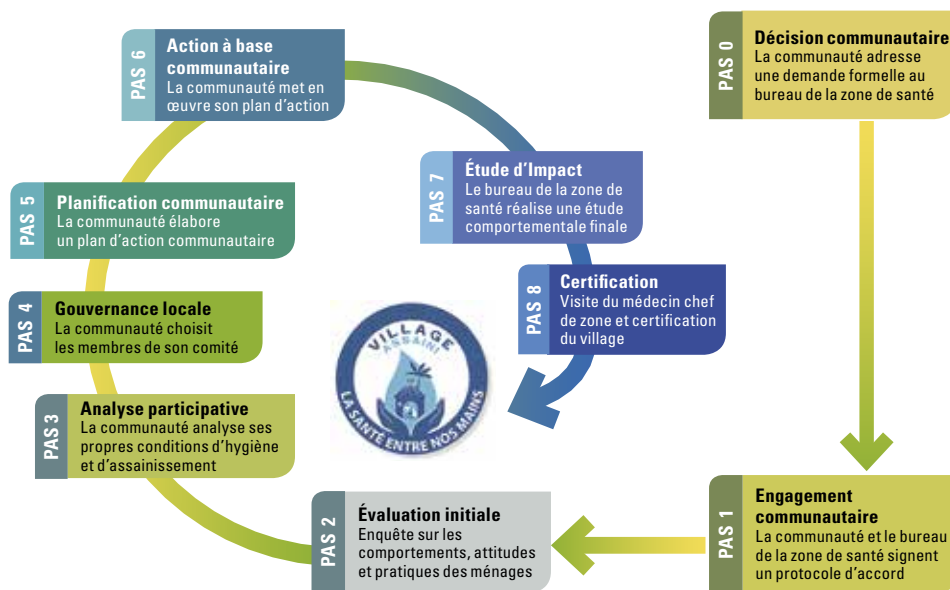
Le Programme repose sur les principes de la « **Demande** » et de l'« **Appropriation** » communautaire. La priorisation et la volonté d'une communauté d'améliorer sa santé et son développement à travers l'accès à l'eau, l'hygiène et l'assainissement permettent d'avoir un impact durable.

À travers un processus appelé « **Processus Pas à Pas** », la communauté est amenée à changer son comportement dans le but d'atteindre des normes prédéfinies par le Programme.

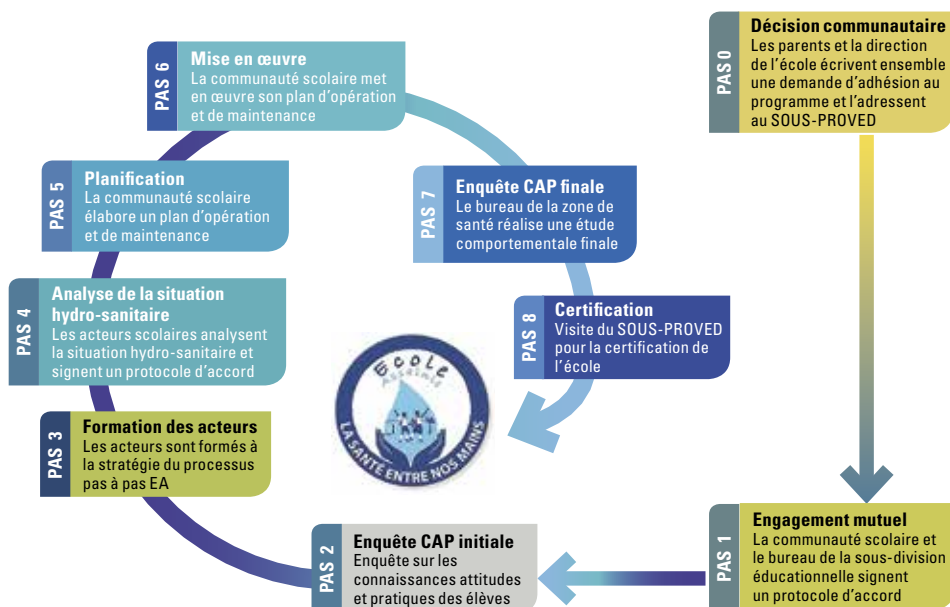
Lorsque toutes les normes sont atteintes, un village, une école ou un centre de santé est alors déclaré « **assaini** ».

LE PROCESSUS PAS À PAS "ÉCOLE ET VILLAGE ASSAINIS"

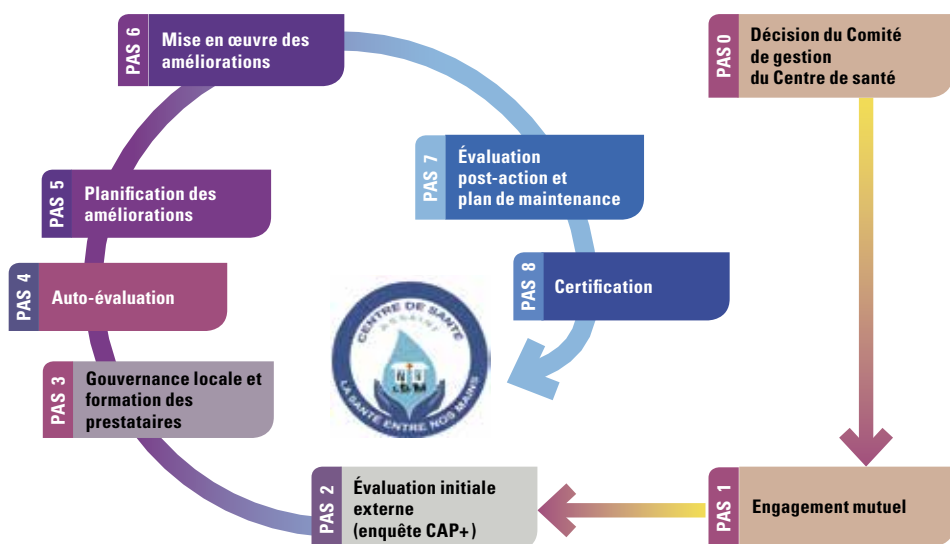
VILLAGE ASSAINI



ÉCOLE ASSAINIE



CENTRE DE SANTÉ ASSAINI



7 Normes à atteindre pour devenir "village assaini"



- 1 Il dispose d'un comité dynamique ;
- 2 Au moins 80 % de la population ont accès à l'eau potable ;
- 3 Au moins 80 % des ménages utilisent des latrines hygiéniques ;
- 4 Au moins 80 % des ménages évacuent hygiéniquement leurs ordures ménagères ;
- 5 Au moins 60 % de la population se lave les mains avec du savon ou de la cendre avant de manger et après avoir été aux toilettes ;
- 6 Au moins 70 % de la population comprend le schéma de transmission des maladies à partir du péril fécal et les moyens de préventions ;
- 7 Au moins une fois par mois le village est nettoyé.



4 Normes à atteindre pour devenir "école assainie"



- 1 Au moins 80 % des élèves ont accès à l'eau potable ;
- 2 Au moins 80 % des élèves se lavent les mains avec du savon / cendre avant de manger et après avoir été aux latrines ;
- 3 Au moins 80 % des élèves filles et garçons utilisent des latrines hygiéniques ;
- 4 L'école est propre.



7 Normes à atteindre pour devenir "centre de santé assaini"



- 1 Le Centre de Santé (CS) dispose d'un Comité de Salubrité et d'Hygiène formé et fonctionnel ;
- 2 Le CS dispose d'eau de façon permanente ;
- 3 Le CS dispose d'un accès à des latrines hygiéniques, fonctionnelles avec dispositif de lave-mains et douches en nombre suffisant ;
- 4 Le CS gère correctement les déchets issus des activités de soins ;
- 5 Le personnel du CS se lave correctement les mains aux moments critiques ;
- 6 Le personnel du CS connaît le schéma de transmission des infections nosocomiales et leur moyen de prévention ;
- 7 Le CS est nettoyé au moins une fois par jour (avec eau et détergent).



2. Post-Certification : une innovation pour assurer la durabilité des interventions

La qualité et la durabilité des interventions, que ce soit en termes de changement de comportements ou d'infrastructures, sont au cœur des préoccupations du Ministère de la Santé Publique (MSP), du MEPSP et de l'UNICEF.

Une étude de durabilité réalisée en 2013 par un consultant indépendant a permis d'identifier les facteurs pouvant expliquer le maintien ou la perte du statut « Assaini » des villages et écoles ciblés par le programme. Une des recommandations de cette étude était d'introduire un mécanisme opérationnel permettant aux villages et aux écoles de rattraper les normes perdues et d'être recertifiés.

Le MSP, le MEPSP et l'UNICEF ont opérationnalisé cette recommandation dans la phase 2 au travers de l'introduction d'un mécanisme de suivi « post-certification », détaillé ci-contre (figure 4).

L'approche « post-certification » permet d'identifier les besoins précis de chaque village et de chaque école, d'identifier les actions correctrices nécessaires et de les mettre en œuvre afin de conserver le statut « Assaini » ou d'atteindre la certification.



© UNICEF RDC 2018 Prinsloo



© UNICEF RDC 2018 Treneau

LA POST-CERTIFICATION, COMMENT ÇA MARCHE ?



LES 3 PILIERS DE L'APPROCHE « POST-CERTIFICATION »

>>> Enquête CAP

- Réalisée par les équipes des zones de santé et des sous-divisions éducationnelles.
- Mesure si le statut assaini est conservé ou non.
- Données centralisées dans la base de données nationales du programme, pour suivre les évolutions dans le temps.

>>> Auto-évaluation

- Réalisée par les communautés elles-mêmes avec l'appui des équipes des zones de santé et des sous-divisions éducationnelles.
- Permet à la communauté de s'auto-évaluer.
- Données centralisées au niveau de la communauté.

>>> Plan de rattrapage/maintien

- Défini et mis en œuvre par la communauté avec l'appui des équipes des zones de santé et sous-divisions éducationnelles, en fonction des normes perdues.
- Solutions cherchées au niveau de la communauté et investissement minimum pour le rattrapage des normes perdues.

Cette approche « post-certification » est innovante dans la mesure où elle propose un suivi continu, internalisé dans le cycle du projet et à un coût modéré. En effet, elle est gérée à l'échelle locale par les agents de l'État des deux Ministères concernés.

Elle se différencie ainsi des contrôles de durabilité externes mis en place par d'autres organisations et peut constituer une source d'apprentissage importante pour la communauté.

3. Mécanisme de coordination du PNEVA

Le PNEVA est coordonné par le Ministère de la Santé Publique à travers la Direction de l'Hygiène et Salubrité Publique (DHSP) et celui de l'Enseignement Primaire, Secondaire et Professionnel (EPSP) à travers la Direction des Programmes Scolaires et Matériel Didactique (DIPROMAD) par le biais du Programme d'Éducation pour la Santé et l'Environnement (PESE). La coordination de ce Programme bénéficie de l'appui technique du Comité National d'Action de l'Eau, de l'Hygiène et de l'Assainissement (CNAEHA), du Service National de l'Hydraulique Rurale (SNHR) et de la Direction Nationale d'Assainissement (DAS).

La Coordination Nationale du Programme **est organisée en six cellules**, qui permettent de gérer le Programme au quotidien : **Suivi et évaluation**, **Communication**, **Formation**, **Infrastructures**, **Assurance Qualité** et **Centre de Santé Assaini**.

2 Pourquoi et comment un nouveau Plan Quinquennal 2018-2022 ?

1

Objectifs du plan quinquennal

Contrairement au Plan Quinquennal 2013-2017, qui présentait les résultats du Programme appuyés techniquement et financièrement par UNICEF, le Plan Quinquennal 2018-2022 a adopté une approche beaucoup plus inclusive.

En effet, ce nouveau Plan implique l'ensemble des PTF, notamment IMA, Consortium WASH, SWIFT, TEARFUND, OXFAM, PROSANI, CNAEHA.

Ceci dans le but d'assurer la planification, la coordination, l'amélioration de la redevabilité et l'harmonisation du PNEVA avec d'autres approches innovantes réalisées. Ainsi, il favorisera l'alignement de tous les acteurs impliqués dans le secteur EHA en RDC et permettra d'assurer la transparence et la pérennisation des résultats en milieu rural, semi-urbain et péri urbain. En outre, il servira d'outil de plaidoyer pour la mobilisation de nouvelles sources de financement du secteur.

Ce Plan considère les acquis du Programme durant les cinq dernières années de mise en œuvre et définit les objectifs pour les cinq prochaines années et tient compte des défis liés à la situation en EHA en RDC et des lacunes qui doivent être comblés pour assurer l'atteinte des Objectifs du Développement Durable (ODD).

Plan quinquennal 2018-2022 : s'adapter aux nouvelles orientations internationales et nationales dans le secteur EHA

Le présent Plan quinquennal couvre la période allant de 2018 à 2022. Il est l'émanation de l'Évaluation du Plan Quinquennal de 2013-2017 du PNEVA et intimement lié à l'évolution du contexte national et international.

Contexte international

Au niveau international, après évaluation des OMD, l'Assemblée Générale des Nations Unies a adopté de nouveaux objectifs pour la période 2015-2030 : [les Objectifs de Développement Durable \(ODD\)](#).

Pour le secteur EHA, [l'objectif 6 des ODD](#) est particulièrement concerné puisqu'il vise à « garantir l'accès de tous à l'eau et à l'assainissement et assurer une gestion durable des ressources en eau ».

Contexte national

Suite à un processus de priorisation des ODD (Ministère du Plan, octobre 2016), le gouvernement de la RDC a retenu deux cibles relatives à l'eau et à l'assainissement (objectif 6) :

- **6.1** : D'ici à 2030, assurer l'accès universel et équitable à l'eau potable, à un coût abordable ;
- **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.

► En effet, à travers le [Plan National Stratégique de Développement](#) (PNSD 2017-2022), le Ministère du Plan traduit ces engagements et vise ainsi à « [assurer de manière équitable l'accès de toute la population à l'eau potable, à un coût abordable ainsi qu'au service d'assainissement et d'hygiène adéquats](#) ».

► Le Ministère de la Santé, par le biais du [Plan National de Développement Sanitaire](#) (PNDS 2016-2020) poursuit ce même objectif : il vise à passer de 52 % de couverture en eau à 65 % en 2022 et de 21 % à 40 % en matière d'assainissement.

Par ailleurs, le PNDS (2016 – 2020) inclut le volet hygiène en milieu hospitalier, notamment à travers la mise en place et l'appui au fonctionnement des comités d'hygiène, la disponibilité d'eau courante, la mise à disposition des matériels et intrants spécifiques pour une meilleure gestion des déchets biomédicaux.

► De plus, le Ministère de l'EPSP, à travers le [sous-programme « environnement éducatif »](#) de sa Stratégie sectorielle de l'éducation et de la formation pour la période 2016-2025, pose comme objectif que toutes les écoles aient accès à l'eau potable et disposent d'un bloc latrines pour deux salles de classe d'ici à 2025.

En plus de s'adapter aux textes existants, **le Plan Quinquennal doit s'adapter aux modifications politiques et administratives des cinq dernières années**, à savoir:

- La décentralisation à travers laquelle sera matérialisée la poursuite des réformes prioritaires visant une meilleure gestion du système de santé dans son ensemble;
- La promulgation de la Loi sur l'eau (2016) afin de l'intégrer dans la planification des interventions en cours et à venir;
- Le nouveau découpage territorial avec le passage de 11 à 26 provinces.

Eu égard à ce qui précède, en RDC, l'atteinte de la couverture universelle pour l'eau et l'assainissement en 2030 nécessitera des efforts renouvelés de la part du gouvernement congolais et des partenaires techniques et financiers.

L'investissement nécessaire est estimé à 0,89 milliard USD par an pour atteindre ces objectifs d'ici à 2022, soit un total de 4,45 milliards USD.



Processus d'élaboration du plan quinquennal 2018-2022 : une approche inclusive

Une évaluation participative et inclusive de la mise en œuvre de l'ancien Plan Quinquennal (2013-2017) a été réalisée afin de faire ressortir les forces et les faiblesses devant être adressées dans le nouveau Plan Quinquennal 2018-2022.

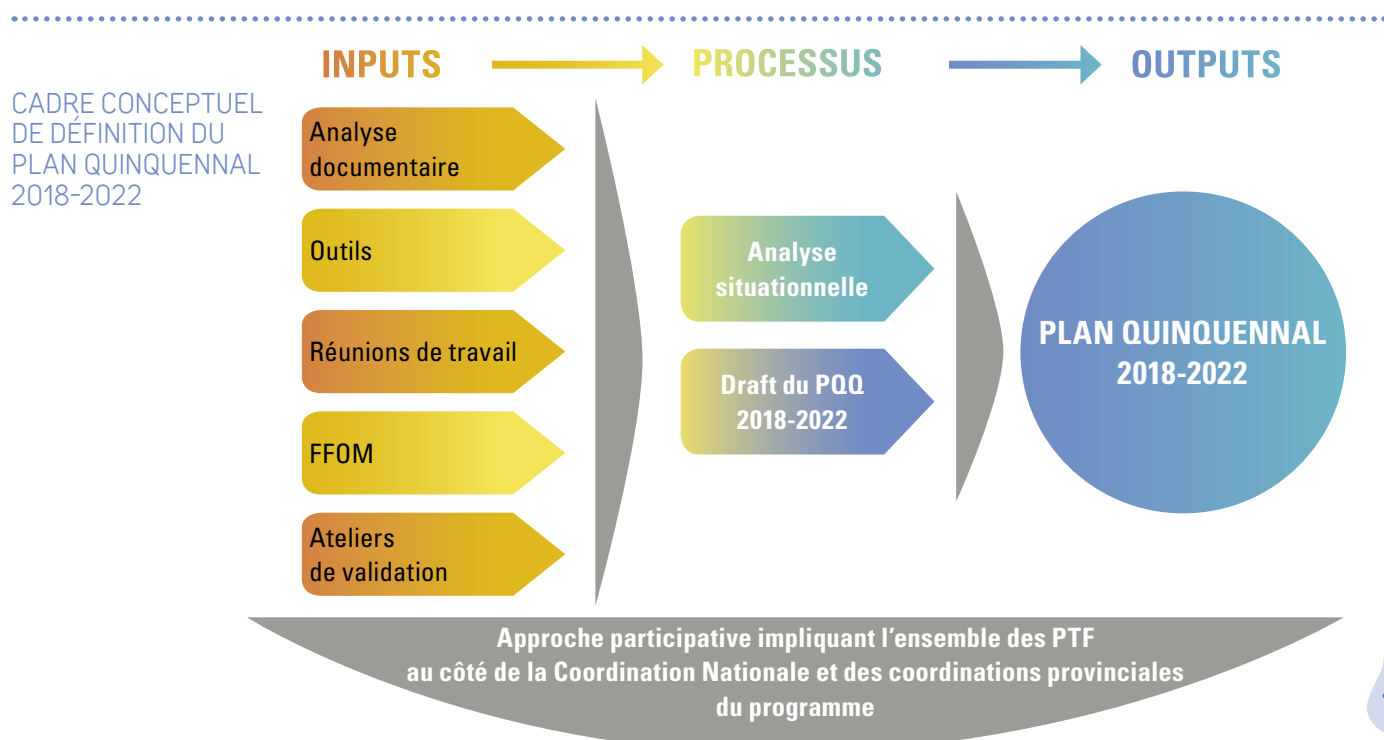
Alors que le Plan Quinquennal 2013-2017 était centré sur les résultats appuyés techniquement et financièrement par UNICEF, le Plan Quinquennal actuel **est beaucoup plus inclusif puisqu'il implique l'ensemble des PTF**, tels que IMA, Consortium WASH, SWIFT, TEARFUND, OXFAM, PROSANI, CNAEHA.

► Plusieurs réunions se sont tenues entre les partenaires (gouvernementaux et non-gouvernementaux qui contribuent au PNEVA) et la coordination du PNEVA. **Il a ainsi été mis en place 5 groupes thématiques de discussions** visant à définir les orientations stratégiques du plan quinquennal 2018-2022 :

- Couverture géographique ;
- Stratégie de suivi et évaluation ;
- Stratégie de renforcement de capacités ;
- Ancrage institutionnel ;
- Stratégies de mise en œuvre.

► En marge de ces réunions, des échanges ont été organisés entre le consultant chargé de la rédaction du Plan Quinquennal et les membres des différents groupes thématiques sur les méthodologies, outils et processus à utiliser lors de l'évaluation de la mise en œuvre de l'ancien Plan Quinquennal.

► Au-delà des consultations diverses réalisées au niveau national, des réunions d'évaluation ont été organisées en provinces entre partenaires gouvernementaux et non-gouvernementaux. Le présent Plan quinquennal est le produit de ces différentes consultations.



Résultats atteints du plan quinquennal 2013-2017

Avec le seul appui technique et financier de l'UNICEF, le PNEVA avait planifié de certifier 1 250 écoles et 6 000 villages.

Les résultats atteints sont présentés brièvement dans les graphes en bas de page.

De 2013 à 2017, le PNEVA a certifié 5 956 villages sur 6 000 prévus, ce qui représente 99 % des cibles fixées pour la période. Ainsi, 4 912 040 personnes ont eu accès à un environnement « assaini ».

L'année 2015 a été marquée par un faible taux de certifications, dû essentiellement à la mise en place de la réforme du secteur de la santé et la mise à niveau des acteurs dans la stratégie du Programme - phase 2. Les années 2016 et 2017 ont été excellentes en termes de certification pour les villages, ce qui démontre une bonne appropriation de la Phase 2 par l'ensemble des acteurs.

De 2013 à 2017, le PNEVA a certifié 1 381 sur 1 250 écoles prévues, soit 110 % des cibles fixées pour la période ; et 58 141 élèves ont eu accès à un environnement « assaini ». Le dépassement de 10 % se justifie notamment par la prise en compte de la stratégie de complémentarité avec d'autres intervenants dans le secteur.

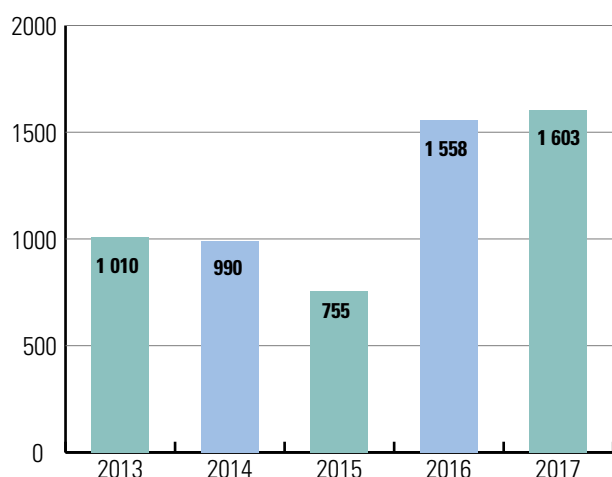
La performance globale du Programme durant le PQ 2013-2017 a donc été excellente et conforme aux cibles définies en début de cycle.

Sous la phase 1, soit de 2008 à 2012, le PNEVA avait certifié 937 écoles et 2 807 villages. Avec la mise en œuvre du PQ 2013-2017, le cumul est passé respectivement à 2 318 écoles et 8 763 villages déclarés « assainis », touchant plus de 7,5 millions de personnes et plus de 900 000 élèves.

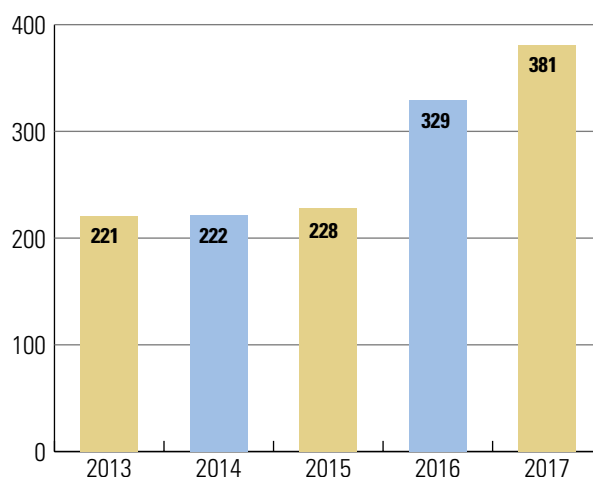
L'intégralité de ces villages et écoles est entrée dans la stratégie de post-certification afin d'assurer la durabilité des acquis EHA.



Nombre de villages assainis sur la période 2013-2017



Nombre d'écoles assainies sur la période 2013-2017



5

Durabilité des acquis EHA: mise en œuvre de la stratégie post-certification (PC)

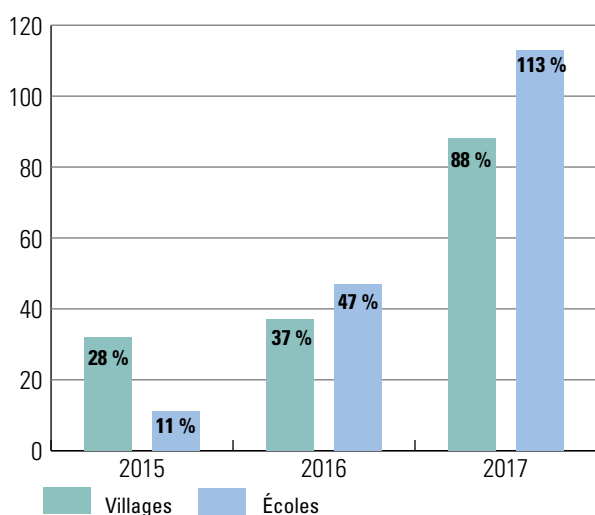
Conformément à la stratégie de durabilité définie par le PNEVA au début du Plan Quinquennal précédent, chaque école ou village doit recevoir au moins une visite post-certification par an afin de vérifier le maintien ou non du statut « assaini » et de prendre les mesures nécessaires pour le rattraper si celui-ci est perdu.

Les graphes ci-dessous présentent les résultats obtenus dans le cadre de la durabilité des acquis.

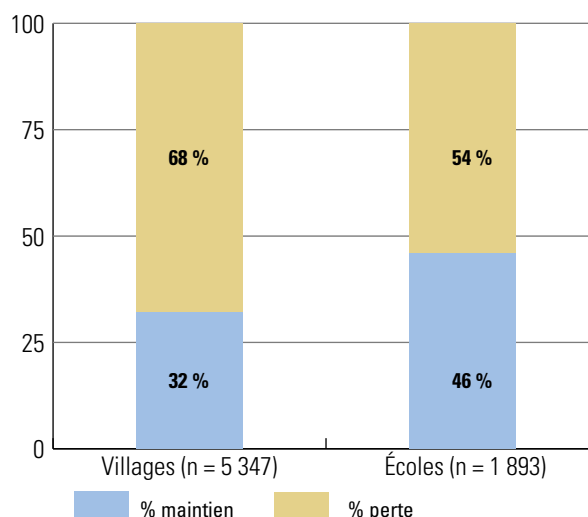
La mise en œuvre de la post-certification (PC) a connu quelques lenteurs à son démarrage mais a rejoint les objectifs prévus en 2017 avec **88 % des villages** et **113 % des écoles** qui ont reçu une visite PC.

Le **taux de maintien du statut « assaini »** est de **32 %** dans les villages et de **46 %** dans les écoles, confirmant ainsi le besoin d'un appui dans le temps pour assurer le maintien des bonnes pratiques et des infrastructures EHA sur le long terme. Des plans de rattrapage ou de maintien doivent être mis en place dans l'ensemble des écoles et villages afin d'assurer la pérennisation des acquis.

Évolution du pourcentage des cibles annuelles de visites post-certification dans les villages et écoles (2015, 2016 et 2017)



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

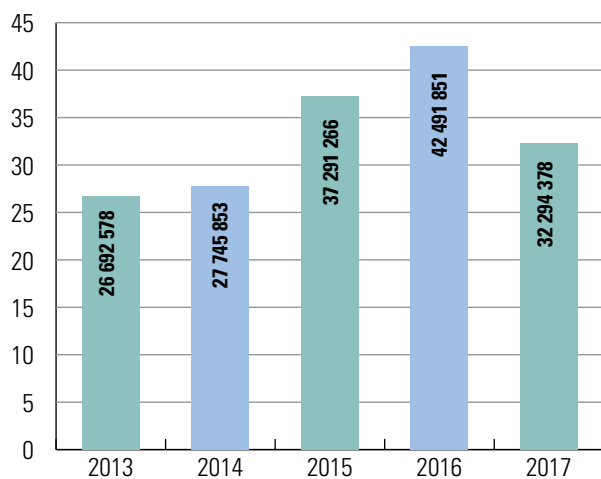


Évolution des financements sur la période 2013-2017

Durant la période 2013-2017, un budget de 166 515 920 USD a été alloué au PNEVA via l'appui UNICEF. Les bailleurs principaux sont : DFID, UNICEF, USAID et la Région Bruxelles Capitale.

Durant la même période, DFID et USAID ont également financé d'autres organisations comme IMA, CONSORTIUM WASH, CONSORTIUM SWIFT, etc. dans le secteur EHA.

Appui financier PNEVA 2013-2017 (en millions USD)



Forces et faiblesses du plan quinquennal 2013-2017

Une analyse des Forces/Opportunités, Faiblesses/Menaces et des pistes d'amélioration du PQ 2013-2017 ont été réalisées autour des 5 thématiques clés suivantes:

- couverture géographique,
- formation,
- stratégie de mise en œuvre,
- stratégie de suivi et évaluation et
- ancrage institutionnel.

1. Couverture géographique



Forces/Opportunités

- Introduction des principes de la Masse Critique et de la Communauté Élargie: bonne couverture du Programme et facilité de suivi des activités par les acteurs;
- Ciblage par province sur base des besoins en eau, hygiène et assainissement, performance et présence de partenaires EHA;
- Moins de cas de choléra pendant les épidémies ont été notifiés par les villages ayant intégré le PNEVA;
- Ciblage national réaliste pour le PNEVA appuyé par UNICEF;
- Intégration et mise à l'échelle de la post-certification pour les écoles et les villages;
- Augmentation de la couverture en eau et assainissement de 10 % en milieu rural;
- 110 % d'écoles déclarées assainies par rapport à la cible;
- Une corvée d'eau de 21 minutes aller-retour en moyenne (données M3P) par rapport à la norme standard de 30 minutes;
- Une réduction de 79 % de la morbidité diarrhéique dans les villages assainis en 2016 (données DHIS2).

Faiblesses/Menaces

- Faible capacité de planification des cibles mensuelles à atteindre et de leur suivi;
- Opérationnalisation tardive des Équipes de Facilitation Locales;
- Faible proportion des Aires de Santé atteignant la Masse Critique dans la DPS;
- Début tardif de l'approche PC;
- Faible pourcentage d'écoles primaires déclarées assainies (5 %);
- Ralentissement de la mise en œuvre des activités dues à la réforme du secteur de la Santé;
- Insécurité dans l'Est et au Centre du pays.

>>> Pistes d'amélioration >>>

- Améliorer la planification avec des cibles mensuelles à suivre et à atteindre;
- Élaborer et partager les plans d'action entre le niveau communautaire et celui de la zone de Santé et également entre la Sous Division et la Province Éducationnelle;
- Appliquer le principe de la Masse Critique dans l'ensemble des zones de Santé ciblées;
- Intégrer les cibles pour la post-certification dans le PQ 2018-2022 comme intervention primordiale pour contribuer à l'atteinte des ODD;
- Cibler le Programme pour contribuer à l'élimination du choléra (endémique), de la diarrhée et de la malnutrition chronique en priorisant les provinces les plus vulnérables;
- Anticiper les défis d'atteinte des résultats dans les provinces avec instabilité sécuritaire ou conflit;
- Orienter les cibles du PQ vers les cibles des ODD (couverture universelle);
- Intégrer les cibles des centres de santé dans le PQ 2018-2022.



2. Renforcement des capacités



Forces/Opportunités

- Un grand nombre d'acteurs des ZS et SDE impliqués dans le Programme a été formé;
- L'andragogie à travers l'approche par l'expérience dans la formation a permis aux acteurs d'assimiler efficacement les apprentissages;
- Le coaching a permis d'améliorer les performances des acteurs.

Faiblesses/Menaces

- Instabilité des acteurs formés (mutations, réformes, insécurité);
- Faible accompagnement des écoles/communautés dans un processus d'autonomisation;
- Encadrement peu efficace des acteurs des BCZ/SDE;
- Faiblesse dans la facilitation du processus Pas à Pas 1 Module de formation des EFL non élaboré;
- Certains Pas et petit Pas, paraissent plus longs;
- Faible implication de certains acteurs liés indirectement au Programme.

>>> Pistes d'amélioration >>>

- Renforcer les mécanismes de supervision formative pour tous les acteurs;
- Instaurer un système d'évaluation périodique des acteurs formés basé sur un référentiel;
- Encourager la parité homme-femme lors de la sélection des acteurs;
- Renforcer le coaching de proximité de la ZS/SDE en faveur des EFL/BSSE, directeurs et enseignants
- Améliorer le suivi des acteurs à tous les niveaux;
- Revisiter le module de formation par rapport aux Pas et petits Pas;
- Élaborer le module de formation des EFL;
- Impliquer les APA, les Églises et Associations communautaires dans la mise en œuvre du Programme;
- Envisager la possibilité de mettre au point une formation diplômante pour les acteurs du Programme.

3. Stratégie de mise en œuvre

Forces/Opportunités

- Processus à base communautaire et gouvernance locale;
- Respect du genre, Brigades dans les écoles et appui post-certification;
- Communauté Élargie : village-école-centre de santé;
- Promotion du secteur privé dans le secteur EHA;
- Partenariat stratégique (Université, Église, OSC);
- Réalisation de l'analyse de la structuration communautaire (révèle les personnes influentes).

Faiblesses/Menaces

- Faible prise en compte de la Communauté Élargie;
- Faiblesse dans la mise en place des Équipes de Facilitation locale;
- Faible implication de la communauté tout au long du processus;
- Faible implication des Autorités Politico-Administratives;
- Échecs récurrents des forages (inexistence de la cartographie des zones favorables au forage manuel);
- Longue durée entre la fin du forage et l'installation de la pompe;
- Ouvrages mal entretenus et utilisation pas toujours optimale, entraînant des dysfonctionnements et le retour à des pratiques d'hygiène non favorables à la réduction des maladies d'origine hydrique;
- Durée prolongée dans la construction des latrines scolaires à cause de la prise en charge totale de la superstructure par la communauté dans la zone Est;
- Faible implication des acteurs privés;
- Faiblesse dans l'application de la Note d'instruction sur l'analyse de la qualité de l'eau;
- Non-respect de l'échéance de la mise en œuvre des infrastructures hydro-sanitaires (latrines scolaires, forages, etc.);
- Faible analyse des données des enquêtes CAP.

>>> Pistes d'amélioration >>>

- Renforcer l'approche Communauté Élargie « village- centre de santé- école » et produire les évidences de cette approche sur les changements de comportement;
- Renforcer/Accélérer la mise en place effective des Équipes de Facilitation Locale (EFL);
- Responsabiliser progressivement les écoles et les communautés à travers les Cellules d'Animation Communautaire (CAC) et les EFL;
- Aligner le PNVEA à la nouvelle approche de la dynamique communautaire du MSP;
- Accompagner et renforcer les capacités de la CAC dans le processus de diagnostic communautaire, de l'élaboration du plan d'action, de la mise en œuvre et du suivi;
- Impliquer les APA à tout le processus du PNEVA et remettre la redevabilité du statut aux APA;
- Appuyer la validation des documents normatifs (normes d'exploitation des forages manuels/ mécanique, source d'eau aménagée et puits à grand diamètre, latrines scolaires, normes et directives EHA en milieu de soins);
- Diversifier les entreprises de forage et d'installation des pompes;
- Poursuivre le contrôle de la qualité de forage par des bureaux d'études agréés;
- Systématiser la mise sur pieds de la caisse de maintenance du point d'eau dans tous les villages/écoles;
- Compenser une partie du coût de la superstructure des latrines scolaires par la main-d'œuvre communautaire pendant le creusage de la fosse;
- Renforcer l'implication du secteur privé;
- Intégrer la surveillance de la qualité de l'eau;
- Assurer le contrôle qualité interne des résultats (enquête CAP, Auto-Evaluation).



4. Stratégie de suivi et évaluation

Forces/Opportunités

- Existence d'un mécanisme robuste et opérationnel de collecte des données (collecte, remontée, encodage et analyse) ainsi que d'une base de données DHIS2 opérationnelle;
- Formation des acteurs dans les provinces et dans le ZS/SDE;
- Acteurs bien outillés pour la collecte et l'encodage de données;
- Existence de l'Atlas comme outil de plaidoyer;
- Début du processus d'intégration des données des différents PTF dans la base de données nationale DHIS2.

Faiblesses/Menaces

- Faiblesse dans l'analyse de la qualité des données;
- Manque d'harmonisation des indicateurs du Programme avec les standards internationaux;
- Manque d'harmonisation des données avec les autres acteurs qui mettent en œuvre les activités EHA;
- Faiblesse dans le suivi post-certification;
- Faible utilisation des informations aux niveaux provincial et opérationnel;
- DHIS2 ne capte pas toutes les informations clés.

>>> Pistes d'amélioration >>>

- Améliorer la qualité de la collecte et de saisie de données de terrain et la promptitude du rapportage;
- Harmoniser les indicateurs du PNEVA avec les standards internationaux;
- Intégrer de manière systématique les données des différents PTF dans la base de données nationale DHIS2;
- Accompagner les acteurs au niveau provincial et opérationnel à utiliser les données du PNEVA pour un bon suivi d'activités;
- Capturer dans le DHIS2 d'autres informations clés relatives au Plan de sûreté de l'eau afin de pouvoir mesurer la couverture effective;
- Former les CBHSP/PFVA et PFEA sur l'exploitation des tableaux de bord dans le DHIS2.

5. Ancrage institutionnel

Forces/Opportunités

- Programme opérationnel à partir du niveau national jusqu'à la communauté;
- Mise en place d'actions communes avec les partenaires pour tendre vers une convergence;
- Alignement de nouveaux partenaires pendant la mise en œuvre du Plan Quinquennal du PNEVA.

Faiblesses/Menaces

- Absence de document officiel portant la création du PNEVA;
- Faible connaissance du Plan Quinquennal par le Gouvernement;
- Faible collaboration avec les autres Ministères;
- Faible implication des acteurs économiques.

>>> Pistes d'amélioration >>>

- Avoir un document officiel portant création du PNEVA;
- Aligner le PNEVA au budget national;
- Faire endosser le Plan Quinquennal PNEVA 2018-2022 aux autorités concernées (Ministres et Secrétaires Généraux);
- Vulgariser le Plan Quinquennal 2018-2022;
- Renforcer les revues à mi-parcours du Plan Quinquennal au cours de sa mise en œuvre;
- Impliquer les bailleurs dans l'élaboration et la mise en œuvre du Plan Quinquennal;
- Renforcer la collaboration intersectorielle;
- Renforcer l'implication des opérateurs économiques.



3 Plan Quinquennal 2018-2022

1

Objectifs du plan quinquennal 2018-2022

L'objectif global du Plan Quinquennal est d'assurer la planification, la coordination et l'harmonisation du PNEVA afin de contribuer à la réduction de la morbi-mortalité liée à l'approvisionnement en eau potable, à l'hygiène et à l'assainissement.

2

Stratégie d'intervention et axes stratégiques

Sur base de l'analyse du Plan quinquennal 2013-2017 et des évolutions du contexte à l'échelle nationale et internationale, une stratégie d'intervention en cinq axes stratégiques a été définie comme suit :

- **Extension de la couverture géographique du PNEVA dans les villages, écoles et centres de santé et durabilité des acquis EHA ;**
- **Renforcement du système de Suivi-évaluation du PNEVA ;**
- **Renforcement de la coordination et de l'ancrage institutionnel du PNEVA ;**
- **Renforcement de l'ancrage communautaire du PNEVA afin d'assurer sa durabilité ;**
- **Questions transversales.**

La formulation des axes stratégiques du PQ 2018-2022 a été effectuée sur base des critères suivants :

- ▀ Contribution et réalisation des objectifs de la Politique Nationale de Santé concernant l'eau, l'hygiène et l'assainissement et les ODD ;
- ▀ Pertinence au regard du diagnostic actuel du PNEVA, c'est-à-dire sa capacité à contribuer efficacement à la réduction des taux de morbidité et de mortalité au regard des expériences passées ;
- ▀ Faisabilité technique (capacités institutionnelles des MSP, MEPSP et des partenaires techniques & financiers pour sa mise en œuvre) ;
- ▀ Nécessité de réformes institutionnelles ;
- ▀ Acceptabilité par les parties prenantes ;
- ▀ Possibilités d'alliances stratégiques.

Axes stratégiques

Stratégies opérationnelles

1

Extension de la couverture géographique du PNEVA dans les villages, écoles, centres de santé et durabilité des acquis EHA

- Augmentation de la couverture en eau dans les villages, écoles et centres de santé avec la vision de contribuer à l'atteinte des ODD d'ici à 2030, notamment dans les provinces prioritaires.
- Intégration du Plan de gestion de la sécurité sanitaire de l'eau au niveau des villages, écoles et centres de santé ciblés en accord avec les ODD.
- Renforcement de la couverture en assainissement vers l'atteinte de la fin de la défécation à l'air libre dans les communautés ciblées en accord avec l'objectif 6.2 des ODD.
- Intégration du volet Centre de Santé Assaini dans le PNEVA.
- Systématisation de la post-certification par l'ensemble des PTF pour tous les villages, écoles et centres de santé certifiés depuis le début du PNEVA.
- Application du principe de Masse Critique de manière renforcée.

2

Renforcement de la coordination et de l'ancrage institutionnel du PNEVA

- Rapportage systématique de l'ensemble des PTF dans la base de données nationale du PNEVA afin d'améliorer la redevabilité.
- Renforcement de l'interopérabilité entre la base de données du PNEVA et celle du SNIS.
- Génération d'évidences pour faciliter la prise de décision et l'apprentissage au sein du PNEVA.
- Mécanisme de contre-vérification des données.

3

Renforcement de la coordination et de l'ancrage institutionnel du PNEVA

- Implication progressive des ETD dans la mise en œuvre du PNEVA.
- Création d'un environnement favorable à l'intégration du secteur privé dans la mise en œuvre du PNEVA.
- Élaboration d'un document normatif et réglementaire du PNEVA pour les interventions EHA en milieu rural.
- Création d'un comité de pilotage du PQ pour améliorer la coordination des acteurs.
- Renforcement du partenariat éducatif.

4

Renforcement de l'ancrage communautaire du PNEVA afin d'assurer sa durabilité

- Alignement du PNEVA à la nouvelle approche de la dynamique communautaire du Ministère de la Santé Publique.
- Renforcement du rôle des EFL (Équipes de Facilitation Locales) dans la mise en œuvre et le suivi du PNEVA.
- Renforcement des cellules de base dans les écoles.
- Renforcement de la prise en compte du genre et de la vulnérabilité dans le PNEVA.

5

Questions transversales

- Renforcement des capacités des acteurs.

1 - Augmentation de la couverture en eau dans les villages, écoles et centres de santé avec la vision de contribuer à l'atteinte des ODD d'ici à 2030, notamment dans les provinces prioritaires

En fonction du niveau de vulnérabilité de ces provinces, il est proposé d'avoir un **degré d'intensité différencié pour la mise en œuvre du PNEVA**. L'intensité du Programme serait ainsi de **60 %** de couverture en eau pour les provinces de **priorité 1**, de **40 %** pour les provinces de **priorité 2** et de **20 %** pour les provinces de **priorité 3**.

Priorité :

- niveau 1** (bleu foncé)
- niveau 2** (bleu moyen)
- niveau 3** (bleu clair)

300 km

2 - Intégration du « Plan de gestion de la sécurité sanitaire de l'eau » au niveau des villages, écoles et centre de santé ciblés en accord avec les ODD

À l'échelle internationale, l'objectif 6.1 adopté en 2015 met l'accent sur la couverture universelle, l'accessibilité, la disponibilité et la qualité de l'eau. Cet objectif mesure à cet effet « le pourcentage de la population utilisant des services d'eau potable gérée en toute sécurité ».

Malgré l'existence de services d'accès à l'eau, le principal défi en RDC reste l'amélioration de la couverture, conformément aux ODD. En outre, un accent doit être mis à travers le PNEVA sur l'amélioration de la qualité de l'eau fournie aux populations. Cet aspect doit être intégré de manière forte, autant sur l'aspect surveillance de la qualité de l'eau et redevabilité des différents acteurs intervenants dans le Programme que sur le renforcement des plans de sécurité de l'eau au niveau des communautés. Ceci afin de se rassurer qu'au-delà de la desserte, l'eau fournie aux populations ciblées est d'une qualité acceptable et n'est pas ensuite contaminée par des pratiques inappropriées.

Le volet post-certification du PNEVA constitue une opportunité permettant de vérifier l'évolution de la qualité de l'eau au fil du temps et de renforcer la mise en œuvre des plans de sécurité de l'eau au niveau des communautés.

3 - Renforcement de la couverture en assainissement vers l'atteinte de la fin de la défécation à l'air libre dans les communautés ciblées en accord avec l'objectif 6.2 des ODD

La norme 3 du PNEVA, qui vise une couverture minimale en assainissement est une des normes plus perdues. La principale raison n'est pas le manque d'infrastructure, mais le manque d'entretien de celles-ci. Un renforcement des capacités en matière d'opération et de maintenance est donc essentiel pour la pérennisation des activités. Pour les villages, écoles et centres de santé entrant dans le Programme, un accent particulier devra être mis sur ce point. En ce qui concerne les "anciens" villages/écoles, c'est à travers la post-certification que les capacités des communautés pourront être renforcées dans le but d'atteindre la fin de la défécation à l'air libre.



4 - Intégration du volet Centre de Santé Assaini dans le PNEVA

Le volet « Centre de Santé Assaini » (CSA) contribue à la réduction du taux de morbi-mortalité due aux infections nosocomiales en améliorant les conditions d'eau, d'hygiène et d'assainissement dans les centres de santé. Comme les volets « école » et « village », ce volet repose sur les principes de « demande » et « d'appropriation » par les communautés. Sa pérennisation est ainsi assurée par la volonté des communautés de vouloir améliorer et maintenir les conditions hydro-sanitaires de leur structure des soins.

Le volet « Centre de Santé Assaini » s'inscrit dans la logique de Masse Critique avec une vision de Communauté Élargie. Ainsi, en se trouvant dans un village assaini ou en cours de certification, les centres de santé qui sont dans le Programme bénéficient de l'appui des personnes déjà formées au PNEVA (SEA, AC, MCZ, etc.).

Une structure de soins qui intègre l'approche s'engage à atteindre et maintenir un certain nombre de normes définies par le Ministère de la Santé Publique.



5 - Systématisation de la post-certification par l'ensemble des PTF pour tous les villages, écoles et centres de santé certifiés depuis le début du PNEVA

La post-certification concerne tous les villages et écoles assainis (anciens et nouveaux) depuis le début du Programme en 2006 et il en sera de même pour les centres de santé. La participation et la mobilisation communautaire sont au cœur de cette stratégie, ce qui limite le recours à une aide extérieure. Dès leur certification, les villages, écoles et centres de santé doivent **entrer directement dans le processus de post-certification et bénéficier d'un accompagnement régulier**, quelle que soit l'approche utilisée par le PTF.

Les efforts seront soutenus pour étendre l'approche post-certification et assurer un suivi continu des services EHA au niveau communautaire en vue de faciliter le changement de comportement et rendre pérenne les acquis du Programme.

6 - Application du principe de Masse Critique de manière renforcée

Pour augmenter l'impact des interventions et optimiser le coût-efficacité dans la mise en œuvre du PNEVA, l'approche « Masse Critique », introduite en 2013 et qui vise une forte couverture à l'intérieur d'une même Aire de Santé (AS), sera renforcée.

L'objectif est d'atteindre une couverture d'au moins 80 % de villages certifiés « Assainis », en incluant les écoles et centres de santé, dans une même AS.

Ainsi, les communautés voisines des villages, écoles et centres de santé déjà certifiés « Assainis » pourront facilement être guidés vers l'adoption des bonnes pratiques, ce qui aura une influence directe sur la durabilité du Programme.



Axe stratégique 2 : renforcement du système de Suivi-évaluation du PNEVA

Un système de suivi évaluation a été mis en place dès le début du PNEVA. Le Suivi-évaluation est assuré par des acteurs du niveau national, provincial et local lors de la mise en œuvre des activités. Il vise à s'assurer du franchissement des Pas et de l'atteinte des normes. Le Suivi-évaluation est un élément crucial dans le cadre du PNEVA puisqu'il permet non seulement au Gouvernement et à ses partenaires de suivre la mise en œuvre des activités mais il facilite également le passage à l'échelle à travers l'alignement des différents bailleurs. À ce jour, le système de suivi et évaluation du Programme.

Le renforcement du système de Suivi-évaluation portera sur le **rapportage systématique des données de l'ensemble des PTF** qui mettent en œuvre le PNEVA dans la base de données nationale DHIS2 afin d'améliorer la redevabilité. Ainsi cette base des données intégrante permettra le **renforcement de l'interopérabilité** entre la base de données du PNEVA et le celle du Système National d'Information Sanitaire (SNIS) et pourra générer des évidences capables de **faciliter la prise de décision et l'apprentissage** au sein du PNEVA. En outre, un mécanisme de contre-vérification des données s'avère nécessaire.

1 - Rapportage systématique de l'ensemble des PTF dans la base de données nationale du PNEVA afin d'améliorer la redevabilité

Depuis 2014, le Suivi-évaluation est réalisé via la **plateforme en ligne DHIS2**, qui permet au Programme de suivre de façon aisée l'ensemble des indicateurs clés. Alimentée jusqu'à ce jour par les données des villages et écoles supportés techniquement et financièrement par l'UNICEF, la base de données doit réellement devenir nationale en incluant des données des villages, écoles et centres de santé certifiés selon les normes du PNEVA par l'ensemble des PTF.

Des progrès ont été faits ces dernières années avec l'intégration progressive dans la base de données de villages et écoles certifiés par IMA ou le consortium SWIFT, ce qui renforce ainsi la coordination et la planification.

Des discussions doivent être maintenues avec les acteurs qui mettent en œuvre l'approche EVA (Consortium WASH, Consortium SWFIT, IMA, PROSANI Plus, etc.) pour une **harmonisation des outils** et une **intégration des données dans DHIS2**.

2 - Renforcement de l'interopérabilité entre la base de données du PNEVA et celle du SNIS

Le Système National d'Information Sanitaire (SNIS) est réglementé, fonctionnel et basé sur la plateforme en ligne DHIS2 à l'échelle du pays.

L'alignement du système de suivi et évaluation du PNEVA sur cette plateforme en ligne en 2013 visait à créer un cadre propice à la mise en cohérence des données générées dans le secteur de la santé en RDC. Ainsi, toutes les données relatives à la santé publique gérées par SNIS sont stockées dans cette plateforme, également utilisée par le PNEVA.

Il sera nécessaire de renforcer l'**interopérabilité** entre les deux systèmes et la **communication de données** essentielles du PNEVA à SNIS et réciproquement pour une meilleure capitalisation des données sanitaires du pays.



3 - Génération d'évidences pour faciliter la prise de décision et l'apprentissage au sein du PNEVA

La base de données nationale DHIS2 est un outil d'aide à la décision du Programme, à partir du niveau National jusqu'à celui de la Zone de Santé/SDE. Cet outil facilite et contribue à la planification opérationnelle du sous-secteur EHA rural.

La base de données permet de :

- ▶ Mesurer les progrès atteints ;
 - ▶ Alerter les acteurs en cas de perte d'une norme ;
 - ▶ Faire des rappels aux acteurs du niveau opérationnel pour stimuler l'action ;
 - ▶ Fournir des données au niveau opérationnel ;
 - ▶ Suivre systématiquement les activités du Programmes, et notamment de la post-certification ;
 - ▶ Produire un résumé analytique par niveau ;
 - ▶ Alerter une hausse du taux de morbidité diarrhéique dans une communauté ;
 - ▶ Produire des atlas électroniques pour chaque province ;
- Etc.

En ce qui concerne la post-certification, la base de données DHIS2 ne capture que les informations liées à un pilier de la PC : l'enquête CAP. Il est indispensable que les informations des deux autres piliers (auto-évaluation et plan de rattrapage) soient également capturées pour un bon suivi des activités PC.

4 - Mécanisme de contre-vérification des données

À ce jour, le système de suivi et évaluation du Programme PNEVA repose uniquement sur les informations générées par la base de données DHIS2.

Un mécanisme de contre vérification des données et un monitoring de la part d'une tierce partie devraient être mis en place.



Axe stratégique 3 : renforcement de la coordination et de l'ancrage Institutionnel du PNEVA

Le renforcement de la coordination et de l'ancrage institutionnel du PNEVA nécessite l'implication progressive des ETD dans la mise en œuvre des activités du PNEVA, la création d'un environnement favorable à l'intégration du secteur privé, le renforcement et la reconnaissance du Programme par un Arrêté ministériel. Ceci dans le but d'offrir un cadre normatif et réglementaire pour les interventions EHA en milieu rural et de créer un comité de pilotage du PNEVA sur le plan institutionnel pour améliorer la coordination des acteurs.

1 - Implication progressive des ETD dans la mise en œuvre du PNEVA

Selon la nouvelle loi sur l'eau promulguée en janvier 2016, la responsabilité de l'organisation des services de l'eau **est déléguée aux provinces et aux Entités Territoriales Décentralisées (ETD)**. Ainsi, la mise en œuvre de la loi sur l'eau passera par l'implication des ETD dans les actions EHA menées par l'ensemble des acteurs du secteur. À long terme, les ETD seront des **acteurs clés** et joueront le **rôle de maîtres d'ouvrage** dans la planification et la coordination locale, la gestion efficace des infrastructures EHA ainsi que la prise en charge de leur renouvellement, etc. Les services étatiques décentralisés du MSP, du MEPSP, du MEDD et du MDR soutiendront techniquement les ETD, chacun dans leurs domaines de compétences.

À ce titre, le PNEVA devrait donc progressivement **impliquer les autorités politico-administratives des ETD** dans toutes les phases de mise en œuvre du Programme pour qu'elles soient conscientes de leurs responsabilités dans le cadre de la décentralisation mise en place par le Gouvernement.

Pour appuyer les ETD à mieux analyser, comprendre et assumer leurs rôles, des projets pilotes pourront être développés en fonction des opportunités et de la disponibilité des financements.

2 - Création d'un environnement favorable à l'intégration du secteur privé dans la mise en œuvre du PNEVA

Sous la tutelle des ETD et en coordination avec les services techniques concernés (MERH et MDR), le PNEVA est une opportunité pour **impliquer des acteurs du secteur privé spécialisés dans le domaine EHA**. Ainsi, la cohérence des politiques du secteur est assurée.

L'expérience du PNEVA dans l'implication du secteur privé pour la gestion des forages manuels et mécaniques a permis de **mettre en place un réseau d'artisans réparateurs** et de distribution de pièces de rechange de pompes à motricité humaine. Le Programme poursuivra cette stratégie, qui démontre les opportunités économiques que peut engendrer l'implication du secteur privé.

3 - Élaboration d'un document normatif et réglementaire du PNEVA pour les interventions EHA en milieu rural

La Coordination du PNEVA se propose de présenter un document pour une reconnaissance officielle du Programme. Il sera soumis aux Ministères compétents pour endossement politique. Ce document décrira la stratégie du Gouvernement en termes d'objectifs à atteindre et d'approche programmatique à observer dans la mise en œuvre de projets EHA en milieu rural, semi-urbain et



péri-urbain. Ainsi, le PNEVA pourra légitimement **rassembler les acteurs du secteur EHA** autour d'une vision commune et **aligner les partenaires de mise en œuvre**. De plus, ce document offrira **un cadre légal** qui permettra d'attirer les investisseurs du secteur EHA et d'ouvrir la voie à une contribution financière gouvernementale du Programme.

Le Programme prendra soin d'inclure dans son plan opérationnel du document officiel l'approche « complémentarité », qui permettra de fournir un « paquet » EHA complet aux bénéficiaires, en capitalisant les interventions des différents PTF.

Grâce à une harmonisation des interventions EHA en milieu rural, le nombre de villages, centre de santé et écoles certifiés « assainis » pourra augmenter.

4 - Création d'un comité de pilotage du Plan Quinquennal pour améliorer la coordination des acteurs

Un mécanisme de pilotage du PQ doit être défini sur le plan institutionnel au niveau national et provincial pour une revue systématique et continue de celui-ci.

La composition, le fonctionnement et le mandat du Comité de Pilotage (COPIL) seront définis durant la première année de ce Plan Quinquennal.

Une revue des indicateurs sera conduite au moins une fois par an avec l'ensemble des acteurs de mise en œuvre. Cela permettra de capitaliser les leçons apprises et de formuler de nouvelles orientations stratégiques.

5 - renforcement du partenariat éducatif

Les articles 20 et 21 de la Loi-cadre de l'Enseignement n° 14/004/2014 du 11 février 2014 de l'Enseignement National considèrent les confessions religieuses et les parents d'élèves parmi **les partenaires éducatifs** concernant la **gestion des ressources matérielles et humaines dans les établissements d'enseignement**. Pour cette raison, les parents d'élèves doivent **s'impliquer** davantage dans la mise en œuvre du Programme afin de s'assurer de la pérennisation des acquis en EHA.

Les autorités des confessions religieuses et celles du Ministère de l'EPSP des niveaux Provincial et Sous Provincial quant à elles, sont appelées à **collaborer** en s'assurant de la stabilité des acteurs formés pour la bonne continuation des activités du Programme dans les écoles.

Axe stratégique 4 : renforcement de l'ancrage communautaire du PNEVA afin d'assurer sa durabilité

L'ancrage communautaire consiste à l'alignement du PNEVA à la nouvelle approche de la dynamique communautaire prônée par le Ministère de la Santé Publique et au renforcement du rôle des EFL et des cellules de base des écoles.

1 - Alignement du PNEVA à la nouvelle approche de la dynamique communautaire du Ministère de la Santé Publique

Le Ministère de la Santé Publique a doté le pays d'un instrument normatif qui contribuera à l'amélioration de l'organisation et du fonctionnement des structures et approches communautaires. Il s'agit de la **Cellule d'Animation Communautaire (CAC)**, qui est une **plateforme de coordination des initiatives communautaires au niveau du village/cellule**. En d'autres mots, c'est une structure communautaire multisectorielle et multidisciplinaire placée sous le leadership du chef du village. Elle est constituée de toutes les forces vives du village : RECO, leaders religieux, femmes, enseignants, délégués des organisations à assise communautaire, etc.

Le PNEVA doit s'éloigner progressivement du modèle « comité de village » pour s'aligner sur cette nouvelle approche de la dynamique communautaire du MSP. Dans cette dynamique, la CAC permet d'enclencher l'interaction et la communication entre les différentes composantes, structurée ou non, de la communauté, en vue de l'habilitation de ses membres et d'une plus grande solidarité dans la mise en œuvre des actions, la mobilisation et la gestion des ressources. **La CAC assure ainsi la durabilité des actions menées.**

Le PNEVA accompagnera la CAC dans le processus de **diagnostic communautaire, d'élaboration du plan d'action** et continuera à **renforcer la capacité** des membres sur le paquet intégré, le suivi des activités et la remontée des informations dont celles relatives à l'eau, l'hygiène et l'assainissement.



2 - Renforcement du rôle des Équipes de Facilitation Locales (EFL) dans la mise en œuvre et le suivi du PNEVA

Les **Équipes de Facilitation Locales (EFL)**, structurées autour de l'**Infirmier Titulaire (IT)**, ont été mises en place pour faciliter et rendre opérationnelles les activités du PNEVA. Les membres d'une EFL sont dévoués, disponibles et désignés de façon consensuelle par l'ensemble des membres de la CAC, sous la responsabilité du Chef de village et de la notabilité en place dans l'Aire de Santé. L'EFL est composée de **deux Relais Communautaires (RECO)**, également de membres de la CAC, de l'IT, et du Brigadier de l'hygiène. L'IT a la respon-

sabilité de conduire les enquêtes CAP tandis que les deux RECO animent les séances d'auto-évaluation communautaires avec l'appui du Brigadier de l'hygiène. En outre, les deux RECO agissent comme des représentants de leur village lors des échanges intercommunautaires d'une Aire de Santé.

Les EFL appuient également les villages dans la post-certification à travers la **conduite des enquêtes CAP** et des **auto-évaluations**, ainsi que dans l'**élaboration du plan de rattrapage ou de maintenance**. Les capacités des membres des EFL seront renforcées et ils seront accompagnés pour une meilleure appropriation et un bon suivi dans la mise en œuvre du Programme.

3 - Renforcement des cellules de base dans les écoles

La **cellule de base** est une école organisée pédagogiquement dans le but d'**encadrer les enseignants** par leurs collègues jouissant d'une expérience et de compétences appréciables.

À ce titre, la cellule de base devient **un centre d'apprentissage pour tous les enseignants qui désirent renforcer leurs capacités sur le PNEVA en matière d'EHA** en général, et principalement dans l'analyse des résultats des auto-évaluations et des enquêtes CAP.

Les **Réseaux d'École de Proximité (REP)**, qui fonctionnent trimestriellement pendant les vacances scolaires, doivent être mis à profit à cet effet.

Par ailleurs, la communauté scolaire peut faire appel aux acteurs de Sous-Divisions Éducationnelles ou aux Inspecteurs de pool pour le renforcement de ses capacités sur des aspects spécifiques du secteur de l'eau, hygiène et assainissement afin d'améliorer ses compétences dans l'évaluation régulière des résultats à atteindre.

Axe stratégique 5 : questions transversales

Cet axe transversal prendra en compte les aspects genre dans le PNEVA et le renforcement de capacités.



1 - Renforcement de la prise en compte du genre dans le PNEVA

Pour renforcer la prise en compte du genre dans le PNEVA, des stratégies et outils pour **l'égalité des hommes, femmes, enfants et personnes vulnérables** doivent être introduits à tous les niveaux du processus Pas à Pas du Programme. Il en sera de même dans l'opérationnalisation des différentes structures telles que la CAC, la BSSE, l'EFL et le comité de gestion des points d'eau.

Cette prise en compte du genre peut se traduire sous plusieurs aspects, notamment

- ▮ dans le design des latrines qui tiennent compte de l'âge, de la mobilité des personnes et de la menstruation ;
- ▮ dans le rapprochement des points d'eau à moins de 500 mètres pour réduire la corvée de l'eau ;
- ▮ dans la responsabilisation de la femme dans la gestion des différentes structures communautaires, etc.

Pour cela, il faut :

- ▮ intensifier la promotion sur le respect du genre et de la vulnérabilité dans la communauté et en milieu scolaire,
- ▮ instaurer un système de suivi pour s'assurer de la participation effective des femmes/filles dans les postes de décision,
- ▮ des évidences sur le genre,
- ▮ intégrer l'aspect genre dans les différents modules du programme sur base des recommandations des études, etc.

Une autre façon d'appréhender le genre dans le secteur de l'eau et de l'assainissement est d'utiliser des indicateurs appropriés, de désagréger les ménages selon le sexe ainsi que de renforcer l'aptitude à identifier et à résoudre les questions de genre chaque fois qu'elles se posent. Ces indicateurs doivent être intégrés de manière systématique dans le cadre de suivi évaluation du PNEVA. À cet effet, des amendements ont été apportés aux enquêtes CAP actuellement utilisés dans le PNEVA.

2 - Renforcement de capacités des acteurs

La stratégie de mise en œuvre du Programme dans sa phase 2 repose essentiellement sur le renforcement des capacités des acteurs à travers des **techniques d'andragogie, adaptées à l'enseignement des adultes**.

Compte tenu de l'immensité du pays et le souci d'atteindre tous les acteurs dans les meilleurs délais, les formations initiales ont été **organisées en « cascade »**, ou le niveau national, préalablement formé, forme le niveau provincial; ce dernier forme le niveau périphérique qui à son tour forme le niveau communautaire. En outre, la stratégie de suivi post-formation (ou coaching) avait été introduite pour améliorer les performances des acteurs sur le terrain.

Chaque acteur devrait donc faire usage des techniques d'andragogie dans la facilitation du processus pour amener un village, une école, un centre de santé à atteindre le statut « Assaini ». Ensuite, celui-ci devrait être accompagné pendant un temps afin qu'il soit capable de résoudre par lui-même les problèmes qu'il rencontre dans la mise en œuvre des activités du Programme.

C'est ainsi qu'un accent particulier doit être mis sur la qualité de la facilitation conduite à différents niveaux pour influencer sur un processus de changement de comportement du plus grand nombre, un engagement et une responsabilisation accrue des communautés bénéficiaires. Il est également nécessaire de **développer des outils de suivi de performance des acteurs formés et d'améliorer le suivi post-formation**.

Pour la pérennisation des acquis, il faudra renforcer davantage les capacités techniques et de gestion des partenaires (personnel du niveau national, provincial, périphérique et acteurs ayant un lien avec le PNEVA) à travers **un processus de formation continue** et un **accompagnement rapproché** de ces partenaires durant la mise en œuvre.

La durée de la formation sur l'Approche Pas à Pas est **actuellement trop longue, à la fois pour le formateur que pour l'apprenant**. Il y a donc lieu de la réduire, tout en respectant le contenu et les techniques d'animation.

Afin d'optimiser l'apprentissage, une base de données des acteurs formés doit être mise à jour régulièrement et rapportée systématiquement à tous les niveaux. Ainsi, en cas de mutation ou de permutation, un mécanisme de renforcement des capacités pourra être établi. En outre, un **système d'évaluation périodique des acteurs formés**, basé sur un référentiel, devrait être instauré, à travers des outils de suivi de performance en autres.

4 Projection des cibles et financement sur le cycle 2018-2022

1

Définition des cibles prévisionnelles de certification pour les villages, écoles et centres de santé

Des cibles et un budget prévisionnel ont été établis pour les cinq prochaines années. Basées sur les apprentissages de l'appui UNICEF au PNEVA pour la période 2013-2017, les hypothèses ci-dessous ont été formulées pour définir les cibles et les coûts de financement (tableau 4, page suivante):

- Les calculs sont basés sur les populations rurales estimées sans accès à l'eau dans l'EDS 2013-2014 ;
- Sur cette base, le pourcentage de population à couvrir en fonction du degré de priorité de la province et de sa vulnérabilité aux différents paramètres clés déjà exposés plus haut est appliqué (10 %, 20 % ou 40 %) ;
- La taille moyenne d'un village à couvrir annuellement correspond à une population de 741 personnes ;
- Le nombre d'écoles et de centres de santé à certifier est estimé selon le ratio 1 école pour 4 villages et 1 CSA pour 10 villages.

Il est à noter que les coûts sont purement indicatifs car calculés sur ceux du Plan Quinquennal précédent. Les cibles et les coûts réels d'intervention pourront être ajustés en fonction des différents partenaires et de chaque zone d'intervention. Les propositions actuelles permettent de donner une situation générale du PNEVA pour les 5 prochaines années.

L'atteinte de ces cibles définies sur base de la vision prônée par les ODD nécessitera une augmentation significative des investissements dans le secteur EHA en RDC. Le Gouvernement de la RDC, au niveau national et provincial, doit s'engager pleinement, aux côtés des PTF, dans la mobilisation de fonds pour contribuer efficacement à l'atteinte des cibles fixées, qui sont ambitieuses puisque le **Programme projette d'améliorer les conditions EHA de plus de 11 millions de personnes.**

CIBLE CERTIFICATION ET COÛT EN LIEU ET PLACE DE CIBLE POST-CERTIFICATION

PROVINCE	Population rurale à couvrir en eau (EDS 2013-2014)	% du gap à couvrir selon le degré de priorité	Population totale à couvrir en fonction du degré de priorité sur la période 2018-2022	Population à couvrir annuelle-ment	Cibles annuelles moyennes pour le PNEVA			Cibles moyennes sur 5 ans pour le PNEVA			coût d'investissement annuel estimé	coût d'investissement estimé sur 5 ans
					#VA	#EA	#CdSA	#VA	#EA	#CdSA		
BAS-UELE	754 142	10 %	75 414	15 063	20	5	2	102	25	10	297 132	1 485 660
EQUATEUR	1 309 162	10 %	130 916	26 183	36	9	4	177	44	18	515 810	2 579 049
HAUT-KATANGA	3 102 357	40 %	1 240 943	248 189	335	84	33	1 675	419	167	4 889 315	24 446 575
HAUT-LOMAMI	2 215 671	40 %	886 268	177 254	239	60	24	1 196	299	120	3 491 897	17 459 486
HAUT-UELE	620 747	20 %	124 149	24 830	34	8	3	168	42	17	489 149	2 445 745
ITURI	951 662	40 %	380 665	76 133	103	26	10	514	128	51	1 499 819	7 499 095
KINSHASA	3 500 000	20 %	700 000	140 000	189	47	19	945	236	94	2 758 000	13 790 000
KASAI	2 067 367	40 %	826 943	165 389	223	56	22	1 116	279	112	3 258 155	16 290 777
KASAI CENTRAL	2 219 755	40 %	887 902	177 580	240	60	24	1 198	300	120	3 498 334	17 491 671
KASAI ORIENTAL	2 281 683	40 %	912 676	182 535	246	62	25	1 232	308	123	3 595 933	17 979 664
KONGO CENTRAL	1 290 275	20 %	258 055	51 611	70	17	7	348	87	35	1 016 737	5 063 685
KWANGO	1 493 287	20 %	298 657	59 731	81	20	8	403	101	40	1 176 710	5 883 549
KWILU	2 873 291	40 %	1 149 316	229 863	310	78	31	1 551	388	155	4 528 307	22 641 535
LOMAMI	2 194 504	40 %	877 802	175 560	237	59	24	1 185	296	118	3 458 539	17 292 694
LUALABA	1 226 269	10 %	122 629	24 526	33	8	3	165	41	17	483 158	2 415 790
MAINDOMBE	697 335	10 %	69 734	13 947	19	5	2	94	24	9	274 750	1 373 750
MANIEMA	604 892	10 %	60 489	12 098	16	4	2	82	20	8	238 327	1 191 637
MONGALA	1 594 247	10 %	159 425	31 885	43	11	4	215	54	22	628 133	3 140 666
NORD-KIVU	1 364 628	40 %	545 851	109 170	147	37	15	737	184	74	2 150 653	10 753 266
NORD-UBANGI	679 402	20 %	135 880	27 176	37	9	4	183	46	18	535 368	2 676 842
SANKURU	1 233 958	20 %	246 792	49 358	67	17	7	333	83	33	972 359	4 861 793
SUD-UNBANGI	1 612 217	20 %	322 443	64 489	87	22	9	436	109	44	1 270 427	6 362 135
SUD-KIVU	1 170 145	40 %	468 058	93 612	126	32	13	632	158	63	1 844 148	9 220 741
TANGANYIKA	1 315 803	20 %	263 161	52 632	71	18	7	355	89	36	1 036 853	5 184 263
TSHOPO	1 828 959	20 %	365 792	73 158	99	25	10	494	123	49	1 441 220	7 206 099
TSHUAPA	1 271 382	10 %	127 138	25 428	34	9	3	172	43	17	500 924	2 504 622
TOTAL	41 473 150	NA	11 637 096	2 327 419	3 141	785	314	15 705	3 926	1 570	45 850 158	229 250 789



Cibles pour la Post-Certification

Pour la post-certification, 100 % des villages et écoles dans toutes les zones de santé et SDE du programme quel que soit le PTF ayant appuyé la certification seront visités en vue d'assurer le maintien des acquis.

CIBLE POST-CERTIFICATION ET COÛT

PROVINCE	Nombre de villages en PC 2006 à 2018	Nombre d'écoles en PC 2006 à 2017	Cibles moyennes PC sur 5 ans pour le PNEVA			Coût total PC 2008 à 2022			coût d'investissement annuel estimé	coût d'investissement estimé sur 5 ans
			#VA	#EA	#CdSA	#VA	#EA	#CdSA		
BAS-UELE	30	14	102	25	10	132	39	10	3620	18100
EQUATEUR	179	114	177	44	18	358	158	18	10640	53200
HAUT-KATANGA	532	237	1675	419	167	2207	656	167	60600	1 303 000
HAUT-LOMAMI	273	97	1196	299	120	1469	396	120	39700	198500
HAUT-UELE	10	0	168	42	17	178	42	17	4740	23700
ITURI	658	154	514	128	51	1172	282	51	30100	150500
KINSHASA	747	173	945	236	94	1692	409	94	43900	219500
KASAI	273	63	1116	279	112	1389	342	112	36880	184300
KASAI CENTRAL	756	107	1198	300	120	1954	407	120	49620	248100
KASAI ORIENTAL	630	78	1232	308	123	1862	386	123	49620	248100
KONGO CENTRAL	872	140	348	87	35	1220	227	35	29640	148200
KWANGO	109	47	403	101	40	512	148	40	14000	70000
KWILU	248	61	1551	388	155	1799	449	155	48060	240300
LOMAMI	442	40	1185	296	118	1627	336	118	41620	208100
LUALABA	341	46	165	41	17	506	87	17	12200	61000
MAINDOMBE	234	56	94	24	9	328	80	9	8340	41700
MANIEMA	504	166	82	20	8	586	186	8	15600	78000
MONGALA	20	5	215	54	22	235	59	22	6320	31600
NORD-KIVU	579	216	737	184	74	1316	400	74	35800	179000
NORD-UBANGI	59	22	183	46	18	242	68	18	6560	32800
SANKURU	28	0	33	83	33	361	83	33	9540	47700
SUD-UNBANGI	196	47	436	109	44	631	156	44	16620	83100
SUD-KIVU	825	263	632	158	63	1457	421	63	38820	194100
TANGANYIKA	502	161	355	89	36	857	250	38	22880	114300
TSHOPO	477	149	494	123	49	971	272	49	25840	129200
TSHUAPA	6	2	172	43	17	178	45	17	4800	24000
TOTAL	9530	2458	15707	3926	1570	25237	6384	1570	663820	3319100

BIBLIOGRAPHIE

- Direction des programmes scolaires et du matériel didactique, *Approche participative pour la mise en œuvre de la stratégie pas à pas phase, École assainie, module du formateur*, mai 2015
- Direction de lutte contre la maladie, *Plan stratégique d'élimination du choléra en République Démocratique du Congo 2008-2012*, décembre 2017
- Direction des soins de santé primaire, *Indice de disponibilité et de capacité opérationnelle des services de santé (Sara RDC 2014)*, 2014
- Direction nationale d'hygiène, *Projet « Centre de santé assaini »*, août 2017
- Institut national des statistiques, *Projection 2015*, Kinshasa, 2015
- Institut national des statistiques, *Enquête 1-2-3 2012 – 2013*, 2013
- Journal officiel n° spécial, loi sur l'eau en République Démocratique du Congo* 13 janvier 2016
- Loi-cadre n° 14/004/2014 du 11 février 2014 de l'Enseignement National
- La stratégie sectorielle de l'éducation et de la formation 2016-2025*
- Ministère de la santé publique, *Rapport d'évaluation du PNDS 2011 – 2015*, Kinshasa, juillet 2015
- Ministère du plan et suivi de la mise en œuvre de la révolution de la modernité, *Plan stratégique national de développement 2017-2021*, 2015
- Ministère du plan et suivi de la mise en œuvre de la révolution de la modernité, *Étude nationale sur la prospective, RDC vision 2035*, 2013
- Ministère du plan : *contextualisation et priorisation des objectifs de développement durable (ODD) en République Démocratique du Congo, Rapport national*, octobre 2016.
- Ministère de la santé et de la protection sociale togolaise, *Plan national de développement sanitaire 2017-2022*, février 2017
- Programme national de lutte contre la tuberculose, *Plan stratégique 2015-2019*, république de Haïti, avril 2014
- Ministère de la santé publique, *Plan national de développement sanitaire 2016-2020 : vers la couverture sanitaire universelle*, mars 2016
- Ministère de la santé, *Stratégie de développement de la participation communautaire en Rdc*, Kinshasa, octobre 2016
- Programme national écoles et villages assainis, *Plan quinquennal 2013-2017*, Kinshasa, mai 2013
- Programme des nations unies pour développement, *Objectifs de développement durable*, Kinshasa, 25 septembre 2015
- Programme National Village Assaini, *Module de formation des formateurs sur le processus « pas à pas »*, 2014
- Unicef-PNEVA, *Étude de fin de cycle de la durabilité Programme National Village assaini & École assainie – phase 1, Rapport n° 3 - analyse de la durabilité des villages assainis*, mai 2014
- Unicef-PNEVA, *Étude de fin de cycle de la durabilité Programme National Village assaini & École assainie – phase 1, Rapport n° 4-analyse de la durabilité des écoles assainies*, juillet 2014
- Unicef-PNEVA, *Rapport d'identification des goulots d'étranglement*, mars 2016
- Unicef-PNEVA, *Étude sur le processus Post-Certification VEA*, juin 2017
- Unicef-PNEVA, *Atlas 2016, accès à l'eau potable, l'hygiène et l'assainissement pour les communautés rurales et périurbaines de la République Démocratique du Congo*
- Usaid: *Stratégie de coopération pour le développement du pays - République Démocratique du Congo 2015-2019*
- WSSCC, *Plan stratégique 2017-2020*



© UNICEF RDC 2018 Tremeau

Conception graphique et réalisation :
 Claire Mabile - ClairmabStudio // Cartographie : edicarto.fr
 Crédits photos :
 © DR et UNICEF RDC : Almeras, Dubourthoumieu, Rice-Chudeau, Tremeau

