

REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO
MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE, HYGIENE ET PREVENTION
SECRETARIAT GENERAL
DIRECTION GENERALE DE LUTTE CONTRE LA MALADIE



DIRECTION HYGIENE ET SALUBRITE PUBLIQUE

STRATEGIE NATIONALE DE PREVENTION ET CONTROLE DES INFECTIONS - EAU, HYGIENE ET ASSAINISSEMENT

1^{ère} édition

Janvier 2023

Table des matières

Table des matières	1
EQUIPE TECHNIQUE DE REDACTION	3
I. PREFACE	5
II. REMERCIEMENTS.....	7
III. ABREVIATIONS ET ACRONYMES.....	8
CHAPITRE I : CONTEXTE ET JUSTIFICATION.....	9
I.1. Contexte national.....	9
I.1.1. Situation géographique.....	9
I.1.2. Situation administrative	10
I.1.3. Situation socio démographique	10
I.1.4. Situation économique et financière.....	11
I.1.5. Situation sécuritaire	12
I.1.6. Situation sanitaire	12
I.1.7. Eau, hygiène et Assainissement	15
I.2. Justification	17
I.2.1. Champ d'application.....	20
I.2.2. Cadre légal.....	21
I.2.3. Etat de lieu sur l'organisation et la mise en œuvre de la PCI-EHA en RDC.....	25
I.2.4. Problèmes prioritaires	31
CHAPITRE II : VISION, ORIENTATIONS STRATEGIQUES ET RESULTATS.....	33
II.1. Vision	33
II.2. But.....	33
II.3. Objectifs	33
a. Objectif général.....	33
b. Objectifs spécifiques	33
II.4. Stratégies et résultats.....	34
II.4.1. Stratégie 1 : Renforcement institutionnel et de la gouvernance.....	34
II.4.2. Stratégie 2 : Education et Formation sur la Prévention et contrôle des Infections / Renforcement des compétences.....	37
II.4.3. Stratégie 3 : Renforcement de la surveillance des infections associées aux soins.	38
II.4.4. Stratégie 4 : Amélioration des conditions matérielles et de sécurité.....	39
II.4.5. Stratégie 5 : Promotion des mesures de sécurisation du patient et du personnel soignant.	41
II.4.6. Stratégie 6 : Amélioration des conditions Eau, Hygiène et Assainissement.....	42
II.4.7. Stratégie 7 : Suivi et évaluation des activités PCI a tous les niveaux.....	44
CHAPITRE III : CADRE DE MISE EN ŒUVRE	48
III.1. Cadre d'intervention.....	48

III.2. Principes directeurs.....	48
III.3. Acteurs impliqués / parties prenantes.....	51
III.3.1. Etat congolais (niveau central, provincial et opérationnel).....	51
III.3.2. Bailleur des fonds ou Partenaire Technique et Financier.....	52
III.3.3. Communauté.....	53
III.3.4. Le secteur privé.....	53
III.4. Cadre de collaboration.....	53
III.4.1. Sur le plan formation.....	53
III.4.2. Sur le plan opérationnel.....	54
III.4.3. Sur le plan légal.....	54
III.5. Bénéficiaires.....	54
CHAPITRE IV : FINANCEMENT ET BUDGET.....	55
IV.1. Financement.....	55
IV.2. Résumé du budget annuel (démonstratif).....	55
CHAPITRE V : SUIVI-EVALUATION.....	56
V.1. Les indicateurs.....	56
V.2. Les indicateurs de suivi-Evaluation.....	57
V.3. Cadre institutionnel du suivi évaluation.....	61
V.3.1. Rôles et responsabilités par niveau.....	61
V.3.2. Les Structures de mise en œuvre de suivi Evaluation.....	61
V.4. Les instances de coordination.....	63
a. Le Niveau Central.....	63
b. Le Niveau Provincial.....	64
c. Le Niveau opérationnel.....	65
V.5. Collecte et traitement.....	65
ANNEXES : BUDGET INDICATIF DE LA STRATEGIE POUR L'AN UN.....	70
BIBLIOGRAPHIE.....	96

EQUIPE TECHNIQUE DE REDACTION

Le présent document a été développé avec le support technique et financier de l'OMS RDC.

Sous la coordination et orientation de :

- Dr YUMA RAMAZANI Sylvain, Secrétaire Général à la Santé Publique, Hygiène et Prévention ;
- Dr BODY ILONGA BOMPOKO, Secrétaire Général à la Santé Publique, Hygiène et Prévention a.i.
- Dr MWAMBA KAZADI Dieudonné , Directeur Général de l'Institut National de Santé Publique ;
- Dr NSAMBI BOKOMBO Gertrude, Direction Chef des Services de la Direction Hygiène et Salubrité Publique (DHSP) ;

Appui organisationnel et technique de :

- Dr NSAMBI BOKOMBO Gertrude, Direction Hygiène et Salubrité publique (DHSP),
- Professeur KIYOMBO MBELA Guillaume, Chef de Département Santé Environnement à l'ESP Kinshasa
- Dr OKUM Raphael, Consultant PCI OMS ;

Auteurs/rédacteurs

Equipe technique du MSPHP et des partenaires intervenant dans le domaine de la PCI :

- Mr DIYABANZA MANDALA Jean-Jacques, Expert DHSP ;
- Dr KALALA MULOWAYI Vital, Expert DHSP;
- Dr KABAMBA KANTOLE Khen, Expert DHSP;
- Dr KWENGANI MAVARD Benjamin, Expert du MSPHP ;
- Dr LOFUNGULA Adelar, Expert DHSP;
- Dr OKUM Raphael, Consultant PCI OMS ;
- Dr KAFILONGO NAMWEZI Vanessa, Consultante PCI, ICAP RDC ;
- Ir NGANDU Alain, Expert DHSP ;
- Dr MPOYI Christian, Expert DHSP ;
- Pr Peter L Georg Maes, Chef de Section Wash/UNICEF RDC ;
- Dr KAZADI NTENDE Dieudonné, Expert DHSP ;
- Dr KAYOLO MABANA Aimé, Expert DSE ;
- Ir ELENGA ILUNGA Maurice, Expert PNHF ;
- Dr LORA MWIMBA BERTIN, Expert PEV ;
- Mr EBONGO ETEPE Patrice, Expert DLS ;
- Mr MANSINSA DIABAKANA Philémon, Expert PNLTHA ;
- Dr MASENGU ILUNGA Régine, Expert DESP ;

- Dr MALANDA Jeff, CBHSP Kongo Central ;
- Dr BOSAY BONOSAY Erick, Expert DGOGSS ;
- Phcien Gilbert MUKENGESHAIE KUPA, Expert DPM ;
- Dr Roger NGATSWI BENI, Expert PNLs ;
- Dr BITILASI Franck, CBHSP DPS Katanga ;
- Dr KANKOLONGO Fabrice, Conseiller Médical MSPHP ;
- Dr KWENGANI MAVARD Benjamin, ST PCI-Covid 19 ;
- Dr MALU Gisèle, Expert CDC Africa ;
- Dr KABENGELE Jolin, Expert CDC Africa ;
- MUTOMBOKI Francklin, Expert Médecin d’Afrique ;
- Dr MBAMBULA Michel, APSME RDC ;
- Dr MASIRIKA RWESI Alain, Superviseur Médical Save The Children.

Validation :

Equipe technique du MSPHP

I. PREFACE



La Stratégie Nationale de Prévention et Contrôle des Infections et Eau, Hygiène et Assainissement, SPCI/EHA en sigle est un cadre qui définit les grandes orientations PCI/EHA à l'échelle nationale. Elle a pour but d'assurer le bien-être de la population congolaise par la réduction de la morbi-mortalité imputable aux maladies infectieuses transmissibles dans les milieux des soins, de la santé humaine, animale et environnementale et dans la communauté en améliorant les conditions générales d'eau, d'hygiène et assainissement, et en renforçant les mesures de prévention et de contrôle des infections sur toute l'étendue de la RDC.

Elle s'inscrit dans la continuité de Plan National de Développement Sanitaire, PNDS en siglé pour Contribuer au bien-être de la population congolaise dans le cadre de la Couverture Sanitaire universelle et autres cibles des Objectifs de Développement Durable (ODD) notamment l'objectif 3 et 6.

Plus récemment, les Objectifs de Développement Durable (ODD) des Nations Unies ont souligné l'importance de la prévention et contrôle des infections efficaces comme une stratégie essentielle pour dispenser de façon sûre et efficace des services de santé de qualité, en particulier ceux liés à l'eau, l'assainissement et l'hygiène (WASH) et à la couverture sanitaire universelle de qualité.

La SPCI/EHA repose sur 6 orientations stratégiques. Cependant, ces axes stratégiques sont aménagés de façon à mettre l'accent sur : le renforcement institutionnel et de la gouvernance PCI/EHA, le renforcement des compétences des acteurs en PCI/EHA, le renforcement de la surveillance des infections associées aux soins, l'amélioration des conditions matérielles et de sécurité en PCI/EHA, la Promotion des mesures de sécurisation du patient et du personnel soignant et le suivi et évaluation des activités PCI/EHA a tous les niveaux.

La matérialisation de ces axes stratégiques, correspondre à la mise en place d'un programme PCI/EHA en RDC tel que recommandée par l'OMS dans ses Lignes Directrices qui consiste à aider les pays et les établissements de soins à élaborer ou renforcer des programmes et stratégies de prévention et de contrôle des infections en tenant compte des ressources disponibles et des besoins en santé publique¹.

La SPCI/EHA que vient d'élaborer la Direction Hygiène et Salubrité Publique (DHSP), partie intégrante de la Direction Générale de Lutte contre la Maladie (DGLM), sous la coordination du Secrétaire Général à la santé, et en collaboration avec la Direction Générale de l'Organisation et Gestion des Services de Santé (DGOGSS) vise à créer un cadre référentiel dans lequel seront menées des interventions synergiques de la PCI/EHA. Elle est un instrument d'intégration et d'alignement de toutes les interventions des partenaires qui travaillent en

¹ OMS, Lignes Directrices sur les Principales Composantes des Programmes de Prévention et de Contrôle des Infections au Niveau National et au Niveau des Etablissements de Soins de Courte Durée

appui au Ministère de Santé Publique, Hygiène et Prévention dans le domaine de la PCI-EAU aussi bien en développement qu'en urgence.

Par conséquent, elle est une stratégie qu'il faut voir sur le long terme. Elle sera tous les cinq ans déclinés en Plan stratégique PCI/EHA qui va orienter le pilier PCI/EHA des Plans opérationnels annuels des Provinces et des Zones de Santé.

Dr. Jean Jacques MBUNGANI MBANDA

Ministre de la Santé Publique, Hygiène et Prévention

II. REMERCIEMENTS

La production de ce document de la Stratégie Nationale de Prévention et Contrôle des Infections et Eau, Hygiène et Assainissement, SPCI/EHA en sigle m'offre l'opportunité de remercier tous ceux qui, de loin ou de près ont contribué à son élaboration.

Mes remerciements vont d'abord au Premier Ministre et chef du Gouvernement qui a accepté de dénommer notre Ministère « de Santé Publique Hygiène et Prévention ». Mes remerciements s'adressent également à son Excellence Monsieur le Ministre de la Santé Publique Hygiène et prévention pour avoir accepté de vouloir préfacer le présent document signe de son engagement et de son appropriation de la stratégie PCI/EHA et à la CCT et CTLM pour leurs validations techniques.

Mes remerciements vont également à tous les partenaires techniques et financiers (PTF) qui n'ont pas résigné sur les moyens tant matériels, humains que financiers pour produire non seulement cette nouvelle stratégie pour le la RDC, mais aussi le Plan stratégique PCI/EHA qui est la traduction de celle-ci en actions concrètes pour les cinq prochaines années.

Je pense tout particulièrement aux cadres du Ministère de la Santé Publique, Hygiène et prévention et à ceux des autres ministères impliqués à la PCI/EHA qui, conscients de leur responsabilité vis-à-vis de l'histoire, se sont mobilisés autour de la Direction Hygiène et Salubrité Publique (DHSP) dans sa mission de contribuer à la prévention des maladies épidémiques, endémiques et quarantaines dans les agglomérations au travers des actions garantissant l'application des lois et textes réglementaires relatifs à l'hygiène et à la salubrité publique, la lutte contre les anthropoïdes, les rongeurs et autres nuisances. Que les uns et les autres trouvent ici l'expression de ma sympathie.

En outre, je remercie de façon particulière l'Ecole de Santé Publique de l'Université de Kinshasa à travers son Département Sante- Environnement, qui a apporté une assistance technique dont la valeur se passe de tout commentaire lors l'élaboration de cette œuvre.

Enfin, je voudrai remercier à travers leurs organisations tous les experts qui ont apporté leurs contributions techniques à l'élaboration de cette politique de PCI/EHA qui, certes offre au pays une référence pour mettre en place des actions Stratégiques PCI fortes et efficaces.

Dr YUMA RAMAZANI Sylvain

Secrétaire Général

III. ABREVIATIONS ET ACRONYMES

BCZS	: Bureau Central de la Zone de Santé
CODESA	: Comité de Développement de l'aire de Santé
CODIR	: Comité de Direction de l'Hôpital Général de Référence
COGE	: Comité de Gestion
CS	: Centre de Santé
CEP	: Captage des eaux de pluie
CHSE	: Comité d'Hygiène, Salubrité et Embellissement
CTC	: Centre de Traitement de Choléra
CTE	: Centre de Traitement d'Ebola
CTED	: conservation et traitement de l'eau à domicile
DPS	: Division Provinciale de la Santé
ECZS	: Equipe Cadre de la Zone de Santé
EDS*	: Enquête Démographique et de Santé
EDS	: Enterrement Digne sécurisé
EHA	: Eau, Hygiène et Assainissement
EPI	: Equipement de Protection Individuelle
ETD	: Entités Territoriales Décentralisées
DIAS	: Déchets Issus des Activités des Soins
FOSA	: Formation Sanitaire
HGR	: Hôpital Général de référence
IAS	: Infections Associées aux Soins
IHP	: International Health Partnership
INS	: Institut National de Statistique
IT	: Infirmier Titulaire
MIILDA	: Moustiquaire imprégné d'Insecticide à longue durée d'action
MS	: Ministère de la Santé
MVE	: Maladie à Virus Ebola
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
OSC	:
PCA	: Paquet Complémentaire d'Activités
PH	: Potentiel d'Hydrogène
PMA	: Paquet Minimum d'Activités
PNDS	: Plan National de Développement Sanitaire
PNS	: Politique Nationale de Santé
RDC	: République Démocratique du Congo
SRSS	: Stratégie de Renforcement du Système de Santé
SSP	: Soins de Santé Primaires
TGF	: Taux Général de Fécondité
UNICEF	: Fonds de Nation Unis pour l'enfance
UNTA	: Unité Nutritionnelle Thérapeutique Ambulatoire
UNTI	: Unité Nutritionnelle Thérapeutique Intensive
UTC	: Unité de traitement de choléra
VIP	: Ventilated Improved Pit/ Fosse améliorée ventilée
WASH	: Water Sanitation and Hygien
ZS	: Zone de Santé

CHAPITRE I : CONTEXTE ET JUSTIFICATION

I.1. Contexte national

I.1.1. Situation géographique

La République Démocratique du Congo (RDC) de par sa superficie de 2.345.410 km², est le deuxième pays le plus vaste du continent africain après l'Algérie. Elle est située en Afrique Centrale, à cheval sur l'Équateur et comprise entre 6° de latitude Nord et 14° de latitude Sud, et 12ème et 32ème de longitude Est. Elle partage ses frontières d'une longueur de 9.165 km avec neuf pays, à savoir : au Nord la République Centrafricaine et le Sud-Soudan ; à l'Est l'Ouganda, le Rwanda, le Burundi et la Tanzanie ; au Sud la Zambie et l'Angola et à l'Ouest la République du Congo et de l'Enclave angolaise de KABINDA².

Carte géographique de la RDC



La RDC comprend quatre régions géographiques : une plaine côtière à l'Ouest ; une cuvette centrale faite de plaines et de plateaux étagés dont la végétation est caractérisée par une forêt dense (forêt équatoriale) ; des plateaux au Nord, au Nord-Est et au Sud, où la végétation est constituée de savanes arborées, entrecoupées de galeries forestières ; enfin, des massifs montagneux à l'Est, au Sud-est et à l'Ouest³.

Elle dispose d'une vaste étendue de sol arable très fertile, qui recouvre une superficie de plus de 130 millions d'hectares, et dont 3 % seulement étaient exploités jusque-là. Ses conditions climatiques et géologiques favorisent une grande diversité des cultures. La variété des climats

² INS, Annuaire statistique 2020

³ PNDS recadré 2019-2022

(équatorial, tropical humide, tropical à saison sèche prolongée, et littoral) fait que le pays profite de précipitations en quantités suffisantes, ainsi que d'un large ensoleillement⁴.

Le pays dispose d'un important réseau hydrographique dont le fleuve Congo, long de 4.374 km et classé 2ème au monde quant à son débit⁵.

1.1.2. Situation administrative

La République Démocratique du Congo est composée de la ville de Kinshasa et de 25 provinces dotées de la personnalité juridique conformément à l'article 2 de la Constitution de la 3ème République. Elle compte 96 villes, 145 territoires, 471 secteurs, 261 chefferies, 337 communes urbaines, 267 communes rurales et 5.397 groupements⁶.

1.1.3. Situation socio démographique

Le dernier recensement général de la population et de l'habitat organisé en RDC remonte en juillet 1984. Un autre recensement est en préparation. Les données de population utilisées dans ce document se basent sur les projections de la population publiées dans l'annuaire statistique de l'Institut National de Statistique (INS)-2020, auxquelles un taux de croissance naturel de 3,2% a été appliqué afin d'obtenir les projections de la population jusqu'en 2022.

Les récentes projections de l'Institut National de la Statistique (INS) situent la population congolaise pour l'année 2022 à 104 766 411 habitants avec une densité de 42 habitants au km² composée de 19,5% de population de 0-4 ans et 48,12% de la population d'âge ≤ 15 ans et 51% de sexe féminin. Les 15 à 59 ans représentent 48% et les 60 ans et plus, représentent 4% de la population.

La population urbaine représente 40% de la population totale, avec une forte concentration dans la capitale du pays, Kinshasa dont la population est estimée à 13 916 000 habitants. Ce qui fait de cette ville l'une des 25 plus grandes agglomérations urbaines du monde⁷.

La population se concentre sur les plateaux, dans les savanes, le long des fleuves, des rivières et au bord des lacs. Avec un taux général de fécondité de 194,7 pour 1000 femmes entre 2017-2018 (milieu urbain 156,3 pour 1000 femmes, milieu Rural : 230,5 pour 1000 femmes), TGF : Le taux général de fécondité est le nombre de naissances au cours des 3 dernières années divisé par le nombre moyen de femmes âgées de 15 à 49 ans au cours de la même période, exprimé pour 1 000 femmes âgées de 15 à 49 ans), et un rythme de croissance annuelle de la population à 3,2 % (INS 2020); la RDC s'attend à un doublement de sa population tous les 25 ans. Cela correspond à une augmentation annuelle de plus de 2 millions de personnes. Dans un contexte de fécondité non maîtrisée, cette population atteindra plus de 120 millions habitants en 2030⁸ et sera composée de plus de 45% de jeunes de moins de 15 ans et seulement pour 3% de personnes de 65 ans et plus.

Cette situation démographique contribue à maintenir le pays dans la pauvreté, d'autant plus que la proportion de la population non active dépasserait celle de la population active. Cela

⁴ PNDS recadré 2019-2022

⁵ PNDS recadré 2019-2022

⁶ PNDS recadré 2019-2022

⁷ Annuaire statistique INS 2020

⁸ Guengant : Projections Spectrum (Août 2013) et Projections des Nations Unies (Juin 2013)

pose des problèmes dans la distribution des infrastructures sanitaires et pour l'accessibilité aux services de santé surtout quand 74% de la population congolaise se trouvent ainsi en dessous du seuil d'une pauvreté multidimensionnelle⁹. Toutefois, entre 2013 et 2014, des progrès significatifs ont été réalisés en lien avec l'Indice de Développement Humain (IDH) qui est passé de 0,338 à 0,433¹⁰. Cet indice continue à croître : 0,464 en 2015, 0,471 en 2016, 0,475 en 2017, 0,478 en 2018, 0,48 en 2019.

La RDC compte quelques 40 ethnies et plus de 400 tribus qu'on peut catégoriser en quatre (4) principaux groupes ethniques, à savoir les Bantous (majoritaires), les Nilotiques, les Soudanais et les Pygmées. Quatre langues nationales sont parlées en RDC, à savoir le Kikongo (à l'Ouest), le Lingala (à Kinshasa et au Nord-Ouest), le Swahili (à l'Est et au Sud) et le Tshiluba (au Centre - Sud). Le français est la langue officielle de l'administration et de l'enseignement.

Du point de vue social, la position de la femme demeure préoccupante dans le pays à cause, entre autres, des pesanteurs socioculturelles. En outre, le chômage touche près d'un cinquième de la population avec une pression double sur la ville province de Kinshasa où près de 40% de la population active est sans emploi ¹¹

1.1.4. Situation économique et financière

La RDC a montré une croissance économique considérable au cours de la dernière décennie, après deux décennies de guerre civile. L'économie congolaise s'est contractée de 3,5% en 2021, entraînant une augmentation de l'extrême pauvreté avec une population vivant avec moins 1,9 \$/j, passée de 51,9 % de la population en 2020 à 53,9 % en 2021. L'inflation globale est restée contenue à 2,0 % en 2021, malgré des pressions sur les prix alimentaires qui ont augmenté d'environ 3,4 %, affectant particulièrement les pauvres. La RDC a montré une croissance qui pourrait s'établir à 4,9 % en 2021 selon les prévisions du FMI et retrouver son niveau d'avant-crise à partir de 2022 autour de 6 % (5,6% en 2022).

La RDC consacre moins de 10 % de son budget à la santé. Le paiement direct par les ménages de 40 % des dépenses de santé a fait baisser le taux d'utilisation des services de santé, outre les autres facteurs avec impact direct sur la pauvreté des populations.¹²

Les pays africains les moins responsables de la crise climatique comme la RDC devront dépenser plus pour s'adapter au réchauffement climatique qu'ils ne le font pour le coût actuel des soins de santé.¹³

⁹ Equipe nationale de prospective stratégique : « RDC, dynamiques et enjeux de développement à long terme », juillet 2014

¹⁰ PNUD, Rapport sur le Développement Humain 2015

¹¹ (Revue des dépenses publiques/Banque mondiale, 2014).

¹² La situation économique de la RD Congo en 2021 - Perspectives 2022 :

<https://www.tresor.economie.gouv.fr/Pays/CD/l-economie-de-la-rd-congo>

¹³ The Guardian, 13juillet 2022 : Projet de loi sur l'adaptation aux climats des pays africains va éclipser les dépenses de santé (Article)

1.1.5. Situation sécuritaire

La situation sécuritaire de la RDC est marquée par la persistance de quelques poches d'insécurité liées aux activités des groupes armés et milices. Ce qui a fortement affecté les Provinces du Nord Kivu, Ituri, Tanganyika, et Sud Kivu. A ces crises humanitaires qui sévissent depuis plusieurs décennies s'ajoutent des épidémies récurrentes telles qu'Ebola (la RDC en est à sa quatorzième épidémie), cholera et rougeole avec incidences néfastes sur le système de santé et sur les indicateurs de santé. Depuis 2020, la pandémie à SRAS-CoV-2 a changé le mode de vie du monde entier sans que la RDC n'en échappe.

L'évaluation rapide de la situation sanitaire dans le grand Kasai, menée par le Ministère de la santé, a montré, d'une part, la persistance d'importants besoins non couverts, et d'autre part, la nécessité d'intégrer la restauration du système de santé dans l'approche de réponse sanitaire d'urgence¹⁴, et cette situation s'observe dans la quasi-totalité du pays.¹⁵

1.1.6. Situation sanitaire

1.1.6.1. Politique sanitaire

La mission du Ministère de la Santé Publique, Hygiène et Prévention, dénomination telle que modifiée dans l'ordonnance n°22/003 du 7 Janvier 2022, est de contribuer à l'amélioration de l'état de santé de l'ensemble de la population congolaise en organisant des services sanitaires de qualité et équitables pour la restauration de la santé des personnes et la promotion du meilleur statut sanitaire possible dans toutes les communautés.

Plus spécifiquement, il s'agit de (d') :

- Assurer la législation, la régulation, la normalisation et l'élaboration des politiques et stratégies en matières de santé ;
- Assurer la production et la mobilisation des ressources internes et externes nécessaires à la mise en œuvre des politiques et stratégies du Gouvernement en matière de santé ;
- Fournir les prestations des soins de santé de qualité tant préventives, curatives que promotionnelles et de réadaptation à l'ensemble de la population vivant sur le territoire national ;
- Assurer l'équité en matière de distribution et d'offre des prestations et services de santé.

L'article 47 de la Constitution de la RDC garantit le droit à la santé. La Politique Nationale de la Santé adoptée en 2001, établit les soins de santé primaires comme étant l'orientation politique majeure selon laquelle le Ministère de la Santé Publique, Hygiène et Prévention et le Gouvernement de la République démocratique du Congo souhaite organiser le système de santé. Pour ce faire, l'unité opérationnelle de mise en œuvre est la Zone de santé, qui organisera la dispensation des soins de santé globaux, continus et intégrés.

C'est dans ce souci d'assurer l'accessibilité aux soins de la communauté sans distinction ni stigmatisation de classe sociale selon la Déclaration d'ALMA ATA que son Excellence Monsieur le Président de la République promeut la Couverture Santé Universelle (CSU). Pour

¹⁵ PNDS recadré 2019-2022

cela, il a été mis en place un Conseil National de la Couverture Santé Universelle (*Ordonnance N°21/032 du 1^{er} Juin portant création , organisation et fonctionnement du conseil National de la Couverture Santé universelle en République Démocratique du Congo*) et cinq établissements publics (*Décret N°22/14 du 09 Avril 2022 portant création, organisation et fonctionnement de l'autorité de régulation et de contrôle de la couverture Santé Universelle « ARC-CSU » en sigle ; Décret N°22/15 du 09 Avril portant organisation et fonctionnement d'un établissement public dénommé Fonds de promotion de la santé « FPS » en sigle ; Décret N°22/16 du 09 Avril 2022 portant création, organisation et fonctionnement d'un établissement public dénommé Institut National de Santé Publique « INSP » en sigle ; Décret N°22/17 du 09 Avril 2022 portant transformation d'un service public dénommé Agence Nationale d'Ingénierie Clinique, de l'Information et d'Informatique de Santé « ANICiS3 en sigle, en un Etablissement public dénommé Agence Nationale d'Ingénierie Clinique et du Numérique de la Santé « ANICNS » en sigle*).

1.1.6.2. Réforme de l'administration sanitaire et organisation du système de santé

Le Ministère de la Santé Publique, Hygiène et Prévention est structuré en 3 niveaux, à savoir : le niveau central, le niveau provincial et le niveau périphérique ou opérationnel.

Le niveau central

Ce niveau est en pleine réforme administrative. Ainsi, le nouveau cadre organique prévoit de passer de 13 à 9 Directions subdivisées en sept (7) Directions autonomes (Direction des Ressources Humaines, Direction de la Pharmacie et du Médicament, Direction de l'Enseignement de Sciences de la Santé, Direction des Etudes et de la Planification, Direction de la Famille et des Groupes Spécifiques, Direction Administrative et Financière, Direction des Archives, Nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication) et deux Directions Générales : (i) Direction Générale d'Organisation et Gestion des Services de Soins de Santé (qui comprend la Direction des Soins de Santé Primaires et la Direction Etablissements des Soins et Partenariat pour la Santé) et (ii) Direction Générale de Lutte contre la Maladie (qui regroupe la Direction des Laboratoires de la Santé, la Direction de l'Hygiène et Salubrité Publique et la Direction de la Surveillance Epidémiologique). La réforme en cours prévoit de réduire significativement le nombre de programmes spécialisés en regroupant certains, en les réintégrant à la Direction Générale de Lutte contre la Maladie ou encore en transformant d'autres en services publics spécialisés.

Le niveau provincial

Il est composé du Ministre Provincial en charge de la Santé, d'une Division Provinciale de la Santé, d'une Inspection Provinciale de la Santé, de l'hôpital provincial et des autres structures sanitaires à vocation provinciale. La décentralisation confère aux provinces les attributions exclusives d'organisation et de gestion des soins de santé primaires.

Les Divisions Provinciales de la Santé (DPS) sont des structures décentralisées placées sous la tutelle des Ministres Provinciaux ayant la santé dans leurs attributions. Elles assurent le rôle d'encadrement technique, le suivi et la traduction des directives, stratégies, politiques sous forme d'instructions pour faciliter la mise en œuvre des actions au niveau des Zones de Santé.

Ici, l'importance du rôle joué par les Encadreurs Provinciaux Polyvalents (EPP) mérite d'être soulignée.

Les Inspections Provinciales de Santé (IPS) sont des structures déconcentrées qui exercent les fonctions de contrôle et d'inspection au niveau provincial, sous la tutelle du Gouverneur de Province. Elles assurent l'inspection et le contrôle des établissements des soins, pharmaceutiques et de science de la santé.

D'autres services provinciaux sont les Hôpitaux Provinciaux, les Laboratoires provinciaux et les Centrales de Distribution Régionale des Médicaments. Ils assurent les soins de santé de référence secondaire et l'appui des zones de santé dans leurs domaines spécifiques.

Le niveau opérationnel.

Ce niveau comprend 516 Zones de Santé avec 393 Hôpitaux Généraux de Référence et 8.504 aires de santé (AS) planifiées dont 8.266 disposent d'un Centre de Santé. Ce niveau a pour mission la mise en œuvre de la stratégie des soins de santé primaires. En plus de cette organisation organique (administrative), il existe des structures des soins formels privées et celles exerçant dans l'informel ainsi que des maisons des traitements traditionnels qui ont un impact important dans le secteur de la santé (négatif ou positif).

1.1.6.3. Organisation de l'offre des soins

L'organisation de l'offre des soins est assurée par les structures publiques et les structures privées.

- **Le secteur public** est organisé autour des CS, des HGR, des Hôpitaux provinciaux, les hôpitaux des forces armées, de la police et d'autres départements organisant des soins pour leurs travailleurs.
- **Le secteur privé** est subdivisé en deux catégories, privé à but lucratif et non lucratif (services de santé d'organisations non gouvernementales et d'organisations confessionnelles) ainsi que la médecine traditionnelle. Le secteur pharmaceutique est essentiellement aux mains des privés.

Le privé lucratif est surtout florissant en milieu urbain et dans les pôles économiques. Il est constitué par les cabinets médicaux et paramédicaux, les cliniques ou polycliniques, les centres de diagnostic (laboratoires, imagerie). Les autorisations d'ouverture sont accordées par le Ministère de la Santé Publique, Hygiène et Prévention tandis que la demande d'ouverture est approuvée par la Province. Les textes devant clarifier les attributions du pouvoir central et celles des provinces en cette matière concurrente font encore défaut.

Le secteur privé confessionnel et associatif est présent en RDC depuis l'époque coloniale et représente environ 40% de l'offre de soins (Etat des lieux du secteur de la santé, 2010). Les principaux acteurs sont les églises catholiques, protestantes, kimbanguistes et salutistes qui gèrent des formations sanitaires (hôpitaux et centres de santé)¹⁶.

¹⁶ PNDS recadré 2019-2022.

1.1.6.4. Ressource humaine

L'Annuaire des ressources humaines pour la santé sur l'effectif total du personnel de santé répertorié de 161 966, dont 96 196, soit 59,39 %, étaient des professionnels de santé, et 65 770, soit 40,61 %, du personnel administratif et de soutien. Sur le plan des professions, les infirmiers représentaient l'effectif le plus important, 73 046, soit 45,1 %, et les médecins représentaient un effectif de 9537, soit 5,9 %. La ville-province de Kinshasa présentait l'effectif le plus important, avec 15 541 agents, suivie du Kwilu, avec 13 851 agents. La province du Bas-Uélé présentait l'effectif le moins élevé, soit 2117 agents.

Le Ratio de médecins, infirmiers et accoucheuses en RDC en 2017 était respectivement de : 1,06 médecins pour 10000 habitants (norme 1/10000 habitants), 4,06 infirmiers pour 5000 habitants (1/5000habitants) et 0,19 accoucheuses sur 5000 habitants (1/5000 habitants).

Du point de vue PCI, aucune ressource humaine affectée aux activités PCI-EHA. Seul pendant les évènements d'urgence comme les épidémies que la PCI est organisée et le recrutement des ressources se fait juste pour répondre à l'incident. Les activités PCI n'étaient activées pendant des urgences de santé publique.

1.1.7. Eau, hygiène et Assainissement

Le diagnostic du secteur de l'Eau, de l'Hygiène et de l'Assainissement révèle que les populations de la RDC peinent à s'approvisionner en eau potable, n'ont pas accès aux services d'assainissement adéquats et encore moins la maîtrise de bonnes pratiques d'hygiène et ce, malgré ses potentiels énormes en ressources hydrologiques et hydrogéologiques.

Situation dans les établissements des soins.

L'intégration des interventions liées à l'EHA dans les Etablissements des Soins va permettre d'améliorer la qualité de soins et d'assurer la prévention et le contrôle de l'infection et de réduire sensiblement les maladies nosocomiales. Une grande évolution a été constatée grâce à l'organisation du service, l'amélioration progressive des conditions d'approvisionnement en eau potable, de l'hygiène et d'assainissement dans les Etablissements de soins, les rendant ainsi plus accessibles. Plus de 4 milles Etablissements de soins ont intégré le programme eau, hygiène et assainissement en 2017. Néanmoins, les conditions d'hygiène dans la plupart des Etablissements de soins restent précaires à cause de l'insuffisance de formation, d'organisation (comités d'hygiène), d'infrastructures (incinérateurs, fosses à placenta, latrines,...), des points d'eau, d'équipements, matériels et intrants pour assurer les meilleures conditions d'hygiène en milieu des soins.

Situation sur l'accès à l'eau potable

Malgré ses forts potentiels en ressources, la RDC connaît des difficultés d'approvisionnement en eau potable. Les données les plus récentes du Joint Monitoring Program (JMP WHO-UNICEF 2020) révèlent que 74% en milieu urbain contre 22% en milieu rural de la population à accès au service basique en eau potable (moyenne nationale de 46%, dont uniquement 19% géré en toute sécurité).

Mais les autres rapports avaient noté que la proportion de la population congolaise utilisant des points/sources d'eaux améliorées est passée de 47% en 2010 à 50% en 2013, 54% en 2016 et 59% en 2018. En milieu urbain, cette proportion est passée de 83% à 84,6 % puis à 90% pour la même période en 2016, cette proportion n'a pas beaucoup évolué, elle est de 91,2%. En milieu rural, la proportion est passée de 31% à 32,6% entre 2010 et 2013 et en 2018 elle est de 33,9% (MICS 2018).

L'aménagement des points d'eau (sources, puits, forages, adduction, etc...) n'a pas résolu complètement la problématique d'approvisionnement en eau potable pour des raisons diverses, avec conséquences directes sur la population (corvée, viols, morsures des serpents et autres formes d'agressions au tour des points d'eau). Il est nécessaire d'envisager d'autres stratégies et aussi un modèle de la gouvernance des points d'eau, y compris la mise en place des standards.

Situation sur l'accès à l'assainissement de base

La RDC présente-t-elle un de taux d'assainissement les plus faibles en Afrique, seul 15% de la population ont accès à un service de l'assainissement basique (11% en milieu rural et 20% en milieu urbain), et 12% de la population pratique toujours la défécation à l'air libre (19% en milieu rural et 4% en milieu urbain).

La proportion de la population ayant accès aux installations sanitaires/toilettes améliorées était de 14% en 2010 dont 36% en milieu urbain et 4% en milieu rural selon MICS 2010. Cette situation s'est beaucoup améliorée huit ans après avec 32,6% utilisant des installations sanitaires améliorées dont 53,6% en milieu Urbain et 16,3% Rural en 2018 (MICS 2018).

Tandis que la défécation à l'air libre ne semble pas baissée. Selon le rapport MICS 2018, 11,6% défèquent à l'air libre (pas de toilettes, brousse, champ...) représentant 3,8% de la population urbaine et 17,7% de celle rurale. Ces valeurs corroborent avec celles rapportées dans EDS 2013-2014, où il avait été trouvé 13% de la population congolaise qui déféquaient dans la nature dont 17,7% en milieu rural et 3,9% en milieu urbain.

En outre la situation s'est dégradée par rapport à l'utilisation des toilettes non améliorées. Le rapport MICS révèle 67,4% de ménages dont 46,4% en milieu urbain 83,7 en milieu rural utilisent des installations sanitaires non améliorées contrairement aux données de l'EDS 2013-2014 qui avaient trouvées 45,9% de la population utilisent des installations sanitaires/toilettes non améliorées dont 49,1% en milieu rural et 39,8% en milieu urbain.

Aussi, 20,6% de la population utilisent des installations sanitaires/toilettes améliorées partagées avec d'autres ménages dont 14,7 % en milieu rural et 31,9% en milieu urbain. Seulement 20,5% de la population utilisent des installations sanitaires/toilettes améliorées non partagées dont 18,5 % en milieu rural et 24,3% en milieu urbain.

Dans les agglomérations on note une insuffisance d'édicules (urinoirs et toilettes) publics d'hygiène et d'assainissement de base.

Situation sur l'Hygiène

Seul 19% de la population ont accès à un niveau de service basique (12% en milieu rural, et 27% en milieu urbain).

Le diagnostic du secteur de l'EHA révèle que les populations de la RDC peinent à s'approvisionner en eau potable, n'ont pas accès aux services d'assainissement adéquats et encore moins la maîtrise de bonnes pratiques d'hygiène et ce, malgré ses potentiels énormes en ressources hydrologiques et hydrogéologiques. Par ailleurs, le potentiel tant vanté restera sans valeur si la gestion de ces ressources ne suit pas une logique capable de garantir leur utilisation pour le bien des générations présentes et futures.

1.2. Justification

Depuis 1976, la RDC est frappée par plusieurs épidémies : la Maladie à virus Ebola, le choléra, la peste, la fièvre jaune, méningite, chikungunya, rougeole, poliomyélite sauvage, le Monkey Pox, etc. En plus des épidémies, certaines maladies endémiques (la fièvre typhoïde, tuberculose, les amibiases et autres helminthiases, le paludisme, l'onchocercose, trypanosomiase humaine africaine, etc.). Toutes ces maladies sévissent dans un contexte nouveau de pandémie de Covid 19 et ne cessent de provoquer des dégâts socio-économiques importants.

Dans le souci d'éradiquer ces maladies, certains gouvernements à travers le monde, la RDC y compris, ont choisi de rendre vertical la lutte en mettant au point des programmes de lutte : Programme National de lutte contre la Tuberculose(PNLT), Programme National d'Eradication de la Dracunculose(PNED), Programme National de Lutte contre le VIH/SIDA et les IST(PNLS), Programme National de lutte contre le Paludisme (PNLP), Programme de lutte contre la Trypanosomiase Humaine Africaine (PNLTHA), Programme National de Lutte contre les Fièvres Hémorragiques Virales et (PNLFHV-MPx), etc. Certains de ces programmes ont pu contrôler les maladies ou rarement les éradiquer.

Il est important de souligner qu'en dehors des épidémies, endémies et pandémies, il y a les Infections Associées aux Soins (IAS) qui prennent aussi de l'ampleur dans les établissements de soins ; en effet, le non-respect des normes et règles de l'hygiène est la principale cause de l'infection hospitalière évoquée depuis 2500 ans, redoutée depuis toujours, mais n'est abordée de façon scientifique que depuis le milieu du XIXème siècle. À un moment, au moins 5 et 10 % des patients dans les pays développés et 10 % à 25 %, voire plus dans les pays en développement ont contracté au moins une Infection Associée aux Soins (IAS) (2).

Toujours sur le plan international, la pandémie de Covid-19 a mis en évidence de nombreux défis et lacunes en matière de prévention et contrôle des infections dans toutes les régions et tous les pays, y compris ceux qui avaient les programmes les plus avancés (article OMS mai 2022) ; les données récentes ont démontré que dans les pays développés, 5 à 15% des patients hospitalisés ont développé les IAS. 9 à 37% de ces patients touchés par les IAS proviennent des unités de soins intensifs (USI). En Europe, des études récentes ont rapporté la prévalence hospitalière variant de 4,6% à 9,5% des cas des IAS. Quant aux pays en développement, la mesure d'incidence ou prévalence des IAS ainsi que l'évaluation de leurs conséquences souffrent encore pour plusieurs raisons : les difficultés habituelles de diagnostic des IAS, tels que la pénurie et le manque de fiabilité des données de laboratoire, l'accès limité à des équipements de diagnostic comme la radiologie, et la tenue inadéquate des dossiers Médicaux. Bien que pas riche, la littérature révèle que les mesures de prévalence réalisées sur une journée dans des hôpitaux en Albanie, au Maroc, en Tunisie et dans la République Unie

de Tanzanie ont montré que les taux de prévalence des IAS étaient compris entre 14.8% et 19.1%.

Tandis qu'en Guinée, les conséquences réelles des infections associées aux soins n'ont pas précisément été mesurées, mais on estime qu'elles représenteraient 10 à 25 % des admissions des hôpitaux du secteur public.

En RDC, les Infections associées aux soins ne sont malheureusement pas surveillées, mais avec les 4 épidémies de la MVE (neuvième, dixième onzième et douzième) et la Covid-19, quelques données avaient été récoltées.

A la 9^{ème} épidémie de la MVE à l'Equateur 6 cas des contaminations sur 54, soit 11,1%, avaient été liées aux soins ; à la 10^{ème} épidémie au Nord Kivu où une légère diminution avait été rapportée, 172 personnels soignants sur 3317 cas positifs, soit 5,1%, s'étaient contaminés au moment d'administration des soins ; cette diminution a été aussi observée à la onzième épidémie où 3 cas sur 119, soit 2.5% et à la 12^{ème} épidémie de la MVE au Nord Kivu/Butembo où une augmentation avait été rapportée, 2 personnels soignants sur 12 cas positifs, soit 16,6%, des personnels soignants étaient contaminés lors de l'administration de soins.

Avec la pandémie de Covid-19, une contamination de 1277 professionnels des soins sur un total de 91911 cas positifs, soit 1,38% au 13 Juillet 2022 avaient été rapporté¹⁷. Avec l'émergence de nouveaux agents pathogènes et la résistance aux antimicrobiens, les infections associées aux soins deviennent de plus en plus un problème de santé publique.

En outre, les IAS proviennent également ; en milieu urbain par la prolifération des centres de santé, poste de santé ne répondant pas aux normes PCI ni aux réglementations sur la prescription des antibiotiques et en milieu rural, elles proviendraient de la médecine traditionnelle en plein essor et utilisée par une grande partie de la population car étant moins coûteuse et palliant parfois aux difficultés d'accès aux soins de qualité dans les formations sanitaires. Cet état de fait augmente le risque de contracter des infections et l'accroissement de dépenses quand la médecine traditionnelle ne marcherait pas.

Il faut rappeler que la RDC compte 9 pays frontaliers avec des mouvements permanents des populations, d'où le risque élevé des infections si les mesures PCI ne sont pas prises en compte au niveau des points d'entrés et contrôles.

Un nombre important de ces maladies communautaires et les IAS sont évitables par des simples mesures d'Hygiène car liées à la défektivité de celle-ci et au manque d'assainissement des milieux hospitaliers. Dans la mise en œuvre des interventions PCI nombreuses faiblesses ont été constatées, il s'agit notamment :

Au cours de ces épidémies,

- La majorité des Etablissements de soins avec infrastructures (Type de bâtiment) ne répondent pas aux normes de PCI-WASH (Etablissements de soins en terre battu sans pavement, exigü, maison d'habitation transformée en Etablissements de soins) ;
- Le profil inadéquat des prestataires de soins dans certains Etablissements de soins (Prestataires insuffisamment briefés, auto formés, notamment lors des 4 épidémies citées);

¹⁷ Secrétariat Technique riposte contre la Covid-19

- Faible alignement de certains partenaires aux directives de la Commission Prévention et Biosécurité selon le MSPHP (Partenaires qui utilisent des outils, SOP non validé par le MSPHP (9^{ième} et 11^{ième} épidémie de la MVE) ;
- Positionnement des partenaires dans les Etablissements de soins sans informer le présidium de la commission Prévention ;
- Positionnement des partenaires dans les Etablissements de soins sans implémenter le paquet PCI/WASH (N'est pas capable d'implémenter le paquet) à Beni, Butembo, Bingo lors de la 10^{ième} épidémie de la MVE ;
- Insuffisance d'approvisionnement en eau de qualité et en quantité suffisante dans les Etablissements de soins et dans la communauté ;
- Les ouvrages de gestion de déchet sont absents et/ou ne répondant pas aux normes ;
- La difficulté d'organiser le système de triage et isolement ainsi qu'assurer la continuité de leur fonctionnement ;
- L'irrégularité des dotations et l'incomplétude des kits PCI/WASH dans les Etablissements de soins appuyés par certains partenaires ;
- Utilisation des outils non validés par le MSPHP ;
- Achat de performance PCI/WASH dans les Etablissements de soins. Ex : Projet PIRC implémenté dans les ZS de BENI, ZS BUTEMBO et KATWA ;
- Mauvaise préparation PCI/WASH des Etablissements de soins /ZS ;
- Non adaptation des SOP aux cultures du milieu.

Au cours de mouvements de population :

- Les Camps et sites de concentration spontanés des déplacés ne répondent pas aux normes en PCI ;
- Offre de service en PCI en situation de crise Humanitaire n'est pas encore intégré ;
- Positionnement des partenaires humanitaires dans les zones d'interventions sans informer les DPS, etc.

Ces faiblesses illustrent mieux les difficultés à mettre en place des interventions PCI/EHA efficaces pour une gestion maximale des épidémies et des mouvements de population. Bien plus, la PCI communautaire et dans les Etablissements de soins en temps normal demeure un défi majeur tant en termes des textes normatifs et réglementaires qu'en financements pour la mise en œuvre des interventions.

En RDC, l'engagement politique et la vision du Chef de l'Etat, son Excellence Monsieur le Président de la République Felix Antoine TSHISEKEDI TSHILOMBO, est de rendre la Couverture Santé Universelle (CSU) effective (ordonnance n°21/032 di 1^{er} JUIN 2021 portant création, organisation et fonctionnement du Conseil National de la couverture santé Universelle en RD Congo). Celle-ci n'est autre que les soins de santé primaires qui devront intégrer leurs influences sur les aspects financiers des ménages, c'est-à-dire l'accès aux soins de santé de qualité par tout le monde, dans toute circonstance, en tout lieu et en tout temps sans que cela n'influence négativement les finances des ménages.

En considérant tous ces aspects, l'Etat congolais est appelé à appuyer les activités de couverture des soins de santé de sa population. Mais, malheureusement les corollaires n'étant pas à négliger, le budget du Pays en souffrira certes.

Pourtant, par des mesures préventives, l'incidence voire la prévalence de ces maladies seront réduites car la plupart ont pour origine la négligence et la non observance des pratiques d'hygiène dans les formations sanitaires et la disparition des structures basiques de suivi d'application des mesures hygiéniques.

En RDC, les activités de la PCI sont encore limitées aux interventions d'urgence c'est-à-dire pendant des épidémies et les mouvements de population en situation de crise humanitaire, pourtant il est utile de les pérenniser. Cette position est celle recommandée par l'Union Africaine à travers son Centre africain de contrôle et de prévention des maladies (CDC Africa) aux pays membres de mettre au point des Programmes de Prévention et Contrôle de l'Infection (PCI) que la RD Congo matérialise par la mise en place de la stratégie PCI-EHA.

I.2.1. Champ d'application

Le présent document de la Stratégie Nationale de la Prévention et Contrôle des Infections/Eau-Hygiène et Assainissement (PCI-EHA) permet à toutes les parties prenantes d'œuvrer harmonieusement en faveur de la réduction des infections associées aux soins et à combattre la résistance aux antimicrobiens dans les établissements de soins de santé et dans la communauté en améliorant les conditions générales d'hygiène de base. Cette Stratégie constitue la politique du Ministère de la Santé Publique, Hygiène et Prévention et couvre les champs d'application précisés dans le tableau ci-dessous en harmonie avec l'approche Une Santé.

Champs d'application PCI-EHA

Champs d'application	Niveau d'intervention	Domaines/composantes spécifiques
PCI-EHA au niveau des établissements de soins	– PCI-EHA au niveau de la Santé humaine : prévention des IAS au niveau ESS, centre de diagnostic : laboratoire, centre d'imagerie, ...	<ol style="list-style-type: none"> 1. Programmes de prévention et de contrôle des infections; 2. Lignes directrices sur la prévention et le contrôle des infections ; 3. Education et formation sur la prévention et le contrôle des infections ; 4. Surveillance des infections associées aux soins ; 5. Stratégies multimodales pour la mise en œuvre des activités de prévention et de contrôle des infections ; 6. Suivi-évaluation des pratiques de prévention et contrôle des infections et restitution des résultats ; 7. Charge de travail, dotation en personnel et occupation
	– PCI-EHA au niveau de la Santé animale : prévention contre les zoonoses au niveau des cliniques vétérinaires, abattoir, ferme, ...	
	– PCI-EHA au niveau de la Santé Environnementale : réserves et aires protégés	
PCI-EHA au niveau de la communauté	– PCI-EHA au niveau de la frontière ; de point d'entrée et point de contrôle terrestres, fluviales, aériennes et ferroviaires	
	– PCI-EHA au niveau des unités navigantes (aérienne, fluviale, ferroviaire, terrestre	
	– PCI-EHA au niveau des sites et Camps des déplacés et des réfugiés	

	<p>— PCI-EHA au niveau des établissements humains classés ouverts aux publics ; Hôtels, restaurants, pharmacies, boulangeries, stades, sites touristiques....</p>	<p>des lits</p> <p>8. Environnement bâti, matériel et équipement pour la prévention et le contrôle des infections. ;</p>
<p>— PCI-EHA au niveau des établissements humains non classés ouverts aux publics (écoles, universités, églises, marchés, prisons, fermes, sites miniers et abattoirs)</p>		
<p>— PCI-EHA au niveau des ménages</p>		

I.2.2. Cadre légal

Le cadre légal PCI-EHA renforce la capacité institutionnelle pour la révision et le renforcement des lois et des politiques qui soutiennent la politique. Il s'agit des :

- 1 Conventions internationale, chartes, directives et autres protocoles dont la RDC est signataire et/ou a ratifiée,
- 2 De lois, décrets, arrêtés, normes et directives régissant le secteur de la santé, la Direction de l'Hygiène et Salubrité Publique et autres ministères et programme impliqués dans la PCI-EHA.

Ainsi, les documents suivant constituent le fondement de cette stratégie au niveau international:

- 1) **Objectifs de Développement Durable** en particulier à l'Objectif de développement durable 3.1 sur la réduction de la mortalité maternelle dans le monde, 3.2 sur l'élimination des décès évitables de nouveau-nés et d'enfants de moins de 5 ans, 3.3 sur l'élimination des épidémies de sida, de tuberculose, de paludisme et de maladies tropicales négligées et la lutte contre l'hépatite, les maladies hydriques et autres maladies transmissibles, et 3.8 sur l'accès à des services de santé essentiels de qualité et un accès équitable à des médicaments essentiels sûrs, efficaces, de qualité et abordables et des vaccins pour tous, et reconnaissant les intersections importantes entre la prévention et le contrôle des infections et d'autres objectifs de développement durable, y compris l'objectif 6 (eau potable et assainissement) ;

Les objectifs 3 et 6 relatives l'accès à la santé et accès à l'eau salubre et assainissement¹⁸

- 2) **Règlement Sanitaire International 2005(RSI)**, à son article 22 relatif au Rôle des autorités compétentes, point b) et Annexe 1 point B. d ; veille que les installations utilisées par les voyageurs au point d'entrée soient de bonne condition d'hygiène et reste exempt des sources d'infection ou de contamination.

¹⁸ OMS, Stratégie mondiale de prévention et contrôle des infections, A75/A/CONF. /5 du 25 mai 2022

- 3) **Cadre juridique sur les infections, la prévention et le contrôle**, CDC-Africa, 2019 ; organise en six domaines qui résument les sujets susceptibles d'être abordés dans les lois, décrets ou réglementations qui soutiennent les activités de la PCI/EHA.

Par ailleurs, la RDC étant membre de l'union Africaine, elle s'engage à l'approbation par l'Union africaine du cadre légal PCI qui s'aligne sur la position commune africaine sur la prévention et le contrôle de la résistance aux antimicrobiens, il s'agit de¹⁹ :

1. Plaider pour les États membres, les communautés économiques régionales et les autres organisations à adopter des politiques et des lois pour permettre la prévention et le contrôle à long terme de la RAM ;
2. Soutenir le développement des ressources humaines pour la prévention et le contrôle de la résistance aux antimicrobiens parmi les agences humaines, animales, végétales et environnementales de l'Union africaine.

Selon la CDC Afrique et l'OMS, le cadre juridique de la PCI est organisé en six domaines qui résument les sujets susceptibles d'être abordés dans les lois, décrets ou réglementations qui soutiennent les activités de la PCI-EHA.

1. Domaine 1 : Établissement d'un programme national de PCI-EHA : cette section décrit comment les instruments juridiques peuvent créer un programme national pour coordonner les mesures de PCI/EHA au niveau national et des établissements des soins.

2. Domaine 2 : Élaboration et adoption de lignes directrices fondées sur des données probantes: cette section décrit comment les instruments juridiques peuvent conférer à un programme national le pouvoir d'établir des normes PCI-EHA au niveau des établissements de santé.

3. Domaine 3 : Création d'éducation et de formation au niveau national et au niveau des établissements : cette section décrit comment les instruments juridiques peuvent conférer l'autorité à un programme national pour éduquer et former les agents de santé en PCI-EHA.

4. Domaine 4 : Incorporation des IAS, y compris la RAM, dans la surveillance au niveau national et au niveau des établissements : cette section décrit comment les instruments juridiques peuvent conférer à un programme national le pouvoir de coordonner la surveillance des menaces de maladies, y compris les IAS et les RAM.

5. Domaine 5 : Mise en place d'un programme (qui peut être inclus dans le programme national PCI-EHA) pour surveiller, auditer et recevoir un retour d'information sur la conformité au niveau national et de l'établissement : cette section décrit comment les instruments juridiques peuvent accorder l'autorité à un programme de coordination de la surveillance et de l'audit de la conformité aux normes PCI-EHA au niveau de l'établissement.

¹⁹ Africa CDC, Note de politique cadre juridique de la PCI , décembre 2019

6. Domaine 6 : Exigences pour établir des programmes PCI-EHA au niveau des établissements de santé : cette section décrit comment les instruments juridiques peuvent exiger que les établissements de santé respectent certaines normes PCI-EHA fixées par un programme national.

La RDC est également signataire et/ou a ratifié les conventions internationales et autres protocoles suivants (liste non exhaustive) qui cadrent également avec la PCI-EHA :

- La déclaration d'Alma Ata sur les soins de santé primaires et la Déclaration d'Astana² sur les soins de santé primaires et les services de santé de haute qualité et sûrs, et reconnaissant que pour y parvenir, il est primordial de prévenir les dommages causés par la transmission des infections au point d'entrée et à tous les points du système de santé²⁰ ;
- La convention de Bâle sur le contrôle transfrontalier des déchets dangereux et leur élimination ;
- La déclaration de Libreville sur l'Alliance Santé-Environnement en 2008 ;
- Déclaration de Pretoria sur les droits économiques, sociaux et culturels en Afrique en 2004 (création de Direction d'hygiène au sein des Ministères de Santé) ;
- La convention de Rio de Janeiro 2002, pour la protection de l'environnement ;
- La convention de Stockholm sur les polluants organiques persistants ;
- La convention sur la prévention de la pollution de la mer résultant de l'immersion des déchets.

La mise en œuvre de la plupart de ces Conventions reste encore timide. Les défis sont encore énormes à relever notamment ;

- Engagement politique pour les activités de la PCI-EHA et la compréhension de l'importance de la PCI-EHA par les principales parties prenantes (décideurs) ;
- Ressources financières pour mettre en pratique les mandats juridiques de la PCI-EHA
- Conflit de lois avec les instruments juridiques existants qui soutiennent les activités de la PCI-EHA ;
- Mécanismes d'application de la loi sont parfois susceptibles de créer des charges financières supplémentaires sur les systèmes de santé.

En RDC, les documents suivants constituent le fondement de cette stratégie au niveau national :

1. Constitution de la République Démocratique du Congo, de 2006 à ses articles 47, 53, 203 et 204 ;
2. Loi n°02-050 du 22 juillet 2002 portant la loi hospitalière ;
3. Loi n 18/035 du 13 décembre 2018 fixant les principes fondamentaux relatifs à l'organisation de la santé publique ;
4. Ordonnance n°22/003 du 7 Janvier 2022 fixant les attributions des Ministères ;

²⁰ OMS, Stratégie mondiale de prévention et contrôle des infections, A75/A/CONF. /5 du 25 mai 2022

5. Ordonnance N°21/032 du 01 Juin 2021 portant création, organisation et fonctionnement du conseil national de la couverture santé universelle en RDC ;
 6. Décret n°036/2002 portant désignation des services et organismes publics habilités à exercer aux frontières de la RD Congo ;
 7. Décret n°022/16 du 09 Avril 2022, portant création, organisation et fonctionnement d'un établissement public dénommé Institut national de santé publique (INSP) ;
 8. Décret n°03/014 portant organisation et fonctionnement de la commission nationale pour les réfugiés et de la commission de recourt ;
 9. Arrêté ministériel n°1250/CAB/MIN/S/013/MC/2006 du 04 juillet 2006 portant organisation et fonctionnement des services d'hygiènes en RD Congo ;
 10. Arrêté ministériel n°1250/CAB/MIN/S/BYY/MC/007/2006 du 28 Mars 2006 portant révision de l'arrêté ministériel N° MS 1250/CAB/MIN/S/109/2000 du 11 Octobre 2000 portant création et organisation d'un service spécialisé du Ministère de la santé dénommé la Direction de Quarantaine Internationale ;
 11. Politique nationale de la santé ;
 12. Stratégie de Renforcement du Système de Santé, 2^{ème} Edition, Mars 2010 ;
 13. Plan National de Développement Sanitaire (PNDS recadré, 2019-2022),
 14. Plan national stratégique de développement 2019-2023 ;
 15. Cadre organique du ministère de la santé publique 2017
- Par ailleurs, le secteur EHA en RDC a connu aussi des avancées notables :
- Code de l'Eau (proposition soumise au Parlement depuis 2012) ;
 - Code de Gestion des Ressources en Eau ;
 - Feuille de route du secteur de l'eau 2011-2020 élaboré par le CNAEA;
 - Inventaire des ouvrages d'eau et d'assainissement en 2011 dans le cadre du volet A de l'étude du Plan Directeur d'AEPA en milieu rural et semi-urbain;
 - Plan national d'AEPA en milieu rural et semi-urbain à l'horizon 2015 dans le cadre du volet B de l'étude du Plan Directeur d'AEPA en milieu rural et semi-urbain;
 - Stratégie nationale de développement de l'assainissement de base en milieu rural et péri-urbain (CNAEA adoptée en 2012) ;
 - Politique Nationale de l'Assainissement (en cours d'élaboration DAS).

Instrument juridique sur l'alignement des partenaires

Ces dernières années ont vu une certaine évolution dans le domaine de la PCI en RDC, marquée notamment par la réforme de l'administration publique ; le changement de la dénomination du ministère de la Santé publique, en Ministère de la santé publique, Hygiène

et Prévention, l'élaboration du présent document de stratégie de la PCI-EHA, l'élaboration du document du plan stratégie de la PCI-EHA, le manuel pratique des procédures, normes et directives EHA dans les établissements de soins, Normes et directives sur l'organisation et fonctionnements des brigades d'hygiène et salubrité en RD Congo, etc.

I.2.3. Etat de lieu sur l'organisation et la mise en œuvre de la PCI-EHA en RDC

La pandémie de COVID-19 et les récentes épidémies importantes de maladie à virus Ebola et en République Démocratique du Congo ont montré les conséquences dévastatrices du manque de préparation et de la mise en œuvre insuffisante et/ou inadéquate de la prévention des infections et de leurs contrôles.

Evaluation au niveau national

Le tableau ci-dessous résume le niveau de performance au plan national des différentes composantes de base pour les programmes de prévention et de contrôle des infections suivant l'Outil 3 (Outil d'évaluation des exigences minimales pour le programme de PCI-EHA).

Tableau 1 : Résumé de l'évaluation de la PCI au niveau national

CACUL DU SCORE TOTAL	MAX	SCORE OBTENU Oui/25	MAX SCORE (%)
Programme de PCI-EHA	5	3	60%
Lignes directrices sur la PCI-EHA	5	0	0%
Education et formation à la PCI-EHA	4	0	0%
Surveillance des Infections Associées aux Soins	3	0	0%
Stratégies multimodales	3	2	67%
Suivi-évaluation des pratiques en matière de PCI-EHA	5	0	0%
Score total final	25	5	20%

Commentaire : le niveau de mise en œuvre de la PCI est globalement faible pour toutes les composantes ; cependant la surveillance, les supports de laboratoire, le suivi-évaluation et liens avec la santé publique ne sont encore au point de départ.

La composante programme de PCI : Un programme institutionnel actif de prévention et contrôle des infections/EHA n'existe pas sur le plan niveau national, vu la réforme dans le secteur de santé qui vise la réduction du nombre de programmes. La Direction Hygiène et Salubrité Publique (DHSP), de par ses attributions, assure et coordonne toutes les interventions relatives à la Prévention et Contrôle des Infections ainsi que tous les autres aspects de l'eau, hygiène et assainissement dans les agglomérations, les établissements de soins et dans les milieux spécifiques. Dans la plupart des structures, les points focaux PCI ne sont pas nommés; mais dans le système de santé de la RD Congo, le point focal pour la Prévention et le contrôle des Infections est connu et désigné de par ses responsabilités, c'est la Direction

Hygiène et Salubrité Publique (DHSP), représentée par son Directeur au niveau national, le chef de bureau hygiène en province et le Superviseur Eau, Hygiène Assainissement (SEHA) au niveau zonal. Ce point focal est chargé de mettre en œuvre les attributions de la DHSP.

Le point focal et ses collaborateurs ont bénéficié des formations sur la prévention des IAS de santé. Malheureusement, aucun budget sécurisé n'est alloué au programme PCI pour la mise en œuvre des activités planifiées, pourtant ces points focaux sont disponibles à tous les niveaux.

Quant **aux lignes directrices sur la PCI**, le programme de la PCI n'existe pas en RD Congo. Mais cette attribution relève des compétences de la DHSP. Celle-ci a dans ses attributions, le mandat d'élaborer les politiques, les normes et les lignes directrices nationales ainsi que les projets des textes légaux relatifs à la prévention des infections qui sont applicables sur toute l'étendue de la RD Congo, dans la communauté ainsi que dans des lieux spécifiques comme les établissements des soins et à tous les niveaux.

C'est à ce titre qu'elle a eu à élaborer certaines directives de prévention qui contribuent aussi à la maîtrise des infections associées aux soins et au contrôle des épidémies en RDC. Malheureusement, les directives disponibles sont encore minimes par rapport au champ d'intervention de la PCI-EHA. Jusqu'à ce jour, le pays n'a pas investi dans les recherches scientifiques dans ce domaine. D'où l'élaboration de ces lignes directrices n'est fondée que sur les normes internationales et non sur le contexte spécifique de la RDC. Etant donné que la formalisation des activités de lutte n'est qu'à son début, une évaluation des lignes directrices à terme de cinq ans n'a pas encore eu lieu. Toutefois, la DHSP a élaboré le Manuel pratique des procédures en prévention et contrôle de l'infection (PCI) en RD Congo, le Recueil des normes et directives relatives aux services de base liés à la prévention et contrôle des infections dans les établissements des soins en R.D. Congo.

Concernant **l'éducation et formation sur la PCI**, le programme n'existant pas, aucune orientation ni recommandations pour la formation encourus d'emploi sur la PCI au niveau des établissements des soins n'a été fourni. C'est ainsi que même le contenu des formations et l'appui pour la formation sur la PCI des agents de santé au niveau des établissements des soins n'ont jamais été proposé dans le cadre du Programme. Mais, il faut signaler que dans le cadre des urgences sanitaires la DHSP et les partenaires avaient mis des mécanismes d'adaptations des normes internationales qui servaient de contenu des formations pendant les réponses aux urgences de santé comme les épidémies. Par ailleurs, un programme de formation diplômante en PCI est en cours de mise en œuvre par l'ESP/Université de Kinshasa, la première session/cohorte des formations diplomates en PCI vient de se terminer et deux autres cohortes sont en cours. Ce qui est encore très insuffisant. Il est nécessaire de signaler que c'est sur impulsion de la DHSP, appuyée par un partenaire technique et financier, que ladite formation a eu lieu suite au besoin urgent. Malheureusement, un programme national de formation en cours de carrière des agents de santé n'existe pas encore. C'est ainsi que même le système et le programme de suivi et évaluation pour contrôler l'efficacité de la formation et de l'éducation n'existe pas.

Concernant **la surveillance des infections associées aux soins**, aucun groupe multidisciplinaire chargé de la surveillance des infections associées aux soins n'existe ni au niveau national ni au niveau provincial. Cela fait que le plan stratégique national de la surveillance des infections associées aux soins n'a jamais été élaboré. Certes, le point focal national chargé de la PCI est formé en surveillance épidémiologique et Surveillance Intégrée des Maladies et Riposte (SMIR-3), mais sans avoir bénéficié de la particularité des concepts et méthodes de surveillance des infections associées aux soins.

Quant **aux stratégies multimodales** pour la mise en œuvre des interventions de PCI, il existe un point focal national chargé de la PCI qualifié, maîtrisant les stratégies multimodales d'amélioration, leur mise en œuvre ainsi que leur application dans la PCI. Ce point focal national coordonne la mise en œuvre locale des interventions visant à améliorer la PCI. Malheureusement ces stratégies multimodales ne sont pas encore incluses comme meilleure approche pour la mise en œuvre des lignes directrices relatives à la PCI, les programmes d'éducation et de formation en matière de PCI. Il y a aussi une absence de la stratégie Nationale de Gestion des Déchets Biomédicaux ;

Pour terminer cette évaluation avec la **composante suivi et évaluation des pratiques en matière de PCI et communication des résultats**, aucun groupe technique multidisciplinaire n'est mis en place. Il existe un draft du plan stratégique PCI-EHA dans lequel les aspects de suivi-évaluation sont repris. Les indicateurs de base pour les établissements de soins de santé en RD Congo sont en cours d'élaboration.

Le mécanisme de formation des auditeurs à tous les niveaux (national, provincial et opérationnel) n'est pas encore mis en place. De même que le suivi du respect des recommandations à l'hygiène des mains et la communication des résultats ne sont pas encore considérés comme des indicateurs clés pour les structures de références.

Pour les deux dernières composantes, charge de travail, dotation en personnel et occupation des lits au niveau de l'établissement (composante 7) et environnement bâti, matériel et équipement pour la prévention et le contrôle des infections au niveau des établissements (composante 8), ne sont applicables qu'au niveau provincial et opérationnel (HGRP, HGR, CSR et CS).

Pour la composante **charge de travail, dotation en personnel et occupation des lits**, il y a absence de plan d'évaluation de la dotation en professionnels de soins en fonction de la charge de travail des patients, absence de mécanisme en place pour donner suite aux besoins en dotation en personnel, le non-respect des normes concernant la capacité et disposition des lits (plus d'1 mètre entre deux lits) ainsi que l'absence du système de réajustement en cas de dépassement.

Et, la composante de l'**environnement bâti, matériel et équipement** pour la PCI au niveau des établissements : la majorité des établissements ne répond pas aux normes environnementales, faible proportion des structures de santé construites et équipées conformément aux normes PCI, faible proportion d'établissements disposant de l'eau en quantité suffisante, des installations hygiéniques selon les normes, ayant une alimentation en

courant électrique, une ventilation et de moyens de nettoyage, désinfection et de stérilisation selon les normes. De même que le manque et/ou insuffisance des infrastructures WASH pour la gestion des déchets médicaux et des eaux usées cela à cause de l'absence ou faible financement des aspects PCI dans les établissements des soins. On signale l'absence des installations d'unités de production de solution hydro-alcoolique dans les hôpitaux nationaux et provinciaux.

2.2. Les acteurs de mise en œuvre du plan national PCI

Quatre acteurs clés sont identifiés pour la mise en œuvre de la présente politique ; il s'agit de:

- (i) L'Etat, au niveau central, intermédiaire et périphérique de la pyramide sanitaire;
- (ii) Le secteur privé du système de santé ;
- (iii) Les OSC représentées par les ONG de pré-collecte et de collecte des déchets d'ordures ménagères et dont certaines contractualisent avec les Etablissements des soins; et
- (iv) Les PTF qui ont un rôle de mobilisation des ressources et d'appui technique dans la mise en œuvre.

2.3. Pratique de lavage des mains dans les établissements de soins

Selon l'OMS, 80% d'IAS sont évitables par le lavage des mains ; malheureusement on note une insuffisance notoire des équipements adéquats en la matière dans les établissements de soins; les plans de construction n'ayant pas prévus ces équipements dans les différentes salles. Ces équipements font également défaut dans les lieux de travail et dans la communauté qui d'ailleurs méconnaît l'importance du lavage des mains. Par ailleurs, de nombreux établissements de soins ne disposent pas de l'eau potable en leur sein et on note des ruptures fréquentes de matériels nécessaires tels que le savon, le chlore granulé ou liquide, gèle ou solution hydro alcoolique, etc. En ce qui concerne l'utilisation de la solution hydro-alcoolique (SHA), la pratique est à promouvoir mais aucune unité locale de production n'existe dans le pays.

Par ailleurs, l'évaluation du niveau d'hygiène des mains dans certains établissements de soins montre que dans la plupart des établissements de soins le niveau d'hygiène des mains est inadéquat.

2.4. Gestion des déchets solides

En matière de gestion saine et contrôlée des déchets de soins médicaux, sur l'ensemble du Pays, la situation varie d'une structure de soins à une autre. Les déchets sont soit enfouis, soit brûlés sur les dépotoirs sur site ou hors des sites, soit incinérés dans les incinérateurs de type Montfort (qui sont destinés aux déchets d'activités de soins y compris les déchets tranchants et piquants) ou dans des équipements non appropriés (tonneau, trou).

2.5. Gestion des déchets liquides

Les déchets liquides issus des activités de soins sont essentiellement le sang, autres liquides biologiques, les eaux usées des morgues et des sanitaires. Faute de station d'épuration, ces eaux usées sont gérées in situ dans des fosses septiques, ou des vidoirs branchés sur fosses étanches ou puits perdus. Les effluents rejetés ne respectent donc pas les normes permettant d'éviter une éventuelle pollution de l'environnement et une dispersion des agents microbiens dans la nature en atteignant la chaîne alimentaire.

La PCI passe par un certain nombre d'éléments indispensables, notamment :

- L'existence d'un cadre organisationnel définissant : les directives et procédures opérationnelles et standard de PCI au niveau technique et recommandations sur les bonnes pratiques ;
- La mise en place de structures internes de gestion de l'hygiène et des risques dans les établissements de soins ;
- La création d'un cadre permettant d'assurer la disponibilité permanente de l'eau et de la gestion des déchets biomédicaux ;
- L'existence de ressources humaines suffisantes et le renforcement de leurs compétences en matière de prévention des risques dans tous les établissements de soins ;
- L'assurance de la disponibilité continue des intrants pour la PCI y compris des équipements Individuels et collectifs de Protections ;
- La mise en place d'un système d'enregistrement de suivi des IAS en lien avec la recherche ;
- La mise en place d'un système d'assurance qualité pour la PCI.

L'analyse de ces différents points permet de faire les constats suivants :

▪ Points forts

Sur le plan réglementaire :

- il existe des textes légaux qui promeuvent la PCI-EHA comme : la constitution de la RDC (Art 47 et 53), les ODD, l'ordonnance fixant les attributions du ministère de la santé publique hygiène et prévention, PNSD, RSI,...
- Développement SADC regional Hygiene Strategy 2021-2025 ;
- La Stratégie Nationale PCI en cours d'élaboration (Juillet 2022) ;
- L'arrêté Ministériel n°1250/CAB/MIN/S/BYY/MC/007/2006 du 28 mars 2006 Portant Révision de l'Arrêté Ministériel n° MS 1250/CAB/MIN/S/109/2000 du 11 octobre 2000 Portant création, organisation d'un Service spécialisé du Ministère de la santé dénommé la Direction de Quarantaine Internationale
- Le Plan national de développement sanitaire (PNDS) 2019-2022 ;
- Existence du Draft du Plan Stratégique PCI-Wash

Sur le plan Engagement politique et communautaire :

- La volonté du gouvernement et des PTF à résoudre les problématiques de PCI ;
- L'implication de l'Ecole de Santé de l'UNIKIN (Département Environnement et Santé)
- L'expérience acquise au cours de la lutte contre Ebola, Covid-19, rougeole, cholera, méningite, Monkey-pox... a accéléré les efforts visant à renforcer la PCI dans le système de santé ;
- La volonté des agents de s'approprier des règles de la PCI-EHA,
- L'existence des cadres de collaboration transfrontalière avec les pays voisin (Congo Brazzaville, Angola, Zambie...)

Sur le plan organisationnel, on note :

- La construction des structures de triage dans certains établissements;
- La construction de Centres de Traitement des Maladies à potentiel épidémique dans les hôpitaux du pays ;
- La formation en PCI-EHA;

▪ **Points faibles**

En dépit d'efforts en cours, la gestion des infections associées aux soins est confrontée à une faible performance en PCI-EHA qui trouve son explication dans plusieurs facteurs :

❖ *En temps normal (en absence des urgences sanitaires):*

- L'absence de la réglementation (directives, normes, ...) sur la prévention et le contrôle de l'infection en RD Congo ;
- Faible collaboration intra et extra sectorielle ;
- Le Manque d'orientations sur le processus de mise en œuvre des activités de PCI-EHA ;
- L'absence des unités de triage et isolement dans certains établissements de soins ;
- La gestion défectueuse des déchets biomédicaux dans les établissements de soins ;
- La faible disponibilité des équipements individuels et collectifs de protection du personnel et des usagers ;
- L'Insuffisance de financement régulier des activités de PCI-EHA ;
- L'inexistence d'un système de surveillance statistique et microbiologique des IAS et RAM ;
- L'absence de formation continue des prestataires en matière de PCI-EHA;
- L'absence d'outils et de supports techniques harmonisés pour les agents de santé en vue de l'observation de la PCI-EHA dans établissements de soins ;
- L'absence des ressources humaines et/ou d'objectif de carrière dédiée uniquement à la PCI-EHA dans les établissements de ;
- L'absence de plan opérationnel décentralisé de la PCI-EHA dans les établissements de;
- La faiblesse de la recherche dans le cadre de la PCI et d'utilisation des résultats de la recherche pour les prises de décision ;
- L'absence d'un dispositif institutionnel pour le PCI-EHA et d'équipes spécialisées en cas d'infections associées aux soins détectées dans les établissements de soins et/ou chez les agents de santé ;

- La faiblesse des activités de suivi, de supervision et d'évaluation dans le cadre de la PCI-EHA ;
- La quasi-absence d'outils harmonisés intégrés de suivi, de supervision, d'évaluation de la PCI-EHA ;
- L'absence de coordination des activités de la PCI-EHA ;
- L'inexistence des indicateurs de la PCI-EHA dans le SNIS et le monitoring ;
- La faiblesse de renforcement de la santé et de la sécurité des travailleurs de la santé ;
- Le non-respect des mesures relatives à l'environnement physique (Exemple : aération, circuit des malades) ;
- La faible implication des autorités à tous les niveaux ;
- La quasi inexistence des buanderies ;
- L'insuffisance d'équipements adéquats pour la stérilisation du matériel réutilisable;
- L'absence d'équipe opérationnelle PCI-EHA dans les structures de soins ;
- Insuffisance d'approvisionnement en eau de qualité et en quantité suffisante dans les Etablissements de soins et dans la communauté ;
- Les ouvrages de gestion de déchet sont absents et/ou ne répondant pas aux normes ;
- La difficulté d'organiser le système de triage et isolement ainsi qu'assurer la continuité de leur fonctionnement ;
- L'irrégularité des dotations et l'incomplétude des kits PCI-EHA dans les Etablissements de soins appuyés par certains partenaires ;
- Utilisation des outils non validés par le MSPHP ;
- Achat de performance PCI-EHA dans les Etablissements de soins. Ex : Projet PIRC implémenté dans les ZS de BENI, ZS BUTEMBO et KATWA ;
- Mauvaise préparation PCI-EHA des Etablissements de soins /ZS.

❖ ***Au cours de mouvements de population :***

- Inexistence des plans des contingences ;
- Les Camps et sites de concentration spontanés des déplacés ne répondent pas aux normes en PCI-EHA ;
- L'offre de service en PCI en situation de crise Humanitaire n'est pas encore intégré ;
- Positionnement des partenaires humanitaires dans les zones d'interventions sans informer les DPS, etc.
- L'insuffisance d'approvisionnement en eau de qualité et en quantité suffisante dans les Etablissements de soins et dans la communauté ;
- Les ouvrages de gestion de déchet sont absents et/ou ne répondant pas aux normes ;
- La difficulté d'organiser le système de triage et isolement ainsi qu'assurer la continuité de leur fonctionnement ;
- L'irrégularité des dotations et l'incomplétude des kits PCI-EHA dans les Etablissements de soins appuyés par certains partenaires ;
- L'utilisation des outils non validés par le MSPHP ;
- La mauvaise préparation PCI-EHA des Etablissements de soins /ZS ;

I.2.4. Problèmes prioritaires

Problèmes prioritaires retenus :

Au niveau national

1. Absence d'une stratégie/politique de PCI-EHA ;
2. Absence des lignes directrices nationales sur la PCI-EHA ;
3. Absence d'un programme formation continue et d'éducation à la PCI-EHA ;
4. L'Insuffisance de financement des activités de PCI-EHA
5. Insuffisance de ressources humaines qualifiées en PCI-EHA.
6. L'absence des plans opérationnels PCI;
7. L'Insuffisance d'outils harmonisés de suivi, de supervision, d'évaluation de la PCI-EHA ;
8. L'insuffisance/faible coordination des activités de la PCI-EHA ;
9. Absence des indicateurs PCI-EHA dans le DHIS2.

Au niveau provincial/opérationnel (établissements des soins)

1. Absence d'une stratégie/Politique de PCI-EHA ;
2. Absence des lignes directrices sur la PCI-EHA dans les établissements de soins ;
3. Absence d'un programme formation continue et d'éducation à la PCI-EHA ;
4. Non-respect des normes santé et environnement (Architecture, matériels et équipement pour la PCI au niveau des établissements de soins) ;
5. Faible couverture en comité d'hygiène dans les établissements de soins.

CHAPITRE II : VISION, ORIENTATIONS STRATEGIQUES ET RESULTATS

II.1. Vision

A l'horizon 2030, la RD Congo sous le leadership du Ministère de la Santé Publique, Hygiène et Prévention avec la collaboration des Ministères impliqués et avec la participation de la population, se dotera d'un cadre légal, organisationnel et des stratégies pouvant modifier positivement et de façon durable les conditions globales d'hygiène dans la communauté et dans les établissements des soins de santé humaine, animale et environnementale, lesquelles contribueront à la prévention et au contrôle des infections diverses.

II.2. But

Assurer le bien-être de la population congolaise par la réduction de la morbi-mortalité imputable aux maladies infectieuses transmissibles dans les milieux des soins de santé humaine, animale et environnementale et dans la communauté en améliorant les conditions générales d'eau, d'hygiène et d'assainissement et en renforçant les mesures de prévention et de contrôle des infections sur toute l'étendue de la RD Congo.

II.3. Objectifs

a. Objectif général

Contribuer à la réduction de la morbi-mortalité imputable aux maladies infectieuses transmissibles par des mesures de prévention et de contrôle de l'infection sur toute l'étendue de la RDC en privilégiant l'approche Une Santé.

b. Objectifs spécifiques

1. Assurer le renforcement des institutions impliquées dans la PCI-EHA a tous les niveaux de la pyramide sanitaire ainsi que leur gouvernance en collaboration avec les autres secteurs ;
2. Assurer l'éducation et la formation sur la Prévention et contrôle des Infections dans le cursus d'enseignements primaire, secondaire et universitaire et le renforcement des compétences en cours de carrière ;
3. Organiser la surveillance des infections associées aux soins ;

4. Mettre en place les mécanismes d'amélioration des conditions matérielles, infrastructurelles et de sécurité dans les établissements des soins de santé humaine, animale et environnementale et dans la communauté;
5. Promouvoir les mesures de sécurisation du patient et du personnel soignant ;
6. Renforcer les conditions Eau, Hygiène et Assainissement dans les établissements de soins de santé humaine, animale et environnementale et dans la communauté ;
7. Organiser le Suivi-évaluation des pratiques de prévention et contrôle de l'Infection à tous les niveaux et restitution des résultats.

II.4. Stratégies et résultats

En prenant en compte les problèmes majeurs de la mise en œuvre des interventions PCI relatives à la santé Humaine, Animale et environnementale ainsi que ceux rencontrés lors de la gestion des différentes épidémies et autres urgences en RDC notamment l'indisponibilité d'un paquet complet EHA dans les établissements des soins et suivant l'évolution du contexte national et international de la PCI-EHA, un rapprochement a été fait entre les Lignes Directrices de l'OMS sur les Principales Composantes des Programmes de Prévention et de Contrôle des Infections, le cadre juridique PCI de la CDC-Afrique et les problèmes spécifiques de la RDC identifiés pendant l'état de lieu, sept orientations stratégiques ont été retenues. Il s'agit de : (i) Renforcement institutionnel et de la gouvernance, (ii) Renforcement des compétences, (iii) Renforcement de la surveillance des infections associées aux soins, (iv) Amélioration des conditions matérielles et de sécurité, (v) Promotion des mesures de sécurisation du patient et du personnel soignant et (vi) Amélioration des conditions Eau, Hygiène et Assainissement, (vii): Suivi et évaluation des activités PCI à tous les niveaux.

II.4.1. Stratégie 1 : Renforcement institutionnel et de la gouvernance

La réussite de l'ensemble du processus de la mise en œuvre d'un programme PCI-EHA efficace dépend de la manière dont le montage institutionnel et la coordination sont assurés conformément au cadre organique. Au Ministère de la Santé Publique, Hygiène et Prévention, conformément au cadre organique, cette coordination (Elaboration des différents PAO, politiques, normes et directives nationales pour la PCI-EHA, Mobilisation des financements, la mise en œuvre ...) doit être assurée d'office par le responsable des services de l'HSP à tous les niveaux. Il implique que le responsable de l'HSP, travaille avec une équipe d'assistance ayant des membres qui sont conscients de la nécessité et de la possibilité d'améliorer les conditions générales d'Eau, d'Hygiène et Assainissement dans les ESS et de renforcer les mesures de PCI au niveau national, provincial, périphérique (ECZ et Ets SS) . Pour ce faire, l'engagement politique et l'adhésion des autorités à tous les niveaux s'avère indispensable pour faciliter l'intégration de la PCI comme pilier du PNDS à travers la révisitation de la législation et pour une bonne régulation de sous-secteurs.

L'équipe doit disposer de l'autonomie de gestion nécessaire pour prendre les décisions qui s'imposent face aux multiples problèmes identifiés. Pour ce faire, l'Equipe doit avoir une vision commune de la redynamisation de la PCI-EHA à tous les niveaux.

La composition de l'équipe PCI-EHA doit tenir compte de la compétence, de l'expérience et des personnes ayant un poids réel dans la prise de décision.

Pour l'effectivité de la réalisation des activités de Prévention et Contrôle des Infections, Eau, Hygiène et Assainissement dans les établissements des soins de santé humaine, animale et environnementale ainsi que dans la communauté, la stratégie à travers 3 interventions assure :

Intervention 1.1. : Mettre en place un cadre de coordination devant proposer et élaborer l'ensemble des documents normatifs nécessaires pour renforcer l'institutionnalisation et la gouvernance de la politique PCI-EHA.

Plusieurs documents sont déjà élaborés et d'autres seront élaborés tels que la politique nationale PCI-EHA (encours), le plan stratégique PCI-EHA (encours), les lignes directrices sur la PCI-EHA (en cours), la stratégie multimodale PCI-EHA, les normes et directives PCI-EHA, procédures des Standards Opérationnels PCI-EHA, les outils de gestion de la politique PCI-EHA, le recueil des indicateurs PCI-EHA à intégrer dans le DIHS2, le recueil des ouvrages PCI-EHA/outils, le plan de préparation et de réponse pour les pathogènes à haut risque épidémique (Cholera, Méningite, Fièvre jaune, Fièvres hémorragiques virales, COVID-19, etc...), le plan de plaidoyer pour la mobilisation des ressources, le plan de communication PCI-EHA, les textes juridiques fixant les modalités d'alignements des partenaires techniques et financiers, le Curriculum des enseignements PCI à tous les niveaux d'enseignements, les propositions des ordonnances, décrets et arrêtés sur la PCI-EHA, Etc...

Ces documents normatifs (politiques, directives, SOPs et autres standards, normes etc...) doivent suivre le circuit normal de validation avant d'être vulgarisés. Après il va falloir mettre en place des équipes PCI au niveau national, provincial, des zones de santé, établissements de soins et au niveau des communautés.

Intervention 1.2 : Mettre en place un système de gestion des données PCI-EHA à la DHSP qui permettra d'actualiser le cadre de gestion des données PCI-EHA, d'organiser le circuit d'information et gestion des bases des données de la PCI-EHA. A ce niveau, il sera également mise en place un système de partage d'information relative à la PCI-EHA avec les autres secteurs.

Intervention 1.3 : Organiser les activités de Prévention et Contrôle des Infections, Eau, Hygiène et Assainissement dans les établissements des soins de santé humaine, animale, environnementale et dans la communauté, dans les réserves et aires protégées, au niveau des frontières et des points de contrôle, des unités navigantes (aérienne, fluviale, ferroviaire et terrestre), des sites, des Camps des déplacés et des réfugiés, des établissements humains classés ouverts aux publics (Hôtels, restaurants, pharmacies, boulangeries, stades, sites touristiques), des établissements humains non classés ouverts aux publics et des ménages.

Intervention 1.4 : Renforcer la coordination et le partenariat EHA

- La DHSP, de par ses attributions, doit s'impliquer stratégiquement, politiquement et techniquement dans la mise en œuvre et le suivi des activités EHA dans la communauté, dans les sites spécifiques et dans les établissements de soins en tenant compte de la multi-sectorialité et de l'approche **<Une Sante >**.

- Cette implication passe par une meilleure coordination des interventions EHA conduites dans la communauté et dans les établissements des soins afin de s'assurer de leur inclusion dans les plans nationaux de développement, le budget national de l'Etat ainsi que dans les programmes annuels des partenaires stratégiques et opérationnels en EHA.
- Les plaidoyers et les efforts se feront pour que la DHSP se dote des capacités nécessaires pour assurer ses fonctions de surveillance de la qualité de l'eau, des aliments, de l'assainissement de base ainsi que de la lutte anti vectorielle ; du système national pour assurer une surveillance efficace de la qualité de l'eau des aliments, de l'assainissement de base ainsi que de la lutte anti vectorielle et des maladies, notamment en temps normal que dans les interventions de riposte ; du système national de suivi du secteur EHA, et de la fixation de cibles nationales du secteur EHA, des cadres de réglementation nationaux.
- A cet effet, la DHSP s'appuiera sur les structures de concertation et collaboration existantes en matière d'EHA sans faillir à sa mission de s'assurer de la qualité de l'eau consommée par la population, la qualité des aliments consommés par la population, la qualité des produits chimiques consommés par la population, la qualité de gestion des déchets chimiques, radioactifs, infectieux ainsi qu'à l'assainissement de base en péri domiciliare et dans les établissements humains ouverts au public et dans les établissements des soins de santé. Pour ces dernières situations, la DHSP a le monopole d'en assurer la coordination. En collaboration avec les partenaires tant stratégiques qu'opérationnel, la DHSP fera le plaidoyer à tous les niveaux pour la mobilisation de ressources financières et matérielles. Les partenaires stratégiques et ceux de mise en œuvre sont aussi encouragés dans leur recherche de financement.
- Toutefois, le cadre de concertation avec les programmes de lutte contre la maladie touchant le secteur EHA sera mis en place pour harmoniser les principes EHA du Pays et faciliter les échanges d'informations. Cela permettra de faire face aux problèmes émergents tels que les changements climatiques et EHA, en particulier sur l'incidence de la rareté de l'eau sur la santé publique et sur la résistance aux antimicrobiens.
- La DHSP, pour se rassurer des interventions complète et efficace, devra collaborer avec les ministères qui ont l'enseignement supérieur et universitaire, l'enseignement primaire, secondaire et technique, l'environnement, le développement durable, l'énergie, hydraulique, le travail, développement rural, le plan, le budget et la finance dans leurs attributions ainsi que les partenaires technique et financiers intervenant dans l'EHA. L'implication de la communauté s'avère utile pour une appropriation des interventions EHA.
- Un système de suivi, de recherche et de rapportage de données EHA fiables et crédibles sera mis en place afin de relever les facteurs de risque EHA et la charge de morbidité, par le suivi des principaux indicateurs de produits EHA, ainsi apprécier les progrès réalisés en vue d'atteindre les cibles des ODD relatives à EHA, organiser un environnement favorable (indicateurs de moyens) pour le secteur EHA, y compris le financement de ce secteur et la relation entre les eaux usées et l'ODD 6.

- Les données générées ainsi que les évidences scientifiques permettront de recadrer ou améliorer la réglementation et les politiques dans ce secteur EHA. D'où la participation aux plates-formes mondiales et régionales sera promue va être promu en vue d'échange d'expérience et plaider en faveur de EHA du Pays.

11.4.2. Stratégie 2 : Education et Formation sur la Prévention et contrôle des Infections / Renforcement des compétences

Le Renforcement des compétences est l'un des aspects les plus importants de la stratégie PCI-EHA. Cette importance réside aussi bien dans ce qui doit être fait dans ce domaine (meilleure distribution du personnel, amélioration et diversification des capacités, création de l'environnement propice à la consolidation de l'éthique professionnelle, etc.) que dans la manière de réaliser ce qui doit être fait et qui requiert l'appui du personnel dont on sait par ailleurs, est souvent opposé à toute idée de changement. Ce renforcement des compétences va intervenir dans deux domaines : enseignement formel et formation en cours de carrière.

Pour l'enseignement formel, les notions de base de la PCI doivent être intégrées dans le cursus de formation en sciences de santé (infirmières, médicale, de réadaptations, pharmaceutique,...) à tous les niveaux, secondaire et universitaire. Une filière propre à la PCI de niveau de graduat, master, maîtrise et doctoral sera mise en place dans les ISTM, les facultés de médecine et les écoles de Santé Publique du Pays. Il sera également organisé, à titre d'information, de cours constitués des notions élémentaires de la PCI dans la formation primaire et secondaire. Ce processus nécessite un cadre de concertation entre le Ministère de la Santé, Hygiène et Prévention et les ministères à charge des enseignements (EPST et ESU).

Quant à la formation en cours de carrière, les renforcements des capacités des prestataires de santé doivent être régulièrement organisés afin d'actualiser les connaissances sur base des orientations des institutions nationales et internationales habilitées telles que l'INSP, l'OMS, CDC Afrique, CDC Atlanta,... ou des évidences scientifiques sur le plan administratif que technique.

Pour parvenir à ce renforcement des compétences, plusieurs interventions avec leurs activités sont nécessaires et elles seront organisées pour assoir les bases de la PCI-EHA. Il s'agit de :

Intervention 2.1 : Organiser la formation certifiante en PCI des points focaux PCI au niveau national, provincial et périphérique.

Intervention 2.2. Organiser la formation continue/en cours d'Emploi sur PCI-EHA des professionnels de santé intégrant l'approche « Une Santé ». Pour cela, un curriculum sera développé, validé ainsi qu'un plan de suivi- évaluation pour mesurer l'impact de la formation.

Intervention 2.3 : Intégrer la PCI-EHA dans l'éducation supérieure médicale et soins infirmiers en collaboration avec les Ministères de l'Enseignement Primaire Secondaire et Technique (EPST) et de l'Enseignement Supérieure et Universitaire(ESU). Ainsi un curriculum national sera rédigé pour une formation standard en PCI-EHA et un autre curriculum PCI-EHA développé

pour l'éducation supérieure médicale, soins infirmiers et à l'enseignement primaire, secondaire et technique.

Intervention 2.4 : Créer une filière diplômante en PCI (graduat, Master 1 et 2) en collaboration avec le Ministère de l'Enseignement Supérieur et Universitaire. Ce qui va nécessiter qu'un curriculum pour cette formation diplômante en PCI-EHA (graduat Master 1 et 2) soit développé et validé par les autorités compétentes. Il va s'en suivre la promotion des acquis de la filière PCI créée dans les universités. Une base des données des experts PCI venant de la filière va être mise en place afin de permettre l'utilisation des ressortissants de la filière PCI dans les activités PCI à tous les niveaux. Et enfin, les évaluations des activités des formations sur la PCI se feront régulièrement. La DHSP va faire le plaidoyer auprès des autorités compétentes pour que la création de la filière PCI diplômante soit effective.

II.4.3. Stratégie 3 : Renforcement de la surveillance des infections associées aux soins.

La corrélation entre le système de surveillance et les IAS prouvée par les études, associée à une communication rapide des résultats, a une incidence sur la mise en œuvre des mesures efficaces de prévention et contrôle des infections. C'est ainsi qu'il sera mis en place un système de surveillance efficace des IAS dans les établissements de soins sur toutes l'étendue de la République en vue de détecter tôt les épidémies et de réduire le risque de contamination. Cette surveillance sera couplée à la détection et à la mise en place d'un système de rendu des résultats rapide et de partage d'information entre les différents niveaux du système de santé. Pour être efficace, un système de surveillance de la résistance aux antimicrobiens (RAM) doit être aussi mise en place en collaboration avec la Direction de la Pharmacie et Médicament et le réseau des laboratoires de détection de la RAM.

Intervention 3.1. Organiser le système de surveillance efficace des infections associées aux soins (IAS) et de la résistance aux anti-microbiens (RAM) dans les établissements des soins.

Pour y parvenir ;

- Un groupe technique multidisciplinaire en charge de la surveillance des infections associées aux soins sera mis en place pour s'assurer des répondants en la matière et une coordination efficace ;
- La stratégie nationale de surveillance des infections associées aux soins et des pathogènes à haut risque épidémique va être développée pour faciliter le travail de ce groupe technique ;
- Pour une surveillance efficace des IAS, un renforcement du système de laboratoire dans les établissements de soins sera assuré, bien sûr, en collaboration avec les équipes de laboratoire ;
- A cette surveillance des IAS, il va être associée la surveillance de la RAM, d'où des Programmes de surveillance statistique et microbiologique des IAS et RAM seront mis en place. La mise en place de ces programmes de contrôle antibiotique dans les hôpitaux permettra de renforcer la connaissance du comportement des antibiotiques vis-à-vis des microbes,

- Par ce fait, les protocoles de surveillance et autres documents normatifs ou régulateurs, les outils d'alerte, d'investigation, de notification, adaptés au contexte local pour les infections sanguines, les infections des voies urinaires et les infections des sites opératoires, etc. doivent être élaborés ; Et après des mesures de surveillance PCI-EHA au niveau des points d'entrées, points de contrôle, entreprises de production des aliments, des sites et camps des déplacés (IDPS, réfugiés, rapatriés) seront mises en place.

Intervention 3.2 : Renforcer/Organiser le système de Diagnostic des IAS et RAM dans les établissements des soins pour une identification précoce des germes en cause des IAS et réaliser des tests de résistance antibiotique sur les agents pathogènes prioritaires définis par l'OMS. Ainsi un réseau des laboratoires habilités à analyser les germes en cause des IAS et la RAM sera mis en place avec tous les aspects organisationnels (circuit d'information, la base de données commune, les outils nécessaires au fonctionnement du réseau,...) et on tiendra à augmenter les capacités des laboratoires de microbiologie des établissements des soins.

Intervention 3.3 : Organiser les études/recherches dans la prévention et le contrôle des infections afin de produire des évidences nécessaires qui vont orienter la prise des décisions politiques, administratives et techniques fondées sur les évidences scientifiques. De ce fait, la DHSP mobilisera des ressources nécessaires pour la réalisation des dites études/recherches. Ces études pourront être initiées soit par la communauté, les chercheurs, les universités, les agents de la DHSP ou la DHSP seule, mais sous la supervision ou coordination de la DHSP, cette approche va promouvoir la recherche dans la prévention et le contrôle des infections.

II.4.4. Stratégie 4 : Amélioration des conditions matérielles et de sécurité

Pour garantir la mise en œuvre de la PCI-EHA à tous les niveaux et dans les secteurs connexes, la conception des infrastructures, des équipements et matériels doivent répondre aux normes et directives de la PCI-EHA.

Cette amélioration des conditions vise à garantir la sécurité des patients, des professionnels de santé et des visiteurs qui doivent être dans un environnement propre, hygiénique et bien bâti qui facilite les pratiques liées à la prévention et contrôle des IAS ainsi que la RAM, y compris tous les éléments de l'infrastructure et de service EHA, ainsi que la disponibilité des matériels et équipements appropriés pour la PCI.

L'implication des spécialistes PCI-EHA dès le début de la conception des plans type des infrastructures hospitalières ainsi que des infrastructures EHA, leur construction, rénovation, amélioration, démolition (risque d'une forte émission de champignons dans l'air) et leur mise en service, et lors de l'alignement des matériels et équipements essentiels s'avère obligatoire. Ces experts doivent être également impliqués dans l'élaboration des normes et la formulation de recommandations sur leur mise en œuvre en ce qui concerne les services PCI-EHA adaptés dans les établissements de soins, l'environnement hygiénique et la disponibilité de matériel et équipement de prévention et de contrôle des infections.

Les matériels, équipements et intrants PCI essentiels pourront faire partie de la liste des médicaments essentiels pour le Pays et leur gestion sera rigoureusement suivie par un

mécanisme de rapportage.

Tous ces éléments sont importants pour l'anticipation, l'atténuation et la gestion des risques.

Au regard de chaque problème identifié ci-haut, la stratégie propose des interventions suivantes :

Intervention 4.1. Anticiper, Atténuer et Gérer les Risques

- Dans le monde actuel où l'on promeut la gestion des risques plus que celui d'incidents, la DHSP trouve important, pour les domaines EHA, d'améliorer la capacité d'analyse en étant conscients des risques potentiels aux quels le Pays est exposé afin de prendre les mesures avant qu'une catastrophe ne se produise (anticipation). Ces mesures sont prises pour minimiser l'impact des catastrophes potentielles en promouvant des pratiques locales d'adaptation et d'atténuation des risques (atténuation). Cela implique une gestion efficace et efficiente des ressources tant naturelles que celles provenant des activités humaines de manière plus durable, ainsi que tous les effets collatéraux accompagnants la gestion desdites ressources. La catastrophe peut être une urgence sanitaire ou une crise humanitaire. D'où, il va falloir procéder par la :
 - Réalisation des évaluations des risques multiples et des vulnérabilités et utiliser des mécanismes de gestion et de partage des informations sur les catastrophes ;
 - Élaboration d'un plan de contingence/d'urgence ;
 - Mise en place des services WASH à l'épreuve du climat ;
 - Réalisation des activités non structurelles avec les communautés ;
 - Mise en œuvre des programmes de gestion intégrée des ressources naturelles ;
 - Mise en place des mécanismes de gestion et de partage des informations sur les catastrophes.

Intervention 4.2 : Améliorer la gestion des déchets biomédicaux dans les établissements de soins de santé humaine, animale et environnementale.

Intervention 4.3 : Améliorer la disponibilité des équipements individuels et collectifs de protection du personnel et des usagers. Cette amélioration va consister en une Identification des équipements adaptés au contexte de la RD Congo et au développement des mécanismes d'approvisionnement en équipements individuels et collectifs de protection du personnel et des usagers.

Intervention 4.4 : Renforcer la santé et la sécurité des prestataires de soins en milieu du travail. Cette intervention tournera autour du renforcement de l'immunité des tous les professionnels de santé et leur prise en charge en cas d'exposition et de la mise en place des mesures préventives de la sécurisation des professionnels de santé.

Intervention 4.5 : Améliorer la disponibilité d'équipements adéquats pour la stérilisation du matériel réutilisable par la dotation des équipements pour la stérilisation des matériels

réutilisables, l'exigence de la maintenance des équipements de stérilisation pour les maintenir en bon état par l'organisation des activités de la stérilisation.

Intervention 4.6 : Améliorer l'alimentation en eau et construction des infrastructures ou ouvrages hydro sanitaires adéquats dans les établissements de soins. Cela en rendant disponible l'eau potable et en quantité suffisante dans les établissements des soins et en construisant et maintenant des infrastructures hydro sanitaire et de gestion des déchets.

Intervention 4.7 : Intégrer les Experts PCI-EHA dans toutes les activités de conception, de construction, de mise en œuvre et même de démolition des infrastructures PCI-EHA dans le but de faire respecter les normes PCI-EHA depuis la conception des infrastructures sanitaires.

Intervention 4.8 : Organiser les activités de lutte anti vectorielle dans les établissements de soins et dans la communauté. Cette intervention consiste à former les prestataires des soins sur la lutte anti vectorielle, à définir le mécanisme d'approvisionnement et de dotation en matériels, outils et intrants de la lutte anti vectorielle, à organiser et règlementer les activités de lutte anti vectorielle dans la communauté .

II.4.5. Stratégie 5 : Promotion des mesures de sécurisation du patient et du personnel soignant.

La mise en œuvre des activités de PCI-EHA à tous les niveaux et à travers les secteurs connexes va reposer sur les interventions conduisant à leur appropriation par les prestataires de tous les secteurs et la communauté. Cette appropriation nécessite la compréhension de l'importance de la sécurisation du patient, du personnel soignant, des visiteurs, de l'environnement et de la communauté. Cette stratégie constitue le pilier dorsal pour produire les changements de comportement durables auprès des prestataires et des communautés. D'où des interventions de promotion de PCI-EHA vont être régulièrement organisées et vont nécessiter l'élaboration d'un plan de communication approprié. Il sera exploité également les autres célébrations des journées de santé pendant lesquelles la sensibilisation sur l'importance de la PCI-EHA va être organisée.

Intervention 5.1. Organiser des activités de sensibilisation à tous les niveaux du secteur humain, animal et environnemental ainsi que dans la communauté. Cette sensibilisation concerne les prestataires des soins, les patients, les visiteurs et la communauté.

Intervention 5.2. Organiser les journées mondiales spéciales relatives à l'Eau, Hygiène et l'Assainissement. Profitant de ces commémorations, il sera intégré les plages de sensibilisation sur la PCI dans tout programme de célébration des journées nationales et internationales relatives aux événements sanitaires :

- Célébration de la journée mondiale de l'hygiène des mains (JMHM, 05 Mai) ;
- Célébration de la journée mondiale de lavage des mains (JMLM, 15 Octobre) ;
- Célébration de la journée Mondiale sur la sécurité et la santé au travail (JMSST, 28 avril) ;

- Célébration de la Journée mondiale de l'eau (JME, 22 mars) ;
- Célébration de la Journée mondiale de la santé (JMS 7 avril) ;
- Célébration de la Journée mondiale de lutte contre la tuberculose (JMLT, 24 mars) ;
- Célébration de la Journée mondiale de lutte contre le paludisme (JMLP, 25 avril) ;
- Célébration de la Semaine mondiale de la vaccination, (SMV, 24-30 avril) ;
- Célébration de la Journée mondiale de l'hygiène menstruelle (JMHM, 28 mai) ;
- Célébration de la Journée mondiale sans tabac (JMST, 31 mai) ;Célébration de la Journée mondiale du don de sang (JMDS, 14 juin) ;
- Célébration de la Journée mondiale de l'hépatite (JMH, 28 juillet) ;
- Célébration de la Journée mondiale de la sécurité des patients, (JMSP, 17 septembre) ;
- Célébration de la Semaine mondiale pour un bon usage des antimicrobiens (SMBUATM, 18-24 novembre) ;
- Célébration de la journée mondiale des toilettes (19 Novembre) ;
- Célébration de la Journée mondiale du sida (JMS, 1er décembre) ;
- Etc.

Il sera assuré la promotion des mesures de sécurisation du personnel soignant, d où ces mesures seront recadrées après évaluations des risques associés aux soins dans l'établissement des soins ou après exposition d'un personnel au risque.

II.4.6. Stratégie 6 : Amélioration des conditions Eau, Hygiène et Assainissement

S'alignant sur La vision de l'OMS pour le secteur WASH qui est d « améliorer considérablement la santé grâce à des services d'eau, d'assainissement et d'hygiène gérés de manière sûre. » (34), Cette approche vise à s'assurer de la qualité de l'eau, des aliments et autres produits chimiques offerts à la communauté ainsi qu'aux établissements de soins ; à donner l'accès à l'eau potable et aux aliments sains; à améliorer l'accès à hygiène tant individuelle que collective ; à améliorer l'accès à l'assainissement de base; à assurer la lutte anti vectorielle efficace et sans danger dans la communauté, dans les milieux spécifiques ainsi qu'aux établissements de soins; et à améliorer la gouvernance du secteur EHA.

Intervention 6.1 : Renforcer les mécanismes d'accès durable à l'eau potable de qualité et en quantité suffisante :

- **<L'eau c'est la vie >**, Cette expression fait référence à la quantité et la qualité de l'eau disponible pour la population. La DHSP doit se rassurer de la quantité de l'eau desservie dans la population pour couvrir le besoin de la population, mais beaucoup plus en mettant un focus sur la qualité de l'eau. Cette eau peut être souterraine, thermale ou de surface. Pour y parvenir, la DHSP devra collaborer avec les autres secteurs impliqués dans la gestion des ressources et les services public de l'eau, Les textes légaux, les normes et les directives sur la quantité et la qualité de l'eau seront

élaborés et vulgarisés et la DHSP va s'assurer de l'application desdits textes à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Le contrôle de la qualité de toute eau livrée par les entreprises du secteur public ou privé pour consommation par la population est une priorité et sera réglementé et organisé par la DHSP en collaboration avec le ministère en charge de l'eau. Des principes applicables dans des situations d'urgence sanitaires vont être mis en place pour une gestion responsable et de qualité de la ressource eau. La DHSP va faire le plaidoyer pour que les structures de contrôle de qualité de l'eau ainsi que les matériels et outils de contrôle soient disponibles.

- La DHSP va développer les principes pour assurer la sécurité sanitaire de l'eau potable, les approches efficaces de surveillance de l'eau potable et de la qualité des eaux de baignade, la gestion de la sécurité sanitaire des installations d'assainissement, l'utilisation sans risque des eaux usées, les services EHA dans les écoles et les établissements de soins de santé et enfin sur le suivi EHA.

Intervention 6. 2 : Renforcer l'assainissement de base pour assurer les conditions sanitaires et d'hygiènes satisfaisantes :

- L'assainissement de base est très important pour limiter le développement et la transmission de nombreuses maladies. Il consiste à rendre salubre l'environnement de vie de la population par une gestion responsable dudit environnement. Cela se fait par plusieurs mécanismes ou principes définis par des textes légaux, des normes et des directives édictés par l'État à travers les ministères compétents en la matière. Ces principes consistent en la bonne gestion des déchets solides, liquides et gazeux en péri-domiciliaire ; à la destruction des gîtes larvaires, des cachettes des rongeurs, des oiseaux ou autres animaux réservoirs des maladies ; et à l'organisation de la lutte anti vectorielle en péri-domiciliaire. Pour y parvenir, la DHSP doit tenir compte de la pluri-sectorialité et de la multidisciplinarité. C'est ainsi que la DHSP va :
 - S'assurer de la mise en place d'un cadre de concertation avec les autres secteurs et renforcer l'approche <One Health>
 - Développer les textes légaux et les mécanismes nécessaires pour de la gestion correcte des excréta et des ordures ménagères, les vulgariser et sensibiliser la population sur l'importance de cette bonne gestion des excréta, des ordures ménagères, et mobiliser les autorités politico-administratives à l'appropriation des interventions relative à cette gestion.
 - Promouvoir le contrôle de gestion des excréta par l'amélioration de l'utilisation des latrines au travers le renforcement de l'appui aux ménages pour la construction de leur propre latrine et, la réalisation de latrines dans les institutions. Ainsi que la sensibilisation de la population à mettre fin à la défécation à l'air libre.
 - Promouvoir une gestion responsable des eaux usées tel que le drainage des eaux grises et des eaux de pluie par la réalisation des canaux d'évacuation et le contrôle des vecteurs.
 - Promouvoir la destruction des gîtes larvaires, des imagos, des cachettes des rongeurs, des oiseaux et autres animaux réservoirs des maladies.

- La réussite de cette approche stratégique nécessite une appropriation des interventions d'assainissement par les communautés, c'est ainsi que la sensibilisation et de la mobilisation communautaires seront l'une des interventions capitale. Les brigades d'hygiène serviront d'outil capital à cote des infirmiers titulaires des aires de sante et des médecins chef de zone.

Intervention 6. 3 : Renforcer une meilleure hygiène

- L'hygiène étant un ensemble des principes à mettre en pratique pour préserver la bonne santé, la DHSP va renforcer la promotion de l'hygiène, la sensibilisation et la mobilisation de la communauté. Cela passera préalablement par les études et analyses anthropologiques et sociologiques pour fournir des évidences qui vont permettre de développement des stratégies de communication, des canaux et des messages adaptés à la communauté.
- Cette approche stratégique va également consister à promouvoir les bonnes pratiques d'hygiène permettant la réduction des maladies non seulement transmissibles mais aussi de celles non transmissibles. La DHSP va développer et vulgariser les textes légaux, les normes et les directives qui vont permettre d'assurer l'observance de l'hygiène de l'eau, l'hygiène des aliments, l'hygiène individuelle et en assurer le contrôle.
- Ce renforcement d'hygiène vise à réduire les risques sanitaires associés à l'eau, aux aliments, a la malpropreté, aux infrastructures sanitaires et aux connaissances et comportements de la population.

II.4.7. Stratégie 7 : Suivi et évaluation des activités PCI a tous les niveaux

Les interventions PCI requièrent une pratique cohérente de procédures de prévention. La pertinence avec laquelle ces procédures sont effectuées dépend du *comportement des agents de santé* et de la *disponibilité de ressources et infrastructures appropriées*. Afin d'identifier les écarts par rapport aux exigences et d'améliorer la performance et l'observance, il convient d'évaluer fréquemment les pratiques professionnelles en utilisant des outils d'audit standardisés, des indicateurs de suivi et une restitution des résultats.

C'est ainsi que le suivi et l'évaluation des activités PCI se feront de manière participative aux trois niveaux de la pyramide sanitaire (central, provincial et opérationnel) selon trois modalités : le suivi de routine, les revues sectorielles et les évaluations indépendantes. Le suivi et évaluation mesure les progrès accomplis dans la mise en œuvre de la stratégie PCI pour l'éradication/élimination des maladies liées à la défektivité de l'hygiène, des IAS et la RAM. A ce titre, le suivi-évaluation, va suivre la mise en œuvre des interventions en matière de lutte contre la défektivité de l'hygiène selon la politique nationale, évaluer le niveau d'atteinte des objectifs et apprécier l'impact du programme sur les conditions de la population congolaise.

Le suivi recueillera, analysera et utilisera l'information afin de déterminer en continue les progrès du programme en vue de la réalisation de ses objectifs et à guider les décisions

relatives à la gestion de la PCI. Le suivi portera aussi sur le processus, notamment dès le lancement de la stratégie PCI ainsi que dans la suite de la mise en œuvre et sur toute l'étendue de la République, dans toutes les communautés et établissements des soins.

Il sera entrepris une fois que la stratégie démarrera et se poursuivra tout au long de la période de l'exécution celle-ci et évaluera les performances du processus.

De manière pratique, les suivis des activités se feront selon les calendriers qui permettront l'efficacité du travail pour l'atteinte des objectifs fixés sur toute l'étendue de la RD Congo. Le rythme sera *hebdomadaire, mensuel, trimestriel, semestriel ou annuel* selon les cas. Ce suivi régulier se fera à travers les supervisions, les appuis techniques lors des ripostes contre les épidémies des maladies liées à la défektivité de l'hygiène ainsi que lors des revues annuelles. Les coordinations provinciales remonteront les données qui seront compilées et centralisées au service informatique, cellule gestion de base des données. Cette cellule assurera le suivi de transmission des données.

L'évaluation est une fonction qui consiste à apporter une appréciation aussi systématique et objective que possible, sur un projet en cours ou achevé, un programme ou un ensemble des lignes d'actions, sa conception, sa mise en œuvre et ses résultats. Elle détermine la pertinence des objectifs et leur degré de réalisation, l'efficience au regard du développement, l'efficacité, l'impact et la viabilité. Une fois les données de l'évaluation disponibles, en référence des événements attendus, les leçons en sont tirées et permettent la prise des décisions, l'amélioration des activités et une planification meilleure et efficace.

Modalités pratique de l'évaluation

La DHSP organisera, en différentes étapes, un processus d'évaluation des trois niveaux hiérarchiques d'intervention de la stratégie PCI. La première sera une évaluation initiale qui permettra d'enregistrer les données de départ avant le lancement de la stratégie. Puis, suivront les évaluations tous les trois ans. Celles-ci permettront de mesurer le niveau de réalisation d'activités par rapport aux objectifs fixés et à l'impact de la stratégie PCI dans la communauté et dans les établissements des soins.

Les outils d'évaluation relatifs aux indicateurs permettront, après analyse, de noter le changement de comportement de la population et des professionnels des soins, l'amélioration de l'environnement de vie, des établissements des soins ainsi que la diminution de l'incidence et de la prévalence des infections liées à la défektivité de l'hygiène, des IAS et de la RAM. D'où ;

- Une enquête de base qui fournira les données au lancement de la Stratégie PCI;
- Des enquêtes sur le déroulement des activités de la Stratégie PCI;
- Des enquêtes à base communautaire pour apprécier l'appropriation de la Stratégie PCI dans la population générale, les groupes spécifiques, des établissements des soins ;
- Des enquêtes d'impact dans la population générale, les groupes spécifiques, des établissements des soins sur l'incidence et la prévalence des infections liées à la défektivité de l'hygiène, des IAS et de la RAM.

La tenue des revues

A la fin de chaque année, les revues seront organisées au niveau national avec la participation de toutes les parties prenantes dans la mise en œuvre de la Stratégie PCI et dans les réponses aux épidémies ainsi qu'aux catastrophes. Quant à la coordination provinciale, les revues seront organisées semestriellement et, mensuellement au niveau des comités zonaux en intéressant les partenaires techniques et financiers.

Mise en œuvre des mécanismes de suivi et Evaluation

La cellule de suivi et évaluation fait partie intégrante de la coordination nationale. Dans chaque coordination provinciale un point focal formé sera chargé de suivi et évaluation.

Les mécanismes de suivi et évaluation repose sur la surveillance globale intégrant tous les secteurs intervenant dans la lutte contre les maladies liées à la défektivité de l'hygiène, des IAS et de la RAM. La gestion de ces mécanismes est sous la responsabilité de la coordination nationale de la Stratégie PCI. Après élaboration et validation des outils de suivi et évaluation, les données en rapport avec les maladies liées à la défektivité de l'hygiène, des IAS et de la RAM seront collectées, nettoyées, analysées et interprétées aux différents niveaux de la pyramide sanitaire.

Les résultats orienteront à la formulation des recommandations ainsi qu'à la prise des décisions techniques et/ou politiques.

La supervision

L'accompagnement dans la mise en œuvre de la Stratégie PCI poussera les acteurs de tous les niveaux de la pyramide sanitaire à mieux faire et à respecter les normes et directives édictées et permet également la formation continue. C'est ainsi que l'évaluation sera organisée au rythme suivant :

- **Tous les six mois** : De la coordination nationale à la coordination provinciale ;
- **Tous les trois mois** : De la coordination nationale au comité Zona ;
- **Chaque mois** : Du comité zonal aux aires de santé.

Cette procédure est la même pour les activités PCI communautaire et pour la PCI hospitalière.

Les missions d'appui aux activités de ripostes contre les épidémies sur terrain

Pour les activités qui nécessitent la descente sur terrain tel que le renforcement des capacités, le suivi et évaluation, les supervisions, les appui dans les ripostes contre les épidémies, les catastrophes, etc. la DHSP organisera des missions avec les partenaires techniques et financiers qui interviennent dans la lutte contre les maladies liées à la défektivité de l'hygiène, les IAS et la RAM. Bénéficiant de la coopération, les différents partenaires financiers et techniques seront appelés à appuyer lesdites missions. Ainsi, la fin de ces missions sera obligatoirement sanctionnée par un rapport adressé à la hiérarchie en copiant le partenaire concerné.

Tout ce processus de suivi-évaluation va permettre l'adaptation des orientations et le recadrage des pratiques ainsi que l'organisation de la restitution rapide des résultats. C'est à ce titre qu'un certain nombre des interventions doivent être réalisées parmi lesquelles :

Intervention 7.1 : Mettre en place les outils de supervision, suivi et évaluation.

Intervention 7.2 : Mettre en place, au niveau national, une cellule technique multidisciplinaire pour le suivi –évaluation des activités de Prévention et Contrôle des infections (lutte anti-infectieuse au niveau national) et les modalités de fonctionnement de la cellule.

Intervention 7.3 : Définir un plan de suivi et évaluation des activités PCI comprenant un système de collecte, d'analyse et de communication des résultats

Intervention 7.4 : Définir un ensemble minimal d'indicateurs de base pour les établissements de soins de santé et des brigades d'hygiène dans le pays en tenant compte des indicateurs de l'outil composantes minimales de l'IPCAF. Cela va nécessiter :

- Identification des interventions clés qui permettront de surveiller la bonne marche de la stratégie PCI ;
- La Formulation des indicateurs clés à surveiller pour une bonne marche de la stratégie PCI.
- Et la mise en place du mécanisme de collecte des données des indicateurs clés.
 - S'assurer de l'existence d'un point focal PCI au niveau des établissements de santé
 - Assurer que les établissements de santé possèdent les procédures opérationnelles standards de la PCI et qu'ils les utilisent ;
 - Assurer la formation en PCI du personnel de santé ;
 - Suivi de la surveillance des infections associées aux soins au niveau des établissements de soin ;
 - Un plan de suivi et évaluation des activités PCI est bien défini au niveau des établissements de santé ;
 - Un système de gestion de la charge de travail, du taux d'occupation des lits est bien défini ;
 - Assurer un environnement bâti adéquat, la disponibilité des matériels et équipement pour la PCI.

Intervention 7.5 : Assurer la formation des auditeurs aux niveaux national et local dans le suivi et évaluation

Intervention 7.6. Instaurer un système de suivi du respect des recommandations sur l'hygiène des mains et assurer la communication des résultats comme indicateur national clé, au moins pour les hôpitaux de référence.

- Mettre en place du mécanisme de suivi des recommandations sur l'hygiène de mains
- Identifier les acteurs de la cellule de suivi des recommandations sur l'hygiène des mains ;

CHAPITRE III : CADRE DE MISE EN ŒUVRE

III.1. Cadre d'intervention

Le projet concerne les trois niveaux du système de santé de la République Démocratique du Congo (Central, Provincial et Opérationnel). Mais son installation sera graduelle dans différentes provinces. Quelques provinces seront prises pour pilotes.

Cette stratégie PCI-EHA va intervenir dans les établissements de soins et dans les communautés pour assurer la formation continue des professionnels de santé et représentant de la communauté, organiser, appuyer, évaluer, superviser, suivre les activités de prévention et contrôle des infections.

III.2. Principes directeurs

Les principes directeurs définis dans le PNDS constituent le fil conducteur fondamental lors de la mise en œuvre de ce plan. En plus de ceux-là, la stratégie s'appesantira également sur les principes décrits ci-dessous.

▪ La Collaboration intersectorielle

La prévention et la lutte contre les infections ne peut être réussie totalement par les interventions d'un seul secteur en l'occurrence la santé. Les infections qui touchent les communautés humaines peuvent trouver leurs racines dans les autres secteurs (santé animale, végétale et environnementale). Il sied d'établir des mécanismes de collaboration soutenue et continue avec les autres secteurs.

▪ L'engagement communautaire

Ce principe appelle les communautés à évaluer leurs propres besoins et participent à l'analyse, à la planification, à la conception, à la mise en œuvre, au suivi et à l'évaluation d'initiatives humanitaires, de développement et de gouvernance dans la PCI-EHA. Les points de vue et les besoins de la communauté seront dûment pris en compte dans tous les aspects de la politique, de la planification, de la recherche et de la pratique²¹.

▪ L'Intégration

La stratégie PCI-EHA et les différents plans qui en découleront prévoient plusieurs activités qui vont être mise en œuvre en s'intégrant dans l'existant. Il s'agira par exemple pour les ressources humaines de redéployer les agents et de les capaciter suffisamment sans nécessairement devoir opérer des nouveaux recrutements, la collaboration entre secteurs impliqués dans la lutte anti infectieux, ...

▪ La Sécurité

Les considérations de sécurité seront prises en compte lors de la mise en œuvre de ce plan. Des mesures seront en place pour assurer la sécurité du personnel soignant, les patients et membres de la communauté (visiteurs,...) ainsi que l'environnement.

²¹ Normes de qualité et indicateurs pour l'engagement communautaire, Mars 2021, Unicef

- **La Redevabilité**

La culture de rendre compte sera renforcée lors de la mise en œuvre des activités. Cela aidera à améliorer le climat de travail avec les communautés, les prestataires afin d'instaurer la confiance entre l'Etat et les partenaires au développement d'une part, et d'autre part entre les acteurs entre eux, puis entre les acteurs et les populations bénéficiaires.

- **La bonne gouvernance**

C'est un ensemble de mesures, de pratiques, de dispositions permettant d'assurer au secteur un bon fonctionnement et le contrôle de ses interventions. Ceci implique la responsabilité, la redevabilité, la transparence, le partage de l'information, la supervision, l'éthique, l'état de droit, la participation, l'efficacité, l'efficience, la mise au point et l'adoption de bonnes lois.

Dans ce contexte, la population est responsable de l'hygiène et de l'assainissement de son milieu en conformité avec les textes réglementaires.

Les groupes vulnérables notamment enfants, femmes, personnes vivant avec handicap, personnes âgées sont impliqués dans le processus de prise de décision et d'exécution des projets en vue de permettre à tous l'accès à l'eau potable et aux services d'hygiène et d'assainissement de la même manière et sans discrimination de sexe, d'âge, de race, de croyance ou d'appartenance ethnique²².

- **Pollueurs-payeurs / Utilisateur-payeurs**

Quiconque, de quelque manière que ce soit, qui se rendra coupable de la pollution du milieu, sera tenu de contribuer aux coûts résultants des mesures de prévention, de réduction de la pollution, de restauration et de réparer les dommages éventuels. Ce principe responsabilise celui qui pollue ou dégrade l'environnement dans la réhabilitation des ressources dégradées ou la prise en charge permanente du coût des mesures compensatoires. Le principe utilisateur-payeur est le principe selon lequel l'utilisation des services d'hygiène et d'assainissement exigera à chacun de contribuer à l'effort d'exploitation et de maintenance pour en garantir la pérennité.

- **Respect des normes et directives**

Le respect des normes, directives et pratiques recommandées par la PCI-EHA devra être observé afin de contribuer à la réduction de la transmission des micro-organismes dans les établissements de soins de santé et même dans la communauté.

- **Alignement des intervenants**

Les intervenants/donateurs devront s'aligner sur la politique, normes, directives, les priorités et les cadres d'évaluation fixés par les receveurs (MSP et communautés) et lier leur aide aux résultats obtenus²³

Le leadership du MSP sera gardé pour la coordination des interventions au sein du système de santé. Ainsi cette stratégie PCI constitue l'unique cadre fédérateur de la mise en œuvre de la politique PCI-EHA.

²² *La politique nationale de l'hygiène et d'assainissement de base, Novembre 2013*

²³ *La gestion axée sur les résultats dans la Déclaration de Paris, Mars 2010*

- **La pertinence**

Les interventions de la PCI-EHA qui seront menées devront avoir la capacité de contribuer à la résolution des problèmes prioritaires identifiés.

- **Subsidiarité**

Consiste à confier l'exécution des interventions dans les domaines de la PCI-EHA à l'acteur le plus proche et le mieux qualifié, selon lequel les décisions y afférentes sont prises par les autorités locales.

- **Le partenariat public-privé**

Sans préjudice aux fonctions régaliennes de l'Etat, le secteur privé sera impliqué dans la prise de décision, le financement et dans la mise en œuvre des certaines interventions. Ce principe sous-entend l'ouverture des marchés aux privés²⁴. Néanmoins, ce secteur privé intervenant dans la PCI-EHA répond à la DHSP.

- **Genre et équité**

La participation active des femmes à tous les aspects du développement de l'intervention PCI-EHA dans la communauté et dans les établissements de soins de santé depuis la conception et la planification jusqu'à l'exploitation et la maintenance, affecte et améliore la durabilité des activités.

Étant donné que les femmes représentent une proportion majeure du personnel dans les établissements des soins de santé, il est important de les impliquer dans les comités de gestion, de les former et de les engager en tant que modèles pour les travailleurs de la santé, les patients, les soignants, les visiteurs et les membres de la communauté.

Les enfants étant une classe fragile, la mise en œuvre de la stratégie PCI-EHA s'aligne sur le respect des droits des enfants selon la Convention Internationale relative aux Droits de l'Enfant (1989) (42), (44), (45).

- **Les personnes ayant des besoins particuliers et l'intégration**

L'équité d'accès à l'eau et à l'assainissement doit être un objectif important des programmes PCI-EHA dans les établissements de santé. Les latrines et autres installations EHA doivent être conçues et désignées pour répondre aux besoins de tous ceux qui utilisent et travaillent dans les établissements de santé, en particulier les personnes âgées et les personnes ayant des besoins spéciaux. Les contributions des membres des groupes vulnérables doivent être sollicitées afin de s'assurer que les conceptions/améliorations des établissements de santé prennent en compte l'équité et l'accès.

Les personnes vivant avec le VIH/sida (PVVIH) sont particulièrement vulnérables et souffrent de manière disproportionnée des effets néfastes d'une eau inadéquate et contaminée et d'un assainissement et d'une hygiène insuffisants en raison de la suppression de leur système immunitaire.

²⁴²⁴ *La politique nationale de l'hygiène et d'assainissement de base, Novembre 2013*

Les mères et les nouveau-nés qui ont été exposés à la malnutrition sont plus susceptibles de contracter des diarrhées et des infections en l'absence de disponibilité de services EHA appropriés.

▪ **Changement climatique**

Les inondations, les fortes averses et les longues périodes de sécheresse peuvent avoir un impact sur l'infrastructure du centre de santé : les bâtiments, les points d'eau et les blocs sanitaires, les zones de déchets. Les changements climatiques peuvent créer des conditions qui ont un impact négatif sur l'approvisionnement en eau comme par exemple la contamination des sources d'eau l'approvisionnement en eau potable, le remplissage des fosses des latrines ou des fosses à déchets affectant la santé des communautés environnantes. La recherche sur les impacts du changement climatique sur le système EHA dans les États SS devrait être une source d'évidences pour le développement de normes, standards ou directives gouvernementales sur le type de établissements de santé à mettre en place à améliorer du fait des risques liés au changement climatique et adopter des stratégies de gestion adaptative pour les rendre plus résilients aux changements climatiques avec par exemple l'utilisation de l'énergie solaire, une alternative en cas de panne du système du réseau électrique, à des fins d'éclairage des salles de soins, des latrines extérieures et de pompes de l'eau.

III.3. Acteurs impliqués / parties prenantes

III.3.1. Etat congolais (niveau central, provincial et opérationnel)

A travers son Ministère de Santé Hygiène et Prévention, Il est le responsable de la stratégie PCI-EHA. Il assure, par le canal de la DHSP, la mise en œuvre de cette stratégie qui constitue la politique PCI-EHA. La DHSP définit les normes et directives qui régissent les interventions PCI-EHA tant communautaires que dans les établissements de soins de santé humaine, animale, végétale et environnementale, en respectant les lois et traités internationaux qu'il a ratifiés.

La coordination nationale, revenant de droit à la DHSP, assure la gestion au quotidien de la stratégie PCI-EHA au niveau national ainsi que des plans qui y découleront. Quant à la coordination provinciale, c'est le Bureau hygiène provincial qui en est responsable et en assure l'opérationnalisation au niveau provincial.

La coordination nationale signe et accrédite les interventions PCI-EHA, sous supervision du ministre de tutelle, les actes de collaboration avec les partenaires Techniques et Financiers intervenant dans le secteur de PCI-EHA pendant et en dehors des urgences.

La stratégie PCI-EHA encourage la collaboration interministérielle avec les ministères impliqués dans la PCI. Il s'agit des ministères ci-après :

- Le Ministère de l'Agriculture et du Développement Rural (MINADER), à travers le Service National de l'Hydraulique Rurale (SNHR), responsable de la production, de la distribution et du contrôle-qualité de l'eau et des ouvrages hydrauliques en zone rurale et péri-urbaine ; à travers ses Directions de production végétale responsable de la

production, contrôle-qualité des aliments et végétaux et de la Surveillance phytosanitaire et gestion de la quarantaine végétale

- Le Ministère de la Pêche et Elevage, à travers ses Directions de production animale, de la Surveillance zoo-sanitaire et gestion de la quarantaine animale et halieutique et d'Agrément et contrôle des dispensaires, cliniques, laboratoires et pharmacies vétérinaires
- Le Ministère de l'Energie et Ressources Hydrauliques (MERH), à travers la REGIDESO, responsable de la production, de la distribution et de la commercialisation de l'eau potable dans les centres urbains,
- Le Ministère de l'Enseignement Primaire, Secondaire et Professionnel (MEPSP), pour l'éducation à l'hygiène des élèves,
- Le Ministère de l'Enseignement Supérieur et Recherche Scientifique, pour la formation, recyclage et recherche, (les Ecoles de Santé Publique, ...)
- Le Ministère des Infrastructures, des Travaux Publics et de la Reconstruction (MITPR), à travers l'Office des Voiries et Drainage (OVD), responsable de l'assainissement pluvial, le rejet des eaux usées et la lutte antiérosive,
- Le Ministère de l'Urbanisme et Habitat, pour la mise à disposition des espaces pour les infrastructures d'eau et d'assainissement,
- Le Ministère du Transport et des Voies de Communication, pour l'affichage des messages PCI-EHA sur les moyens de transports publics et faire respecter les normes, directives et orientations PCI-EHA dans les moyens de transport ,
- Le Ministère de la Communication, Médias et initiation à la nouvelle citoyenneté, pour la diffusion des messages sur l'EHA, l'organisation des débats télévisés, etc.
- Le Ministère des Affaires Foncières pour la mise à disposition des espaces pour les infrastructures d'eau et d'assainissement,
- Le Ministère du Budget, pour l'allocation budgétaire aux entités impliquées dans l'EHA,
- Le Ministère de Finance, pour assurer le décaissement des fonds émanant du Budget aux entités impliquées dans le secteur EHA,
- Le Ministère de justice et garde des sceaux, pour assurer l'interprétation des textes légaux et règlementaires.

III.2. Bailleurs des fonds ou Partenaire Technique et Financier

Les partenaires techniques et financiers contribueront au financement du secteur, fourniront un appui technique à la demande de l'Etat ou des collectivités locales et contribueront à l'apport d'expériences extérieures (les échanges avec d'autres pays seront fortement encouragés, de même que le partenariat avec des structures similaires). A ce titre, ils seront considérés comme des partenaires et impliqués dans les processus de consultation²⁵.

Plusieurs Partenaires Techniques et Financiers interviennent dans le secteur Eau, Hygiène et Assainissement, certains dans la Prévention et Contrôle des Infections, d'autres dans les deux. Malheureusement, la plupart de ces partenaires ne sont retrouvés que directement sur terrain et lors des épidémies.

²⁵ La politique nationale de l'hygiène et d'assainissement de base, Novembre 2013

Cette stratégie PCI-EHA constitue un cadre légal qui réunira tous les intervenants autour de la DHSP afin d'orienter, pérenniser, coordonner et rationaliser les interventions dans ces domaines afin d'éviter le dérapage et le gaspillage de ressources. Cela va permettre de capitaliser toutes les interventions PCI-EHA sur toute l'étendue de la RD Congo.

La DHSP va désormais mettre en place une cartographie nationale de tous les partenaires Technique et Financier intervenant en PCI-EHA. Cette cartographie sera actualisée en début du mois de Novembre de chaque année. Au niveau provincial, la cartographie provinciale des partenaires Technique et Financier sera également faite et renouvelée en fin octobre de chaque année par la coordination provinciale au bureau hygiène. Cette cartographie va servir de boussole pour la DHSP afin d'orienter tout Partenaire Technique et Financier désirant intervenir dans la PCI ou le EHA ou dans les deux.

Les plaidoyers seront faits auprès des partenaires techniques et financiers par la coordination nationale afin de réaliser les activités de prévention en toute sérénité.

III.3.3. Communauté

En tant que bénéficiaire, toutes les couches de la population doivent être impliquées dans toutes les activités relatives aux activités préventives au niveau opérationnel (Société civile, leaders d'opinions,...).

Elle doit bénéficier de la redevabilité de toutes les autres parties.

Les artistes (acteurs, dessinateurs, chanteurs), les médias (radio et télévision), les communicateurs traditionnels et les leaders d'opinion (intellectuels, personnalités religieuses, personnalité du monde du spectacle...) jouent un rôle important dans la conception et la transmission des messages en lien avec l'eau, l'hygiène et l'assainissement. La créativité des messages contribue fortement à leur diffusion au sein de l'opinion publique.

III.3.4. Le secteur privé

Les opérateurs privés en général (confessions religieuses, bureaux d'études et de contrôle, consultants, formateurs, juristes, entreprises spécialisées, privés lucratifs ou pas, la médecine traditionnelle) sont appelés à intervenir de manière très étroite dans la mise en œuvre de la Politique PCI-EHA et des actions associées. Ils sont considérés comme des partenaires indispensables de l'action publique nationale et locale. En ce qui concerne la gestion des services de PCI-EHA, la Politique encourage la collaboration et le développement d'une offre de service privée formelle ou informelle : opérateurs de collecte des déchets solides, artisans spécialisés dans la construction des puisards, des dalles, des latrines, des lavoirs, ainsi que la réparation des ouvrages etc.

III.4. Cadre de collaboration

III.4.1. Sur le plan formation

Un cadre de collaboration entre les ministères de la santé, de l'enseignement supérieur et universitaire, de l'enseignement primaire, secondaire et technique, de recherches scientifiques, de pêche et élevage ainsi que du ministère de l'environnement sera mis en place pour que les objectifs soient atteints par une collaboration intra et extra sectorielle, car il existe déjà plusieurs domaines de collaboration, tel que le projet village assaini et centre de santé assaini.

De même que les partenaires techniques et financiers, sur demande de la coordination nationale, appuieront les formations de courte, moyenne et longue durée.

III.4.2. Sur le plan opérationnel

La mise en place de la stratégie PCI-EHA ainsi que l'atteinte des objectifs nécessitent l'implication de toutes les parties : l'Etat (MSP et ministères connexes), les bailleurs/partenaires, la population (communauté) et le privé.

Les organes de gestion de la stratégie PCI sont : la coordination nationale, la coordination provinciale ainsi que le comité opérationnel zonal. Leurs tâches seront définies dans les documents normatifs de la gestion de prévention et contrôle des infections.

Des réunions stratégiques, de coordination et de gestion seront planifiées et organisées en suivant les prescrits qui seront définis dans les documents normatifs de la gestion de prévention et contrôle des infections.

Une série des documents normatifs et de gestion ainsi que d'arrêtés ministériels et interministériels devront être élaborés et signés par les autorités sectorielles compétentes concernées pour la mise en œuvre de la stratégie ainsi que des différents projets soumis par la coordination nationale :

- Normes et directives définissant les modalités de mise en œuvre de la stratégie PCI ;
- Arrêté interministériel portant fixation des taux des droits et redevances à percevoir à l'initiative du ministère de la Santé pour la gestion des déchets ménagers et biomédicaux.

Pour l'opérationnalisation des activités de la stratégie PCI, des plans stratégiques quinquennaux seront chaque fois élaborés pour définir les axes stratégiques et les moyens qui permettront d'atteindre des objectifs fixés. Cette stratégie sera évaluée au début, à mi-parcours et à la fin.

Les plans stratégiques quinquennaux et les plans opérationnels annuels seront également élaborés pour donner les rôles et responsabilités aux intervenants en fonction des buts et objectifs stratégiques.

La coordination nationale élaborera et fera valider également des normes, directives et les procédures opérationnelles standards (SOP) pour des activités relatives à ses attributions.

III.4.3. Sur le plan légal

La législation congolaise, les normes et directives déjà adoptées et validées par le Ministère de la santé, Hygiène et Prévention, définissent le mode de collaboration entre les différentes parties. Toutefois, la recevabilité doit faire partie des activités principales.

III.5. Bénéficiaires

Cette stratégie PCI est destinée à l'ensemble de la population congolaise ainsi qu'aux professionnels de santé, administratifs, techniciens de surface à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ainsi qu'à toute la population congolaise fréquentant les établissements des soins de santé humaine, animale, végétale et environnementale.

CHAPITRE IV : FINANCEMENT ET BUDGET

IV.1. Financement

Le principal acteur financier est le gouvernement de la République Démocratique du Congo. Il rend disponible les cadres, les infrastructures logeant les coordinations nationale, provinciales et les comités opérationnels zonaux. Les ressources humaines doivent être des agents de carrière de l'Etat Congolais, payés par le trésor public.

Le coût global des activités annuelles du programme seront repris dans la loi de finance du gouvernement congolais. Celui-ci peut financer les projets PCI-EHA élaborés par la DHSP pour le bien-être de la population.

La République Démocratique du Congo se retrouve dans plusieurs regroupements des Pays tel que les Nations Unies, l'Union Africaine, les regroupements régionaux ainsi que dans les organisations issues de ces regroupements. De ce fait, elle a signé des traités et des accords pour la coopération bi et multilatérale avec des organisations internationales, gouvernementales et non gouvernementales, intervenant dans le domaine de la santé, de fois même avec les organisations locales.

Ces pays et organisations peuvent, dans le cadre desdites coopérations apporter un appui financier, scientifique, technique, logistique, etc. pour le bon fonctionnement de la mise en œuvre de la stratégie afin d'atteindre les objectifs fixés.

C'est dans ce cadre que la Direction Hygiène et Salubrité Publique, coordinatrice nationale de la stratégie de Prévention et Contrôle des Infections/Eau, Hygiène, Assainissement, fera le plaidoyer à tous les niveaux, national qu'international, pour mobiliser les moyens nécessaires.

IV.2. Résumé du budget annuel (démonstratif)

N°	AXES STRATEGIQUES	COUT ANNUEL
1	Renforcement institutionnel et de la gouvernance	\$ 1 434 700,00
2	Renforcement des compétences	\$ 1 835 600,01
3	Renforcement de la surveillance des infections associées aux soins	\$ 1 879 000,00
4	Amélioration des conditions matérielles et de sécurité	\$ 86 037 782,00
5	Promotion des mesures de sécurisation du patient et du personnel soignant	\$ 525 000,01
6	Amélioration des conditions Eau, Hygiène et Assainissement	\$ 96 037 950,00
7	Suivi et évaluation des activités PCI a tous les niveaux	\$ 1 306 400,00
TOTAL		\$ 189 056 432,02

CHAPITRE V : SUIVI-EVALUATION

V.1. Les indicateurs

Le niveau central coordonne la mise en œuvre du plan de suivi et évaluation. À cet effet, il est chargé de la conception des outils de suivi et d'évaluation des politiques et plans, de l'accompagnement des structures provinciales dans l'utilisation de ces outils, de l'appui aux revues provinciales ainsi que de l'analyse périodique des performances du secteur.

Tableau : Planning de rapportage des activités de routine

Niveau	Périodicité	Outils
Zone de santé	Mensuelle	Rapport mensuel d'activités, feuille de score des aires de santé
Division provinciale de la santé	Trimestrielle	Rapport trimestriel d'activités, feuille de score des zones de santé
Inspection provinciale de la santé	Trimestrielle	Rapport trimestriel d'activités
Programmes spécialisés et directions centrales	Trimestrielle	Rapport trimestriel d'activités, feuille de score des provinces
Niveau central	Annuelle	Rapport annuel d'activités, feuille de score des provinces

Le ministère de la Santé publique, hygiène et prévention et ses partenaires ont convenu d'organiser une revue annuelle chaque année pour analyser, sur la base du rapport sectoriel global, les performances du secteur par rapport aux cibles assignées aux différents indicateurs. Ces revues sont précédées par les revues provinciales et par des ateliers de consolidation des données des programmes spécialisés qui seront organisés en harmonie avec leurs partenaires d'appui dans un esprit de rationalisation du système d'information sanitaire.

Tableau : Programmation des revues du secteur de la santé en RDC

Niveau	Périodicité des revues		Outils
	Semestrielle	Annuelle	
Zone de Santé	Chaque semestre	Chaque année	Rapport d'activités et cadre de performance des aires de santé
Division Provinciale de la Santé	Chaque semestre	Chaque année	Rapport d'activités, et cadre de performance des ZS
Programmes spécialisés		Chaque année	Rapport d'activités, et cadre de performance des provinces
Niveau central		Chaque année	Rapport d'activités et cadre de performance des provinces

Les évaluations indépendantes des résultats de la stratégie et plan stratégique. Le Ministère de la Santé publique, hygiène et prévention et ses partenaires ont convenu d'organiser trois évaluations externes indépendantes de la stratégie et des Plans : une évaluation à mi-parcours et une évaluation finale en 2028. Ces évaluations seront menées par des institutions (institut de recherche ou des organisations privées) qui ne sont pas directement impliquées dans la mise en œuvre du Plan.

V.2. Les indicateurs de suivi-Evaluation

Au cours de la mise en œuvre du suivi, chaque niveau s'intéressera à des types d'indicateurs précis.

- **Le niveau opérationnel** s'intéressera à des indicateurs **d'impact**, il aura donc à mener une évaluation sommative. Il s'intéressera plus au comportement des prestataires de service et les outils seront ceux du Ministère de la Santé. La méthodologie la plus utilisée sera l'observation directe des prestataires.
- **Le niveau provincial** s'intéressera aussi bien aux indicateurs **de processus** qu'aux indicateurs de **résultats**. Il assurera le suivi et l'évaluation de l'impact et des résultats qui pourront être confrontés aux résultats du niveau opérationnels en vue d'apporter des correctifs dans la méthodologie des observations ; mais également à celui du fonctionnement du cadre institutionnel, notamment le fonctionnement des comités d'hygiène et de sécurité, et des brigades d'hygiène, entre autre sera évalué : (i) le respect du planning des observations et des réunions des comités ; la formalisation des plans d'actions ainsi que leur niveau d'exécution etc...)
- **Le niveaux Central** s'intéressera **aux résultats** de processus et veillera à la bonne mise en œuvre de la stratégie et des plans, dans les différentes provinces. Néanmoins en vue d'assurer la qualité des résultats et de procéder à une triangulation entre les résultats des différents niveaux, il pourra par moment procéder à des observations directes des prestataires de soins. Ils utiliseront les grilles de supervision de la direction des établissements de soins et de l'hygiène hospitalière.

- Cadre de Suivi Evaluation de la Prévention et du Contrôle des Infections

Tableau : Synthèse des indicateurs clés de la PCI

Indicateur	Méthode de calcul	Méthode de collecte	Source	Fréquence
<i>Niveau Opérationnel</i>				
Taux de réalisation des réunions du CHS	Nbre de réunion réalisé par le CHS/Nbre de réunion prévu par le CHS	PV de réunion	Collecte des PV de réunion	Trimestrielle
Taux d'observance de l'hygiène des mains	Nbre d'hygiène des mains réalisé/Nbre d'opportunité observe	Observation directe Quick-audits	Grille d'évaluation Hygiène des mains	Mensuelle
Taux de consommation de la SHA par service	Volume en litre de SHA consommé/nbre de jr d'hospitalisation X 0,018 + Nbre de consultations X 0,006 + Nbre d'accouchement X 0,024	Fiche de traçabilité SHA, cahier de suivi de consommation SHA en fonction du monitoring	Outil de gestion	Semestrielle
% de prestataires respectant le port des gants selon les standards	Nbre prestataires utilisant les gants selon les procédures/Nbre total de prestataires réalisant l'acte	Observation directe Quick-audits	Rapport d'évaluation	Mensuelle
Taux d'observance d'un port correct de la tenue professionnelle	Nbre prestataire portant une tenue professionnelle /Nbre total de personnel de la structure	Observation directe	Rapport d'évaluation	Mensuelle
Taux d'observance respectant le port du masque selon les standards du masque	Nbre prestataires portant et retirant le masque selon les procédures/Nbre total de personnel observé	Observation directe Quick-audits	Rapport d'évaluation	Mensuelle
Taux d'observance du remplissage correct des boîtes de sécurité OPCT	Nbre de boîte de sécurité rempli au 3/4/Nbre total de boîtes de sécurité utilisées	Observation directe	Rapport d'évaluation	Mensuelle

Indicateur	Méthode de calcul	Méthode de collecte	Source	Fréquence
Taux de conformité du tri des déchets	Nbre service/unités de soins faisant correctement le tri/Nbre total de structures observées	Observation directe	Rapport d'évaluation	hebdomadaire
% d'agent d'entretien observant l'application des Précautions Standard lors d'un bio nettoyage	Nbre d'agent observant l'application des Précautions Standard lors du bio nettoyage/Nbre total d'agents observés lors d'un bio nettoyage	Observation directe	Rapport d'évaluation	Mensuelle
% des prestataires de buanderie observant l'application des Précautions Standard lors de la gestion du linge	Nbre de prestataire de buanderie observant l'application des PS lors de la gestion du linge /Nbre total de prestataires observés	Observation directe	Rapport d'évaluation	Mensuelle
Taux de suppuration sur intervention urgente (ISO)	Nbre de suppuration/ Nbre d'intervention urgente	Registre d'hospitalisation, dossier des malades	Rapport de monitoring	Semestrielle
Taux de suppuration sur interventions programmées (ISO)	Nbre de suppuration/ Nbre interventions programmées	Registre d'hospitalisation, dossier des malades	Rapport de monitoring	Semestrielle
Taux d'utilisation des antibiotiques chez les patients admis dans la structure	Nbre de patient sous ATB/Nbre total de patients admis.	Registre d'hospitalisation, dossier des malades, Ordonnance	Rapport de monitoring	Semestrielle
Taux Prévalence des IAS au sein de la structure	Nbre d'IAS/Nbre total patient enquêté un jour donné.	Enquête de prévalence, Dossiers des patients, Registre de consultation	Rapport d'enquête	Annuelle

Indicateur	Méthode de calcul	Méthode de collecte	Source	Fréquence
Niveau DPS				
% CHS fonctionnel	Nbre total de CHS fonctionnel /Nbre total de CHS des structures	PV de réunion, PAO en cour d'exécution	PV de réunion	Trimestrielle
Taux de réalisation des PAO des structures de santé	% activités réalisées des PAO de l'ensemble des structures / % des activités prévues des PAO de l'ensemble des structures	Analyse des Rapports d'activité	Rapports d'activités	Trimestrielle
% de structures qui disposent d'une unité de tri onctionnelle	Nombre d'unités de tri fonctionnelles/ Nbre total de structures	Grille d'évaluation des unités de Tri	Rapport d'évaluation	Trimestrielle
% d'incinérateur fonctionnel	Nbre d'incinérateurs fonctionnels/Nbre total d'incinérateurs observés	Observation directe	Rapport d'évaluation	Trimestrielle
% de site disposant d'une fosse a déchet fonctionnel	Observation directe	Structure de soins	Absence de fosse a déchets	Trimestrielle
Niveau central				
Taux de Performance de la structure	% des structures ayant atteint le seuil de performance (75 %) /% des structures évaluées	Analyse des rapports d'encadrement	Rapport d'encadrement	Semestrielle

V.3. Cadre institutionnel du suivi évaluation

Le cadre institutionnel précise les organes et structures impliqués dans la mise en œuvre de la politique et précise pour chacun, son rôle et ses missions afin de coordonner efficacement les actions.

V.3.1. Rôles et responsabilités par niveau

- **Le niveau National** pourra assurer le suivi et évaluation à travers l'unité nationale de la PCI-EHA à travers le comité consultatif mis en place à cet effet. Ce comité sera chargé de descendre sur le terrain pour superviser et évaluer les autres niveaux et leur apporter un appui technique dans la mise en œuvre. Il aura également pour rôle de planifier les réunions de coordination nationale, et de revues des données ainsi que de procéder à une planification nationale des activités en vue de rendre opérationnel au niveau national les stratégies de Prévention et Contrôle des Infections. Il devra aussi analyser les écarts par rapport aux objectifs nationaux et proposer des mesures correctrices à travers l'unité nationale de la PCI de suivi évaluation.
- **Le niveau provincial**, à travers le responsable provincial de la PCI-EHA, aura pour mission d'assurer le suivi et l'évaluation des interventions en matière de Prévention et Contrôle des Infections ainsi que de procéder à une planification provinciale des activités en vue de rendre opérationnel au niveau provincial les stratégies de Prévention et Contrôle des Infections. Il devra aussi analyser les écarts par rapport aux objectifs provinciaux et proposer des mesures correctrices à travers le comité provincial de suivi évaluation.
En plus des activités de la province qu'il déroulera à l'échelle provinciale, devra assurer le coaching des comités d'hygiène et de Sécurité au bon déroulement des plans d'action.
- **Au niveau opérationnel** : les Comités d'Hygiène et de Sécurité serviront de lien entre les niveaux supérieurs et les prestataires. Et ils auront pour mission d'assurer l'évaluation de l'impact sur les pratiques des prestataires, d'exprimer les besoins de la structure en terme de formation et d'équipement.

Le Forum des partenaires devra servir de cadre formel de concertation et servir de plateforme d'échanges. Il devra également faciliter et appuyer les efforts de mobilisation des ressources du Gouvernement, accroître l'engagement et la motivation des partenaires surtout dans le contexte de Post Ebola, Covid-19 et financer les activités de suivi du programme.

V.3.2. Les Structures de mise en œuvre de suivi Evaluation

- **Au niveau national**

a. Le Comité national multidisciplinaire et multisectoriel sur la qualité et la sécurité des soins

- ✓ **Composition** : Sous la présidence du Ministère de la Santé, il comprendra les cadres de la DHSP, DSNIS, PNHF, Représentants des ministères connexes et autres parties prenantes.
- ✓ **Missions** : définition et suivi de la politique nationale en matière de qualité et sécurité des soins
- ✓ **Fonctionnement** : réunion annuelle sur présentation du rapport annuel produit par la DHSP en collaboration avec les directions techniques concernées

b. Equipe nationale de coordination

Elle est constituée par :

- ✓ Un coordinateur : Médecin de santé publique/gestionnaire du système de santé ;
- ✓ Des membres : Médecin, infirmier expérimenté dans les soins, hygiéniste expérimenté dans l'hygiène de l'environnement de soins, informaticien et personnel de soutien qui assureront les visites sur le terrain ainsi que l'élaboration des rapports d'activités.

c. Les Niveaux provincial

- **Comité provincial multidisciplinaire et multisectoriel formé par:**
 - ✓ Le Responsable de la PCI (par niveau)
 - ✓ L'équipe provinciale et de district comprenant un médecin hospitalier, un infirmier et un hygiéniste.

Ce comité assurera les supervisions en PCI des structures se trouvant dans la zone de responsabilités de la province ou du district.

d. Le Niveau Opérationnel

- Au niveau opérationnel les **Comités d'Hygiène et de Sécurité (CHS)** auront un rôle primordial à jouer, leur création est basée sur l'arrêté ministériel créant les CHS et adapté à la taille et aux ressources humaines de chaque établissement public ou privé.

Le comité aura pour rôle : (i) de procéder à l'analyse situationnelle, (ii) d'élaborer un plan d'action, (iii) de le transmettre aux autorités provinciale et à tous les partenaires susceptibles d'apporter un appui financier ou technique pour la mise en œuvre du plan,

(iv) de répartir et d'organiser le travail entre les groupes de travail, (v) de veiller à l'application des recommandations techniques par les prestataires, (vi) de superviser les prestataires et de les appuyer pour une meilleure application des mesures d'hygiène, de produire des rapports d'activité et (vii) de se réunir mensuellement afin d'évaluer le plan d'action et d'y apporter aux besoins des réajustements.

Chaque réunion du Comité d'hygiène et de Sécurité devra être sanctionnée par un PV de réunion conforme au modèle mis à sa disposition.

V.4. Les instances de coordination

Il existe déjà au niveau du Ministère de la Santé Publique, Hygiène et Prévention des instances aussi bien au niveau locale que nationale permettant d'assurer le suivi, la coordination et l'évaluation des activités. Ces dernières seront utilisées pour assurer le suivi et l'évaluation de la Prévention et du Contrôle des Infections.

a. Le Niveau Central

Au niveau central, les principales instances sont les suivantes :

- **Le Cabinet du Ministre :** Il a pour objectif d'informer sur les principales orientations du gouvernement, de renforcer les liaisons entre les membres de la Direction du Département, d'adopter les principales orientations relatives à l'organisation et au fonctionnement des services. Participent au conseil de cabinet : le Ministre, le Secrétaire général, les membres du cabinet, les Directeurs Nationaux, les chefs des services d'appui et PTF; Le conseil de cabinet se tient tous les 15 jours et est présidé par le Ministre de la santé.
- **La réunion de Cabinet:** Elle a pour objectif d'assurer le suivi régulier des activités en cours, de coordonner les activités de différentes Directions, organismes et services et de requérir l'avis des cadres sur le fonctionnement du département et les principaux problèmes qui se posent. Les participants à la réunion de cabinet sont outre les membres statutaires du conseil de cabinet, les chefs de divisions centrales, les inspecteurs de la santé, les chefs des projets et programmes, les Directeurs des HOPITAUX NATIONAUX, les représentants des ordres professionnels, les Assistants techniques, les chefs de services rattachés et les organismes partenaires, ESP-KIN/Faculté de Médecine, Syndicat. La périodicité de la tenue des réunions de cabinet est bimensuelle et est présidée par le Ministre de la santé.
- **Le Comité de coordination des Partenaires Techniques et Financiers du secteur de la santé (GIBS)**

Les rencontres du CCBFSS visent les objectifs ci-après :

- Procéder à une information réciproque entre le gouvernement et les PTF - Promouvoir une participation accrue des partenaires extérieurs dans le financement de la santé.
- Coordonner, harmoniser, suivre et évaluer les interventions des différents bailleurs et les réajuster en cas de besoins.
- Examiner les contraintes et les difficultés qui entravent la bonne exécution des projets financés par les bailleurs.

- **Le comité technique de coordination** Il a pour mission de coordonner et de suivre les activités des services centraux, des projets et des programmes de développement sanitaire, d'assurer le suivi de l'exécution des décisions prises lors de ses instances. Le comité technique de coordination est présidé par le Secrétaire général et comprend : les Directeurs des services centraux du Ministère, les directeurs des programmes, les représentants des Ministères de connexes et représentants des bailleurs de fonds, Le comité technique de coordination se tient à une périodicité semestrielle et est présidé par le Secrétaire Général.

- **La revue des activités du Ministère de la Santé Publique, Hygiène et Prévention**

Elle a pour mission de définir les éléments de la politique sanitaire nationale et les principales orientations organisationnelles, institutionnelles et opérationnelles qui leur sont rattachés, d'évaluer la mise en œuvre de l'impact des activités sanitaires. Les participants à la revue annuelle des activités sont les membres statutaires du Conseil de Cabinet, les directeurs des organismes personnalisés, des projets des programmes et les représentants du niveau intermédiaire parmi les revues du Ministère de la Santé il faut citer celles du PEV/SSP/ME et du Projet Santé Nutrition, PNLT, PNLS, DHSP, etc. A l'instar de ces revues pourra être formalisé la revue de la stratégie de Prévention et Contrôle des Infections.

b. Le Niveau Provincial

Au niveau provincial se tient le Comité Technique Provincial de Santé qui a pour mission :

1. D'assurer le suivi régulier ;
2. L'intégration et la coordination des activités développées par les différentes structures sanitaires de la province ;
3. D'évaluer la mise en œuvre des plans d'action de représentants du niveau intermédiaire et des DPS et leur réajustement au besoin ;
4. D'identifier les problèmes, contraintes et difficultés qui entravent le bon fonctionnement des services ;
5. D'établir un ordre de priorités et de proposer des mesures correctives appropriées;
6. De procéder au contrôle de l'exécution des budgets de toutes les formations sanitaires de la province ;
7. D'étudier les modalités de mise en œuvre des orientations stratégiques définies par le niveau central.
8. Procéder à l'évaluation la mise en œuvre des activités réalisées dans le plan d'action de la DPS et des structures sanitaires de la province ;
9. Suivre l'évaluation des activités des centres de santé et de l'hôpital provincial et provincial ;
10. De faire l'analyse et l'adoption des budgets du centre de santé de l'hôpital provincial, provincial et faire leur suivi ;

11. Faire le bilan des activités de supervision ;
12. Etudier les modalités de mise en œuvre des orientations définies par les niveaux central et intermédiaire.

Les participants au CTPS sont : les chefs de service de l'inspection, les DPS, les Directeurs d'hôpitaux, les chefs des antennes provinciales, un représentant de l'ordre des médecins et des associations professionnelles, un représentant des bailleurs de fonds, les coordonnateurs des ONG. Le comité technique provincial de la santé se tient tous les six mois.

Présidé par le Ministre Provincial de la Santé le CTPS regroupe le Directeur de l'hôpital provincial ou provincial, l'équipe de la DPS, les chefs de services hospitaliers, l'agent administratif, le chargé des microréalisations, les infirmiers titulaires des centres de santé, les présidents et trésoriers des comités de gestion, les partenaires de terrain, représentants des ONG locales et étrangères et les représentants du secteur privé pharmaceutique. Le CTPS se tient à une périodicité semestrielle.

c. Le Niveau opérationnel

Au niveau opérationnel se tient la synthèse du monitoring qui a pour mission:

- (i) D'offrir un cadre de concertation entre les personnels de santé, les élus communautaires et les autorités administratives locales
- (ii) D'informer chacune de ces entités sur le fonctionnement du centre de santé ;
- (iii) De les faire participer à l'analyse des problèmes et à l'identification des mesures correctives ;
- (iv) De renforcer les capacités gestionnaires des agents et des communautés.

Les participants à la synthèse du monitoring sont : le président de la Commune Rurale de Développement (CRD) de la sous-province, les membres du comité de gestion, l'équipe technique du centre de santé, les chefs des postes de santé, Cette instance se tient tous les six mois.

Les réunions mensuelles des comités de santé peuvent être également considérées comme une instance de coordination au niveau opérationnel. Elles permettront de faire : faire un suivi-évaluation régulier du plan d'action (au moins mensuel, trimestriel et annuel).

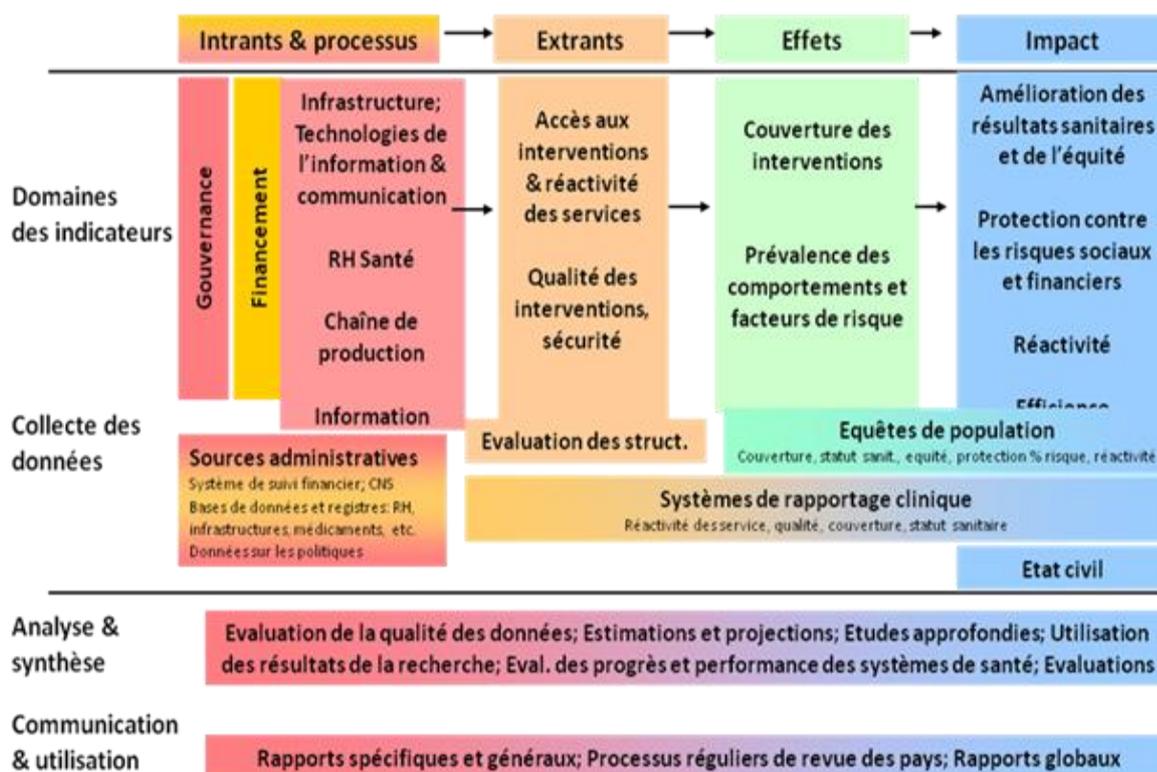
V.5. Collecte et traitement

Le SNIS est un ensemble organisé de structures, institutions, personnel, méthodes, outils et équipements permettant de fournir l'information nécessaire à la prise de décision, l'action, la gestion des programmes et des systèmes de santé à tous les niveaux (central, intermédiaire et périphérique). Ce cadre normatif est défini 12 sous-systèmes ou composantes, qui concourent toutes à la même mission. La composante du « SNIS-SSP » est

réglementée et fonctionnelle, avec des outils de collecte de données, de transmission, et d'analyse, adoptés avec l'ensemble des parties prenantes, et le DHIS2 adopté comme logiciel-pays implémenté dans les 516 zones de santé pour l'analyse des données.

le but est de contribuer à l'amélioration de la santé de la population à travers une gestion rationnelle et efficiente de l'information sanitaire de qualité, susceptible d'orienter une bonne prise de décision pour la planification, le suivi et l'évaluation des interventions/activités de santé.

Cadre de référence du suivi et évaluation



Consolidation et analyse

Au niveau du CS/HGR

- Compilation et organisation des données dans le canevas du 1^{er} au 3 du mois ;
- Analyse au COSA/CODI entre le 4 et le 5 du mois ;
- Transmission du rapport au BCZ au plus tard le 7 du mois.

Au niveau du BCZS

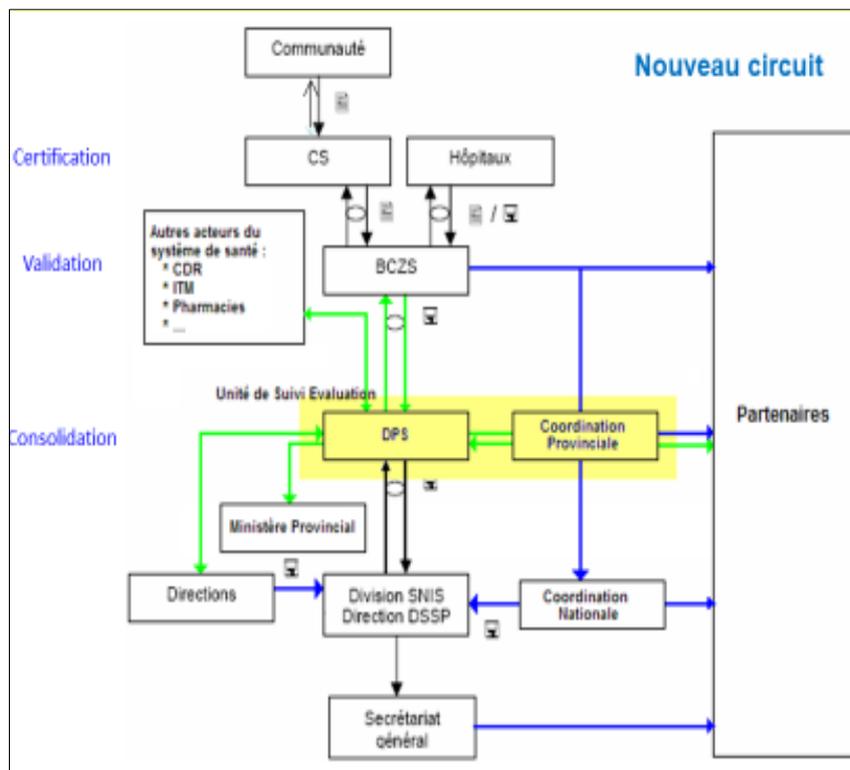
- Analyse des rapports des FOSA par les membres de l'ECZ du 7 au 8 du mois (qualité et registre des erreurs) ;
- Tenue de la réunion de monitoring avec les IT y compris l'HGR du 9 au 10 du mois (validation, analyse des principaux indicateurs, rétro info écrite et explication d'un thème particulier) ;

- Encodage dans le logiciel dès réception du rapport ;
- Encodage + correction dans le logiciel du 10 au 15 du mois ;
- Réunion d'analyse des indicateurs (PMA, PCA et fonctions managériales) par l'ECZ le 16 du mois ;
- Transmission des rapports (CS, HGR et ECZ) à la DPS au plus tard le 20 du mois ;

Au niveau de la DPS

- Analyse des rapports des BCZS par les membres du BHSP du 22 au 23 du mois (qualité et registre des erreurs) ;
- Tenue de la réunion de monitoring avec l'équipe du BHSP y compris le BIRSC du 24 au 25 du mois (validation, analyse des principaux indicateurs, rétro info écrite et explication d'un thème particulier) ;
- Encodage dans le logiciel dès réception du rapport ;
- Encodage + correction dans le logiciel du 26 au 27 du mois ;
- Réunion d'analyse des indicateurs (PMA, PCA et fonctions managériales, ECZS) par l'ECP le 28 du mois ;
- Transmission des rapports de la DPS à la DHSP au plus tard le 30 du mois.

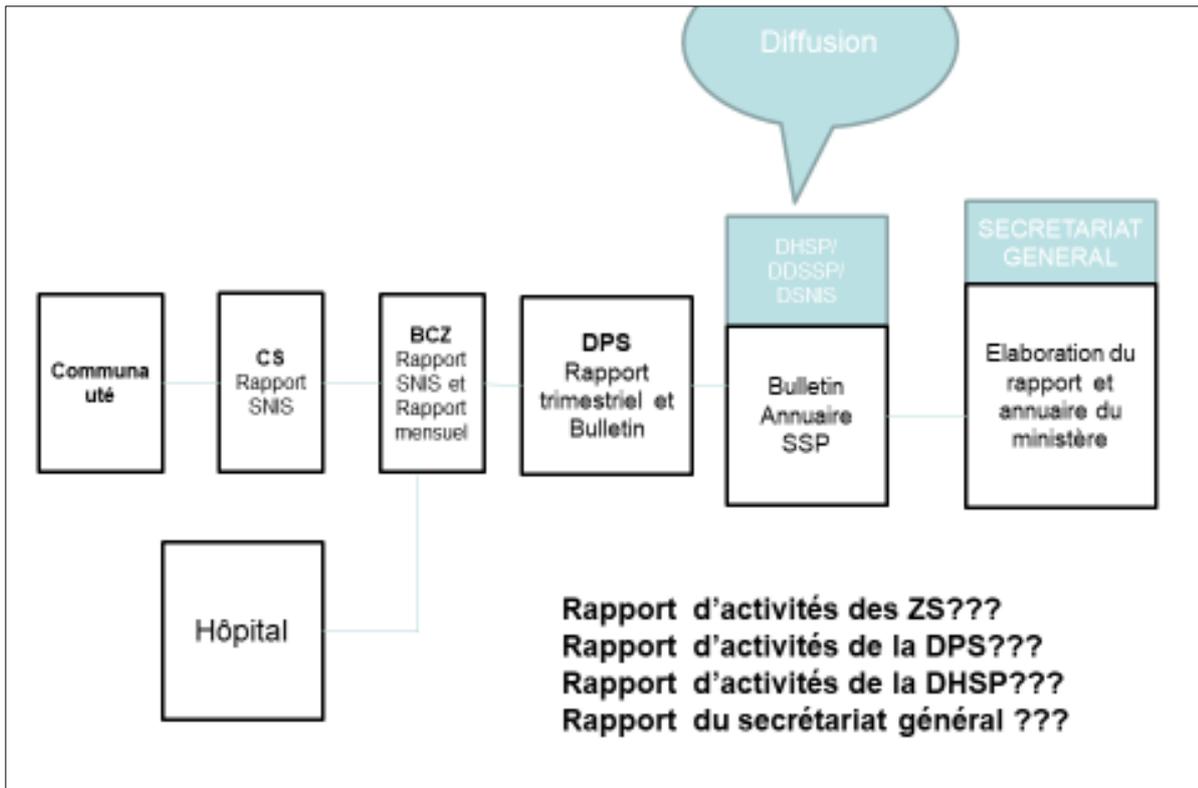
Circuit et délai de transmission des rapports



Délai de transmission

Période	Zone de santé	Province	Niveau central
M + 7 j	Rapports des CS et des hôpitaux réceptionnés Rapport du BCZ élaboré	Rapports des structures dépendants de la province réceptionnés Rapport de la province élaboré	Rapport des directions et programmes réceptionnés
M + 15 j	Rapports CS, Hop et BCZS encodés ↳	Rapport de la province encodé Données ZS réceptionnées	Rapports encodés Données ZS +DPS réceptionnées
M + 20 j	Données analysées et contrôlées ↳	Province centralisées, analysées et contrôlées	Province centralisées, analysées et contrôlées
M + 30 j			↳

Types de rapportage



ANNEXES : BUDGET INDICATIF DE LA STRATEGIE POUR L'AN UN

1. STRATEGIE 1 : RENFORCEMENT INSTITUTIONNEL ET DE LA GOUVERNANCE

N°	Sous Activités	Indicateurs	Fréq Annuelle	Fréq Quinquennale	Coût Annuel
1	Elaborer des critères de sélection des membres du cadre de coordination.	Existence du document des critères de sélection validé	2	1	\$47 600,00
2	Elaborer un TDR définissant le rôle et responsabilité de l'équipe technique	Nombre des TDRs	1	1	\$47 600,00
3	Identifier les membres attitrés de l'équipe pour l'élaboration des documents normatifs de la PCI/EHA	Liste des membres identifiés et notifiés	1	1	\$5 000,00
4	Notifier les membres désignés de l'équipe technique de coordination	Existence de la notification des membres signés	1	1	\$2 500,00
5	Développer les textes légaux régissant fonctionnement et opérationnalisation de la politique de prévention et contrôle des infections sous le ministère de la santé publique, hygiène et prévention	Nombre des textes légaux développés	5	1	\$47 600,00
6	Organiser un atelier pour la validation des textes régulateurs de la politique de la PCI/EHA	Nombre des textes régulateurs validés	1	1	\$47 600,00
7	vulgariser à tout le niveau les textes réglementaires de la politique de la PCI/EHA validés	Existence des textes régulateurs validés à tout le niveau du cadre organique	1	1	\$19 000,00
8	Produire les tdr des différents documents normatifs de la PCI/EHA	Existence des TDRs des différents documents normatifs validés	2	1	\$47 600,00

N°	Sous Activités	Indicateurs	Fréq Annuelle	Fréq Quinquennale	Coût Annuel
9	Organiser les ateliers d'élaboration et validation des documents normatifs.	Nombre des documents normatifs produits et validés	10	1	\$47 600,00
10	Elaborer le plan de vulgarisation des documents normatifs produits	Existence du plan de vulgarisation des documents normatifs produits et validés	1	1	\$30 000,00
11	Vulgariser les documents normatifs de la politique de la PCI/EHA validés	Existence des documents normatifs validés à tout le niveau du cadre organique	1	5	\$19 000,00
12	Notifier tous les membres de la brigade d'hygiène et Points focaux à tout le niveau comme responsable de la PCI/EHA	Les équipes et PF PCI/EHA sont mises en place à tous les niveaux	1	5	\$2 500,00
13	Renforcer les capacités des tous les membres d'équipes et Point focaux PCI/EHA au niveau national, provincial, des zones de santé, établissements de santé et au niveau des communautés	Nombre de membres d'équipes PCI/EHA renforcés en capacité	26	1	\$47 500,00
14	Répertorier les indicateurs à monitorer à travers le DIHS2 national	Liste d'indicateurs PCI/EHA validés pour le DIHS2 national	1	1	\$2 500,00
15	Répertorier les indicateurs à monitorer à travers le DIHS2 de la DHSP	Résultats des données issus du DIHS2 de la DHSP	1	1	\$2 500,00
16	Rendre opérationnel la base des données (DIHS2) PCI/EHA	Résultats des données issus du DIHS2	1	5	\$30 000,00
17	Mettre en place une base des données spécifique pour les ouvrages d'approvisionnement en eau potable	existence d'une base des données des ouvrages d'eau potable	1	5	\$30 000,00
18	Identifier les DATA	Liste des DATA identifiés et notifiés	1	1	\$5 000,00

N°	Sous Activités	Indicateurs	Fréq Annuelle	Fréq Quinquennale	Coût Annuel
19	Mettre en place un guide d'orientation du circuit d'information	Existence d'un Guide d'orientation du circuit d'information	1	1	\$47 600,00
20	Elaborer les SOP	Existence des SOP	1	5	\$47 600,00
21	Elaborer et valider les fiches de récoltes des données	Existence des fiches de récoltes des données	1	5	\$47 600,00
22	Installer un réseau internet au niveau national et provincial	Existence d'un réseau internet	26	1	\$10 000,00
23	Doter le matériel informatique	Existence du matériel informatique	1	5	\$271 000,00
24	Mettre en place ou redynamiser les comités d'hygiène/points focaux PCI-EHA dans tous les établissements des soins de santé humaine, animale et végétale	Existence des comités d'hygiène	1	1	\$47 600,00
25	Remettre les documents normatifs (directives, SOPs, et autres standards, etc..) dans tous les établissements des soins	Existences des documents normatifs dans les établissements des soins.	1	1	\$119 000,00
26	Définir du circuit d'information des activités PCI-EHA dans les établissements des soins	Existence des textes légaux définissant le circuit d'information des activités PCI/EHA	1	1	\$5 000,00

N°	Sous Activités	Indicateurs	Fréq Annuelle	Fréq Quinquennale	Coût Annuel
27	Mettre en place ou redynamiser les comités d'hygiène/points focaux PCI-EHA les réserves et ère protégé, au niveau des frontières, des unités navigantes (aérienne, fluviale, ferroviaire et terrestre), des sites, des Camps des déplacés et des réfugiés, des établissements humains classés ouverts aux publics (Hôtels, restaurants, pharmacies, boulangeries, stades, sites touristiques)	Existence des comités d'hygiène	1	1	\$47 600,00
28	Remettre les documents normatifs (directives, SOPs, et autres standards, etc.. dans les réserves et ère protégé, au niveau des frontières, des unités navigantes (aérienne, fluviale, ferroviaire et terrestre), des sites, des Camps des déplacés et des réfugiés, des établissements humains classés ouverts aux publics (Hôtels, restaurants, pharmacies, boulangeries, stades, sites touristiques)	Existences des documents normatifs dans les réserves et ère protégé, au niveau des frontières, des unités navigantes (aérienne, fluviale, ferroviaire et terrestre), des sites, des Camps des déplacés et des réfugiés, des établissements humains classés ouverts aux publics (Hôtels, restaurants, pharmacies, boulangeries, stades, sites touristiques)	1	1	\$119 000,00

N°	Sous Activités	Indicateurs	Fréq Annuelle	Fréq Quinquennale	Coût Annuel
29	Définir du circuit d'information des activités PCI-EHA les réserves et ère protégé, au niveau des frontières, des unités navigantes (aérienne, fluviale, ferroviaire et terrestre), des sites, des Camps des déplacés et des réfugiés, des établissements humains classés ouverts aux publics (Hôtels, restaurants, pharmacies, boulangeries, stades, sites touristiques)	Existence des textes légaux définissant le circuit d'information des activités PCI/EHA	1	1	\$5 000,00
30	Remettre les normes et directives définissant les modalités de fonctionnement des cellules PCI-EHA	Existence des normes, directives définissant les modalités de fonctionnement des cellules PCI-EHA au niveau secondaire et tertiaire	1	1	\$119 000,00
31	Définir le circuit d'information des activités PCI communautaire	Existence des textes légaux définissant le circuit d'information des activités PCI/EHA au niveau secondaire et tertiaire	1	1	\$5 000,00
32	Produire et vulgariser des plans opérationnels des activités PCI-EHA	Existence des plans opérationnels PCI-EHA au niveau secondaire et tertiaire	1	1	\$47 600,00
33	Suivre et évaluer la mise en œuvre des plans opérationnels PCI-EHA	Existence des rapports de suivi et évaluation des PAO au niveau secondaire et tertiaire.	4	5	\$15 000,00
Total					\$1 434 700,00

2. STRATEGIE 2 : RENFORCEMENT DES COMPETENCES

N°	Activites	Indicateurs	Fréq Annuelle	Fréq Quinquennale	Coût Annuel
1	L'élaboration du plan de formation	Existence du plan de formation	1	1	\$47 600,00
2	L'élaboration du référentiel des compétences et de métier en PCI	Existence du référentiel des compétences et de métier en PCI	1	1	\$47 600,00
3	L'élaboration des modules de formation en PCI	Existence des modules de formation en PCI	1	1	\$47 600,00
4	L'élaboration d'un guide de formateur qui servira de référence pour tous les partenaires dans le domaine de la PCI	Existence du guide de formateur	1	1	\$47 600,00
5	La mise en place du pool des formateurs nationaux et provinciaux	Existence du pool des formateurs nationaux et provinciaux avec le rapport de leur mise en place	1	1	\$23 800,00
6	L'organisation des formations des formateurs au niveau provincial	Nombre des formateurs provinciaux formés	1	1	\$71 400,00
7	L'organisation des formations des formateurs au niveau zonal	Nombre des formateurs zonaux formés	1	26	\$47 600,00
8	Promotion pour le changement de comportement	Nombre des séances organisées	1	5	\$47 600,00
9	Développer les guides techniques et procédures opératoires standards basées sur les évidences internationales et adaptées selon le contexte du pays	Existence des guides techniques et SOPs	1	1	\$47 600,00
10	S'assurer la bonne utilisation des guides techniques au niveau local	Existence des rapports de supervisions	4	5	\$260 000,00

N°	Activites	Indicateurs	Fréq Annuelle	Fréq Quinquennale	Coût Annuel
11	Prévoir la révision des guides techniques au moins tous les 5 ans	Nombre des guides techniques révisés	1	5	\$47 600,00
12	Vulgarisation des documents validés	Nombre de séance de vulgarisation avec rapport	1	2	\$142 000,00
13	Organisation des sessions de renforcements des capacités	Nombre des sessions organisées avec rapport	1	2	\$142 000,01
14	Organisation des formations à court terme en post-scolaire ou post-universitaire	Nombre des personnes formées	1	5	\$236 600,00
15	Insertion des cours sur la prévention et le contrôle des infections dans les institutions d'enseignement à tous les niveaux	Existence du rapport de plaidoyer avec engagement d'insertion des cours PCI	1	1	\$96 000,00
16	La réalisation du plaidoyer auprès des autorités	Nombre des séances de plaidoyer organisées	1	5	\$23 800,00
17	La rédaction d'un curriculum national pour une formation standard en PCI	Existence du rapport de l'atelier de rédaction avec curriculum existant	1	1	\$47 600,00
18	La validation et l'adoption du curriculum national de formation en PCI au moyen d'ateliers de consensus	Existence du rapport de validation du curriculum	1	1	\$47 600,00
19	La mise en place d'un cadre de concertation pour définir les modalités d'insertion dans le programme d'enseignement des cours sur la prévention et le contrôle des infections	Existence du rapport de mise en place du cadre de concertation	4	5	\$23 600,00
20	La création d'une filière PCI master 2 aux écoles de santé des facultés de médecine	Existence de la filière PCI master 2	1	1	\$150 000,00
21	L'élaboration des stratégies multimodales	Existence des stratégies multimodales	1	1	\$47 600,00
22	Organisation de l'atelier de validation des stratégies multimodales	Existence du rapport de l'atelier de validation	1	1	\$47 600,00
23	Vulgarisation des stratégies multimodales	Nombre des séances de	1	1	\$47 600,00

N°	Activites	Indicateurs	Fréq Annuelle	Fréq Quinquennale	Coût Annuel
		vulgarisation			
24	Mise en œuvre des stratégies multimodales	Existence des rapports des activités	1	1	\$47 600,00
TOTAL					\$1 835 600,01

3. STRATEGIE 3 : RENFORCEMENT DE LA SURVEILLANCE DES INFECTIONS ASSOCIEES AUX SOINS

N°	Activites	Indicateurs	Fréq Annuelle	Fréq Quinquennale	Coût Annuel
1	L'élaboration des modules de formations de la surveillance des IAS	Existence des modules de formation	1	1	\$47 600,00
2	L'élaboration/l'adaptation du protocole de surveillance adapté au contexte local pour les infections sanguines, les infections des voies urinaires et les infections des sites opératoires, ...	Existence du protocole de surveillance	1	1	\$47 600,00
3	L'élaboration du référentiel des métiers et compétences	Existence du référentiel des métiers et compétences	1	1	\$47 600,00
4	L'élaboration du guide de formateurs	Existence du guide des formateurs	1	1	\$47 600,00
5	La formation des prestataires sur la surveillance des IAS	Nombre des prestataires formes dans la surveillance des IAS	1	5	\$236 600,00

N°	Activites	Indicateurs	Fréq Annuelle	Fréq Quinquennale	Coût Annuel
6	L'élaboration des SOP de surveillance des IAS	Existence des SOP sur la surveillance des IAS	1	1	\$47 600,00
7	L'élaboration des outils de surveillance des IAS	Existence des outils de surveillance des IAS	1	1	\$47 600,00
8	La mise en place du système d'alerte des IAS	Existence du rapport de mise en place du système d'alerte des IAS	1	1	\$15 000,00
9	L'Investigation et Notification des IAS	Existence des rapports d'Investigation et Notification des IAS	1	1	\$47 600,00
10	La prise en charge des IAS	Existence des rapports de prise en charge des IAS	366	5	\$15 000,00
11	La dotation des laboratoires en équipements et intrants appropriés	Existence des rapports de dotation des laboratoires en équipements et intrants appropriés	366	5	\$36 000,00
12	L'élaboration des modules des formations	Existence des modules de formation	1	1	\$47 600,00
13	L'élaboration du guide des formateurs	Existence du guide des formateurs	1	1	\$47 600,00
14	L'organisation des formations pour le personnel des laboratoires	Nombre des prestataires de laboratoire formés	1	1	\$236 600,00
15	Le développement du programme de formation d'éducation supérieure pour les microbiologistes	Existence programme de formation d'éducation supérieure pour les microbiologistes	1	1	\$47 600,00

N°	Activites	Indicateurs	Fréq Annuelle	Fréq Quinquennale	Coût Annuel
16	La formation des médecins à l'interprétation des résultats des laboratoires de microbiologie et aux demandes d'analyse d'échantillons	Nombre des médecins formes	1	5	\$236 600,00
17	Le développement de la base de données commune pour les laboratoires de microbiologie clinique	Existence de la base des données commune	1	1	\$15 000,00
18	L'évaluation/mise à jour des directives nationales relatives à la prescription d'antibiotiques et audit des établissements de santé par un organisme central de régulation	Existence des rapport d'évaluation et de mise a jour des directives nationales	1	2	\$47 600,00
19	L'élaboration des modules des formations	Existence des modules des formations	1	1	\$47 600,00
20	L'élaboration du guide des formateurs	Existence du guide des formateurs	1	1	\$47 600,00
21	L'organisation des formations pour les prescripteurs sur les directives en matière de traitement/prescription des antibiotiques	Nombre des prescripteurs formes sur les directives en matière de traitement/prescription des antibiotiques	1	5	\$236 600,00

N°	Activites	Indicateurs	Fréq Annuelle	Fréq Quinquennale	Coût Annuel
22	La mise en place du système de suivi des consommations d'antibiotiques dans les établissements de soins	Existence du système de suivi des consommations d'antibiotiques dans les établissements de soins	1	1	\$25 000,00
23	La rédaction du texte pour restreindre la délivrance des antibiotiques sans ordonnance médicale dans les pharmacies	Existence des textes restreignant la délivrance des antibiotiques sans ordonnance médicale dans les pharmacies	1	1	\$47 600,00
24	L'analyse de différents facteurs de risques d'infection	Existence des rapports des résultats d'analyse des facteurs de risques d'infection	12	5	\$15 000,00
25	L'analyse des données du laboratoire et l'utilisation des anti-infectieux	Existence des rapports d'analyse des données des laboratoires et utilisation des anti infectieux	12	5	\$15 000,00
26	La mise en place de plans d'amélioration et leur évaluation documentée sous forme de recherche action	Existence du plan d'amélioration et les résultats de ses évaluations	1	1	\$47 600,00
27	L'échange d'informations sur les bonnes pratiques dans les établissements de soins	Existence des rapports d'activités	12	5	\$10 000,00
28	La mise en place d'un système de la promotion à la recherche	Existence d'un système de la promotion à la recherche	1	1	\$25 000,00
29	La mise en place du système de diffusion/vulgarisation des résultats d'étude /recherche	Existence du système de diffusion/vulgarisation des résultats d'étude /recherche	1	1	\$47 600,00

N°	Activites	Indicateurs	Fréq Annuelle	Fréq Quinquennale	Coût Annuel
TOTAL					\$1 879 000,00

4. STRATEGIE 4 : AMELIORATION DES CONDITIONS MATERIELLES ET DE SECURITE

N°	Activités	Indicateurs	Freq Annuelle	Freq Quinquennale	Cout Annuel
1	L'organisation du système de gestion de l'environnement	Existence des rapports d'activités	1	1	\$47 600,00
2	L'élaboration des modules de formations de la de gestion de l'environnement	Existence des modules des formations	1	1	\$47 600,00
3	L'élaboration du guide des formateurs	Existence du guide des formateurs	1	1	\$47 600,00

4	La formation des prestataires sur une bonne gestion de l'environnement hospitalier et de l'environnement des agglomérations	Nombre des prestataires formes sur une bonne gestion de l'environnement hospitalier et de l'environnement des agglomérations	1	1	\$236 600,00
5	La formation des prestataires sur la lutte anti vectorielle	Nombre des prestataires formés sur lutte anti vectorielle	1	1	\$236 600,00
6	L'élaboration des outils de gestion de l'environnement	Existence des outils de gestion de l'environnement	1	1	\$47 600,00
7	L'identification des établissements des soins bénéficiaires et des brigades d'hygiène	Liste des établissements des soins bénéficiaires et des brigades d'hygiène identifiées	1	1	\$47 600,00
8	L'évaluation PCI des établissements des soins et des brigades d'hygiène	Existence des rapports des évaluations des établissements des soins et des brigades d'hygiène	12	5	\$12 500,00
9	L'élaboration des états de besoins intrants, matériels et équipements	Existence des états de besoins intrants, matériels et équipements	12	5	\$1 000,00
10	L'organisation des ravitaillements en intrants, matériels et équipements	Existence des preuves de ravitaillement en intrants, matériels et équipements	12	5	\$286 000,00
11	L'exécution des commandes des intrants, matériels et équipements	Existence des preuves de commandes des intrants, matériels et équipements	12	5	\$3 900 000,00
12	La distribution des intrants, matériels et équipements	Existence des preuves de distribution des intrants, matériels et équipements	12	5	\$283 000,00
13	Le suivi d'utilisation des intrants, matériels et équipements	Existence des rapports de suivi d'utilisation des intrants, matériels et équipements	12	5	\$23 800,00
14	L'élaboration des rapports	Existence des rapports	12	5	\$23 800,00
15	La supervision des unités de prestations et le suivi des stocks	Existence des rapports de supervision	12	5	\$130 000,00
16	L'intégration des EPI à la liste nationale des médicaments essentiels	Présence des EPI sur liste nationale des médicaments essentiels	1	1	\$36 000,00

17	La révision des outils de gestion	Existence des outils de gestion	1	1	\$47 600,00
18	Le renforcement des compétences des pharmaciens et des gestionnaires de stock des structures de santé en gestion et approvisionnements	Nombre des pharmaciens formes	1	5	\$286 000,00
19	L'organisation de comite des gestions des déchets	Existence des rapports d'activités de comite des gestions des déchets	1	5	\$23 900,00
20	L'élaboration des SOP de gestion des déchets	Existence des SOPs de gestion des déchets	1	1	\$47 600,00
21	L'élaboration des outils de gestion des déchets	Existence des outils de gestion des déchets	1	1	\$47 600,00
22	La dotation en équipements de protection, de collecte, de transport et élimination des déchets	Existence des documents attestant la dotation en équipements de protection, de collecte, de transport et élimination des déchets	12	5	\$932 500,00
23	La création de lieux de stockage spécifiques temporaires des déchets biomédicaux dans les structures sanitaires	Existence de lieux de stockage spécifiques temporaires des déchets biomédicaux dans les structures sanitaires	1	1	\$31 386 000,00
24	La dotation des hôpitaux d'incinérateurs ou d'autoclaves pour la destruction des déchets biomédicaux	Existence des documents logistiques attestant la dotation des hôpitaux d'incinérateurs ou d'autoclaves pour la destruction des déchets biomédicaux	1	2	\$2 160 000,00
25	Le renforcement des services des maintenances pour les équipements de la gestion des déchets	Existence des services des maintenances pour les équipements de la gestion des déchets	12	5	\$260 000,00
26	Le suivi-évaluation des activités de gestions des déchets	Existence des rapports d'activités	12	5	\$260 000,00
27	L'installation de structures de triage dans tous les établissements de soins selon leur taille	Existence de structures de triage dans tous les établissements de soins selon leur taille	1	5	\$260 000,00

28	La mise en place d'outils et supports techniques de triage	Existence d'outils et supports techniques de triage dans les triages	1	1	\$47 600,00
29	L'élaboration du module de formation sur le counseling et médiation de crise pour réduire les tensions entre usagers et équipes de triages	Existence du module de formation	1	1	\$47 600,00
30	L'élaboration du guide de formateur sur le counseling et médiation de crise pour réduire les tensions entre usagers et équipes de triages	Existence du guide des formateurs	1	1	\$47 600,00
31	La formation des équipes de triage en counseling et médiation de crise pour réduire les tensions entre usagers et équipes de triages	Nombre d'équipes de triage en counseling et médiation de crise	12	2	\$236 600,00
32	L'organisation des supervisions intégrées des unités de triage.	Nombre des supervisions intégrées réalisées dans les unités de triage	12	5	\$260 000,00
33	L'évaluation EHA dans les établissements de soins	Existence des rapports des évaluations EHA dans les établissements des soins	4	5	\$30 605 882,00
34	La mise en place des infrastructures EHA	Existence des infrastructures EHA	1	2	\$4 199 000,00
35	La mise en place du mécanisme d'entretien des infrastructures EHA	Existence des mécanismes d'entretien des infrastructures EHA	1	5	\$260 000,00
36	La création au niveau de chaque centre de soins un service EHA adapté et de suivi de qualité.	Existence des services EHA adapté et de suivi de qualité	1	1	\$360 000,00
37	La vaccination de l'ensemble du personnel de santé contre l'hépatite B et le tétanos avant de prendre ses fonctions	Existence des rapports de vaccination des personnels	1	5	\$8 504 000,00

38	La mise en place d'un système de signalement et de suivi des blessures (Protocoles adapté) liées à la manipulation d'objets pointus/tranchants ou contondants chez le personnel de santé dans tous les structurés de soins	Existence du système de signalement et de suivi des blessures (Protocoles adapté) liées à la manipulation d'objets pointus/tranchants ou contondants chez le personnel de santé dans tous les structurés de soins	1	5	\$260 000,00
39	La création d'une base de données centralisée sur les blessures liées à la manipulation d'objets tranchants/pointus ou contondants	Existence de la base des données	1	1	\$25 000,00
40	L'analyse des données et la communication des résultats à toutes les parties prenantes	Existence du rapport d'analyse des données	12	5	\$10 000,00
41	Faire les tests de dépistages à titre volontaire	Existence des rapports de réalisation des tests de dépistages à titre volontaire	12	5	\$56 000,00
TOTAL					\$86 037 782,00

5. STRATEGIE 5 : PROMOTION DES MESURES DE SECURISATION DU PATIENT ET DU PERSONNEL SOIGNANT

N°	Activites	Indicateurs	Freq Annuelle	Freq Quinquennale	Cout Annuel
1	Organisation des journées de sensibilisation sur la PCI	Existence de rapports d'activités	1	5	\$75 000,00
2	Célébration de la journée internationale de l'hygiène des mains (JIHM, 05 Mai)	Existence de rapports d'activités	1	5	\$75 000,00
3	Célébration de la journée mondiale de la sécurité des patients (JMSP, 17 Septembre)	Existence de rapports d'activités	1	5	\$75 000,00

4	Organisation des congrès annuels nationaux et internationaux sur la PCI	Nombre de congrès réalisés avec Existence des rapports d'activités	2	5	\$150 000,00
5	Organisation des conférences	Nombre de conférences organisées avec Existence des rapports d'activités	4	5	\$60 000,00
6	Organisation des journées de partage d'expérience	Nombre de journées organisées avec Existence des rapports d'activités	1	5	\$60 000,01
7	Participation aux rencontres internationales sur la PCI	Nombre de rencontres auxquelles on a participé avec Existence des rapports d'activités	2	5	\$30 000,00
TOTAL					\$525 000,01

6. Stratégie 6 : Amélioration des conditions Eau, Hygiène et Assainissement

N°	Sous Activités	Indicateurs	Freq Annuelle	Freq Quinquennale	Cout Annuel
6.1.	Renforcer les mécanismes d'accès durable à l'eau potable de qualité et en quantité suffisante				
1	Elaborer les principes, les normes et directives pour assurer la sécurité sanitaire de l'eau potable en quantité et en qualité	Existence des principes, normes et directives sur la sécurité sanitaire de l'eau potable en quantité et en	1	1	47500

		qualité			
2	Elaborer les principes applicables dans des situations d'urgence sanitaires pour une gestion responsable et de qualité de la ressource eau.	Existence des principes applicables dans des situations d'urgence sanitaires	1	1	47500
3	Vulgariser les principes, les normes et directives pour assurer la sécurité sanitaire de l'eau potable en quantité et en qualité	Nombre des séances de vulgarisation	26	1	1235000
4	Rendre disponible les structures de contrôle de qualité de l'eau ainsi que les matériels et outils de contrôle	Existence des structures de contrôle de qualité de l'eau ainsi que les matériels et outils de contrôle	26	1	1235000
5	Assurer l'application des principes, des normes et des directives relatives a la sécurité sanitaire de l'eau potable en quantité et en qualité a tous les niveaux de la pyramide sanitaire.	Existence des rapports de suivi et évaluation	52	5	291200
6	Assurer le contrôle de la qualité de toute eau livrée par les entreprises du secteur public ou privé pour consommation par la population	Existence des rapports de contrôle	104	520	582400
7	Mettre en place les approches efficaces de surveillance de l'eau potable et de la qualité des eaux de baignade	Existence des mécanismes et procédures de surveillance de l'eau potable et des eaux de baignade	1	1	47500
8	Mettre en place services EHA dans les écoles et les établissements de soins de santé et enfin sur le suivi EHA	Existence des services EHA dans les écoles et les Ets SS	52	5	291200
9	Assurer le contrôle de la qualité de l'eau potable et de la qualité des eaux de baignade	Existence rapport des contrôles de la qualité des eaux	104	520	582400

10	Assurer une gestion responsable de la sécurité sanitaire des installations d'assainissement,	Existence des rapports de gestion responsable de la sécurité sanitaire des installations d'assainissement,	104	520	582400
6.2. Renforcer l'assainissement de base pour assurer les conditions sanitaires et d'hygiènes satisfaisantes					
11	Redynamiser / assurer de la mise en place d'un cadre de concertation avec les autres secteurs en renforçant l'approche <One Health>	Existence du cadre de concertation	1	1	47500
12	Développer les mécanismes et/ou principes à travers des textes légaux, des normes et des directives édictés par chaque ministère compétent en sa matière pour rendre salubre l'environnement de vie de la population par une gestion responsable dudit environnement.	Existence des textes légaux	1	1	47500
13	Développer les textes légaux pour bonne gestion des déchets solides, liquides et gazeux en péri-domiciliaire (gestion correcte des excréta et des ordures ménages, ...)	Existence des textes légaux	1	1	47500
14	Développer les textes légaux pour la lutte anti vectorielle (LAV)	Existence des textes légaux sur la LAV	1	1	47500
15	Vulgariser les différents textes légaux	Nombre des séances de vulgarisation des textes légaux	26	1	1235000
16	Sensibiliser la population sur la bonne gestion des déchets solides, liquides et gazeux en péri-domiciliaire (gestion correcte des excréta et des ordures ménages, ...)	Nombre des séances de sensibilisation	26	1	1235000
17	Mobiliser les autorités politico-administratives a l'appropriation des interventions relative à cette gestion.	Nombre des séances de mobilisation	26	1	1235000

18	Organiser la lutte anti vectorielle (destruction des gîtes larvaires, des cachettes des rongeurs, des oiseaux ou autres animaux réservoirs des maladies)	Existence des rapports des activités de LAV organisées	104	520	53242250
19	Redynamiser / assurer de la mise en place des brigades d'hygiène	Nombres des brigades d'hygiène mise en place	52	5	291200
20	Promouvoir le contrôle de gestion des excréta par l'amélioration de l'utilisation des latrines	Existences des rapports d'activités de contrôle de gestion des excréta	52	5	291200
21	renforcer l'appui aux ménages pour la construction de leur propre latrine et la réalisation de latrines dans les institutions.	Existence des rapports d'accompagnement des ménages dans la construction de leur latrine et celles des institutions	52	5	291200
6.3. Renforcer une meilleure hygiène					
22	Organiser les études et analyses anthropologiques et sociologiques pour fournir des évidences qui vont permettre de développement des stratégies de communication, des canaux et des messages adaptés à la communauté.	Nombre d'études réalisées	26	1	1235000
23	Développer les textes légaux, les normes et les directives assurant l'observance de l'hygiène de l'eau, l'hygiène des aliments, l'hygiène individuelle et le contrôle de la qualité de l'eau et des aliments.	Existence des textes légaux	1	1	47500
24	vulgariser les textes légaux, les normes et les directives assurant l'observance de l'hygiène de l'eau, l'hygiène des aliments, l'hygiène individuelle et le contrôle de la qualité de l'eau et des aliments.	Nombre des séances de vulgarisation des textes légaux	26	1	1235000

25	promouvoir les bonnes pratiques d'hygiène permettant la réduction des maladies transmissibles et celles non transmissibles.	Nombre d'activités de promotion des pratiques d'hygiène	26	1	1235000
6.4. Renforcer la coordination et le partenariat EHA					
26	Organiser les ateliers de plaidoyer pour l'acquisition des capacités en surveillance de la qualité de l'eau, des aliments ainsi que dans la lutte anti vectorielle et l'assainissement de base	Nombre d'atelier de plaidoyer organisés	26	1	1235000
27	Renforcer le cadre de concertation intra sectoriel, multisectoriel et avec les PTFs	Existence des différents cadres de concertation	1	1	47500
28	Mise en place d'un système de suivi, recherche et rapportage des données EHA	Existence du système de suivi, recherche et rapportage des données EHA	1	1	47500
29	Mettre en place le mécanisme d'implication de la communauté	Existence du mécanisme d'implication de la communauté	1	1	47500
30	Organiser les ateliers d'évaluation	Nombre d'atelier d'évaluation	26	1	1235000
6.5. Anticiper, Atténuer et Gérer les Risques					
31	Réalisation des évaluations des risques multiples et des vulnérabilités	Existence des rapports des évaluations des risques multiples et des vulnérabilités	26	1	1235000
32	Élaboration d'un plan de contingence/d'urgence	Existence d'un plan de contingence/d'urgence	1	1	47500
33	Mise en place des services WASH à l'épreuve du climat	Existence des services WASH à l'épreuve du climat	26	1	12350000
34	Réalisation des activités non structurelles avec les communautés	Existence des rapports d'activités non structurelles avec les communautés	104	520	12000000
35	Mise en œuvre des programmes de gestion intégrée des ressources naturelles	Existence des programmes de gestion intégrée des ressources naturelles	104	520	1040000

36	Mise en place des mécanismes de gestion et de partage des informations sur les catastrophes	Existence des mécanismes de gestion et de partage des informations sur les catastrophes	1	1	47500
SOUS TOTAL					96037950

7. STRATEGIE 7 : SUIVI ET EVALUTION DES ACTIVITES PCI A TOUS LES NIVEAUX

N°	Activités	Indicateurs	Freq Annuelle	Freq Quinquennale	Cout Annuel
1	L'élaboration des outils de suivi, de supervision et d'évaluation	Existence des outils de suivi, de supervision et d'évaluation	1	1	\$47 600,00
2	La validation des outils de suivi, de supervision et d'évaluation	Existence du rapport de validation des outils de suivi, de supervision et d'évaluation	1	1	\$47 600,00

3	La planification du suivi, de la supervision et d'évaluation	Existence du plan de suivi, de supervision et d'évaluation	1	5	\$47 600,00
4	L'analyse des résultats des rapports des suivis, des supervisions et des évaluations	Existence du rapport d'analyse des outils de suivi, de supervision et d'évaluation	1	5	\$15 000,00
5	La définition des orientations	Existence des orientations	1	5	\$15 000,00
6	La prise des décisions et leur notification	Existence du rapport du compte rendu de réunion de prise des décisions et des notifications	1	5	\$15 000,00
7	Identification les experts multidisciplinaires en suivi et évaluation	Existence du rapport d'identification des experts	1	1	\$0,00
8	Elaboration des modalités de fonctionnement de la cellule	Existence des modalités de fonctionnement de la cellule	1	1	\$47 600,00
9	S'assurer de l'existence d'un point focal PCI au niveau des établissements de santé	Existence des rapports de nomination des points focaux PCI au niveau des Ets SS	1	5	\$0,00
10	Assurer que les établissements de santé possèdent les procédures opérationnelles standards de la PCI et qu'ils les utilisent	Existence des Rapports de supervision attestant la présence et l'utilisation des SOPs	4	5	\$260 000,00
11	Assurer la formation en PCI du personnel de santé	Nombre de personnel forme en PCI	1	26	\$47 600,00
12	Suivi de la surveillance des infections associées aux soins au niveau des établissements de soin	Existence des Rapports de suivi des IAS et de transmission des données	12	5	\$15 000,00
13	Un plan de suivi et évaluation des activités PCI est bien défini au niveau des établissements de santé	Existence du plan de suivi, de supervision et d'évaluation des activités PCI dans les Ets SS	1	1	\$47 600,00

14	Un système de gestion de la charge de travail, du taux d'occupation des lits est bien défini	Existence du système de gestion de la charge de travail avec un organigramme bien défini et du rapport d'occupation des lits	1	1	\$47 600,00
15	Assurer un environnement bâti adéquat, la disponibilité des matériels et équipement pour la PCI	Existence des rapports d'évaluation de l'environnement et de la disponibilité des matériels et équipements PCI	12	5	\$260 000,00
16	Elaboration du module de formation sur le suivi et évaluation	Existence module de formation du suivi et évaluation	1	1	\$47 600,00
17	Elaboration du guide de formateur sur le suivi et évaluation	Existence guide du formateur du suivi et évaluation	1	1	\$47 600,00
18	Elaboration des référentiels des métiers et compétences	Existence des référentiels des métiers et compétences	1	1	\$47 600,00
19	Elaborer le plan de formation	Existence du plan de formation	1	1	\$47 600,00
20	Formation des auditeurs locaux et nationaux sur le suivi et évaluation	Nombre des auditeurs locaux et nationaux formés	26	1	\$47 600,00
21	Mise en place de la cellule de suivi des recommandations	Existence du rapport de la mise en place de la cellule de suivi des recommandations	1	5	\$60 000,00
22	Elaborer les outils de suivi des recommandations	Existence des outils de suivi des recommandations	1	1	\$47 600,00
23	Mise en place des modalités de partage des résultats	Existence des modalités de partage des résultats	1	1	\$47 600,00
TOTAL					\$1 306 400,00

Liste de personnes ayant contribués à l'élaboration du présent document

N°	Noms, Post-Noms et Prénoms	Fonction	Service	Téléphone	Adresse E-mail
1	Dr KALALA MULOWAYI Vital	Expert	DHSP/MSPHP	+243823101933	Vitalmulowayigmail.com
2	Mme NTUMBA TSHASHALA Honorine	Logisticienne	DHSP/MSPHP	+243816908014	
3	Mr KILUMBU BIMBALA Etienne	Chauffeur	DHSP/MSPHP	+243822089735	
4	Dr BYENDA WALONDO Benjamin	Expert	DHSP/MSPHP	+243817715244	benjaminbyendagmail.com
5	LUSAMBA NGOY Marceline	Experte	DHSP/MSPHP	+243819205840	Marcelilusambagmail.com
6	NGANDU MALONGA Alain	Expert	DHSP/MSPHP	+243810353371	alainngadu5gmail.com
7	Dr MPOYI wa MPOYI Christian	Expert	DHSP/MSPHP	+243822171338	Christianmpoyi600yahoo.fr
8	Dr KUMBA MUANDA Ange	Assistant du SG	SG/MSPHP	+243812278889	
9	Dr KAYOLO MABANA Aimé	Expert	DSE/MSPHP	+243826280476	
10	Ir ELENGA ILUNGA Maurice	Expert	PNHF/MSPHP	+243825291487	
11	Mr EBONGO ETEPE Patrice	Expert	DLS/MSPHP	+243819468970	
12	Mr MANSINSA DIABAKANA Philémon	Chef de Service LAV+IEC	PNLTHA/MSPHP	+243813659411	
13	Dr MASENGU ILUNGA Régine	Expert	DESP/MSPHP	+243815187945	Briginaelmasengugmail.com
14	Dr BOSAY BONOSAY Erick	Expert	DGOGSS/MSPHP	+243815835050	
15	Phcien KAPITENI	Expert	DPM/MSPHP	+243	
16	Dr Roger NGATSWI BENI	Chef de Division Recherche,	PNLS/MSPHP	+243812341806	
17	Trésor EKUTU	Chauffeur	DGLM/MSPHP	+243813085105	
18	Jeff MALANDA	Chef de Bureau	BHSP/DPS Kongo Central	+243813015901	
19	Dr BITILASI Franck	Chef de Bureau	BHSP/DPS Haut	+243817368378	

N°	Noms, Post-Noms et Prénoms	Fonction	Service	Téléphone	Adresse E-mail
			Katanga		
20	Dr KANKOLONGO Fabrice	Conseiller	Cabinet du MSPHP	+243811724637	
21	Dr MPOYI wa MPOYI Christian	Expert	DHSP	+243822171338	Christianmpoyi600yahoo.fr
22	Dr Felix	Superviseur PCI	Save the Children		
23	Dr MALU Gisèle		CDC Africa		
24	Dr KABENGELA Jolin		CDC Africa		
25	Dr Sylvestre		MDA		
26	Mr MUTOMBOKI Francklin		MDA		
27	Dr Michel		APSME		
28	Ir LONGANGE Theophile	Expert	DPS/Kinshasa	+243815013593	Longangekuyagmail.com
29	Ir MUKONGO KINGUNGU Christian	Expert en Eau	MRHE	0823835539	christianmukgmail.com
30	Mme ESANGOWALE Nadège		OMS		

BIBLIOGRAPHIE

1. Abad C, Fearday A, Safdar N. Adverse effects of isolation in hospitalised patients: a systematic review. *Journal of Hospital Infection*.76(2):97-102.
2. ARFAOUI CHEDIA, HAMZA RIDHA, ATTIA ANNABI THOURYA et coll. : Hygiène hospitalière et lutte contre les infections associées aux soins, Ouvrage collectif à l'usage des personnels soignants et des hygiénistes. Bizerte, Tunisie, Année 2008.
3. A, GUILLOTEAU : Principes de l'hygiène hospitalière, juin 2020.
4. Comité consultatif provincial des maladies infectieuses (CCPMI) : Pratiques exemplaires pour les programmes de prévention et de contrôle des infections en Ontario dans tous les établissements de soins de santé. 3e édition, Ontario, mai 2012.
5. DHSP : _Plan quinquennal VEA 2018-2022, draft janvier 2018.
6. EngenderHealth : Prévention des infections, Un guide de référence pour les professionnels de la santé 2è édition New York, 2014. www.EngenderHealth.org
7. ECDC. Annual epidemiological report on communicable diseases in Europe 2008. Report on the state of communicable diseases in the EU and EEA/EFTA countries: European Centre for Disease Prevention and Control 2008 [Available from: http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/0812_SUR_Annual_Epidemiological_Report_2008.pdf.
8. Évaluation des programmes de prévention et contrôle des infections au niveau des établissements de soins à l'aide d'outils standardisés de l'OMS, WHO IPC Global Unit 2018
9. Global Compact Network France : Les 17 objectifs de développement durable et leurs 169 cibles. France. www.globalcompact-france.org
10. Guide d'élaboration d'un plan stratégique national pour la prévention de la tuberculose, les soins et la lutte Méthodologie pour l'élaboration d'un plan stratégique national, OMS 2016.
11. Institut National de Statistique, Annuaire statistique RDC 2020, Mars 2021
12. Infection Prevention and Control Manual.
13. Ministère de la Santé : Enquêtes par grappes à indicateurs multiples 2013 -2014, MICS-Palu 2014 : Rapport final 3^{ème} enquête, RDC.
14. Ministère de la Santé : Enquêtes par grappes à indicateurs multiples 2017-2018, MICS-Palu 2018 : Rapport final 4^{ème} enquête, Décembre 2019, RDC.
15. Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Direction générale de la santé : Guide de bonnes pratiques pour la prévention des infections liées aux soins réalisés en dehors des établissements de santé, 2002.
16. Ministère de la santé du Guinée, Programme national de la prévention et de contrôle de l'infection, Aout 2016.
17. Ministère de la Santé, Hygiène et prévention ; Module de formation des Brigades d'hygiène et salubrité, 2022.
18. Organisation Mondiale de la Santé : modèle pour l'évaluation de la prévention et du contrôle des infections (PCI) au niveau des établissements de soins, 20...

19. Organisation Mondiale de la Santé : Manuel pratique provisoire pour la mise en œuvre nationale des Lignes Directrices de l'OMS sur les Principales Composantes des Programmes de Prévention et de Contrôle des Infections, Suisse WHO/HIS/SDS/2017.8.
20. Organisation Mondiale de la Santé : Lignes Directrices sur les Principales Composantes des Programmes de Prévention et de Contrôle des Infections au Niveau National et au Niveau des Etablissements de Soins de Courte Durée, Suisse WHO/HIS/SDS/2017.8.
21. Organisation Mondiale de la Santé : Normes essentielles en matière de sante environnementales dans les structures de soins, 2010.
22. Plan National de Développement Sanitaire recadré pour la période 2019-2022 : Vers la couverture sanitaire universelle, Sept 2018.
23. Pinneault Raynald et Carole Daveluy, La planification de la sante : concepts - méthodes- stratégies, Editions Nouvelles, Montreal Quebec ; 405 pp, 1995.
24. Politique nationale de l'hygiène et d'assainissement de base, Ministère de la Sante Publique ; 2013.
25. Plan national de sécurité sanitaire.
26. Organisation mondiale de la Santé. L'eau, l'assainissement et l'hygiène dans les établissements de soins de santé : état des lieux et perspectives dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2015 (Disponible à l'adresse http://www.who.int/water_sanitation_health/publications/wash-health-care-facilities/en/)
27. Organisation Mondiale de la Santé : Alliance mondiale pour la sécurité des patients : défi mondial pour la sécurité des patients, un soin propre est un soin plus sûr. Genève, 2005 – 2006.
28. Ordre des inhalothérapeutes du Québec : La Prévention des infections, guide de pratique clinique à intention des inhalothérapeutes cliniciens. Québec 2019.
29. Organisation mondiale de la Santé : Lignes Directrices sur les Principales Composantes des Programmes de Prévention et de Contrôle des Infections au Niveau National et au Niveau des Etablissements de Soins de Courte Durée. Genève, 2017.
30. Organisation mondiale de la Santé : Évaluation des programmes de prévention et contrôle des infections au niveau des établissements de soins à l'aide d'outils standardisés de l'OMS. WHO IPC Global Unit, Genève, 2018.
31. Organisation mondiale de la Santé : Modèle pour l'évaluation de la prévention et du contrôle des infections (PCI) au niveau des établissements de soins. Genève, 2018.
32. Organisation Mondiale de la Santé : modèle pour l'évaluation de la prévention et du contrôle des infections (PCI) au niveau des établissements de soins, 20...
33. Organisation Mondiale de la Santé : Manuel pratique provisoire pour la mise en œuvre nationale des Lignes Directrices de l'OMS sur les Principales Composantes des Programmes de Prévention et de Contrôle des Infections, Suisse WHO/HIS/SDS/2017.
34. Organisation Mondiale de la Santé : stratégie de l'OMS sur l'eau, l'assainissement et l'hygiène 2018-2025. 2019.

35. Ministère de la Santé, Hygiène et prévention, Politique nationale de l'HAB DHSP, 2014.
36. Ministère de la Santé, Hygiène et prévention, SRSS 2^e édition, 2010.
37. MSPHP, Plan National de Développement Sanitaire 2016-2020, Vers la couverture sanitaire universelle Mars 2016.
38. MSPHP, Plan National de Développement Sanitaire recadré pour la période 2019-2022, Vers la couverture sanitaire universelle septembre 2018
39. MSHP, Directions des ressources humaines, Rapport annuel d'activités 2017, Kinshasa, Mars 2018
40. Ministère de la santé du Guinée, Programme national de la prévention et de contrôle de l'infection, Aout 2016
41. Ministère de la santé et de l'hygiène, publique République de Mali Plan stratégique national d'amélioration de la qualité, hygiène et sécurité, Mars 2017.
42. Nations Unies : Convention Internationale relative aux Droits de l'Enfant.1989.
43. Royaume de Maroc, Plan stratégique national de prévention et de contrôle de la résistance aux antimicrobiens, 2018
44. UNICEF, child rights connect : convention relative aux droits de l'enfant, version pour les enfants
45. UNICEF : convention internationale relative aux droits de l'enfant, France, septembre 2003
46. UNICEF : Cadre mondial pour l'eau, l'assainissement et l'hygiène en milieu urbain. 2019

Ordonnance et Arrêté Ministériel

47. Arrêté ministériel n° 1250/CAB/MIN/S/013/MC/2006 du 04 juillet 2006 portant organisation et fonctionnement des services d'hygiène en République Démocratique du Congo.