



Analyse de la Redevabilité pour la Durabilité des Services WASH dans le Système de Santé

En République Démocratique du Congo (RDC - Kinshasa)



Photo credit: Sophie Bruneau, 03.2016, Kinshasa



FINAL REPORT

Mars 2016

Abréviations

AMDD	Averting Maternal Death and Disability.
APA	Autorités Politico-Administratives.
BCZ	Bureau Central de la Zone de Santé.
CNAEHA	Comité National d'Action de l'Eau, de l'Hygiène et d'Assainissement.
COCODEV	COMité COMmunal de DEVeloppement et de santé.
CODEV	Comité de DEVeloppement.
CODESA	Comité de DEVeloppement de l'aire de Santé.
CS	Centre de Santé.
ECZS	Equipe Cadre de la Zone de Santé.
EDS	Enquête Démographique et de Santé.
FOSA	FORMATION SANitaire.
IDH	Indice de Développement Humain.
IT	Infirmier Titulaire.
MSP	Ministère de la Santé Publique.
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement.
OMS	Organisation Mondiale de la Santé.
ONG	Organisation Non Gouvernementale.
PBF	Performance Based Financing.
PIB	Produit Intérieur Brut.
PNSR	Programme National de Santé de la Reproduction.
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement.
ReCo	Relais Communautaires.
SNIS	Système National d'Informations Sanitaires.
SONU	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence.
UN	United Nations – Nations Unies.
UNFPA	United Nations Population Fund.
UNICEF	United Nations International Children's Emergency Fund.
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine.
WASH	Water, Sanitation and Hygiene.
ZS	Zone de Santé.

Remerciements

Nous tenons à remercier particulièrement Dr Mavard, Directeur de la Direction Nationale de l'Hygiène (Direction Centrale 9) et son équipe pour leur participation à la préparatoire et à l'atelier d'analyse de la redevabilité pour la durabilité des services WASH dans le système de santé.

Nous remercions aussi les Directions Nationales de la Santé de la Famille et de Groupes Spécifiques (D10) et la Direction Nationale des Etablissements de Soins (D2) pour leur contribution lors de la définition des orientations de l'atelier et leur participation active dans les débats, de même que les acteurs gouvernementaux des différents niveaux : le Comité National d'Action de l'Eau, de l'Hygiène et d'Assainissement (CNAEHA), l'Université de Santé Publique, les Divisions Provinciales de la Santé du Sud Kivu et du Kasaï Oriental, les Zones de Santé de Kalenda et Idjwi ; les centre de santé de Kizefo (ZS Masi-Manimba, DPS Kwilu), Tsaklala-Mbewa (ZS Boko, DPS Kwango) ainsi que les représentants de la communauté de la ZS de N'Zélé. La participation active des partenaires non gouvernementaux est aussi à souligner, notamment l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), Centers for Disease Control and Prevention (CDC), IMA World Health, Caritas Congo, le Consortium WASH et USAID. Un remerciement est adressé à l'UNICEF en RDC pour le support dans le cadre de l'organisation de cet atelier.

Ce rapport a été élaboré par Sophie Bruneau, Consultante UNICEF, sous la supervision de Fabrice Fotso, Spécialiste WASH au Bureau Régional de l'UNICEF pour l'Afrique de l'Ouest et Centrale (WCARO), et les contributions de Koenraad VANCRAEYNEST, Spécialiste WASH-UNICEF RDC et Dr Mavard, Directeur de la Direction Nationale de l'Hygiène – Ministère de la Santé.

I. Contexte du pays

A. Système de Santé

1. Contexte général et données démographiques/économiques

Depuis l'indépendance en 1960, la RDC a fait face à de longues périodes d'instabilité politique. Suite à deux guerres successives (1996-1997 et 1998-2003), le pays est aujourd'hui en situation de post-conflit mais des foyers d'insécurité persistent à l'est. Le secteur de la santé a été un des plus affectés, non seulement par les détériorations des infrastructures liées aux conflits mais aussi en lien avec l'instabilité sociale et politique qui a affaibli le système de santé existant.

Tableau 1: Données démographiques en RDC

Données clés	Valeurs
Superficie	2.345.000 km ²
Population totale	74.877.030 habitants ¹
Population âgée de moins de 15 ans ² ,	45%
Taux de fertilité	5,9 ³
Croissance démographique	+3,2% ⁴
Taux d'alphabétisation	67% ⁵
Esperance de vie	49 ans ⁶
Classement sur l'IDH	176 ^e rang sur 188 pays

Tableau 2: Données économiques en RDC

Données clés	Valeurs
Revenu National brut	140\$ par habitant ⁷
Taux de croissance	+9% ⁸
Budget gouvernemental alloué à la santé	6%.
Dépenses totales consacrées à la santé par habitant	26\$ par habitant en 2013 ⁹
Dépenses totales consacrées à la santé en % du PIB	3.5% ¹⁰ du PIB en 2013
Population vit sous le seuil de la pauvreté.	80% ¹¹

2. Organisation du système de santé

La pyramide sanitaire est organisée en 3 niveaux :

- **Le niveau central** (cabinet du Ministre, Secrétariat Général, Directions Centrales et Programmes Spécialisés) qui a essentiellement un rôle normatif et stratégique.
- **Le niveau intermédiaire** (Inspection Provinciale et les différents bureaux, coordinations provinciales et les Division Provinciales) qui a un rôle technique et logistique d'appui aux zones de santé.
- **Le niveau périphérique** (les zones de santé subdivisées en aires de santé) constitue le niveau opérationnel des activités de soins de santé primaires. La zone de santé comprend un ensemble de centres de santé et un Hôpital Général de Référence.

Le système de santé de la RDC dépend fortement de l'aide et des donateurs bilatéraux et multilatéraux.

¹ Banque Mondiale. 2014.

^{2,3} OMS, Statistique. 2013.

⁴ Banque Mondiale. 2014.

⁵ Rapport PNUD. 2011.

⁶ PNUD, 2014.

⁷ PNSR, UNFPA, AMDD, OMS, Direction 10, SONU, Ecole de Sante Publique de Kinshasa. Evaluation des besoins en Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence dans 3 Provinces de la RDC – Rapport SONU. Octobre 2012.

⁸ Banque Mondiale. 2014.

^{9,10} OMS. 2013.

¹¹ Rapport SONU. 2012.

Le taux moyen de l'utilisation des services de santé, selon le rapport de « l'Etat de Santé et de Pauvreté en RDC »¹² est d'environ 0,15 consultations par habitants par an. Ce faible taux est essentiellement lié à des services de santé non disponibles ou de mauvaise qualité. Les résultats de l'étude SARA (Service Availability Readness Assessment) ont notamment mis en évidence un indice moyen de capacité opérationnelle des services généraux estimé à 27% sur l'ensemble des formations sanitaires du pays.

3. Profil sanitaire

Malgré les progrès en termes de réduction des taux de mortalité chez les enfants et les mères, les indicateurs clés restent inquiétants, notamment en ce qui concerne les femmes. La RDC fait notamment partie des 6 pays du monde qui portent 50% de la charge mondiale de mortalité maternelle¹³.

Tableau 3: Estimation des indicateurs de mortalité en RDC.

Taux de mortalité clés	Référence 2001	Récente	Sources	Cible des OMD -2015
Enfants de moins de cinq ans (par 1000 naissances vivantes)	213	100	EDS 2014	60
Infantile (par 1000 naissances vivantes)	126	97	2010	30
Maternelle (par 100 000 naissances vivantes)	770	540	EDS 2014	322

Les causes principales de mortalité infantile concernent le paludisme, les infections respiratoires aiguës, les maladies diarrhéiques et la malnutrition. La plupart des maladies en RDC font partie des maladies évitables telles qu'entre autres le paludisme, le VIH, les maladies diarrhéiques, la trypanosomiase, l'onchocercose et la bilharziose.

B. Système de santé et secteur WASH

1. Organisation du secteur WASH

Au sein du Ministère de la Santé Publique en RDC qui compte 13 Directions Générales, la 9ème Direction de l'Hygiène Publique (D9) assure le rôle normatif et de coordination de toutes les activités de l'hygiène qui se déroulent sur l'ensemble du territoire national. Elle a pour mission de contribuer à l'amélioration de la santé de la population par la promotion de bonnes pratiques de l'hygiène et la prévention contre des maladies liées au manque d'eau potable, de l'hygiène et de l'assainissement¹⁴. D'autres acteurs externe au Ministère de la Santé Publique interviennent dans le WASH, en particulier pour la gestion de l'eau comme la Regideso qui est une structure publique qui gère le réseau d'eau potable en milieu urbain et le Service National de d'Hydraulique Rural (SNHR) en milieu rural. Le Comité National d'Action de l'Eau et de l'Assainissement (CNAEA) qui dépend du Ministère du Plan est chargé d'élaborer des programmes de réhabilitation et de développement des secteurs de l'eau potable et de l'assainissement et de veiller à leur exécution en assurant leur coordination.

2. Données WASH dans les structures de santé

• Donnes WASH dans les structures de santé au niveau global

Un rapport de l'OMS / UNICEF en 2015 a mis en évidence que sur 54 pays à revenu faible ou intermédiaire (parmi lesquels la RDC n'était pas incluse), représentant 66 101 installations, 38% des établissements de soins de santé ne disposent pas d'une source d'eau améliorée (l'accès à l'eau potable étant encore plus faible en Afrique, avec 42% des établissements de santé sans accès), 19% ne disposent pas d'assainissement amélioré et 35% n'ont pas d'eau et du savon pour le lavage des mains¹⁵. Ces taux de couverture diminuent de moitié notamment lorsque les facteurs de continuité et de sécurité de l'approvisionnement sont pris en compte.

À l'échelle mondiale, la septicémie est responsable de 15% de la mortalité maternelle et néonatale; le tétanos pour 2% de la mortalité néonatale.

¹² Banque Mondiale, 2005.

¹³ Rapport SONU. 2012.

¹⁴ <http://www.minisanterdc.cd/new/index.php/direction/82-direction-nationale-de-l-hygiene>

¹⁵ UNICEF, WHO. Water, sanitation and hygiene in health care facilities – Status in low-and middle-income countries and way forward. WHO, 2015.

Au niveau régional, la revue des rapports d'enquêtes SONU de 7 pays d'Afrique occidentale et centrale, menées depuis 2010, représentant 4,087 maternités avec 1,265,980 accouchements, a montré que seulement 65% disposent d'un accès à l'eau dans les salles d'accouchement et 18% dans les salles de suivi de couches. Il est important de noter qu'aucun pays dans la région de l'Afrique de l'Ouest et du Centre n'a atteint l'OMD 5 (Améliorer la Santé Maternelle).

- Données WASH dans les structures de santé en RDC

D'après l'enquête SONU menée en 2012 dans les Provinces de Kinshasa, Bandundu et du Bas Congo, représentant 3,114 structures de santé (266 enquêtées, soit 8,5% qui réalisaient au moins 300 accouchements par an), 2/3 d'entre elles (soit 64%) des structures et deux salles d'accouchement sur trois avaient accès à l'eau. Il est néanmoins important de mentionner que les résultats de cette enquête SONU ne sont pas représentatifs de l'ensemble des formations sanitaires en RDC, en lien avec l'utilisation d'un échantillon restreint pour cette étude.

La promulgation récente de la Loi sur l'Eau (Janvier 2016) et du décret pour restructurer la CNAEHA (Décembre 2015) constituent deux décisions politiques majeures prises par le gouvernement; elles pourraient contribuer à l'amélioration de l'accès en WASH dans les prochaines années. Il est à noter que dans le draft (en cours de validation) du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2016-2020, un accent a été mis sur l'amélioration de l'hygiène en milieu hospitalier (CS et hôpitaux) notamment à travers la mise en place et l'appui au fonctionnement des comités d'hygiène, la disponibilité de l'eau courante, la mise à disposition des matériels et intrants spécifiques pour une meilleure gestion des déchets biomédicaux.

II. Renforcement du WASH dans les structures de santé

A. Stratégie globale

En 2015, basé sur les résultats de l'évaluation menée par l'OMS et l'UNICEF sur la situation des services WASH dans les structures de santé dans les pays à faible et moyen revenus, mettant en évidence une proportion considérable de structures de santé sans aucun service WASH, l'OMS, l'UNICEF et les partenaires se sont engagés au niveau global pour atteindre l'accès universel à la WASH dans les structures de santé. Cinq objectifs pour le changement ont ainsi été développés.

Table 4: Objectifs pour le changement -Change objectives, WASH in health care facilities, Global Action Plan. 2015

Obj 1	Le WASH dans les structures de santé devient un élément prioritaire dans l'atteinte de tous les objectifs globaux et nationaux en santé, en particulier ceux liés à la Couverture Sanitaire Universelle. Les principaux décideurs et leaders d'opinions soutiennent le WASH dans les structures de santé.
Obj. 2	Tous les pays ont des politiques et standards nationaux sur le WASH dans les structures de santé et des budgets alloués pour améliorer et maintenir les services WASH.
Obj 3	Les efforts de suivi globaux et nationaux incluent l'harmonisation d'indicateurs essentiels et élargis pour évaluer les services WASH dans les structures de santé.
Obj. 4	Les évidences existantes sont revues et renforcées pour catalyser les messages de plaidoyer et améliorer la mise en œuvre des services WASH dans les structures de santé.
Obj. 5	Le personnel de santé et les gestionnaires des structures sanitaires, ainsi que les patients mènent un plaidoyer et soutiennent les services de WASH améliorés. Des plans des installations basés sur les risques sont mis en place et servent de support pour les améliorations continues des services WASH dans les structures de santé, des formations et pratiques des personnels de santé.

Table 5: Plan d'Action Global - Global Action Plan Task Teams and Activities, WASH in health care facilities, Global Action Plan. 2015

PLAIDOYER, LEADERSHIP ET ACTION		SUIVI	EVIDENCE ET RECHERCHE OPERATIONNELLE	POLITIQUE, STANDARDS ET AMELIORATION DES STRUCTURES
Objectif 1	Objectif 2	Objectif 3	Objectif 4	Objectif 5
But: Mener un plaidoyer pour une action globale et nationale pour améliorer les services WASH dans les structures de santé et supporter les responsables dédiés à cet effort.		But : Développer, tester et réviser les indicateurs essentiels et élargis pour suivre le WASH dans les structures de santé.	But: Développer et élargir les évidences pour supporter l'augmentation des investissements, l'amélioration de la qualité et les efforts de plaidoyer.	But: Développer un ensemble d'outils testés sur le terrain, du matériel de formation et de référence pour une variété d'infrastructures et de contextes.
Activités: Documenter les cas d'étude nationaux comprenant les processus et les mécanismes de changement pour améliorer le WASH dans les structures de santé.		Activités: Intégrer les indicateurs essentiels et élargis dans tous les mécanismes pertinents de suivi et de redevabilité en WASH dans les structures de santé.	Activités: Développer un agenda de recherches opérationnelles prioritaires et chercher des opportunités pour combler les gaps.	Activités: Supporter les formations régulières et les évaluations de compétences pour tout le personnel des structures de santé, incluant les hygiénistes et travailleurs en santé.

Ces objectifs pourront être atteints seulement si les secteurs WASH et santé travaillent en collaboration étroite de manière efficace.

B. Situation et challenges en RDC

Malgré le potentiel hydraulique du pays, l'accès à l'eau potable reste limité en RDC, en lien notamment avec une insuffisance des ressources financières pour le secteur, de gestion des réseaux existants et un délabrement des installations existantes¹⁶. La présence des disparités régionales dans le WASH dans les structures de santé peut s'expliquer par l'accès géographique mais aussi par la gouvernance. L'ambition de cet atelier était ainsi de faciliter des discussions parmi les acteurs clés en WASH et en santé au sein du système de santé pour permettre une bonne compréhension de la situation, des freins et d'obtenir un consensus autour de solutions visant à renforcer les services WASH dans les structures de santé.

III. Analyse des goulots d'étranglement menée en RDC

A. Contexte et Justification

Au niveau global, les dernières directives de l'OMS sur les soins postnatals pour la mère et le nouveau-né recommandent la sortie de l'hôpital du couple mère-enfant au moins 24 heures après la naissance, moment critique en lien avec le risque d'infections et autres complications. La qualité des soins postnatals devient une exigence, ce qui implique un accès permanent à des quantités suffisantes en eau potable, à des installations sanitaires, à un système d'élimination efficace des déchets médicaux ainsi qu'à l'accès et l'utilisation de produits de désinfection adéquats pour assurer et maintenir des conditions d'hygiène optimales dans les structures de santé. Cependant, dans les pays à revenu faible et intermédiaire, les services WASH dans de nombreux établissements de santé sont quasiment absents. Les risques liés à l'incapacité de fournir des soins de qualité ont été bien documentés et menacent la vie

¹⁶ CTB. Alimentation en eau potable et assainissement des quartiers périphériques urbains et des zones rurales.

des patients. À l'échelle mondiale, environ 1400 enfants meurent chaque jour de diarrhées évitables¹⁷; 9 cas de diarrhées sur 10 sont liés à une insuffisance en eau, assainissement et hygiène¹⁸. Le fardeau des infections est particulièrement élevé chez les nouveaux nés. L'état septique et les autres infections graves peuvent être fatals, avec par exemple un risque associé à la septicémie de 34 fois plus élevé dans les milieux à faibles ressources¹⁹.

Pour parvenir à une gestion pérenne des services WASH dans les structures de santé, les instances politiques et les systèmes de santé doivent assumer la responsabilité de leurs actions et du service. Au niveau national, différents acteurs sont impliqués (Ministères, agences, société, organisations) et au niveau décentralisé, il s'agit des structures de santé, municipalités et de la communauté. Une bonne gestion implique une coopération constructive entre les différents acteurs ce qui résultera en une utilisation efficace des ressources, une réactivité, efficacité et pérennité dans la fourniture des services WASH dans les structures de santé. L'attention particulière à la redevabilité vient en complément de l'intégration de l'aspect de pérennisation de la part des partenaires. S'attaquer aux problèmes de pérennisation des services WASH dans les structures de santé nécessite une approche holistique, centrée sur la gouvernance et les stratégies pour augmenter la redevabilité dans le but d'améliorer l'accès à des services de qualité.

Construire des mécanismes solides de redevabilité peut contribuer à clarifier les obligations des acteurs impliqués dans la fourniture de services WASH dans les structures de santé et permettre ainsi une utilisation efficace des fonds publics et une amélioration de la qualité des soins de santé pour tous. Ce processus passe par la reconnaissance par toutes les parties prenantes de l'importance des principes de transparence, de gestion participative, d'évaluation et de prise en compte des retours des patients et des communautés sur la qualité du service WASH dans les structures de soins de santé. Ces éléments sont cruciaux pour assurer la légitimité et l'efficacité des acteurs en présence et sont nécessaires à la mise en place d'un service WASH performant et durable dans les structures de soins de santé.

B. Approche / méthodologie

L'analyse de la redevabilité pour la durabilité des services WASH dans le système de santé a été menée à travers un atelier guidé par la Direction Nationale de l'Hygiène (Direction Centrale 9) avec la participation d'acteurs gouvernementaux et non gouvernementaux intervenant dans les domaines de la santé et/ou de la WASH et représentants des trois niveaux sur lesquels se centre l'analyse, à savoir l'Etat, les structures de santé et la communauté.

i. Phase Initiale

Pour permettre d'optimiser l'efficacité de cet atelier, une phase préparatoire a été planifiée la semaine précédant l'atelier. Elle a permis de développer une méthodologie et des outils de redevabilité qui ont été adaptés au WASH dans les structures de santé en RDC. Au cours de cet exercice de préparation, deux documents clés ont été utilisés :

- *La redevabilité dans le secteur de l'eau et de l'assainissement – le concept expliqué²⁰*, qui est une introduction à la redevabilité dans le WASH adressée aux professionnels du secteur eau, assainissement et hygiène, qui propose un éclairage général sur les facteurs liés à la redevabilité qui affectent la durabilité des services d'eau et d'assainissement. Ces concepts clés, utiles au diagnostic, sont complétés par une revue des solutions et options disponibles pour l'action. Ce guide comprend quatre parties :
 - **La gouvernance du WASH et la durabilité des services** : explique l'importance de la gouvernance et de la redevabilité pour la mise en place de services durables.
 - **La redevabilité dans le contexte du WASH** : décrit les différentes dimensions de la redevabilité dans le secteur WASH et le type d'actions qui contribuent à renforcer la

¹⁷ Liu L, Oza S, Hogan D, Perin J, Rudan I et al (2014) Global, regional, and national causes of child mortality in 2000–13, with projections to inform post-2015 priorities: an updated systematic analysis, *The Lancet*, 1 October.

¹⁸ World Health Organization (2008) *Safe Water, Better Health: Costs, benefits and sustainability of interventions to protect and promote health*.

¹⁹ Oza et al., 2015.

²⁰ UNICEF, Water Governance Facility, SIWI, UNDP. *La redevabilité dans le secteur de l'eau et de l'assainissement – le concept expliqué*. 2015.

demande et la reddition de comptes dans les services publics.

- **Les relations de redevabilité dans les services WASH** : propose une analyse des principales faiblesses des liens de redevabilité entre acteurs des services WASH avec pour objectif d'aider les professionnels du secteur WASH à comprendre le contexte de la redevabilité dans leur travail.
 - **La redevabilité en pratique** : explore le rôle des organismes externes de soutien dans la promotion des principes de la redevabilité au sein des services WASH. L'accent est mis sur les solutions pratiques à mettre en œuvre pour intégrer les principes de la redevabilité dans les interventions WASH.
- *Le guide de référence pour la programmation*²¹ fournit une information structurée et concise pour guider les efforts d'appui à la redevabilité et contient des directives sur les mécanismes existant pour promouvoir la redevabilité. Ce guide est structuré autour de trois niveaux d'intervention pour renforcer la redevabilité, qui sont détaillés sous la forme de huit objectifs distincts. Sous chaque objectif, des Fiches Pratiques illustrent de façon précise et concrète les différents aspects du travail de mise en œuvre. Les trois niveaux d'intervention et les objectifs qui y sont liés sont :
 - **LA RESPONSABILITE** : Les conditions préalables sont de définir les rôles et favoriser la coopération. La responsabilité, condition essentielle à l'exercice de la redevabilité, signifie que les personnes en position d'autorité (administration, élus, opérateurs) doivent répondre d'un cahier des charges précis, qui détaille leurs obligations et le niveau de performance auquel ils doivent se conformer, ce qui permet l'évaluation de leurs actions sur une base transparente et objective. Pour que les usagers puissent demander des comptes aux décideurs publics et privés, ils doivent aussi connaître l'étendue de leurs droits et de leurs obligations. De plus, des mécanismes doivent être mis en place pour coordonner l'action des différentes parties responsables. Pour que s'exerce la Responsabilité, on peut distinguer trois axes de travail distincts :
 - Objectif 1 : Renforcer la cohérence des politiques,
 - Objectif 2 : Définir clairement les rôles et les responsabilités,
 - Objectif 3 : Mettre en place les mécanismes de coordination.
 - **L'OBLIGATION DE S'EXPLIQUER** : Une nouvelle qualité de relations - informer, consulter et associer les parties prenantes à toutes les étapes de la prestation de service. A un deuxième niveau d'intervention, il est nécessaire de mettre à disposition de tous et en temps utile toutes les informations nécessaires au contrôle du service: état des services, performance des opérateurs, allocation des ressources financières, etc. Il ne s'agit pas simplement de garantir l'accès à l'information mais aussi de créer des cadres de concertation qui favorisent l'interaction entre usagers, opérateurs et autorités publiques afin de permettre d'expliquer, de questionner ou de justifier les actions prises. Trois objectifs s'articulent pour traduire en actes l'obligation de s'expliquer :
 - Objectif 4: Améliorer la communication et l'utilisation des retours d'information des consommateurs,
 - Objectif 5: Améliorer l'accès des citoyens à l'information,
 - Objectif 6: Créer les espaces de participation et d'influence des parties prenantes.
 - **LA FORCE EXECUTOIRE** : l'exercice de la surveillance – contrôler la performance, soutenir la mise en œuvre et la conformité. Le troisième niveau d'intervention consiste à mettre en place ou renforcer les leviers de contrôle et de sanction, c'est à dire les mécanismes permettant de contrôler dans quelle mesure l'administration, les opérateurs et les institutions se conforment aux normes en vigueur, les sanctions à imposer en cas d'infraction et la prise d'actions correctives et de compensation le cas échéant. On peut distinguer deux objectifs directs pour permettre l'exercice de la force exécutoire:

²¹ UNICEF, Water Gouvernance Facility, SIWI, UNDP. La redevabilité dans le secteur de l'eau et de l'assainissement – Guide de référence pour la programmation. 2015.

- Objectif 7: Soutenir la mise en place ou le fonctionnement de la fonction de régulation,
- Objectif 8: Renforcer les mécanismes de contrôle internes et externes.

La méthodologie et les outils ont été partagés avec les partenaires gouvernementaux dans le but de les affiner et de les valider. La première rencontre a permis d'introduire l'équipe en charge de l'appui à l'ensemble du processus d'analyse et de présenter au Directeur National de l'Hygiène les Termes de Référence de l'atelier, comprenant la méthodologie, l'agenda et la composition des participants. Le 9 Avril 2016, une visite terrain à l'Hôpital Général de Kinkole la Zone de Santé de N'Sélé et au Centre de Santé de Biboa ont permis d'obtenir des informations préliminaires sur certaines réalités à travers des discussions, notamment sur les relations et interactions entre les 3 principales entités concernées dans l'analyse (l'Etat, les structures de santé et la communauté) dans le contexte spécifique de la RDC. Une seconde rencontre a été organisée avec 3 Directions Centrales dont la Direction Nationale de l'Hygiène (D9), la Direction Nationale de la Santé de la Famille et de Groupes Spécifiques (D10) et la Direction Nationale des Etablissements de Soins (D2) pour identifier 10 orientations de discussion (cf. Tableau 5) correspondant à 10 fiches pratiques, reflétant les 3 piliers de la redevabilité : la Responsabilité, l'Obligation de s'expliquer et la Force Exécutoire.

Tableau 6: Orientations de discussion retenues avec les partenaires gouvernementaux en RDC

Piliers de la redevabilité	Niveau d'intervention	Objectifs	Fiches pratiques / orientations sélectionnées
RESPONSABILITE	Définir les rôles et favoriser la coopération	Objectif 1 Renforcer la cohérence des politiques	1 A) Définition ou révision des politiques WASH dans les structures de santé.
		Objectif 2 Définir clairement les rôles et les responsabilités	2A) Dispositifs destinés à clarifier les obligations respectives des structures de santé et des usagers (patients, personnel de santé, communauté). 2 B) Dispositifs destinés à clarifier le régime de gestion du service WASH dans les structures de santé.
		Objectif 3 Mettre en place les mécanismes de coordination	3 A) Soutenir la coordination et les évaluations intersectorielles WASH et santé.
OBLIGATION DE S'EXPLIQUER	Informier, consulter et associer les parties prenantes	Objectif 4 Améliorer la communication et l'utilisation des retours d'information des patients/communautés	4 C) Fiches d'évaluation par les communautés
		Objectif 5 Améliorer l'accès des communautés à l'information	5 B) Publication d'information par les autorités publiques et les structures de santé.
		Objectif 6 Créer les espaces de participation et d'influence des parties prenantes	6 B) Processus budgétaires participatifs 6 D) Espaces de dialogue et d'interaction sur les services de WASH dans les structures de santé.
FORCE EXECUTOIRE	Contrôler la performance, soutenir la mise en œuvre et la conformité	Objectif 7 Soutenir la mise en place ou le fonctionnement de la fonction de régulation	7 A) L'autorité du système de santé, une fonction centrale de définition des politiques publiques et de contrôle 7 B) Groupes de contrôle communautaire des services de santé.
		Objectif 8 Renforcer les mécanismes de contrôle internes et externe	

Pour chaque fiche pratique/orientation sélectionnée, trois à quatre axes de réflexion ont été définis pour encourager les discussions lors des travaux de groupe pendant l'atelier (cf. Annexe A).

ii. Organisation de l'atelier

But de l'atelier:

Obtenir une vision commune, issue d'une réflexion entre les partenaires clés du gouvernement intervenant dans les domaines de la WASH et de la Santé pour identifier les goulots d'étranglements de la redevabilité des services de WASH dans le système sanitaire, afin de définir les actions prioritaires pour assurer une amélioration de la redevabilité pour la pérennité des services WASH dans le système de santé.

Objectifs de l'atelier

Les objectifs de l'atelier étaient de solliciter des échanges et débats entre les partenaires de WASH et de santé du niveau national et décentralisé sur leur vision, perceptions et perspectives des éléments de la redevabilité de la WASH dans les structures de soins au sein du système de santé, pour permettre de :




- Définir les rôles et favoriser la coopération afin de renforcer et clarifier les dimensions de responsabilité, d'obligation de s'expliquer, force exécutoire, toutes des conditions essentielles à l'exercice de la redevabilité.
- Identifier les goulots d'étranglement et leurs causes.
- Formuler les actions possibles pour lever les obstacles et leurs conditions de réussites
- S'accorder sur les priorités sur le court, moyen et long terme.

Résultats attendus

- Un plan des actions prioritaires pour renforcer l'appropriation du WASH dans les structures de santé au sein du système de santé.
- Une participation active de toutes les parties prenantes (niveau central, structure de santé et communautés) pour enrichir les débats.
- Une prise en compte de l'importance et de la cohésion des principes de transparence, de gestion participative, d'évaluation et de considération des retours des professionnels de la santé et patients/communautés sur la qualité du service WASH dans les structures de santé.

L'atelier d'analyse de la redevabilité pour la durabilité des services WASH dans le système de santé a été organisé sous forme des séances de travaux de groupe suivies de restitutions en plénière pour stimuler des échanges et enrichir le débat autour des axes de réflexion. Dans chaque groupe, les trois niveaux cibles (état, structures de santé et communauté) étaient représentés afin de mener des discussions basées sur les trois perspectives, à l'exception du Groupe 1 qui a réuni uniquement les acteurs du niveau national et l'OMS car le sujet de leurs discussions concernait les politiques, ce qui nécessite une expertise et un niveau d'information spécifique à cette composante.

Au cours de la première journée, les participants se sont centrés sur l'identification des goulots d'étranglement limitant le développement et la pérennisation des services WASH dans les structures de santé, et leurs causes directes et sous-jacentes, en se basant sur des exemples précis et des arguments fondés. Le deuxième jour, les participants ont développé les activités pour remédier ou atténuer les effets des goulots d'étranglements et identifié leurs conditions de réussite, qui ont ensuite été classées selon leur faisabilité en utilisant le code couleur suivant :

-  Condition de réussite atteignable sur le court terme (1ere année).
-  Condition de réussite atteignable sur le moyen terme (2nd année).
-  Condition de réussite atteignable sur le long terme (3e année).

Le déroulement des étapes successives suivies au cours de l'atelier est représenté par le schéma ci-dessous.

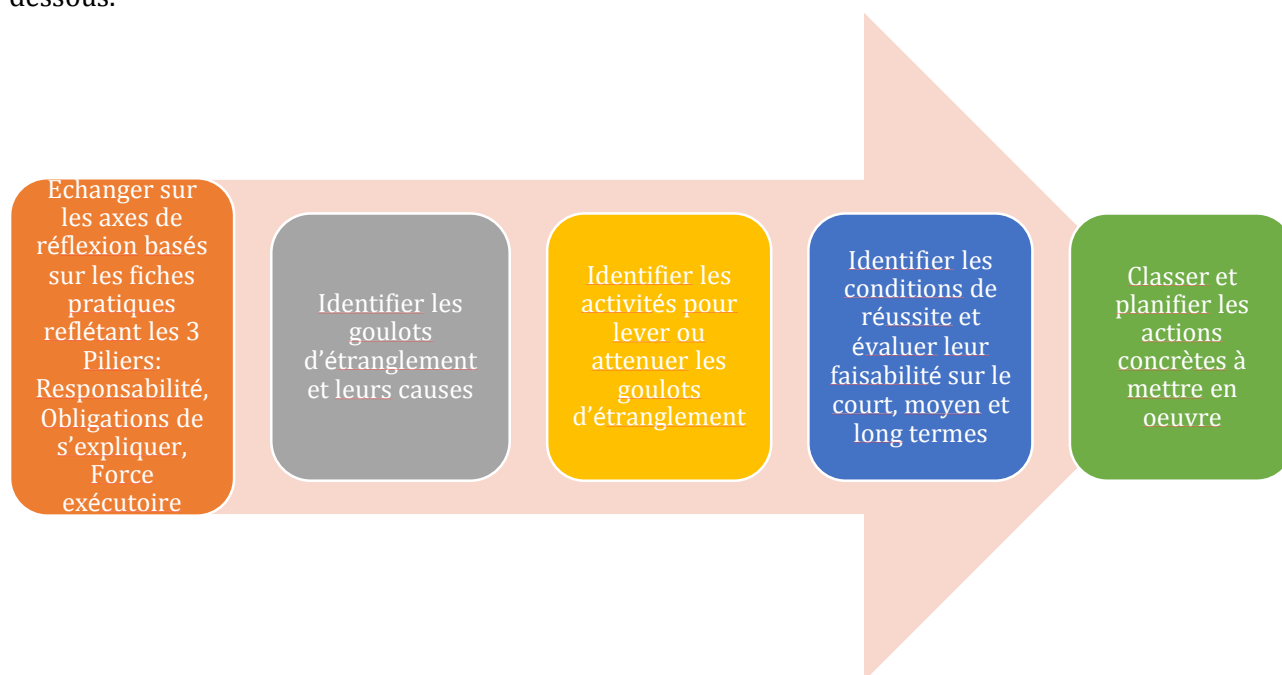


Figure 1: Déroulement des étapes pour mener l'analyse de la redevabilité.

C. Résultats

L'atelier de l'Analyse de la Redevabilité pour la Durabilité des Services WASH dans le Système de Santé s'est tenu sur 2 jours, les 16 et 17 Mars 2016 (cf. Annexe B: Agenda de l'atelier) et a rassemblé une trentaine de participants (cf. Annexe C: Listes des participants). L'atelier a débuté par une introduction sur la situation en WASH dans les structures de santé au niveau global et en RDC. Les présentations suivies des échanges ont mis l'accent sur l'importance du WASH dans les structures de santé en termes de santé et sécurité, prévention et traitement des maladies, moral et performance du personnel de santé, soins axés sur la communauté, cout et performance des structures de santé.

A l'échelle mondiale, l'accès WASH dans les structures de santé reste limité mais l'ambition au niveau mondial est soutenue par les Objectifs de Développement Durable (ODD).

La présentation de la situation WASH en RDC a souligné un manque de statistiques formelles, notamment au niveau des structures de santé. En termes de normes, bien qu'un projet du Code de l'Hygiène soit en cours de procédure, les normes existantes au niveau des centres de santé restent celles de 2006, qui concernent les normes de l'environnement interne et externe, et qui représentent les normes de qualité des soins. Doter certaines FOSA de structures WASH est actuellement un besoin qui nécessitera aussi la mise en place d'un système de suivi permettant de garantir la pérennisation de structures WASH fonctionnelles dans les FOSA. L'accent a été mis sur une approche centrée sur la communauté/le patient.

Les résultats des discussions au cours de l'atelier sont présentés dans les tableaux ci-dessous.

1. DEFINITION OU REVISION DES POLITIQUES WASH DANS LES FORMATIONS SANITAIRES

Goulots d'étranglement	Causes directes et sous-jacentes	Solutions/stratégies	Condition de réussite	
Faible vulgarisation et mise en œuvre des documents politiques, stratégiques et normatifs existants.	Faible appropriation et communication entre les différents niveaux du système de santé (national, provincial, zone de santé, aires de santé) et les différentes parties prenantes (autorités politico-administratives...), non alignement des partenaires.	Mener un plaidoyer auprès du 1er Ministre en faveur de l'adoption du Code de l'Hygiène et la transmission du projet de loi au niveau du Parlement.	La note technique du Ministre de la Santé au 1er Ministre est prête et disponible; des contacts formels et informels avec les membres des différentes commissions (Ecofir, Commission des lois) ont pris place; les ressources nécessaires sont disponibles.	1 yr
		Mener un plaidoyer auprès du Parlement.	La note technique prévue pour le Parlement est prête; des journées d'information à tous les niveaux ont été organisées; les documents à destination des parlementaires ont été reproduits et distribués; les ressources nécessaires sont disponibles.	1 yr
		Vulgariser la loi adoptée.	Les mesures d'application et les directives de la loi sont définies; les campagnes médiatiques sont prêtes; un système de suivi et d'évaluation des résultats de la vulgarisation sont mis en place au niveau opérationnel.	2 yrs
Collecte limitée des données WASH dans les centres de santé à travers le SNIS.	Format de collecte de données trop cadré, insuffisance des indicateurs WASH, surcharge de travail au niveau du personnel pour le remplissage des canevas.	Proposer à la Commission SNIS l'intégration d'une liste d'indicateurs et des données à collecter pour assurer le monitoring et renforcer l'analyse.	Une liste restreinte des indicateurs essentiels à discuter avec la commission SNIS est élaborée.	1 yr
		Mener un plaidoyer auprès du Ministre pour l'affectation de professionnels de la santé formés pour renforcer la qualité des données.	Le module WASH est intégré dans le programme de formation des professionnels de santé.	3 yrs
		Organiser des séances des briefings sur les données WASH dans les zones de santé: comment les collecter, les analyser et les diffuser.	Les ressources nécessaires sont disponibles; des outils harmonisés et des guides/fiches techniques simplifiés sont produits; les supervisions intégrant les aspects WASH sont assurées.	2 yrs

2. SOUTENIR LA COORDINATION ET LES EVALUATIONS INTER-SECTORIELLE WASH ET SANTE

Goulots d'étranglement	Causes directes et sous-jacentes	Solutions/stratégies	Condition de réussite	
Absence de structures et mécanismes multisectoriels de coordination au niveau périphérique.	Centralisation de la coordination, absence d'orientation multisectorielle en périphérique.	Mener un plaidoyer auprès des autorités politico-administratives locales pour la mise en place d'une structure et de mécanismes multisectoriels de coordination (création du CNAEHA au niveau opérationnel) intégrant les aspects WASH au niveau opérationnel (Zone de Santé).	Une note technique destinée aux autorités politico-administratives est disponible.	1 yr
		Tenir des réunions avec les parties prenantes.	Un consensus est obtenu sur la répartition des responsabilités, les mécanismes de coordination, le plan conjoint et l'utilisation des ressources, le partage d'information et l'élaboration des rapports.	1 yr
		Organiser des séances briefings des parties prenantes sur la coordination des activités WASH.	Les ressources financières et matérielles nécessaires sont disponibles dont les documents de travail pour les séances de briefing ; le suivi de la coordination des activités WASH est assuré.	2 yrs
Absence d'outil harmonisé et validé au niveau du Ministère pour mener des évaluations annuelles WASH dans les structures de santé.	Absence de cadre de concertation des différents acteurs au niveau du Ministère	Produire un outil harmonisé d'évaluation annuelle des activités WASH dans les FOSA à proposer à la commission SNIS.	Un consensus entre les différents acteurs est obtenu sur les éléments d'évaluation ; les ressources nécessaires sont disponibles.	2 yrs

3. DISPOSITIFS DESTINES A CLARIFIER LES OBLIGATIONS RESPECTIVES DE STRUCTURE DE SANTE ET DES USAGERS (Patients, Personnel de santé, communautés).

Goulots d'étranglement	Causes directes et sous-jacentes	Solutions/stratégies	Condition de réussite	
Faible sensibilisation et transmission d'information aux communautés sur leurs droits, obligations et modalités de gestion du service WASH dans les structures de santé.	Leadership insuffisant de la part des acteurs responsables de transmettre l'information.	Remise à niveau/briefing des membres de l'Equipe Cadre des Zones de Santé et des COCODEV sur leur redevabilité dans la transmission d'informations.	Les ressources nécessaires sont disponibles, le lancement des activités est effectif; le personnel formé est permanent, les Remises et Reprises sont effectives au moment de la permutation.	1 yr
		Doter les membres de l'Equipe Cadre des Zones de Santé et les COCODEV de supports et des ressources nécessaires pour la transmission d'informations aux communautés.	Les ressources nécessaires sont disponibles; la gestion des supports et des ressources est appropriée; la communication est efficace.	3 yrs
		Mettre en place un coaching post-briefing des différents acteurs (ECZ et COCODEV) pour s'assurer de leur redynamisation.	Les ressources nécessaires sont disponibles; le processus post briefing est respecté par les formateurs; une équipe chargée de l'évaluation des améliorations au niveau de FOSA est mise en place.	1 yr
Faible motivation et capacité des Relais Communautaires.	Insuffisance des supports (financiers, matériels, ou autres) ou du renforcement de capacités destiné aux ReCo.	Mener un plaidoyer auprès des partenaires (bailleurs, ONG et agences UN) pour un appui du gouvernement pour la production et disponibilité des supports matériels.	Les partenaires ciblés vers qui mener le plaidoyer sont identifiés; un document de plaidoyer sur le volet WASH est élaboré pour être intégré dans les structures de santé.	2 yrs
		Organiser des briefings des ReCo associés aux leaders communautaires sur l'importance et l'utilisation des outils de sensibilisation.		2 yrs
		Mettre en place des stratégies d'encadrement de la politique d'alignement au bénévolat par l'équipe cadre de la zone de sante auprès de tous les intervenants.		2 yrs

4. DISPOSITIFS DESTINES A CLARIFIER LE REGIME DE GESTION DU SERVICE WASH DANS LES STRUCTURES DE SANTE

Goulots d'étranglement	Causes directes et sous-jacentes	Solutions/stratégies	Condition de réussite	
Les aspects purement WASH ne sont pas pris en compte par l'Etat en faveur des formations sanitaires.	La faible perception de l'importance des actions WASH au niveau des formations sanitaires sur la qualité des soins.	Mener le plaidoyer pour intégrer le WASH dans les structures de santé dans toutes les politiques et stratégies des secteurs et programmes (notamment relatives aux politiques liées à la mère et l'enfant).	Les partenaires ciblés vers qui mener le plaidoyer sont identifiés; un document de plaidoyer est élaboré.	1 yr
		Former les membres de l'ECZS pour la budgétisation des activités WASH parmi les activités prioritaire du Plan d'Action Opérationnel de la Zone de Santé.	Les ressources nécessaires sont disponibles; les participants sont réceptifs.	2 yrs
		Assurer la vulgarisation des outils WASH existants.	Les ressources nécessaires sont disponibles; un mécanisme adapté pour assurer la vulgarisation est défini; l'évaluation est menée de manière continue, suivie d'actions correctrices en cas de besoin.	1 yr
Absence de clarté sur les missions des services publics impliqués dans la fourniture des services d'hygiène et d'assainissement dans les structures de soins.	Multitude des partenaires non gouvernementaux dans le secteur (offrant des services WASH), priorisation de l'accès à l'eau sur l'hygiène et l'assainissement (ex. Regideso).	Contraindre les partenaires à l'alignement à la Déclaration de Paris et à l'agenda de Kinshasa.	L'adoption de la politique gouvernementale est une condition obligatoire; tous les acteurs doivent passer par le BCZS avant de démarrer les activités sur le terrain.	1 yr
		Signer avec chacun des partenaires des contrats d'objectifs.	Des objectifs pour chaque partenaire sont définis; des mécanismes d'évaluations sont mis en place.	1 yr
		Communiquer sur le rôle de chacun des partenaires.	Des mécanismes adaptés sont définis pour assurer cette communication; chacun des acteurs sont impliqués dans ce mécanisme de communication; les ressources nécessaires sont disponibles.	1 yr

5. FICHES D'ÉVALUATION PAR LES COMMUNAUTES

Goulots d'étranglement	Causes directes et sous-jacentes	Solutions/stratégies	Condition de réussite	
Faible fonctionnalité du mécanisme d'évaluation régulier et documenté impliquant la communauté	Multiplicité des approches et outils existants et leur intégration dans la planification générale de la Zone de Santé (Plan d'Action Opérationnel) ; Faible développement des pratiques de redevabilité du personnel médical vis-à-vis de la communauté.	Mettre en place un canevas standardisé d'évaluation communautaire intégrant les actions WASH dans les FOSA en s'alignant aux normes du MSP.	Leadership du MSP et de la Direction de l'hygiène est assuré; une bonne coordination des partenaires est mise en place; les ressources nécessaires sont disponibles.	1 yr
		Vulgariser les documents normatifs existants sur le WASH dans les FOSA au niveau communautaire.	Des documents validés sont disponibles; le leadership local au niveau des FOSA est assuré; les outils sont reproduits et disponibles.	1 yr
		Renforcer les pratiques de redevabilité du personnel médical vis à vis de la communauté par les mécanismes incitatifs (PBF).	Les volontés politiques et communautaires sont présentes; la bonne gouvernance est assurée à tous les niveaux; les ressources sont disponibles pour la mise en œuvre des plans intégrés de communication.	2 yrs

6. PUBLICATION D'INFORMATIONS PAR LES AUTORITES PUBLIQUES ET LES STRUCTURES DE SANTE

Goulots d'étranglement	Causes directes et sous-jacentes	Solutions/stratégies	Condition de réussite	
Faible capacité du personnel de santé sur les aspects WASH dans les structures de santé (information destinée aux communautés).	Formation en WASH insuffisante, absence de Comité d'Hygiène dans les formations sanitaires.	Renforcer les capacités du personnel de santé sur les aspects WASH dans les FOSA à tous les niveaux (central-intermédiaire-opérationnel et communautaire).	Le financement, les formateurs et outils de formations sont disponibles; la sélection des acteurs à former est satisfaisante.	1 yr
		Mettre en place des Comités d'Hygiène dans les FOSA et les doter d'un budget de fonctionnement.	La volonté politique est présente; le leadership local des Comités de Gestion des FOSA est assuré; le volet WASH est intégré dans les activités des FOSA.	3 yrs
		Mettre en place un cadre normatif et réglementaire en faveur du volet WASH dans les FOSA.	La volonté politique est présente; le financement est disponible; les documents narratifs sont disponibles et validés (le code de l'hygiène, la politique nationale de l'hygiène et les normes en hygiène hospitalière).	3 yrs
Faible intégration des aspects WASH dans le mécanisme de diffusion d'informations formelles dans les FOSA, destiné à la communauté.	Faible intérêt apporté à la diffusion publique, faible intégration de la redevabilité dans les politiques et services offerts aux communautés (éthique).	Organiser des campagnes de sensibilisation sur l'importance des actions WASH dans les FOSA auprès de la communauté.	Le leadership local au niveau des FOSA et l'implication des APA sont assurés; les ressources humaines, matérielles et financières sont disponibles; des messages clés pour les campagnes de sensibilisation sont définis.	1 yr
		Partager les informations des activités de santé intégrant le paquet WASH dans les FOSA à travers les canaux de communication communautaires existants (église, leaders...).	Des messages clés existent; la collaboration intersectorielle est effective; les ressources humaines, matérielles et financières sont disponibles.	1 yr
		Renforcer la redevabilité envers la communauté en planifiant et mettant en œuvre de façon participative des actions WASH dans les FOSA.	Une franche collaboration entre les FOSA et les leaders communautaires est en place; un mécanisme de recueil de la voix de la communauté est en place; la cogestion des FOSA est effective.	1 yr

7. PROCESSUS BUDGETAIRES PARTICIPATIFS

Goulots d'étranglement	Causes directes et sous-jacentes	Solutions/stratégies	Condition de réussite	
Pas de priorisation budgétaire du volet WASH dans les FOSA.	Faible allocation de ressources financières pour les activités WASH dans les FOSA ; Insuffisance des ressources financières externes et internes (recettes) pour couvrir le paquet minimum des activités.	Identifier les besoins et élaborer un plan d'action des interventions WASH au niveau du FOSA.	Les ressources humaines et l'outil de planification sont disponibles; l'accompagnement des FOSA dans l'exercice de planification est assuré.	1 yr
		Créer une ligne budgétaire pour le volet WASH au niveau des FOSA.	Le plan d'action est disponible, discuté, partagé avec le comité de gestion du FOSA et mis en œuvre.	2 yrs
		Mener un plaidoyer auprès des PTF, décideurs et responsables des FOSA pour un appui financier des interventions WASH.	Un plan budgétisé et les PTF sont disponibles; des réunions de plaidoyer prennent place.	2 yrs
Faible appui des BCZ dans l'élaboration des plans de formation sur les processus budgétaires participatifs (personnel de santé et communauté).	Insuffisance des moyens pour l'appui du BCZ aux centres de santé dans l'accroissement des compétences ; Faible gestion rationnelle des ressources disponibles (verticalisation des activités).	Elaborer des plans de formation avec l'appui des ECZS.	Le canevas ou outils de planification sont disponibles; les ECZS sont présents pour l'accompagnement des FOSA; les ressources humaines du FOSA et des communautés sont prêtes pour recevoir des formations.	1 yr
		Organiser des sessions de formation des membres des FOSA et des communautés par les ECZS.	Les formateurs, modules de formation et moyens logistiques sont disponibles.	2 yrs
		Organiser des séances de sensibilisation des communautés sur leur participation au processus budgétaire.	Le matériel de communication, les moyens de déplacement et supports éducatifs sur la thématique sont disponibles.	2 yrs

8. ESPACES DE DIALOGUE ET D'INTERACTION SUR LES SERVICES WASH DANS LES STRUCTURES DE SANTE

Goulots d'étranglement	Causes directes et sous-jacentes	Solutions/stratégies	Condition de réussite	
Faible représentativité des communautés dans les comités de gestion des FOSA.	Nombre insuffisant de RECO en fonction de la taille des communautés, faible motivation des ReCo, faible représentativité des femmes dans les structures communautaires	Tenir compte de la taille des communautés dans la sélection des ReCo et dans l'appui logistique ou en équipements des ReCo.	Les données des dénombrements des ménages sont disponibles; des consultations participatives des APA et des comités (CODESA, CODEV....) sont mis en place pour la sélection des ReCo; la participation des femmes est encouragée.	2 yrs
		Organiser des séances de sensibilisation visant à promouvoir la représentativité de toutes les couches sociales dans les comités de gestion de FOSA afin de permettre la participation d'une mixité des couches favorisant une plus grande équité.	Le matériel de communication, les moyens de déplacement et supports éducatifs sur la thématique sont disponibles.	2 yrs
		Organiser des réunions entre les parties prenantes pour définir un petit paquet d'avantages en faveur des ReCo sur les besoins en services de santé auprès des FOSA	Les parties prenantes sont disponibles; les termes de références comprenant un agenda harmonisé pour ces réunions est élaboré; le calendrier des rencontres est défini.	1 yr
Faible appui des BCZ dans l'élaboration des plans de formation pour l'accroissement des capacités sociales de communication des représentants des communautés pour une plus grande implication dans les espaces de dialogue.	Insuffisance de ressources pour l'appui du BCZ aux centres de santé dans l'accroissement des compétences ; faible gestion rationnelle des ressources disponibles (verticalisation des activités).	Elaborer des plans de formation avec appui des ECZS.	Le canevas ou les outils de planification sont disponibles; les ECZS sont présents pour l'accompagnement des FOSA; les ressources humaines du FOSA et des communautés sont prêtes pour recevoir des formations pour le renforcement de capacités en communication.	1 yr
		Organiser des sessions de formation des membres des FOSA et des communautés par les ECZS	Les formateurs, modules de formation et moyens logistiques sont disponibles.	2 yrs
		Organiser des séances de sensibilisation des communautés sur l'accroissement des capacités en communication des représentants des communautés pour une grande implication dans les espaces de dialogue.	Le matériel de communication, les moyens de déplacement et supports éducatifs sur la thématique sont disponibles.	2 yrs

9. L'AUTORITE DE REGULATION DU SYSTEME DE SANTE, UNE FONCTION CENTRALE DE DEFINITION DES POLITIQUES PUBLIQUES ET DE CONTRÔLE

Goulots d'étranglement	Causes directes et sous-jacentes	Solutions/stratégies	Condition de réussite	
Les données disponibles et résultats des missions de contrôle ne sont ni exploités, ni publiés.	Faible appropriation, exploitation et diffusion des résultats par le bureau attiré (SNIS); accompagnement insuffisant de l'état et des partenaires pour l'exploitation et la diffusion.	Mener des plaidoyers auprès du Gouvernement afin de mobiliser les ressources nécessaires en vue de valoriser la diffusion d'informations sanitaires y compris le WASH (renforcement des capacités, disponibilité des ressources humaines, matérielles, financières...).	La promotion de la collaboration entre les 4 directions (D2, D9, D10 et D5) est renforcée sur la nécessité d'exploitation et de diffusion des résultats incluant le WASH dans les FOSA, à travers la mise en place d'un cadre de concertation; les directions de l'hygiène, des établissements sanitaires et SNIS sont disponibles pour expliquer l'importance de la diffusion des résultats et prêts à mener le plaidoyer auprès du gouvernement.	1 yr
		Accompagner la diffusion d'informations (SNIS) incluant le WASH (supervision, coaching, suivi,...).	Les ressources nécessaires sont disponibles.	2 yrs
		Vulgariser les résultats de l'exploitation et diffusion (distribution,...).		2 yrs
Interférence de nombreux ministères dans le secteur.	Description des taches de tous les ministères intervenants dans le secteur non encore clarifiée; potentiels conflits d'intérêts et compétences insuffisantes en WASH dans les structures santé.	Revisiter et vulgariser des attributions des différents ministères impliqués dans le secteur WASH à tous les niveaux du système sanitaire.	Le cadre institutionnel existant est renforcé, tel que le CNAEA (tel qu'entre les ministères de la santé, l'environnement, le développement rural, l'énergie, le plan) dans le but de réviser les documents concernant les attributions selon le contexte actuel et le développement de stratégies en faveur de l'application effective des attributions en vigueur; le CNAEHA est fonctionnel.	1 yr
		Diffuser la note existante au niveau central sur la description des attributions des différents ministères.	Un document révisé et consensuel définissant les attributions est disponible.	2 yrs

10. GROUPES DE CONTROLE COMMUNAUTAIRE DES SERVICES DE SANTE

Goulots d'étranglement	Causes directes et sous-jacentes	Solutions/stratégies	Condition de réussite	
Faible fonctionnement de la plupart des CODESA.	Mauvais recrutement des CODESA (non basé sur les critères mis en place), tendance de cooptage par les infirmiers titulaires au lieu d'élections ; capacités des CODESA non renforcées.	Revaloriser le statut des ReCos.	Les directions impliquées et les partenaires sont engagés ; des concertations avec les ReCos dans les Aires de Santé prennent place.	2 yrs
		Mobiliser toutes les couches de la communauté lors des élections des CODESA pour les rendre plus crédibles.	Tous les leaders locaux sont engagés et mobilisés.	1 yr
La notion de confiance entre les patients, enquêtés et prestataires des services de santé (crainte de réprimande) peut influencer la qualité du contrôle.	Faible appropriation, communication et clarté du rôle des groupes de contrôle communautaires et de leur indépendance.	Impliquer les Associations Locales indépendantes pour la réalisation des enquêtes.	Les Associations Locales et les ressources financières nécessaires sont disponibles.	2 yrs

Quelques points clés ont été soulignés au cours des discussions:

1. Au niveau des politiques nationales, le **Code de l'Hygiène** est un document existant mais qui n'a pas complété l'ensemble du processus pour être adopté en tant que loi. Son application en est ainsi limitée, d'où l'importance de renforcer le plaidoyer au plus haut niveau pour finaliser la procédure ce qui permettrait ensuite de procéder à la vulgarisation du document. Pour optimiser l'impact, il serait nécessaire d'intégrer le WASH dans les FOSA à tous les niveaux (politique, stratégique, opérationnel). Par conséquent, les acteurs étatiques devraient être sensibilisés pour assurer une prise en compte des besoins WASH dans les budgets. Le renforcement des capacités du personnel de santé en WASH serait aussi essentiel dans les FOSA à tous les niveaux, de même que la mise en place de Comités d'Hygiène possédant un budget de fonctionnement.
2. La **faible disponibilité des données sur le WASH dans les structures de santé** a été mise en évidence lors des discussions, notamment dans les rapports mensuels et annuels du SNIS. Il serait important d'intégrer des indicateurs sur le WASH dans les formations sanitaires en priorité dans les outils existants mais aussi de créer des supports pour mener des évaluations annuelles en WASH dans les structures de santé. L'utilisation d'outils appropriés associés au renforcement des capacités des ressources humaines concernées permettraient de collecter des données de qualité, les analyser, partager les résultats et répondre aux besoins de manière adaptée. Ces éléments collectés pourraient servir de base d'échanges au niveau des plateformes de coordination qui devraient aussi être renforcées, notamment au niveau opérationnel mais aussi permettrait de suivre les progrès des indicateurs liés aux Objectifs de Développement Durables.
3. **L'inclusion de la thématique WASH dans les structures de santé dans le curriculum du personnel de santé** a été soulignée comme un élément essentiel pour les doter de connaissances théoriques et pratiques clés dans le domaine.
4. L'information aux communautés sur leurs **droits, obligations et modalités de gestion du service WASH dans les structures de santé** reste aussi très limitée. Il s'agira non seulement de renforcer les capacités et d'encadrer les Equipes Cadres des Zones de Santé et les COCODEV sur leur redevabilité dans la transmission d'informations et l'importance d'outils de communication formels adaptés, mais aussi sur le processus de budget participatif. De plus, la signature de contrats d'objectifs avec les acteurs intervenants dans le WASH dans les structures de santé pourrait contribuer à améliorer l'information et la compréhension des communautés vis-à-vis des acteurs en présence et la coordination des interventions.
5. **L'insuffisance de motivation et de capacité des RECO** a souvent été mentionnée de même que leur rôle primordial en tant que véritable lien entre les structures de santé et la communauté. L'appui aux RECO nécessiterait ainsi une action coordonnée et alignée entre le gouvernement et les partenaires.

IV. Limites de l'approche

- L'exercice a été mené au niveau national avec la participation de personnes de différents niveaux d'intervention (central, structures de santé et communautés). Les résultats de cet atelier n'ont pas la prétention d'être représentatifs de l'ensemble du pays; ils soulignent les challenges et solutions possibles, validés en consensus par les participants ayant des perspectives différentes.
- La méthodologie utilisée est de type qualitatif, basée sur l'expérience, l'expertise et les connaissances d'une trentaine de participants provenant des 3 niveaux cibles du système de santé. Le choix de s'être basé sur une méthodologie qualitative unique, peut avoir été source de biais.
- La contrainte de temps peut avoir limité les échanges. Avec un temps additionnel, les discussions auraient pu aller plus loin, être plus détaillées avec une analyse plus approfondie. Cependant, il aurait été peut-être plus difficile d'assurer la présence de participants pertinents comme ceux du Ministère et des structures de santé tout au long d'un atelier planifié sur une plus longue durée.

Deux aspects importants pour la réussite de cette approche peuvent être soulignés: l'implication des équipes du Ministère de la Santé et de l'UNICEF dans cet exercice comme une partie intégrante des programmes WASH dans les structures de santé et une phase initiale de préparation bien planifiée.

V. Conclusions

Ce premier exercice avec les principaux partenaires gouvernementaux et partenaires techniques, financiers et communautaires du niveau national et décentralisé, intervenants dans les domaines du WASH et de la santé, a permis de créer une base de réflexion, de laquelle sont ressortis un certain nombre d'obstacles à la redevabilité identifiés en consensus. A partir de ce constat, un plan d'activités a été développé. Cette première étape offre une feuille de route pour l'amélioration de la redevabilité pour la pérennité des services WASH dans le système de santé dont les orientations pourront être intégrées et suivies dans les programmations d'intervention visant à l'amélioration des conditions WASH dans les formations sanitaires.

Néanmoins certaines réalités et défis sont aussi en prendre en compte en RDC pour permettre la mise en œuvre des services WASH dans les structures de santé. Un faible engagement du niveau central constituerait un frein pour l'accès aux services WASH dans les structures de santé. L'appropriation, la volonté politique et le leadership seront essentiels pour que l'amélioration de services WASH pérennes dans les structures de santé soit intégrée dans l'agenda des décideurs au plus haut niveau. Ceci facilitera non seulement l'allocation par l'Etat et la disponibilité de ressources mais aussi la prise de décision au niveau central, le renforcement de la gestion, du suivi et de l'évaluation à tous les niveaux. Cette implication du gouvernement nécessitera une phase préalable de plaidoyer des acteurs impliqués, tant au niveau du MoH, de la communauté que des partenaires pour montrer aux décideurs l'importance de la WASH sur la qualité des soins. L'intégration des données en WASH dans le SNIS permettra ensuite d'obtenir des données de routine et des analyses plus approfondies sur l'impact réel de la qualité des services WASH sur l'état de santé des populations.

L'engagement du gouvernement est une condition déterminante, mais la disponibilité de financements suffisants est aussi cruciale. L'implication active des partenaires alignant leurs interventions pourront renforcer les capacités techniques en WASH et les connaissances théoriques/pratiques sur la redevabilité de l'Etat, des structures de santé et de la communauté.

Au niveau communautaire, l'efficacité des RECO reste limitée en lien avec leur statut actuel. La révision et l'adoption d'un statut clair reste un prérequis qui associées à l'allocation de ressources suffisantes pour les rendre opérationnels leur permettra d'améliorer leurs performances.

Prochaines étapes :

Cet exercice a été mené dans le but de développer une feuille de route élaborée en consensus et validée par l'ensemble des participants. Elle constitue une liste d'actions prioritaires planifiées dans le temps, à mettre en place ou à renforcer et pourrait aussi servir de support pour mener des plaidoyers. Pour la rendre plus opérationnel, certaines étapes devront suivre telles que la budgétisation des activités, la définition d'un calendrier de mise en œuvre, d'un plan de suivi et d'évaluation.

Ce document pourrait servir aussi de cadre de référence pour les acteurs qui souhaiteraient mener un exercice similaire au niveau décentralisé afin de mieux comprendre les défis liés à la redevabilité et les intégrer dans leurs interventions.

Afin d'assurer un suivi et une collaboration étroite entre les partenaires impliqués sur les sujets abordés au cours de l'atelier, il serait recommandé de procéder à un exercice similaire après 2-3 ans pour évaluer les progrès visant à remédier et atténuer les goulots d'étranglement identifiés et ajuster les priorités, les potentiels nouveaux obstacles et développer des solutions adaptées.

ANNEXE A: Axes de réflexion définis par fiche pratique/orientation sélectionnée

FICHE PRATIQUE 1 A : DEFINITION OU REVISION DES POLITIQUES WASH DANS LES FORMATIONS SANITAIRES

1. Existence d'un document d'une politique ou stratégie WASH dans le système de santé.
2. Clarté des lignes directrices et orientations permettant d'assurer l'opérationnalité et la synergie entre les acteurs et les politiques.
3. Disponibilité d'informations sur la situation de mise en œuvre des politiques WASH dans les formations sanitaires pouvant contribuer à l'amélioration continue des politiques.
4. Présence de plateformes multisectorielles d'échanges entre les parties prenantes impliquées dans la gestion et la fourniture des services WASH dans les structures sanitaires.

FICHE PRATIQUE 3 A : SOUTENIR LA COORDINATION ET LES EVALUATIONS INTER-SECTORIELLE WASH & SANTE

1. Inclusion du volet WASH dans les structures de santé au sein des processus d'évaluation annuelle en santé.
2. Accessibilité au public des résultats d'évaluation annuelle WASH dans les structures de santé.
3. Implication de la société civile, du secteur privé et des bailleurs de fonds dans les mécanismes de coordination et planification pour l'amélioration du WASH dans les structures de santé.
4. Existence d'un lien étroit entre le processus de planification pour le WASH dans les structures de santé et le cycle budgétaire du système de santé.

FICHE PRATIQUE 2 A : DISPOSITIFS DESTINES A CLARIFIER LES OBLIGATIONS RESPECTIVES DE STRUCTURE DE SANTE ET DES USAGERS (Patients, Personnel de santé, communautés).

1. Existence d'accords formels entre les usagers (patients, personnel de santé, communauté) du service et les structures de santé assurant la gestion et la qualité du service (analyse des besoins, suivi budgétaire, suivi et évaluation des performances).
2. Niveau d'information des usagers (patients, personnel de santé, communauté) sur leurs droits et sur les modalités du service WASH dans les structures de santé.
3. La diffusion d'informations par les structures de santé garantit un meilleur consentement à payer de la part des patients /communautés.

FICHE PRATIQUE 2 B : DISPOSITIFS DESTINES A CLARIFIER LE REGIME DE GESTION DU SERVICE WASH DANS LES STRUCTURES DE SANTE

1. Existence d'instruments normatifs permettant la définition d'objectifs qui rendent possible l'évaluation de la performance du WASH dans les structures de santé.
2. Niveau d'information des structures de santé sur les relations et les missions dévolues à chaque intervenant des services publics impliqués dans la fourniture des services WASH dans les structures de santé.
3. Accessibilité aux communautés des résultats de performance WASH dans les structures de santé.
4. Les structures de santé bénéficient d'une amélioration de la qualité des soins en lien avec les bonnes performances WASH.

FICHE PRATIQUE 4 C : FICHES D'EVALUATION PAR LES COMMUNAUTE

1. Existence d'évaluation de l'état du service WASH dans les structures de santé sous l'angle de vue des communautés.
2. Prise en considération des besoins et plaintes WASH dans les structures de santé, issus des fiches d'évaluation communautaires par les décideurs et structures de santé.
3. La diffusion des résultats d'évaluations communautaires sur le WASH dans les structures de santé encouragent le développement de programmes d'actions conjoints pour améliorer l'accès à des services de soins de qualité.
4. Le processus d'évaluation communautaire incluant la WASH dans les structures de santé contribue à renforcer l'engagement et la confiance des communautés envers le système de santé.

FICHE PRATIQUE 5 B : PUBLICATION D'INFORMATIONS PAR LES AUTORITES PUBLIQUES ET LES STRUCTURES DE SANTE

1. Existence d'un mécanisme formel permettant l'accès du public aux informations importantes concernant les services WASH dans les structures de santé.
2. La diffusion formelle des politiques publiques et des missions de service public permet à la communauté de connaître les moyens d'action à sa disposition pour encourager les démarches positive ou les plaintes par la communauté.
3. La diffusion formelle d'information permet aux organisations locales d'influencer l'efficacité, la crédibilité, prévisibilité et la confiance au processus de décision pour l'amélioration du WASH dans les structures de santé.
4. L'accès à l'information formelle aux communautés encourage leur participation dans les mécanismes de redevabilité pour la pérennité des services WASH dans les structures de santé.

FICHE PRATIQUE 6 B : PROCESSUS BUDGETAIRES PARTICIPATIFS

1. Existence d'un processus budgétaire participatif au sein du système de santé incluant le volet WASH dans les structures de santé.
2. Prise en considération dans les budgets publics des priorités WASH dans les structures de santé identifiées avec les communautés dans le cadre du processus budgétaire participatif.
3. La régularité des processus budgétaire participatif permet aux communautés d'exiger davantage de transparence dans la gestion des fonds et de qualité dans la fourniture de services.
4. Existence de formations pour l'accroissement des compétences en matière financière et de sensibilisation des communautés aux questions budgétaires pour une plus grande implication dans le processus budgétaire participatif visant l'amélioration du WASH dans les structures de santé.

FICHE PRATIQUE 6 D : ESPACES DE DIALOGUE ET D'INTERACTION SUR LES SERVICES WASH DANS LES STRUCTURES DE SANTE

1. Existence d'espaces de dialogue et d'interactions sur les services WASH dans les structures de santé impliquant des représentants communautaires.
2. Les représentants communautaires impliqués dans les espaces de dialogue influencent la formulation de solutions issues d'un diagnostic véritablement local.
3. Les espaces de dialogue permettent la participation d'une mixité des couches sociales favorisant une plus grande équité.
4. Existence de formations pour l'accroissement des capacités sociales de communication des représentants des communautés pour une plus grande implication dans les espaces de dialogue.

FICHE PRATIQUE 7 A : L'AUTORITE DE REGULATION DU SYSTEME DE SANTE, UNE FONCTION CENTRALE DE DEFINITION DES POLITIQUES PUBLIQUES ET DE CONTRÔLE

1. Existence d'une autorité de régulation du système de santé avec des attributions incluant le WASH dans les structures de santé.
2. L'autorité de régulation publie les résultats des missions de contrôle de la performance des structures de santé incluant les aspects WASH, ce qui permet de renforcer la participation de l'ensemble des parties prenantes.
3. L'autorité de régulation dispose de mécanisme vis à vis de l'Etat et des structures de santé leur permettant de garantir qu'ils remplissent effectivement leurs obligations respectives.
4. L'autorité de régulation renforce le cadre institutionnel permettant une meilleure application du droit au service WASH dans les structures de santé dans une perspective du droit universel à l'eau et l'assainissement.

FICHE PRATIQUE 7 B : GROUPES DE CONTROLE COMMUNAUTAIRE DES SERVICES DE SANTE

1. Existence des groupes de contrôle communautaire de la sante émanant d'une autorité régulatrice centrale.
2. Les groupes de contrôle communautaire produisent des données (niveau service, plaintes, défis) crédibles transmises aux structures de santé et à l'autorité régulatrice centrale.
3. Les informations générées par les groupes de contrôle communautaire permettent d'ajuster la régulation aux besoins du système de santé incluant les aspects WASH.
4. Participation des patients de l'aire géographique concernée au processus de contrôle communautaire des structures de santé, incluant les aspects WASH.

ANNEXE B: Agenda de l'Atelier sur l'Analyse de la Redevabilité pour la Durabilité des Services WASH dans le Système de Santé.

Jour 1: 16 Mars 2016

Horaire	Sessions	Facilitateurs / Participants
9.00 – 9.10	Mot de bienvenue & Objectif de l'atelier	Dr Mavard, MSP D9
9.10 – 9.20	Introduction des participants	Participants
9.20 – 9.45	Situation du WASH dans les structures de santé en Global & RDC	Fabrice Fotso, UNICEF Dr Mavard, MSP D9
9.45 – 10.00	Organisation des travaux de groupe	Sophie Bruneau, Consultante UNICEF
10.00 – 10.45	Première étape : Identification des goulots d'étranglement de la redevabilité et leurs causes	Participants
10.45 – 11.00	Pause-Café	
11.00 – 12.45	Première étape : Identification des goulots d'étranglement de la redevabilité et leurs causes (suite)	Participants
13.00 – 14.00	Pause-déjeuner	
14.00 – 15.30	Présentation des travaux des 3 groupes en plénière et discussions (15 minutes présentation & 15 minutes discussions/ groupe)	Participants
15.30 – 15:45	Pause-Café	
15.45 – 17.00	Présentation des travaux des 2 groupes en plénière et discussions (15 minutes présentation & 15 minutes discussions/ groupe)	Participants

Jour 2: 17 Mars 2016

Horaire	Sessions	Facilitateurs / Participants
9.00 – 9.15	Récapitulatif de la première journée de travail	Sophie Bruneau, Consultant UNICEF
9.15 – 9.30	Organisation des travaux de groupes	Sophie Bruneau, Consultant UNICEF
9.30 – 10.30	Identification des activités pour lever les goulots et les conditions de réussite.	Participants
10.30 – 10.45	Pause-Café	
10.45 – 13.00	Restitution des travaux de 5 groupes en plénière et discussions (20 minutes / groupes)	Participants
13.00 – 14.00	Pause-déjeuner	
14.00 – 16.00	Evaluation des conditions de réussite sur les courts, moyens et longs termes	Participants
16.00 – 16.15	Pause-Café	
16.15 – 17.00	Conclusion, clôture de l'atelier	MSP

ANNEXE C : Liste des Participants à l'Atelier sur l'Analyse de la Redevabilité pour la Durabilité des Services WASH dans le Système de Santé

N	Nom	Structure	Fonction
1	Dr Mavard KWENGANI	Direction 9 / MSP	Directeur
2	Dr Isabelle Lumbwe	CPH/B9	MCPH/CB
3	Assistante Masaanzambi	CPH/B9	Assistante
4	Dr Ngalula Jolidette	MSP/D9	Experte Communication
5	Dr Kasanganayik	Direction Nationale de l'Hygiène	Expert à la Direction de l'Hygiène Publique
6	Ag Ilos'Ojibango Jollvin-Pascal	D2/MSP	CB
7	Gustave Sanvua	CB D10/PCIME	CB/PCIME
8	Alidor Ngindu	DPS KOR	CBHS
9	Dr Ntantu Patrick	ESP/Université Kinshasa	MPH/ESP
10	Dr Zandibeni Kaku Jacques	ESP/Université Kinshasa	Assistant et Hygiéniste Hospitalier
11	Dr Ngimbi Jody	ZS Kalenda	MCZ
12	Dr Kulimushi Ngaboyeka	ZS Idjwi sud Kivu	MCZS
13	Dr Nzigo John	DPS/SK	Analyste BHSP/SK
14	Kikunzi Jean	CS Kizefo, ZS Masi-Manimba DPS Kwilu	Infirmier Titulaire
15	Cubain Mawa	CS Tsaklala-Mbewa, DPS Kwango, ZS Boko	Infirmier Titulaire
16	Zephim Mwata	CODEV	Président du Comité, ZS N'Sélé
17	Mandundu Sidonie	CODEV, Comité N'Sélé	Membre de la communauté
18	Nzonzila Ndonga Danny	CNAEHA	Expert/ADM
19	Jules Muluba	CNAEHA	Assistant CAF
20	Gian Melloni	Corsortium WASH	Directeur Adjoint
21	Mano Ntayingi	IMA	M&E Directeur
22	Antonio Martinez	IMA	Architecte WASH
23	Emmanuel Bofoe	Caritas Congo asbl	Charge de Projet WASH
24	Augustin Ilunga	USAID	Wash & Nutrition Specialist
25	Dr Joelle Kubumba	CDC	Avian Influenza coordinator
26	Marie Claire Fwelo	OMS	Program Officer
27	Koen Vancraeynest	UNICEF	WASH Specialist
28	Fabrice Fotso	UNICEF	WASH Specialist
29	Bruneau Sophie	UNICEF	Consultante WASH in health facilities
30	Solange Kibikiabo	UNICEF	AP WASH
31	Nayou Gambo	UNICEF	WASH Specialist
32	Bungu Marcel	UNICEF	Administrateur
33	Geilimo Robert	UNICEF	Consultant WASH
34	Jean Marie Sangira	UNICEF	WASH Officer
35	Celestin Luntala	UNICEF	PO WASH
36	Pierre Fuamba	UNICEF	PO WASH
37	Gabin Lulendu	UNICEF	Program Officer

