

DOSSIER TECHNIQUE ET FINANCIER

**PROGRAMME D'APPUI INSTITUTIONNEL À LA CONCEPTION
ET LA MISE EN ŒUVRE DU PLAN STRATÉGIQUE DE
DÉVELOPPEMENT SANITAIRE DE LA VILLE DE KIGALI**

RWANDA

**CODE DGD : 3004466
CODE NAVISION : RWA 07 059 11**



TABLE DES MATIÈRES

TABLE DES MATIÈRES.....	2
ABRÉVIATIONS	4
RÉSUMÉ	5
FICHE ANALYTIQUE DE L'INTERVENTION	12
1. ANALYSE DE LA SITUATION DANS LA VILLE DE KIGALI	13
1.1 Les politiques d'Etat	13
1.2 Le système de Santé	15
1.3 Les enjeux à l'horizon 2020	18
1.4 Le contexte de l'appui belge santé à Kigali.....	24
2. VALIDATION DU DOCUMENT D'IDENTIFICATION.....	27
3. ORIENTATIONS STRATÉGIQUES DE L'INTERVENTION	29
3.1 Objectif général et objectif spécifique.....	29
3.2 Natures et axes d'intervention.....	29
3.3 Les bénéficiaires et les groupes stratégiques	31
3.4 Les organisations partenaires.....	33
3.5 Les localisations de l'intervention.....	34
4. PLANIFICATION OPÉRATIONNELLE	36
4.1 Objectif général	36
4.2 Objectif spécifique	36
4.3 Résultats attendus.....	36
4.4 Activités à mettre en œuvre.....	36
4.5 Les indicateurs et sources de vérification	64
4.6 Acteurs intervenant dans la mise en œuvre.....	71
5. HYPOTHESES ET RISQUES.....	72
5.1 Hypothèses et risques	72
6. RESSOURCES ET BUDGET	77
6.1 Ressources	77
6.2 Contribution des partenaires	77
7. MODALITÉS D'EXÉCUTION.....	79
7.1 Cadre légal.....	79
7.2 Structures d'exécution et de suivi	79
7.3 Responsabilités financières	84
7.4 Mécanismes d'appropriation des adaptations au DTF	89
7.5 Procédures de suivi-évaluation.....	89
8. THÈMES TRANSVERSAUX	91
8.1 Protection de l'environnement et développement durable.....	91
8.2 Economie sociale	91

8.3	Genre	92
8.4	Droits de l'enfant	92
8.5	VIH/SIDA.....	92
9.	ANNEXES	94
9.1	Annexe 1 : Cadre logique	95
9.2	Annexe 2 : Budget.....	106
9.3	Annexe 3 : Calendrier d'exécution.....	115
9.4	Annexe 4 : Chronogramme	117
9.5	Annexe 5 : Assistance technique long terme.....	122
9.6	Annexe 6 : Profil de poste personnel national.....	132
9.7	Annexe 7 : Description de l'Unité Santé Environnement de la Mairie de Kigali	139
9.8	Annexe 8 : Orientations de base sur la recherche action dans le programme	143
9.9	Annexe 9 : Schémas du montage institutionnel du PSDSK et du programme d'appui	146
10.	RÉFÉRENCES.....	150

ABRÉVIATIONS

AC :	Approche Contractuelle
AEDES :	Agence Européenne pour le Développement et la Santé-Bruxelles
AQ :	Assurance Qualité
ASC :	Agent de Santé Communautaire
ATI :	Assistant Technique International
BAD :	Banque Africaine de Développement
CdS :	Centre de Santé
CHUK :	Centre Hospitalier Universitaire de la ville de Kigali
CI :	Cadre d'Investissement
CSPH :	Cellule Santé Publique et Handicap
CTB :	Coopération Technique Belge
Delco :	Délégué à la Cogestion
DTF :	Dossier Technique et Financier du projet/programme
HDU :	Hôpital de District Urbain
EDPRS :	Stratégie de Développement Economique et de Réduction de la Pauvreté
IEC :	Information, Education, Communication
KFH :	King Faisal Hospital
MinAffEt :	Ministère des Affaires Etrangères et de la Coopération
Minaloc :	Ministère de l'Administration locale et des Affaires Sociales
MinEcoFin :	Ministère des Finances et de la Planification Economique
MinEduc :	Ministère de l'Education
MiniSanté :	Ministère de la Santé
PAE :	Plan d'Action Environnemental, faisant partie du Plan Stratégique
PAPSDSK :	Programme d'Appui institutionnel à la conception et la mise en œuvre du Plan Stratégique de Développement Sanitaire de la ville de Kigali
PBM :	Performance Based Management
PCA :	Paquet Complémentaire d'Activité, propre d'un hôpital de district
PMA :	Paquet Minimum d'Activité, propre d'un centre de santé public ou agréé
PSDSK :	Plan Stratégique de Développement Sanitaire de la ville de Kigali
PSE :	Plate-forme Santé Environnement, sous le lead de la Mairie de la ville
RA :	Recherche Action
RAFS :	Responsable Administratif et Financier Sectoriel
RIH :	Réseau Interhospitalier de la ville de Kigali
UPI :	Urban Planning and Infrastructure
UGP :	Unité de Gestion du Programme
USE :	Unité Santé Environnement, au niveau de la Mairie de la ville de Kigali
USFPE :	Unité Santé, Famille et Protection de l'Enfance du District Municipal
VVOB:	Vlaamse Vereniging voor Ontwikkelingssamenwerking en technische Bijstand (Flemish Association for Development Co-operation and Technical Assistance)

RÉSUMÉ

Ce Document Technique et Financier (DTF) est le résultat de l'étude de formulation du « programme d'appui institutionnel à la conception et la mise en œuvre du plan stratégique de développement sanitaire de la ville de Kigali », République du Rwanda, appuyé par la Coopération belge. Cette étude s'est déroulée à Kigali du 17 avril au 8 mai 2008 et du 15 au 21 juin 2008.

L'équipe a été dirigée par Dr Vicente Pardo Iniesta (médecin de santé publique espagnol travaillant pour compte d'AEDES), secondé de Mathieu Noirhomme (économiste de la santé belge indépendant) et, pour la première mission, du Dr Marc Sebaganji (médecin de santé publique rwandais) et Marc Sebagabo (sociologue rwandais).

Elle s'inscrit dans la politique de décentralisation opérée en 2006. Dans ce cadre, le Ministère de la Santé a délégué ses activités de coordination et de supervision aux districts administratifs au sein d'« Unités Santé, Famille et Protection de l'enfant ». La ville de Kigali en compte trois, chapeautées par une « Cellule Santé Publique et Handicap » intégrée dans la Mairie de Kigali. En outre, les attributions de la Mairie sont étendues à la conception et la mise en œuvre de programmes de santé spécifiques adaptés au secteur urbain, en respect de lignes dressées par le Ministère de la Santé. C'est là que se situera le principal point d'ancrage du futur programme de la coopération belge.

La présente formulation fait suite à une série d'études et visites préalables.

Au premier plan, l'étude sur le « plan stratégique de développement sanitaire pour la ville de Kigali 2006 – 2020 » finalisée par HERA-SHER en octobre 2006¹. Le titre peut prêter à confusion : cette étude ne définit pas le plan stratégique, mais (1) dresse une projection sur les besoins sanitaires de la ville de Kigali à l'horizon 2020 (tenant compte des évolutions démographiques attendues) ; (2) propose différentes pistes d'intervention pour le développement sanitaire. Elle a notamment permis d'atteindre un consensus essentiel au niveau du modèle organisationnel souhaité, à savoir : « doter la ville de Kigali d'une importante structure de projet qui viendrait en appui aux structures existantes (scénario 2) »².

Le document d'identification relatif à la présente formulation a été établi par le Ministère de la Santé du Rwanda et la Coopération belge en septembre 2007.

La visite de pré-formulation a été effectuée avec l'aide d'un expert santé de la CTB en février 2008 qui a clarifié les attentes sur l'architecture institutionnelle et stimulé une réflexion collégiale sur une série d'axes d'intervention (création de groupes de travail thématiques).

Une nette distinction s'impose entre le futur Plan Stratégique de Développement Sanitaire de la Ville de Kigali (PSDSK) et le programme de la coopération belge. Le PSDSK donnera le plan d'action macro dans lequel l'ensemble des partenaires de la ville de Kigali et du Ministère de la Santé seront invités à s'investir pour atteindre les objectifs sanitaires et environnementaux à l'horizon 2020. Le présent programme veillera lui à créer les conditions favorables à la conception et la mise en œuvre de ce PSDSK (sans le prédéfinir, ni prendre l'intégralité de ses besoins d'investissement à sa charge). En pratique, cela passera par (1) le développement du cadre institutionnel au niveau municipal, chargé de catalyser les interventions, y compris des partenaires ; (2) une série de premiers investissements prioritaires, nécessaires à pérenniser les actuels programmes en fin de parcours de la coopération belge, et à donner le coup d'envoi à l'opérationnalisation du futur PSDSK.

¹ HERA-SHER, 2006, *Plan Stratégique de développement sanitaire pour la ville de Kigali 2006 – 2020*. Etude dirigée par Dr Vincent Litt.

² *Ibid*, page 169

Ces interventions sont développées et articulées dans un cadre logique. Elles ont été soumises à discussion lors d'un atelier de planification consultatif qui s'est tenu le 6 mai 2008, à Kigali. Le Document Technique et Financier (DTF) a été discuté lors de deux séances de restitution organisée les 18 et 19 juin 2008 à Kigali rassemblant les principaux acteurs sanitaires et les autorités de la mairie de Kigali, du ministère de la Santé (MiniSanté), du Ministère des Finances et de la Planification Economique (MinEcoFin), du Ministère des Affaires Etrangères et de la Coopération (MinAffEt), de l'ambassade de Belgique et de la Coopération Technique Belge. Le présent DTF, soumis à l'ensemble des partenaires concernés, intègre les observations des différents intervenants.

Le Document Technique et Financier est structuré comme suit.

Dans la première section se trouve une rapide analyse de la situation et de l'influence qu'elle a eue sur nos choix stratégiques. Sont ainsi décrits la décentralisation avec le statut de la ville de Kigali et la situation de son système sanitaire. Les éléments essentiels de la croissance démographique et des besoins dans l'offre de soins sont précisés pour déboucher sur la vision du Plan Stratégique de Développement Sanitaire de la Ville de Kigali à l'horizon 2020

Après une analyse et validation du document d'identification dans la section 2, certains aspects des orientations stratégiques sont détaillés dans la troisième section avec notamment, les objectifs général et spécifique de l'intervention ; les axes et principes directeurs de l'intervention ; les bénéficiaires directs, indirects et les groupes stratégiques ; les organisations partenaires ; et les localisations de l'intervention.

La planification opérationnelle est exposée dans une quatrième section. Le cadre logique et la description des activités y occupent une place centrale. Elles sont résumées comme suit :

Objectif général : « *L'environnement sanitaire de la ville de Kigali est adapté à l'évolution des besoins de la population* »

Comparativement à la formulation initiale incluse dans le document d'identification³, l'objectif général reformulé ici met l'accent sur l'« *environnement sanitaire* », qui dépend non seulement du système de santé (l'offre de soins), mais également de la demande de soins (« *besoins de la population* ») et des déterminants environnementaux de la santé. Cette reformulation induit également une vision évolutive (« *est adapté à l'évolution des besoins* »), suggérant les besoins croissants liés à l'évolution démographique d'ici 2020. Enfin, la « *population* » suggère en premier lieu les habitants de Kigali Ville, sans exclure tout non-résident nécessitant les soins de troisième échelon du Centre Hospitalier Universitaire de Kigali (CHUK).

Objectif spécifique : « *La Ville de Kigali met en œuvre le Plan Stratégique de Développement Sanitaire de la ville de Kigali (PSDSK) de façon concertée avec ses partenaires* »

Cet objectif spécifique met l'accent sur l'outil par lequel l'environnement sanitaire s'améliorera (le PSDSK) et l'organe charnière de sa conception et de sa mise en œuvre (la ville de Kigali). Il met l'accent sur le besoin de synergie avec l'ensemble des partenaires des secteurs santé & environnement.

Résultat 1 : « *La ville de Kigali et ses districts adaptent efficacement leurs instances de gestion chargées de la santé et de l'environnement pour répondre à son rapide développement.* »

³ Pour rappel : « *L'objectif général est d'établir un système de santé cohérent dans la ville de Kigali, afin d'assurer à la population des soins de santé de qualité et accessibles* ».

Les organes santé-environnement de la ville de Kigali sont les pivots coordonnant la mise en œuvre du PSDSK⁴. Le niveau municipal y occupe un rôle prépondérant (mairie et districts). Les besoins de renforcement se manifestent tant dans l'accomplissement des tâches quotidiennes actuelles que, a fortiori, dans l'extension des fonctions liées à la conception et mise en œuvre du PSDSK.

Cela pose une série de défis avec au premier chef : le développement à partir de l'actuelle « cellule santé publique et handicap » vers une « Unité Santé Environnement » (USE) aux compétences élargies⁵ ; la clarification des responsabilités et interactions entre les organes publics de santé et environnement ; le soutien matériel, humain et méthodologique ; et l'acquisition des compétences nécessaires aux nouveaux défis. Sur cette base, l'USE devra être en mesure de piloter une feuille de route traduisant en actions le contenu et les orientations stratégiques du PSDSK. En appuyant techniquement les districts, elle coordonnera la production, la circulation et l'interprétation de l'information ; animera le dialogue entre niveaux national, municipal et communautaire, et identifiera les possibilités de synergies avec d'autres programmes, partenaires ou secteurs.

Les frais relatifs à ce résultat seront intégralement supportés par le présent programme.

Résultat 2 :

« Le PSDSK est élaboré et développé en coordination avec l'ensemble des partenaires santé environnement de la ville de Kigali »

La Mairie de Kigali, au travers son Unité Santé Environnement, et les districts municipaux au travers ses Unités SFPE seront les acteurs moteurs de la conception et la mise en œuvre du PSDSK. Ce n'en est cependant pas les acteurs uniques : le PSDSK résultera d'un consensus d'un ensemble de partenaires intéressés au développement de l'environnement sanitaire de Kigali Ville. Deux organes seront constitués / formalisés à cet effet.

- (1) Une Plate-forme Santé Environnement (PSE), qui aura, sous la direction de la Mairie de Kigali, une fonction de rassemblement des principaux partenaires pour traduire les orientations stratégiques du PSDSK en programmations concrètes et suivre leurs applications. Elle comprendra notamment les services ministériels concernés et les représentants nationaux des partenaires (ex : représentant résident CTB). Par ailleurs, elle comptera au besoin avec l'apport d'experts thématiques organisés en groupes de travail ad hoc.
- (2) Un cadre d'investissement (CI), mandaté par la PSE, pilotera les engagements budgétaires de l'ensemble des partenaires en vue du financement des actions décrites dans le PSDSK et mises en œuvre par l'USE. Il pourrait préfigurer un possible développement ultérieur vers un SWAP santé-environnement municipal.

⁴ Ils comprennent l'actuelle « cellule santé publique et handicap » de la Mairie et les trois « Unités Santé, Famille et Protection de l'Enfant de chaque district. Ils sont conceptuellement étendus aux équipes de supervision du premier échelon issue du personnel des hôpitaux de second échelon.

⁵ Une condition s'impose : qu'un consensus soit progressivement atteint avec le MINALOC (chargé de la décentralisation), sur la composition et les attributions de l'Unité Santé Environnement

Par ailleurs, des groupes de travail techniques seront mis en place par la PSE pour approfondir différentes thématiques du PSDSK et suivre aussi leur application. Ces groupes seront intégrés par des membres de la PSE, des experts externes et des membres du système de santé-environnement.

Cette activité ne générera que des frais de réunion, pour lesquels un budget sera prévu au programme.

Résultat 3 :

« L'offre de soins est complétée et augmentée pour répondre aux besoins de la population de Kigali »

L'augmentation de l'offre de soins est une des mesures nécessaires pour faire face à l'accroissement de la population d'ici 2020. Les investissements relatifs dans le cadre du futur PSDSK demanderont la participation d'une diversité d'acteurs. Le présent programme assistera la mairie de Kigali dans la coordination de ces investissements. Au premier échelon, il s'agit d'augmenter la couverture sanitaire en créant des nouveaux centres de santé et contractualiser les établissements privés. Différentes expériences pilotes seront testées à cet effet. Il faut également appuyer le second échelon pour qu'il garantisse (et dépasse) le paquet complémentaire d'activité des hôpitaux de districts. Le troisième échelon appellera des partenaires du PSDSK des investissements conséquents pour renforcer les hôpitaux de référence nationale de la ville, dont le CHUK qui continuera à être appuyé par le présent programme. L'intégration de l'ensemble de la pyramide sanitaire de la ville sera favorisée, notamment par la création d'un réseau inter-hospitalier (RIH) pour développer des activités communes aux hôpitaux de Kigali, renforcer leurs synergies et réaliser des économies d'échelle. Une instance de coordination (public-privé) sera créée au premier échelon. Les deux organes agiront de façon coordonnée.

Via les appuis structurels à l'USE et les USFPE évoqués ci-dessus, le programme donnera un soutien à la coordination du développement de l'offre de soins. En outre, il se propose de financer certains investissements inscrits dans la continuité des programmes belges antérieurs, ou pouvant générer des leçons opérationnelles inédites (recherche-action). Il s'agit notamment, sans que cette liste ne soit définitive ni exhaustive, à : assistance technique et coordination du RIH ; assistance technique et coordination des activités de maintenance biomédicale au sein du RIH ; certains investissements pour le renforcement des soins de troisième échelon (équipements liés à ses fonctions de base et autres besoins spécifiques), y inclus des fonctions de soutien et de gestion (continuité de l'informatisation, archivage...) ; construction de formations sanitaires de premier échelon pilotes. Ces investissements, discutés lors de l'atelier de planification, sont détaillés dans ce DTF.

Une enveloppe budgétaire est également prévue pour couvrir les besoins prioritaires en investissements environnementaux. Dans l'ordre de priorité, il s'agit de la mise en place d'un système des eaux usées dans les hôpitaux de Muhima et de Kibagabaga, d'une morgue publique d'au moins 30 corps et d'un incinérateur pour le traitement des déchets sanitaires de la ville. Ce volet sera géré en collaboration étroite avec le service de la ville responsable pour la Planification urbaine et Infrastructure.

Il est entendu que le programme ne peut couvrir l'ensemble des besoins, tant sanitaires qu'environnementaux. Les partenaires de PSDSK seront appelés à contribution. Cela concernera des besoins importants d'investissements en

infrastructures, matériels, et possiblement ressources humaines, mais aussi en expertises, études et renforcement des compétences. Pour rappel, le budget belge n'est « que » de 15 millions d'euros, face à une enveloppe minimale pour le développement de l'environnement sanitaire à l'horizon 2020 évalué par HERA-SHER à 75 millions.

Résultat 4 :

« La qualité de l'ensemble des soins et services de santé de la Ville de Kigali est améliorée »

La qualité des soins inclut deux dimensions principales: qualité technique (respect des protocoles, rationalité des prescriptions, etc.) et qualité de service (accueil, conseil, explications sur la maladie et le traitement...).

L'ensemble des interventions visant à améliorer la qualité s'inscriront dans les directives nationales venant du Ministère de la Santé. Certaines mesures vont déjà dans cette direction. Il s'agit notamment de l'approche contractuelle pour l'amélioration de la performance. Le programme accompagnera les directives gouvernementales sur cette stratégie, et testera des contractualisations spécifiques sur les équipes USFPE des trois districts. Le circuit de supervision sera clarifié et la circulation de l'information améliorée, en coordination avec le Ministère de la Santé. La formation continue des prestataires inclura l'analyse des résultats et une prise de décision basée sur l'évidence. Les questions de dotation de personnel (pour répondre à la croissance de la population) et de formation de base resteront sous l'autorité du Ministère de la Santé, mais la Mairie pilotera un budget de formation spécifique répondant aux besoins de formation additionnels générés par le PSDSK.

La qualité de service repose (en plus d'un bon niveau de qualité technique) sur des questions diverses comme les relations interpersonnelles (Niveau de confiance, respect, confidentialité, courtoisie, et capacité d'écoute, et de communication). Certains chercheurs parlent à ce sujet de « soins de santé centrés sur le patient ». Les approches liées à l'Assurance Qualité seront renforcées dans ce cadre. C'est une politique gagnant-gagnant : la qualité des soins est renforcée, la satisfaction des patients augmente, ils se tournent plus volontiers vers la structure de santé, qui voit ainsi sa patientèle et ses revenus augmenter.

Ce résultat demande principalement un support méthodologique d'adaptation des modalités de travail standards, incluant ateliers de formation et d'échange, éditions de manuels, etc. Ils seront appuyés par le programme. Sa mise en œuvre s'appuiera fortement sur les équipes de supervisions actuelles. Le programme prolongera en outre le financement belge de l'approche contractuelle sur les deux hôpitaux de districts de Muhima et Kibagabaga encore pendant une période de trois ans. Les supports en termes de recherche et de documentation du programme seront également financés. Les partenaires seront invités à s'investir sur les besoins additionnels, dépendant principalement de l'autorité du Ministère de la Santé : support aux instituts de formation nationaux, appui au financement du CHUK sous l'accréditation, encadrement des étudiants de 3^{ème} cycle...

Résultat 5 :

« La perception des soins chez les usagers et l'adhésion aux programmes de santé environnement dans la communauté sont améliorés »

Améliorer la disponibilité et la qualité de l'offre de soins est un complément indispensable à l'accès aux soins. Cela ne signifie pas pour autant que la population l'utilisera, ou sera satisfaite de ces services : *demand matters*. Le

Rwanda a poussé cette réflexion très loin avec le développement impressionnant du réseau mutualiste, des agents de santé communautaires et autres. Le programme appuiera sur cette base, des actions valorisant la perception de la qualité des services, les préférences des utilisateurs, la lutte contre les barrières sociales, stigma, discrimination, groupes cibles particulièrement vulnérables (adolescents, scolaires, etc.).

En pratique la Mairie de Kigali et les USFPE des districts coordonneront, entre autres, les activités suivantes : renforcement des fonctions de représentation des patients (Cosa, agents de santé communautaires) ; développement d'espaces de concertations prestataires-clients ; enquêtes et études documentant les connaissances, préférences et comportement de la population en matière de soins de santé ; documentation de l'impact effectif des mutuelles de santé sur la population ; renforcement des réseaux d'agents de santé communautaires et les leaders locaux dans leurs missions de communication et d'actions préventives pour la santé ; actions spécifiques en matière d'hygiène et sanitation, incluant le soutien à des associations actives dans la gestion des déchets (ex : association de collecte des déchets pour leur transformation en briquettes combustibles), initier un programme pilote de santé scolaire en accord avec le MinEdu, etc.

Ce résultat demande principalement un support technique, et s'appuyant sur les acteurs existants (ou apportés par le programme) pour leur mise en œuvre. Les frais les plus importants concerneront les appuis aux ASC et leaders locaux, les études et la subvention éventuelle de modèles innovateurs de financement de la demande et autres.

Un exposé des principaux indicateurs et des acteurs intervenant dans la mise en œuvre clôture la quatrième section. Les acteurs essentiels sur le plan stratégique sont la Vice Maire des Affaires Sociales de la ville, le futur directeur de l'Unité Santé Environnement (USE), appuyé par l'Assistant Technique International (ATI) Délégué à la Cogestion (Delco), ainsi que les directrices des Unités Santé Famille et Protection de l'Enfant (USFPE) des districts de Nyarugenge, Kicukiro et Gasabo. Ils seront assistés par le personnel national existant et additionnel. Ils bénéficieront également d'appuis techniques spécifiques, notamment via un ATI médecin de santé publique et un ATI technicien en maintenance biomédicale sur une durée de trois ans. Sous réserve de leur disponibilité, le programme peut bénéficier des services de trois volontaires par la CTB (environnement, circuit de l'information et dynamique communautaire) sur toute la durée du programme.

La cinquième section parle des conditions externes qui doivent se vérifier pour que le programme puisse démarrer avec succès. La plus importante étant l'acceptation par les autorités rwandaises du montage institutionnel proposé. Suivi des hypothèses, exprimées en positif, de travail liées aux objectifs et résultats intermédiaires du programme et qui devront se vérifier dans chaque cas pour une exécution optimale. Ces mêmes éléments sont à considérer comme des risques pour chaque résultat que le programme doit suivre de près et se préparer à affronter le cas échéant.

La sixième section passe en revue les ressources et budgets nécessaires à la mise en œuvre. C'est une traduction en chiffres et en investissement du DTF. La contribution belge porte sur un budget de 15 millions d'euros répartis sur quatre années à partir de la date de démarrage du programme. L'appui structurel au niveau de la mairie (résultat 1), nœud stratégique du programme, ne consomme qu'une partie mineure du budget final (6%). Le gros du budget (70%) est affecté à des investissements sur l'extension et l'amélioration de l'offre de soins et sur les investissements environnementaux (résultat 3). Les frais généraux, incluant l'assistance technique internationale, restent en dessous de la barre des 15%. Le reste du budget (10%) se répartit entre développement

du PSDSK (résultat 2), amélioration de la qualité des soins et des services (résultat 4) et santé communautaire (résultat 5).

La septième section expose les modalités d'exécution du programme, détaillant le cadre institutionnel du programme, les responsabilités techniques, administratives et financières, les procédures de rapportage, d'adaptation du DTF et les options prises en termes de suivi et évaluation du programme.

La contribution et l'impact attendu du programme sur les thèmes transversaux supportés par la coopération belge au développement (protection de l'environnement, genre, économie sociale, droits de l'enfant, VIH/SIDA/Santé Reproductive) sont abordés dans la huitième section

La section 9 contient les annexes et la section 10 les références bibliographiques.

L'équipe de formulation tient à remercier la Mairie de Kigali, en particulier l'équipe de la Vice Maire des Affaires Sociales, le Ministère de la Santé, le personnel de la CTB à Bruxelles et au Rwanda, avec une mention spéciale pour les ATI sur place, l'attaché santé de l'Ambassade de Belgique et l'ensemble des partenaires rencontrés, notamment les responsables des hôpitaux et des unités santé des districts. A tous, un grand merci pour leur disponibilité et leur précieuse contribution à l'élaboration de cette formulation.

FICHE ANALYTIQUE DE L'INTERVENTION

Titre de la prestation	Programme d'appui institutionnel à la conception et la mise en œuvre du plan stratégique de développement sanitaire de la ville de Kigali
Pays Partenaire	Rwanda
N° d'intervention DGCD	3004466
Code Navision CTB	RWA 07 059 01
Secteur (codes CAD)	12110
Institutions partenaires	Mairie de la ville de Kigali Ministère de la Santé
Contribution du pays partenaire	200.000 €
Contribution belge	15 000 000,00 €
Contribution totale	15 200 000,00 €
Durée de l'intervention	48 mois pour l'exécution
Objectif général	L'environnement sanitaire de la ville de Kigali est adapté à l'évolution des besoins de la population
Objectif spécifique	La Ville de Kigali développe et met en œuvre le Plan Stratégique de Développement Sanitaire de la ville de Kigali (PSDSK) de façon concertée avec ses partenaires
Résultats intermédiaires	Résultat 1 : « La ville de Kigali et ses districts adaptent efficacement leurs instances de gestion chargées de la santé et de l'environnement pour répondre à son rapide développement. » Résultat 2 : « Le PSDSK est élaboré et développé en coordination avec l'ensemble des partenaires santé et environnement de la ville de Kigali » Résultat 3 : « L'offre de soins est complétée et augmentée pour répondre aux besoins de la population de Kigali » Résultat 4 : « La qualité de l'ensemble des soins et services de santé de la Ville de Kigali est améliorée » Résultat 5 : « La perception des soins chez les usagers et l'adhésion aux programmes de santé environnement dans la communauté sont améliorés »

politiques et le cadre réglementaire et appuie le Gouvernement Local (GL) dans le renforcement de ses capacités, son financement, suivi et évaluation.

La Province est responsable de la coordination, supervision et suivi/évaluation de l'application des plans de développement des Districts. La Ville de Kigali fait de même pour ses 3 districts et est chargée de la planification stratégique de son développement urbain. Les Districts sont chargés du développement économique local et la fourniture des services publics. Le Secteur est le point focal où la population reçoit ces services et où s'organise la participation communautaire, avec la collecte de l'information. La Cellule est responsable de l'évaluation des besoins et sa priorisation et de la mobilisation des actions communautaires. Finalement, l'Umudugudu est chargé de la construction de la coopération et solidarité entre les membres de la communauté. Le développement de ces fonctions est piloté par le Minaloc, et dans cette dynamique sont unis et engagés tous les ministères et institutions nationales⁶. A l'heure de la formulation, la décentralisation en est à sa Phase II (2006-10) axée sur le développement du niveau District. Elle sera suivie par la Phase III, qui poussera le processus de décentralisation jusqu'au Secteur. Ce programme d'appui de la coopération belge s'exécutera à cheval entre ces deux phases de la décentralisation.

1.1.2 Le statut de la ville de Kigali

En janvier 2006, la ville de Kigali est passée de huit à trois Districts administratifs (Gasabo, Nyarugenge et Kicukiro) et de 43 secteurs à 35. En même temps, la superficie de la ville a plus que doublé pour atteindre 730 km² répartis en zones urbaines, semi-rurales et rurales. La population se situe en 2008 autour de 1.000.000 d'habitants et la densité moyenne est de 1.265 hab./km². Kigali abriterait 45% du total de la population urbaine du Rwanda⁷.



La Ville de Kigali, située administrativement au niveau des provinces, est en plus la capitale de la République du Rwanda ce qui lui confère un statut particulier : la double décentralisation. D'une part la Mairie est dotée d'une administration propre, d'une personnalité juridique et elle jouit d'une autonomie administrative et financière. Elle est administrée par son Conseil Urbain⁸ avec le support d'autres organes comme le Comité exécutif, le Comité de sécurité et le Secrétariat exécutif. D'autre part, en parallèle, chacun des trois districts de la Ville de Kigali dispose d'une administration propre et jouit d'une personnalité juridique, d'une autonomie administrative et financière, et est administré par son Conseil sans

préjudices des décisions du Conseil de la Ville de Kigali et de la Loi.

Dans son document appelé « *Making Decentralized Service Delivery Work* »⁹, le Minaloc définit clairement les rôles et les responsabilités de chaque niveau d'administration territoriale. Le tableau ci-dessous présente les fonctions qui concernent la Ville de Kigali.

⁶ Minaloc, August 2007, *Rwanda Decentralization Strategic Framework. Towards a sector-wide approach for decentralization implementation*. Kigali, Republic of Rwanda

⁷ Analyse menées sur les données du Recensement de la population de 2002.

⁸ Article 5 de la Loi N° 10/2006 du 03/03/2006 portant sur l'organisation et fonctionnement de la ville de Kigali.

⁹ Surtout dans son Annexe 1 « La Matrice de rôles & responsabilités pour la livraison de service décentralisé »,

Mission et responsabilités de la Ville de Kigali

Vision	- Un développement sociopolitique et économique durable, dans le pays et dans la région : Kigali sera une ville modèle dans le pays, dans la région et même dans l'Afrique entière
Objectifs Généraux	- Déterminer, coordonner et élaborer des programmes de développement fondés sur la promotion de la compétitivité aux niveaux nationaux et régionaux - Concevoir un projet de développement urbain favorable à l'environnement - Orienter et coordonner les activités de développement des Districts de la Ville
Responsabilités	- Elaborer les plans urbains - Développer les capacités des services de la Ville, les Districts et les Secteurs - Elaborer et implémenter des programmes de développement pour la Ville - Coordonner et analyser les données statistiques essentielles du développement de la Ville - Promouvoir les investissements locaux et internationaux dans la Ville de Kigali - Implémentation, suivi, monitoring et évaluation des activités des District dans tous les secteurs

La spécificité de la Ville étant, qu'elle ne peut pas se limiter à être seulement un maillon intermédiaire dans l'application des politiques nationales vers les districts. Etant donné son caractère unique de pôle de développement urbain du pays, elle doit concevoir et planifier les réponses pour faire face aux défis posés par l'envergure et la croissance de sa population et son habitat, en y apportant des solutions globales qui dépassent les limites d'un district. C'est dans cette vision d'un développement durable pour la ville qui se trouve dans son « Plan de Développement pour la Ville de Kigali 2008-2012 » de décembre 2007 et approuvé par le Gouvernement en mai 2008 (Master Plan Kigali), que s'inscrit ce programme d'appui.

1.2 LE SYSTÈME DE SANTÉ

Ce chapitre présente la vision du système de santé qui est à la base de ce programme d'appui, avec deux considérations concernant l'évolution de l'appui sectoriel dans le pays, pour aborder ensuite les retombées de la décentralisation dans le système de santé du Rwanda et la description de l'offre de soins actuelle à Kigali, point de départ de ce programme d'appui.

1.2.1 La définition du système de santé

Le programme d'appui belge s'inscrit dans une vision holistique du système de santé, considéré comme un ensemble de structures devant assurer :

- Une responsabilité sanitaire pour une population précise ;
- Une organisation des soins curatifs, palliatifs, réhabilitatifs, préventifs et promotionnels (y compris la santé environnementale) et par des services complémentaires afin de fournir des réponses adéquates à tous les problèmes de santé en tenant compte des ressources disponibles. Ces services doivent être coordonnés afin de pouvoir assurer une bonne accessibilité des usagers aux différents échelons (y compris les soins du 3^{ème} échelon) et une circulation optimale de l'information ;
- Un fonctionnement cohérent des structures de gestion et de concertation permettant une appropriation par les communautés locales, les professionnels de santé et les administrateurs du système ;

- Des interactions constructives entre tous les acteurs concernés à tous les échelons du système, à commencer par les communautés locales en passant par les niveaux intermédiaires pour finir au niveau international, et y compris le secteur privé.

Cette conception globalisante est aussi celle promue par le MiniSanté pour encadrer les appuis des partenaires de développement externes. Au moment où la formulation de ce programme se fait, la plupart des partenaires du MiniSanté orientent leurs appuis vers une approche sectorielle dans la santé. En parallèle, un recentrage sur le système de santé intégré s'opère par les gros programmes de santé, comme le SIDA, TBC et autres, grands draineurs de ressources, qui, ayant tiré les leçons de leur application trop verticale, s'horizontalisent de plus en plus.

1.2.2 La Décentralisation dans le secteur santé rwandais

Le système de santé du Rwanda est hiérarchisé en trois niveaux de soins. Le premier niveau de contact avec la population est le centre de santé où un paquet minimum d'activités (PMA) a été défini ; le deuxième niveau des soins est l'hôpital de District (HD) qui est la première référence du système et où un paquet complémentaire d'activités (PCA) est aussi défini, et le troisième niveau des soins est constitué par les hôpitaux de référence nationale. Il regroupe les hôpitaux Centre Hospitalier Universitaire de Kigali (CHUK), Centre Hospitalier Universitaire de Butare (CHUB), King Fayçal Hospital (KFH), l'Hôpital Neuropsychiatrique de Ndera et l'Hôpital Militaire de Kanombe.

Le district sanitaire, qui était l'unité opérationnelle du système de santé jusqu'en décembre 2005, a cédé ses attributions au Gouvernement local décentralisé, le District Administratif. A l'intérieur de celui-ci, c'est l'Unité Santé, Famille et Protection de l'Enfance (USFPE) sous l'autorité du Vice-Maire chargé des Affaires Sociales, l'instance administrative chargée de gérer les centres de santé et les hôpitaux qu'il englobe et, en général, tout ce qui concerne la santé et l'hygiène dans la circonscription. La supervision technique et l'appui clinique aux centres de santé sont confiés aux hôpitaux de district.

Les Unités Santé, Famille et protection de l'Enfance des Districts sont composées comme suit :

1. Un Directeur (trice), qui coordonne l'unité,
2. Un(e) chargé de l'hygiène publique
3. Chargé des mutuelles de santé du district
4. Chargé du genre, promotion de la famille et protection des droits des enfants
5. Chargé de données sanitaires et épidémiologiques

Le 5^{ème} poste, chargé du circuit de l'information, n'a pas encore été couvert dans l'ensemble des USFE par manque de moyens budgétaires.

Cet éclatement des attributions de l'ancienne équipe cadre du district sanitaire entre l'USFE et l'hôpital de district n'est pas sans poser des très sérieux problèmes de coordination et de compétences. En effet, la plupart du personnel de santé qui formait l'ancienne équipe cadre du district a regagné l'hôpital, ce qui donne à celui-ci un pool de compétences et expérience très important pour mener son rôle de supervision du premier échelon. Par contre, les postes dans les USFE ont été couverts par un personnel non spécifiquement sanitaire et surtout, avec peu d'expérience, ce qui, de facto, rend très précaire leur autorité devant les responsables des hôpitaux et centres de santé, qu'ils sont chargés de gérer. Les USFE sont basés au siège du District Municipal, qui se trouve souvent éloigné de l'hôpital de district. Cela ne facilite pas les échanges entre ces deux équipes, qui partagent pourtant la responsabilité d'un système de santé de district vital pour la prise en charge de 95% des problèmes de santé de la population.

1.2.3 L'Offre de Soins dans la Ville de Kigali

Pour ce qui est des établissements de santé de premier contact avec la population, la Ville de Kigali dispose de 25 centres de santé (CdS) (17 publics, 7 confessionnels agréés, 1 agréé de la police) et 1 poste de santé (PdS). La norme actuelle du Ministère de la Santé est d'arriver à un centre de santé par secteur. Etant donné la distribution inégale des CdS existant, il y a encore 13¹⁰ secteurs dans la ville sans centre de santé. En prenant la norme précédente d'un CdS par 20.000 habitants, il faudrait encore créer et faire fonctionner 20¹¹ centres de santé additionnels dans l'ensemble du territoire de la ville. Précisément, concernant l'accessibilité géographique, la situation dans les secteurs issus de l'ancienne province de Kigali Ngali et faisant partie aujourd'hui du district de Gasabo n'est pas satisfaisante. Il en est de même vers le Sud-ouest et le Sud-est de la ville, qui est, par ailleurs, un important pôle de développement urbain.

Pour ce qui est de l'offre de soins privée, il existe une centaine de dispensaires privés, qui sont des structures de soins de premier échelon, tenues par des infirmiers. Ces structures doivent être enregistrées et suivies par les services de la Mairie. Ils sont très concentrés dans le centre ville, et s'étendent de plus en plus vers l'Est, en suivant la croissance urbaine vers ces zones. Par ailleurs, il existe une vingtaine de cabinets médicaux et cliniques privés avec présence de médecins généralistes et spécialistes, en général au centre ville.

Sur les soins hospitaliers, il convient de faire la distinction entre les hôpitaux de district et ceux du 3^{ème} échelon. Dans le premier groupe se trouvent :

- L'hôpital de Muhima, hôpital de district urbain (HDU), du District de Nyarugenge, 108 lits. Il fut longtemps concentré sur les activités de gynécologie-obstétrique et de néonatalogie, le temps de la rénovation (construction) du service au CHUK. Il est redevenu un hôpital de district début 2008. La construction d'un bâtiment de salles communes d'hospitalisation est en cours, sur financement de la coopération belge, ce qui portera l'effectif en lits à environ 250 lits.
- L'hôpital de Kibagabaga, HDU situé dans le District de Gasabo et comptant 200 lits, a été ouvert en octobre 2006 et financé par la coopération belge. Il compte des espaces et l'équipement pour fournir les services de base du PCA, soit la médecine interne, la pédiatrie, la gynécologie – obstétrique et la chirurgie générale.
- Le District de Kicukiro n'a pas d'hôpital de district. Il est prévu de commencer à le construire en 2008 (150 lits) dans le secteur de Masaka. Entretemps, l'hôpital militaire de Kanombe (289 lits) est entré dans l'organisation des Districts pour certaines activités (les supervisions des centres de santé ou la référence des patients des CdS du même District).

Dans le groupe des hôpitaux du 3^{ème} échelon ou de référence nationale se trouvent :

- Le CHUK (Centre Hospitalier Universitaire de Kigali), situé dans le District de Nyarugenge, est le plus central et le plus grand d'entre eux, (403 lits sans compter les lits de la maternité). Accessible pour l'ensemble de la population, le CHUK est l'hôpital le plus fréquenté et se trouve en permanence saturé de malades.
- L'hôpital Roi Fayçal (146 lits), situé dans le District de Gasabo, est un hôpital qui présente un très bon plateau technique mais l'offre de soins est délivrée à des tarifications bien plus élevées que le CHUK, ce qui le rend inaccessible pour la majorité de la population et, en conséquence, se trouve par périodes sous occupé.

¹⁰ Calculé sur base de la carte sanitaire montrée dans l'étude Hera/Sher avec la localisation des CdS et le découpage en secteurs de la ville.

¹¹ Ce calcul est basé sur le fait que les centres actuels couvrent en moyenne une population de 35.000 hab., (Hera/Sher) soit 15.000 en deçà des normes. $15.000 \times 26 (25\text{CdS}+1\text{PdS}) = 390.000 \text{ hab.} / 20 = 19,5 \text{ CdS}$.

- L'hôpital Militaire de Kanombe, déjà cité, possède un plateau technique et les spécialités d'un hôpital de 3^{ème} échelon, en particulier dans le domaine de la chirurgie orthopédique et la prise en charge des traumatismes et accidents. De moins en moins fréquenté par les familles des militaires, qui peuvent accéder aux cabinets privés concertés par leur compagnie d'assurance, l'hôpital est maintenant majoritairement fréquenté par la population générale environnante et appartenant au district de Kicukiro.
- L'hôpital psychiatrique de Ndera, situé dans la périphérie de la ville de Kigali (dans le District de Gasabo), est l'hôpital de référence nationale pour les cas de pathologies psychiatriques et psychologiques.

1.3 LES ENJEUX À L'HORIZON 2020

A la demande du Ministère de la Santé et de la Municipalité de Kigali, la coopération technique belge a financé une étude visant à élaborer un Plan de Développement Sanitaire sur la ville de Kigali, à l'horizon 2020. Finalisée en octobre 2006, l'étude HERA/SHER¹² a servi de point de départ au processus aboutissant à la mise en œuvre d'un programme d'appui au PSDSK et dont cette formulation fait partie.

En analysant les aspects urbanistiques, démographiques, sociologiques et de santé publique relatifs aux soins de santé dans la ville, l'étude présente, dans une perspective à long terme, les éléments nécessaires à prendre en compte pour permettre un développement cohérent de l'offre de soins dans la ville. L'analyse qui suit reprend largement les constats et conclusions de l'étude pour justifier la nécessité d'appuyer le futur Plan de Développement Sanitaire de la Ville de Kigali.

1.3.1 La croissance démographique dans la Ville de Kigali

La population de la ville de Kigali a évolué de deux manières : d'une part la superficie de la ville a augmenté progressivement au détriment de Kigali Ngali et la population, elle-même, a surtout augmenté sous un double effet de l'exode rural et du retour des populations réfugiées. En 1991, la population était de 235 664 habitants tandis que celle de 2002 était de 603 049 habitants soit un taux d'accroissement moyen annuel de 8,9%. Ce taux, élevé, est caractéristique des milieux urbains. Le Rwanda a toujours été parmi les pays les moins urbanisés d'Afrique, mais ces derniers temps, le rythme de croissance de sa population urbaine a plus que triplé en passant de 5,5 % en 1991 à 16,9 % en 2002 »¹³.

Sur base des projections démographiques sur 20 ans (2002-2022) réalisées en 2005 par le Service National de Recensement, l'étude HERA/SHER a réalisé une projection en quinquennats pour la ville de Kigali qui montre une forte augmentation du taux de croissance entre 2002 et 2012 suivie d'une diminution pour les deux quinquennats suivants¹⁴. Au niveau de l'ensemble de la ville de Kigali et de ses districts et secteurs, la croissance de la population variera compte tenu des hypothèses de développement urbanistiques retenues, selon une évolution comme suit :

¹² Le nom des bureaux d'études qui l'ont réalisée.

¹³ MUTIJIMA NKAKA Prosper, février 2005, *Perspectives et prospectives démographiques, 3^{ème} Recensement Général de la population et de l'habitat du Rwanda au 15 août 2002*, Rwanda, Kigali, Service National de Recensement, p. 76.

¹⁴ 4,8 % pour 2002-2007, 6,0 % pour 2007-2012, 5,6 % pour 2012-2017 et 5,3 % pour 2017-2020.

District	2002 (*)	2006	2007	2012	20017	2020	TAMA [%] 2002-2020
Gasabo	320 516	388 601	408 226	551 600	729 825	851 531	5,6
Kicukiro	207 819	263 534	279 898	403 935	556 539	667 112	6,7
Nyarugenge	236 990	271 041	280 422	340 782	418 967	469 920	3,9
Ville Kigali	765 325	923 176	968 547	1 296 317	1 705 332	1 988 564	5,4

(*) Structure administrative 2006

Une projection du futur pour chacun des districts municipaux de la ville peut être faite une fois ajoutées à cette analyse démographique les données sur la planification urbaine contenue dans le *Plan Stratégique Urbain* de la ville de Kigali (« *Kigali Master Plan* ») :

- Le développement urbanistique du district de Nyarugenge sera le moins important, non seulement parce que les quartiers les plus anciens de la ville s'y trouvent, mais aussi parce que le développement urbain est limité par une zone montagneuse dans l'Ouest. La population de Nyarugenge croîtra à un rythme de 3,9% par an c'est-à-dire qu'elle passera de 236 990 à 469 920 habitants.
- Le district de Gasabo profitera dans les 15 ans à venir d'un développement urbain dans la partie Sud du district. Vu le relief accidenté du Nord, le développement y sera très limité. La population du district de Gasabo va croître à un rythme de 5,6% par an c'est-à-dire qu'elle passera de 320 516 en 2002 à 851 531 habitants en 2020.
- Le district de Kicukiro a un potentiel important d'extension de quartiers urbains dans l'Est et le Sud-est. C'est le district qui connaîtra le développement le plus important de la ville. La population du district de Kicukiro croîtra avec un taux d'accroissement moyen annuel (TAMA) de 6,7% c'est à dire qu'elle passera de 207 819 à 667 112 habitants.

1.3.2 Les besoins pour la santé et l'environnement

1.3.2.1 Les Centres de Santé

Les questions d'extension de la couverture sanitaire étaient abordées dans l'étude HERA/SHER :

- a) D'une part sur l'extension des services des CdS existants délivrant un PMA incomplet. C'est le cas de certains centres des districts de Nyarugenge et Kicukiro qui ne font pas d'accouchements et contribuent fortement à la surcharge de l'hôpital de Muhima en accouchements eutociques.
- b) D'autre part, par la création de structures publiques ou contractualisation de structures privées. selon le ratio nombre d'habitants par centre de santé. Les projections étaient basées sur deux approches : 1) Si l'on conserve 20.000 habitants par centre de santé, sans contractualisation importante du secteur privé, il faut construire 80 centres de santé d'ici 2020 pour répondre à la croissance démographique ; 2). Miser sur des structures petites couvrant 7.500 usagers afin de garder des charges de travail compatibles avec la qualité des soins. Cette option était compatible avec la contractualisation de dispensaires privés. Pour couvrir la population avec ces structures, il faudrait envisager de 230 à 240 centres à installer ou à contractualiser à l'horizon 2020.

Cependant, la norme concernant la couverture des centres de santé a changé depuis et son implantation n'est plus liée au nombre d'habitants desservis mais à la circonscription

administrative : un centre par Secteur. Comme cité précédemment, dans l'actualité il reste encore 13 secteurs sans centre de santé, ce qui fixerait déjà l'ordre des priorités des futures implantations.

Par ailleurs, les divisions administratives vont probablement croître aussi en fonction de la croissance démographique, ce qui entraînera pour le futur des nouveaux secteurs à couvrir.

En résumant : pour répondre aux besoins d'une population en augmentation dans la ville de Kigali, la croissance de l'offre de soins au premier échelon pourrait se faire en tablant tant sur la complétude des secteurs, selon la norme actuelle, que sur une implantation variable en fonction de la population à couvrir (2 CdS pour certains secteurs) et la contractualisation des dispensaires privés existants ou à créer.

1.3.2.2 Les Soins Hospitaliers

En prenant en compte les projections des besoins hospitaliers de l'étude HERA/SHER, basée sur une Durée Moyenne de Séjour de 10 jours (déjà très élevée) avec un taux d'hospitalisation de 2,5 % et un facteur correcteur de 1,18 pour garder des taux d'occupation de 80%, le ratio de lits pour 1.000 habitants est de 0,8, soit 800 lits pour 1.000.000 d'habitants et donc 1.600 lits pour 2.000.000 habitants (2020).

Or, en mettant en rapport la situation actuelle (2008) avec la croissance démographique attendue, la capacité est suffisante pour couvrir les besoins au moins jusqu'en 2015¹⁵.

Ajoutée à cela la prévision de construction en 2008 d'un nouvel Hôpital de District Urbain de 150 lits pour Kicukiro dans le secteur de Masaka, qui pourrait être fonctionnel autour de 2010-2011, le matelas de sécurité sera encore amélioré en termes de capacité d'accueil hospitalier pour les prochaines années pour l'ensemble de la ville de Kigali.

Structure de santé	Nombre de lits	Durée moyenne de séjour (1)	Taux d'Occupation des Lits (2)
CHU Kigali	403	12	103 %
H Roi Fayçal	146	5	52 %
HM Kanombe	289	13	33 %
<i>Total hôpitaux 3^{ème} échelon</i>	<i>838</i>	<i>10</i>	<i>70 %</i>
HDU Muhima (Nyarugenge)	250	7	119 %
HDU Kibagabaga (Gasabo)	200	5	99 %
<i>Total Hôpitaux de district</i>	<i>450</i>	<i>6</i>	<i>109 %</i>
Total Hôpitaux Publics	1.288	8	95,4 %
Cliniques privées	141	3	27%
GRAND TOTAL	1.429	6,2	61%

(1) Nombre de journées d'hospitalisation / nombre de malades admis(2006)

(2) Nombre de journées d'hospitalisation / 365 / nombre de lits X 100 (2006)

¹⁵ Ces projections sont probablement d'autant plus « confortables » qu'elles ne tiennent pas compte d'une éventuelle croissance des hospitalisations privée ni des possibilités (hôpitaux de jour, suivis postopératoires...) des hospitalisations dans les centres de santé (404 lits !).

Ces projections reposent sur des hypothèses de croissance de la population qui demandent dans tous les cas un suivi continu et global sur la ville des indicateurs de gestion hospitalière (durée moyenne de séjour, taux d'admission, origines, taux d'occupation des lits, lits/habitant) ainsi qu'un suivi démographique.

Cependant, ce n'est pas tant la capacité en termes de lits qui pose actuellement problème mais plutôt le manque d'articulation et d'intégration du système. Les hôpitaux de districts ne sont actuellement pas en mesure d'assurer pleinement leur rôle de premier niveau de référence, en raison d'un paquet complémentaire d'activité incomplet. Le cas de Muhima est particulièrement emblématique à ce sujet. De même il y a encore un grand chemin à parcourir pour améliorer la gestion hospitalière pour, par exemple, réduire les durées de séjour et améliorer les différentes variables d'activité.

Ces différentes questions sont à la base de la proposition de constitution d'une instance chargée de la coordination des hôpitaux de la ville de Kigali, et qui aura, entre autres, pour mission :

- De mettre au point le système d'information coordonné entre les hôpitaux de la ville, permettant la continuité des soins des malades et de savoir d'où viennent les patients (district, ville, autres provinces...) ;
- Un système de gestion-information sanitaire qui qualifie les prises en charges pour en évaluation la pertinence, la durée de séjour...
- D'assurer un suivi démographique et planifier les développements hospitaliers futurs ;
- Une gestion coordonnée des hôpitaux de la ville en planifiant l'utilisation commune de ses ressources permettant des économies d'échelle et d'améliorer la qualité des soins offerts à la population.

1.3.2.3 La dimension de l'Environnement

Le souci pour l'environnement est au cœur même du concept de développement durable, objectif prioritaire dans les politiques nationales et objectif premier du Plan Stratégique de Développement de la Ville de Kigali. Le concept environnement étant très vaste, son inclusion ici obéit surtout à deux critères :

- Le lien entre la santé de la population et l'environnement physique dans laquelle elle vit ;
- La dimension des problèmes environnementaux que la ville de Kigali doit affronter eu égard de son développement urbain et démographique.

Les responsables de la Santé Publique savent que l'état de santé de la communauté est intimement lié au rapport avec son environnement dans des aspects divers comme l'accès à l'eau, la qualité de l'air, etc. Des questions comme l'habitat (pollution interne...), l'hygiène familiale et publique, la prévention à la prolifération de certains vecteurs (moustiques), la pollution de l'air, l'émission de gaz polluants (asthme infantile...), la distribution de l'eau propre (lutte contre les maladies diarrhéiques), le traitement et la gestion appropriée des déchets solides, sont autant de facteurs conditionnant fortement la santé publique. Or, ces facteurs agissent de façon concomitante sur les personnes ce qui demande d'analyser ces interactions de façon conjointe pour envisager des solutions efficaces et adaptées à l'ensemble de la population de la ville.

La ville de Kigali et ses districts sont confrontés à divers problèmes d'ordre environnemental, dont les principaux sont :

- La problématique des déchets liquides : l'ensemble de la ville a grandi sans planifier la gestion des eaux usées. L'actuel système d'égouts est de petite taille et il déverse sur les rivières voisines. Les fosses septiques, très utilisées, au niveau des ménages demandent une vidange périodique qui n'est pas couverte et est source de pollution. La mise en place d'un système des eaux usées dans les hôpitaux de Muhima et Kibagabaga constitue la priorité.

- La mise en place d'une morgue publique d'au moins 30 corps.
- Le manque d'une gestion globale des déchets solides. Cela concerne tant la collecte, le transport, la décharge et le recyclage des déchets.

L'ensemble de ces questions sont traitées de façon séparée par les différentes instances de la ville et des districts. Avec un souci d'efficacité et d'efficience il faudrait envisager la création d'une cellule « environnement-santé » au niveau de la mairie qui puisse, de façon unifiée, aborder cette problématique, et soit capable de :

- Renforcer la capacité de la ville de Kigali et ses districts de développer des stratégies et actions efficaces dans ce domaine.
- Planifier l'ensemble des actions à mettre en œuvre et coordonner leur mise en application en collaboration avec les districts de la ville.
- Réduire la charge (et le coût) en santé causée par des facteurs environnementaux pour des groupes particulièrement vulnérables, comme les enfants.

Des actions, tant transversales (information, mobilisation sociale, sensibilisation, promotion des actions communautaires), comme verticales (investissements en fosses septiques, bassin d'épuration de l'eau, arborisation, morgue municipale, incinérateurs) sont à envisager, le tout intégré dans un plan global qui inclurait les moyens et investissements nécessaires.

1.3.3 Le Plan Stratégique de Développement Sanitaire 2009-2020 pour la ville de Kigali

L'étude HERA/SHER avait été commanditée par les autorités rwandaises pour déboucher sur la conception et exécution d'un Plan Stratégique de Développement Sanitaire pour la Ville de Kigali-PSDSK. Les conclusions de l'étude, dont l'essentiel est reproduit plus haut, justifient avec des arguments techniques la nécessité d'un tel plan et donnent les principales orientations pour sa conception. En effet, ce n'est qu'à partir d'un plan directeur « santé » global et à long terme, auquel s'est ajoutée la dimension environnementale, pour l'ensemble de la ville de Kigali, qu'il sera possible de prendre des décisions judicieuses en matière d'investissement et d'extension des services de santé et de gestion des déchets, et cela aussi bien dans l'intérêt de la population de Kigali que dans l'optique du rôle que la ville est attendue de jouer comme capitale du pays.

Le PSDSK devrait être conçu pour être un outil efficace, permettant son application aisée par les Districts et la Mairie de la Ville de Kigali. Pour cela, le PSDSK peut être conçu tant comme un document que comme un processus. En tant que document il pourrait être défini comme « le texte de référence validé par les autorités (Conseil Urbain de la Ville, MiniSanté) et donnant les indications précises pour le développement sanitaire et environnemental de la ville de Kigali avec ses trois districts à l'horizon 2020 ». Son élaboration devrait suivre une logique de bas en haut en partant des districts vers l'ensemble de la ville et comptant avec l'apport des expertises techniques (études) nécessaires.

En tant que processus, le PSDSK se construirait par phases successives : il serait échelonné en trois étapes quadriennales: 2009-2012, 2013-2016 et 2017-2020. Le document de référence pour chaque étape serait élaboré suite au bilan de la précédente.

Dans sa structure, le Plan Stratégique inclurait les parties suivantes :

1. Les orientations stratégiques et normatives pour le développement santé-environnement de la ville.
2. Un plan de couverture sanitaire
3. Un plan d'action environnemental
4. Un Axe Transversal d'actions menées au niveau communautaire

5. L'organisation de sa mise en œuvre avec les organes de gestion et instances de concertation nécessaires.

1. La première partie du PSDSK fixera les principes d'action orientant les propositions contenues dans le document, en application des politiques nationales en matière de santé et environnement dans le contexte particulier de la ville de Kigali. Elle inclura les domaines d'activités concernés, les programmes et les acteurs institutionnels ou de la société civile actifs dans le territoire de la ville et appelés à participer dans la mise en œuvre du plan.

2. Le Plan de Couverture sanitaire serait axé sur l'amélioration de l'offre de soins pour assurer des services de qualité à la population de la ville et fixerait les besoins à couvrir prioritairement et les ressources nécessaires pour y parvenir (financières, infrastructures, équipement, personnel, etc.). Pour :

- L'offre de soins au premier échelon, entre les établissements publics, agréés et privés.
- L'offre de soins hospitaliers, entre les hôpitaux de districts et les hôpitaux de référence nationale.

Les actions pour améliorer la qualité de l'offre de soins et une meilleure intégration des 3 échelons du système de santé de la ville seraient aussi abordées.

3. Le Plan d'Action Environnemental fixerait les priorités sur base d'une analyse correcte de la situation¹⁶ et inclurait dans ses composantes:

- Collecte et traitement des eaux usées ;
- Construction d'une morgue publique
- Evacuation et traitement des déchets solides
- Aspects divers liés à l'hygiène et l'assainissement (prévention de vecteurs, pollution de l'air, amélioration de l'habitat urbain, marchés publics, etc.).

4. L'Axe Transversal au niveau communautaire appuierait des actions dans la communauté dans les différents domaines d'activité du Plan cités précédemment. Sont à envisager :

- Appui et renforcement technique aux associations communautaires liées à la santé et l'environnement,
- Un volet information, mobilisation sociale, sensibilisation,
- Analyse de la demande liée aux services de santé (perception des soins, habitudes culturelles, etc.)

5. L'organisation pratique de la mise en œuvre efficace du PSDS, fait référence à la structure à considérer pour son application. Le Conseil Urbain de la Ville de Kigali a décidé de suivre le Scénario 2 proposé par l'étude HERA-SHER. Celui-ci prévoit un renforcement technique qui se mettra en place dans la Mairie de la ville de Kigali et ses Districts, sous forme d'un programme d'appui et qui, précisément, est l'objet du renfort apporté par la coopération belge.

Le constat de départ étant que la structure actuellement en place sont composés d'équipes trop restreintes pour assurer l'ensemble des tâches d'un Plan Stratégique de cette envergure et que leurs profils professionnels et leur expérience ne couvrent pas la diversité des fonctions à remplir pour concevoir, mettre en œuvre et suivre un tel plan.

Les activités de routine comme les supervisions, les formations ou la coordination des recueils de données sont à elles-seules suffisantes pour occuper, voire surcharger, les cadres nommés à ces

¹⁶ La Banque Mondiale (BAD et autres) va financer une étude sur le « Schéma directeur de l'utilisation des eaux usées de la ville de Kigali » qui pourra servir pour budgétiser les stations d'épuration, dont les sites sont déjà identifiés.

postes, la Cellule Santé et Handicap de la Mairie (1 personne), et les Unités Santé Famille et protection de l'Enfance dans les Districts (ou 2 personnes actuellement s'occupent de la santé).

Pour déployer les fonctions essentielles de plaidoyer auprès des partenaires et potentiels partenaires de développement et les organiser autour d'une plate-forme commune, s'allier les compétences d'autres services nationaux, mobiliser les responsables des hôpitaux et institutions privées dans une dynamique de réseautage, il est nécessaire de disposer d'un « noyau » supplémentaire de personnes qui fassent le lien au quotidien et de manière proactive entre la planification et l'action, qui fasse appel, également de manière proactive, aux autres services compétents ou qui puisse gérer facilement des contrats de sous-traitance.

A souligner l'importance de créer une dynamique nouvelle avec les partenaires et principaux acteurs de la santé à Kigali, sous le leadership et coordination de la Mairie et le support du Ministère de la Santé, permettant leur participation active à l'exécution du PSDSK. Sous forme d'une plate-forme de concertation et suivi, cette structure pourrait donner lieu à des groupes de travail thématiques chargés de tâches concrètes liées à l'opérationnalisation du PSDSK ou l'évaluation périodique de son application.

1.4 LE CONTEXTE DE L'APPUI BELGE SANTÉ À KIGALI

Il est important de situer le futur programme, d'abord lié au contexte de l'appui belge et les nouveaux principes d'actions qui animent la démarche de la coopération belge et qui sont directement liés à cette la vision unitaire de l'appui au système de santé de la ville de Kigali défendue dans cette formulation, ensuite avec les autres programmes santé de la coopération belge à Kigali, par rapports auxquels il s'inscrit en assurant leur continuité.

1.4.1 Le programme d'appui au PSDSK dans le contexte de l'appui belge

La formulation de ce programme d'appui est placée sous les nouveaux principes animant les actions de la Coopération belge : recadrer son appui à la santé, un tiers de ses activités au Rwanda, dans une approche sectorielle en renforcement des politiques nationales. Dans cette optique, la Coopération belge applique le principe du double ancrage et appuie tant le niveau central et le niveau opérationnel, en stimulant l'interaction entre les deux.

Un autre principe important à considérer est la cohérence entre différents appuis : entre les appuis de la CTB dans le domaine de la santé, entre les appuis de la CTB et les appuis de l'aide bilatérale indirecte, entre les appuis belges et les appuis d'autres partenaires de développement. Concrètement pour la ville de Kigali il existe des synergies entre les intervenants suivants de la coopération bilatérale directe belge :

1. Appui aux districts de la ville de Kigali ;
2. Appui au Centre Hospitalier Universitaire de Kigali ;
3. Appui institutionnel au Ministère de la Santé ;
4. Appui au programme national de lutte contre le Paludisme ;
5. Appui au programme national de la Santé Mentale ;
6. Appui aux écoles de sciences infirmières du Rwanda ;
7. Appui sectoriel secteur santé (en collaboration avec la GTZ et d'autres agences et partenaires de développement).

Les deux premiers, en continuité desquels s'inscrit ce programme, sont décrits plus bas.

Ainsi, à partir de 2009, il ne subsistera que 3 axes d'action pour la santé au Rwanda: l'appui sectoriel secteur santé, l'appui institutionnel au Ministère de la Santé, niveau central, et l'appui à Kigali Ville, niveau opérationnel, et formulé dans ce document.

Un autre principe pris en compte est la cohérence entre différents appuis : d'abord ceux de la CTB dans le domaine de la santé (voir plus haut), ensuite entre les appuis de la CTB et les appuis de l'aide bilatérale indirecte, et les appuis d'autres agences et partenaires de développement. Ces derniers, sont traités plus loin dans ce document.

Pour ce qui est d'autres appuis de la coopération belge en général, les institutions bénéficiaires de ce programme, comme la Mairie de la Ville et les Districts Municipaux, pourraient sous certaines conditions bénéficier d'appuis au travers du CEPEx pour renforcer ses capacités, notamment dans les domaines de la gestion et l'administration. De même, il y a des possibilités de collaborations et d'aides dans les domaines de la formation paramédicale (VVOB) et de la coopération interuniversitaire.

1.4.2 L'appui au CHUK

L'appui de la Coopération Belge au Centre Hospitalier Universitaire de Kigali dure depuis de nombreuses années. L'étape actuelle a démarré après le génocide et la guerre de 1994, où la coopération a repris avec une nouvelle intervention de 4 ans (Appui au CHK 1996-2000), prolongée de deux ans. En 2002, une seconde phase a démarré « Appui au CHK 2002-2005 » avec un avenant qui a permis le renforcement du support d'ATI spécialistes médicaux. En novembre 2005, les membres du Comité de Concertation ont opté à l'unanimité pour une prolongation d'une troisième phase, justifiée par les faits suivants :

- Le Plan Directeur Hospitalier et le Plan Directeur Informatique, dressés en 2004-2005, venaient de démarrer et leur mise en œuvre méritait d'être menée à terme.
- La coopération belge dans son programme indicatif de coopération (PIC) pour 2008 prévoyait de continuer à appuyer le secteur de la santé mais sous la forme d'une approche « programme » par laquelle, l'appui belge interviendrait sous forme plus globale et intégrée au secteur santé. Comme le projet CHUK 2 se terminait en mai 2007, il fallait couvrir une période de transition de 18 mois pour préparer l'intégration de l'appui au CHUK dans le nouveau Programme, prévu pour octobre 2008.

Ainsi, le projet « Appui au CHUK 2007-2008 » aura une durée de 24 mois jusqu'au 22 octobre 2008.

1.4.3 L'appui aux 3 districts de la ville en matière de santé

La coopération belge appuie également, depuis de nombreuses années le système de santé de Kigali : D'abord à travers le projet « Appui aux soins de santé primaire de la Région sanitaire de Kigali » (prévu initialement de 1992 à 1996, mais interrompu par le génocide de 1994 et repris ensuite de 1996 à 1998). Ensuite, par le projet « Appui aux Districts de Santé de la Région sanitaire de Kigali » pour 4 ans (jusqu'en juin 2002), soit les districts de Muhima et de Remera qui couvraient la ville à cette époque.

Ce projet a été prolongé à plusieurs reprises jusqu'en mars 2004, afin d'éviter un gap avec les 3 projets suivants regroupés en 1 programme : Appui aux Districts de Santé de la Ville de Kigali, la Province de Kigali Ngali et au District de Santé de Kabgayi. Il a démarré au 3ème trimestre 2004, au moment où, suite à une première restructuration administrative, le District de Santé de Muhima recouvrait à lui seul toute la ville.

Dès 2006, le projet d'appui au District de Santé de la Ville de Kigali s'est adapté au processus de décentralisation (disparition des districts de santé et création des USFPE) ainsi qu'au nouveau découpage administratif. Le projet appuie les structures de santé de la ville au niveau de la Cellule Santé & Handicap de la Mairie de la Ville, des Unités Santé Famille des 3 Districts Municipaux, des hôpitaux de district ainsi qu'aux centres de santé publics et agréés, et il prendra fin, aussi en octobre 2008.

Comme ces interventions de la Coopération belge se terminent en 2008, la formulation doit veiller à ce que les objectifs de ces interventions soient incorporés dans ce programme d'appui au plan stratégique et sa mise en œuvre.

2. VALIDATION DU DOCUMENT

D'IDENTIFICATION

L'étude HERA-SHER d'octobre 2006 offre une photographie du système de santé de ville de Kigali qui est encore largement d'actualité à l'heure de la formulation. L'analyse de l'évolution démographique jusqu'en 2020 et les conséquences en termes de besoins sanitaires restent un cadre de référence pour la Mairie de Kigali et le Ministère de la Santé. Au niveau central, les récentes avancées majeures du Ministère de la Santé comprennent le développement du modèle mutualiste (rassemblant aujourd'hui 75% d'adhérents sur la population nationale) et de l'approche contractuelle liée à la performance, étendue à l'ensemble des formations sanitaires de 1^{er} échelon (...en processus de couvrir aussi le 2^{ème}) et adaptée en 2008 sous de nouveaux formats de supervision).

L'analyse dans le cadre de cette formulation recoupe globalement les orientations proposées par l'étude d'identification de septembre 2007. Certaines adaptations s'imposent cependant sur la forme et sur le fond.

Au niveau de la forme, la structuration du cadre logique est exprimée en un objectif général et quatre objectifs spécifiques. Uniquement le premier d'entre eux a été retenu (initialement intitulé « *l'appui au développement des plans stratégiques sanitaires de la Mairie de la Ville de Kigali et des Districts de Nyarugenge, Gasabo et Kicukiro* »), les trois autres étant fondus dans les résultats attendus proposés. A noter également que les objectifs demandent à être reformulés sous forme passive, pour être conforme au format CTB.

Au niveau du fond, la mission de formulation a apporté les adaptations suivantes :

- Création d'une distinction claire entre ce qui relève du programme belge et ce qui s'inscrit dans le cadre plus large du PSDSK¹⁷. Particulièrement, insistance sur la dynamique institutionnelle à créer par le programme avec l'ensemble des partenaires. Cette fonction de catalyseur est un apport essentiel du programme. Elle n'apparaît pas dans l'identification.
- Mise en évidence des besoins de renforcement structurel des équipes municipales et de districts chargés de la santé et de l'environnement. Le processus de décentralisation est récent et encore ouvert à évolution. Les difficultés rencontrées actuellement en termes de taille du personnel, compétences, définition des rôles et autres appellent une réponse appropriée du programme d'appui de la coopération belge, tant pour les activités de routine que pour celles relatives au développement du PSDSK.
- Intégration de mesures phares des politiques nationales de santé non abordées dans l'identification. Il s'agit ici en particulier des mutuelles, et plus largement des dimensions *demande de soins* et *accessibilité aux services de santé*. Des stratégies indirectes de financement de l'offre, telles que l'approche contractuelle, sont également concernées. Elles doivent figurer dans une perception holistique du secteur santé, en ligne avec les futures orientations du PSDSK. Le rôle de conception de politiques municipales accordé à la Mairie lui permettra notamment de tester des pilotes alternatifs, dérivés des modèles nationaux.
- Mise en évidence du besoin d'investissements environnementaux (particulièrement gestion des eaux usées, morgue et incinérateur) dans une vision de complémentarité des actions santé & environnement.

¹⁷ Des formulations telles que « *le développement des infrastructures de santé pour combler le déficit actuel [est appuyé]* » (ex-objectif spécifique 3) pourrait laisser entendre que la CTB accepte de prendre à sa charge l'intégralité du développement des structures sanitaires.

- Prise en compte des déterminants environnementaux de la santé, tant au niveau des individus (comportement, hygiène), de la ville (sanitation, infrastructures) et des structures sanitaires (gestion des déchets). Elle répond à une demande pressante des autorités municipales et nationales. Ceci suppose des investissements supplémentaires sous le futur PSDSK. Certaines interventions sont envisageables sous ce programme d'appui.
- Quelques corrections mineures. Ainsi la formulation du (premier) objectif spécifique mentionné ci-dessus table sur la création de plans stratégiques sanitaires pour Kigali Ville et chacun des districts. Ici, la demande est d'établir un PSDSK unique, à partir des plans des trois districts, sous la coordination de la Mairie.

Ceci a amené l'équipe de formulation à reformuler objectifs et résultats et à compléter les propositions initiales de dimensions additionnelles. Elles sont analysées en « 3 orientations stratégiques » et « 4 planification opérationnelle ».

3. ORIENTATIONS STRATÉGIQUES DE L'INTERVENTION

3.1 OBJECTIF GÉNÉRAL ET OBJECTIF SPÉCIFIQUE

L'objectif général du PAPSDSK est « *L'environnement sanitaire de la ville de Kigali est adapté à l'évolution des besoins de la population* »

Comparativement à la formulation initiale incluse dans le document d'identification¹⁸, l'objectif général reformulé ici met l'accent sur l'« *environnement sanitaire* », qui dépend non seulement du système de santé (l'offre de soins), mais également de la demande de soins (« *besoins de la population* ») et des déterminants environnementaux de la santé. Cette reformulation induit également une vision évolutive (« *est adapté à l'évolution des besoins* »), suggérant les besoins croissants liés à l'évolution démographique d'ici 2020. Enfin, la « *population* » suggère en premier lieu les habitants de Kigali Ville, sans exclure tout non-résident nécessitant les soins de troisième échelon du Centre Hospitalier Universitaire de Kigali (CHUK).

L'objectif spécifique du PAPSDSK est « *La Ville de Kigali met en œuvre le Plan Stratégique de Développement Sanitaire de la ville de Kigali (PSDSK) de façon concertée avec ses partenaires* »

Cet objectif spécifique met l'accent sur l'outil par lequel l'environnement sanitaire s'améliorera (le PSDSK) et l'organe charnière de sa conception et de sa mise en œuvre (la ville de Kigali avec ses districts). Il insiste sur le besoin de synergie avec l'ensemble des partenaires des secteurs santé & environnement.

L'objectif spécifique traduit une conception d'un programme axé sur le renforcement d'un environnement constructif et dynamique qui stimule tous les acteurs concernés (locaux et internationaux) à s'inscrire dans une vision commune, d'ici 2020, pour le développement cohérent et négocié du système de santé de la Ville de Kigali et la résolution de ses problèmes environnementaux, au bénéfice et avec l'implication active de la population de Kigali. Cela passe par la promotion et création de cadres de communication et participation entre les acteurs clés, permettant leur mobilisation autour d'un projet fédérateur. Au-delà des ressources traduites en résultats, c'est l'alliance active du capital humain dans une même direction qui est au cœur même de la conception de ce programme d'appui.

Il est, par ailleurs, en cohérence avec les principes de la Déclaration de Paris, et la politique nationale qui prône de mener chaque intervention selon une approche sectorielle et les intégrer dans un cadre global.

3.2 NATURES ET AXES D'INTERVENTION

Une nette **distinction** s'impose entre le futur **Plan Stratégique de Développement Sanitaire** de la Ville de Kigali (PSDSK) et le présent **programme d'appui institutionnel**. Le PSDSK donnera le plan d'action macro dans lequel l'ensemble des partenaires de la ville de Kigali et du ministère de la Santé seront invités à s'investir pour atteindre les objectifs sanitaires et environnementaux à l'horizon 2020. Le présent programme veillera lui à créer les conditions favorables à la conception et la mise en œuvre de ce PSDSK (sans le prédéfinir, ni prendre l'intégralité de ses besoins

¹⁸ Pour rappel : « *L'objectif général est d'établir un système de santé cohérent dans la ville de Kigali, afin d'assurer à la population des soins de santé de qualité et accessibles* ».

d'investissement à sa charge). Il s'agit d'une première phase d'intervention de quatre ans, appelée à attirer l'intervention d'autres partenaires, tant sur cette période que sur les douze années à venir.

Le nœud stratégique du programme réside dans le **renforcement structurel** des institutions au niveau municipal et districts. C'est notre premier axe d'intervention. Il s'inscrit en lien avec la politique nationale de décentralisation. Les équipes sont actuellement insuffisantes. Il s'agira de les renforcer quantitativement et en capacités, pour leur permettre de relever les défis du PSDSK.

La mairie – et particulièrement la future **Unité Santé Environnement** – sera chargée de catalyser les interventions des partenaires, et de les matérialiser dans la conception et la mise en œuvre d'un Plan Stratégique fédérateur. C'est un rôle de conception, de régulation et de coordination, sans lequel le PSDSK pourrait ne jamais voir le jour.

Les trois districts municipaux de Nyarugenge, Kicukiro et Gasabo – et particulièrement les **Unités Santé Famille et Protection de l'Enfant** en leur sein – veilleront à traduire les orientations en actions au sein des formations sanitaires et des dynamiques communautaires. C'est un rôle d'opérationnalisation du PSDSK qu'ils ont contribué à concevoir. A noter que la logique de décentralisation suppose de laisser une certaine autonomie aux districts dans leur prise de décision, dans les limites fixées par le PSDSK.

L'**offre de soins** est notre second axe d'intervention. Une série d'investissements prioritaires sont nécessaires pour donner le coup d'envoi au PSDSK. Ils peuvent être classés en quatre grandes catégories :

- Les investissements permettant d'assurer la continuité des programmes appuyés par le passé par la coopération belge ;
- Les investissements permettant de relever le niveau de prestation des formations sanitaires aux minima requis (ou au-delà) ;
- Des financements de démarches opérationnelles originales, apportant des solutions novatrices pour le développement de l'environnement sanitaire (recherche-action).
- Les investissements prioritaires sur les infrastructures environnementales

Le troisième axe d'intervention porte sur la **qualité de soins** avec une attention accrue sur l'une de ses dimensions : la **demande de la population**. Le gouvernement rwandais a instauré plusieurs politiques destinées aux patients (mutuelles de santé, réseaux d'agents de santé communautaires...). Elles restent cependant fortement pilotées par les formations sanitaires et les organes administratifs. Le présent programme inclut en complément une série de mesures axées sur la perception, satisfaction, les connaissances et le comportement de la population face à l'environnement sanitaire et aux soins de santé.

Le reste de notre stratégie peut se résumer en la série de points suivants :

Articulation Santé et Environnement. Il s'agit de rapprocher institutionnellement ces deux secteurs connexes, actuellement traités comme deux sujets distincts. Plusieurs raisons à cela : l'environnement est un facteur déterminant de la santé et le système sanitaire fonctionne avec des conséquences sérieuses pour l'environnement (déchets médicaux). A commencer par le PSDSK, qui intégrera un plan d'action environnemental. Dans la pratique, cette connexion se fera dans l'équipe travaillant au sein de l'Unité Santé Environnement ou vont collaborer le personnel chargé de ce domaine dans la Mairie avec des ATI et participer de l'ensemble de la dynamique de l'unité. Finalement, le programme d'appui, contribuera au plan d'action environnemental du PSDSK par une enveloppe budgétaire pour les investissements environnementaux prioritaires, des appuis dans le domaine communautaire et un travail de plaidoyer et de rassemblement des partenaires de développement potentiels pour les investissements plus lourds.

Créer un mouvement fédérateur. Le lancement d'une dynamique conjointe avec l'ensemble des partenaires vers une collaboration accrue dans le cadre du PSDSK est au centre de la conception

du programme. Les défis démographiques et sanitaires à l'échelle 2020 représentent une somme de besoins matériels et en infrastructures à inscrire à l'agenda du PSDSK. Il est admis d'emblée que le présent programme d'appui ne pourra en rencontrer qu'une partie. Il faut mettre donc l'accent principal sur la capacité des institutions (principalement Mairie) à rallier l'ensemble des partenaires autour d'un programme commun : elles représentent le moteur du développement de l'environnement sanitaire.

Ce mouvement fédérateur nécessitera des interactions et concertations intensives et constructives entre tous les acteurs concernés directement ou indirectement. Le schéma des interactions est représenté sous annexe.

Approche souple et progressive. Le PSDSK proposera des objectifs à l'horizon 2020 dont l'atteinte sera distribuée par étapes (par exemple 3 étapes de 4 années chacune). Les résultats devraient pouvoir être atteints du jour au lendemain. Les organes et leurs interactions prendront forme progressivement, l'offre et la demande se développeront au rythme des interventions, etc. Les événements des prochaines années ne peuvent pas non plus être prévus. Le PSDSK connaîtra des modifications. Cela suppose une certaine souplesse dans le programme d'appui.

Documenter le processus et les résultats. Les stratégies développées dans ce programme s'inscriront largement dans les lignes directrices nationales, mais déborderont également de ce cadre, soit pour répondre aux besoins urbains, soit pour tester des modalités alternatives d'intervention. Les résultats nourriront la réflexion sur les politiques nationales au niveau central, en parallèle avec d'autres projets dans d'autres districts. Cela suppose la définition d'un programme de documentation clair avant même le lancement du programme et un suivi continu par la suite.

Services à finalité publique. La finalité d'un prestataire de soins importe plus que son statut. Un prestataire privé ou agréé (confessionnel) peut avoir une vision de son travail tournée vers la population, tout comme un prestataire public peut n'être focalisé que sur son propre profit. En ce sens, le programme mettra l'accent sur les formations sanitaires qui développent (acceptent de développer) une réelle finalité publique, quel que soit leur statut légal.

Dépasser à terme les cloisons sectorielles. Ce programme met en évidence les déterminants environnementaux de la santé, et leur importance dans un PSDS. Les projets de développement restent trop souvent cloisonnés dans leur secteur et leurs activités. L'opportunité existe de renverser cette tendance, et d'initier une réflexion sur les ponts à tirer entre les différents secteurs influençant le développement sanitaire, économique et social.

3.3 LES BÉNÉFICIAIRES ET LES GROUPES STRATÉGIQUES

3.3.1 Les bénéficiaires directs

Population des trois districts de la mairie de Kigali: Les habitants des trois districts représentent les bénéficiaires immédiats de l'amélioration de l'environnement sanitaire. Il faudra un certain temps avant que l'offre de soins s'étende et s'améliore, que la gestion de l'environnement progresse, et que cela se traduise en termes de morbidité et de mortalité. L'horizon 2020 offre une échéance raisonnable. A plus brève échéance, ils bénéficieront des investissements environnementaux dans leur vie de tous les jours (qualité de l'eau, sanitation de l'environnement, odeurs, services de morgue...)

Mairie de Kigali et districts de Nyarugenge, Kicukiro et Gasabo. Comme évoqué ci-dessus, le programme table sur le renforcement structurel des entités en charge de la régulation, coordination et supervision des services de santé. L'objectif est de proposer une structure institutionnelle durable, en ligne avec la loi sur la décentralisation, mais proposant les ajustements nécessaires à la spécificité de la ville de Kigali et aux besoins du PSDSK. Ceci passe notamment par des compléments en personnel, un remodelage de l'organigramme, un appui intensif sur le

renforcement des compétences, et la mise en place ou le renforcement des lignes de communication et cadres de concertation.

Personnel de santé des formations sanitaires de la mairie de Kigali: Le programme propose une série de mesures visant à l'amélioration des conditions de travail, des politiques de formation, de rémunération et de ressources humaines qui bénéficiera globalement au personnel en place. Les soutiens à l'approche contractuelle et les budgets de fonctionnement alloués par le programme joueront ici un rôle important. Cela touchera en premier lieu les formations sanitaires publiques existantes, et s'étendra progressivement aux privés agréés et aux nouvelles formations publiques à créer.

Par ailleurs, la thématique liée à la santé de la mère sera expressément appuyée par ce programme, entre autres au travers l'habilitation des accouchements dans le premier échelon. La planification familiale reste une priorité de la politique nationale du MiniSanté et figurera à cette place dans le PSDSK. La PF a déjà au Rwanda une longue trajectoire et des partenaires de développement attirés ce qui rend moins nécessaire le financement par ce programme concret.

Mouvements associatifs et communautaires, mutuelles de santé : Le programme comporte un volet communautaire, qui bâtit sur les initiatives fructueuses déjà développées par le gouvernement du Rwanda. Il proposera des solutions alternatives aux faiblesses résiduelles du système mutualiste (mobilité interdistrict, équilibre financier aux deuxième et troisième échelons...). Il appuiera également les approches communautaires innovantes, notamment dans le domaine de la gestion des déchets. Enfin, une attention accrue sur les perceptions et attentes de la demande renforcera la voix de la communauté dans l'organisation des soins, la gestion des entités décentralisées, et pourrait mener à l'émergence de nouveaux mouvements citoyens.

3.3.2 Les bénéficiaires indirects

Population des autres districts du Rwanda: Les améliorations environnementales et sanitaires des districts de Nyarugenge, Kicukiro et Gasabo bénéficieront à tous les patients se présentant dans les formations sanitaires, qu'ils soient ou non-résidents de la ville de Kigali¹⁹. C'est particulièrement vrai pour le CHUK, qui a vocation d'hôpital de référence nationale pour l'ensemble de la population rwandaise. Si la réputation des formations sanitaires s'améliore, il est également possible que celles-ci attirent une population de l'étranger, comme c'est le cas pour des villes comme Nairobi.

Populations vulnérables: Il est important que certaines stratégies visent spécifiquement les populations vulnérables et indigentes, dans un souci de développement économique et de réduction de la pauvreté. Elles seront certainement parties intégrantes du PSDSK qui se développera à terme. Les possibilités sont plus limitées sous ce programme d'appui. Certaines approches pilotes peuvent toutefois être imaginées, telles des systèmes de subside des cotisations de mutuelles pour les ménages en incapacité de financer leurs soins de santé.

Décideurs et partenaires au niveau national et international. Le programme d'appui est un laboratoire d'idées nouvelles : (1) la thématique – comment gérer l'enjeu de la santé urbaine – se pose de manière croissante à l'ensemble des capitales des pays à revenus faibles et moyens ; (2) les stratégies abordées (financement de la demande, contractualisation de personnel administratif) recèlent encore un important potentiel d'apprentissage, à exploiter via des programmes pilotes respectueux des politiques nationales ; (3) certaines initiatives du programme (ex : réseau inter-hospitalier, santé scolaire) pourrait donner des leçons opérationnelles importantes.

¹⁹ Selon les estimations données par la Vice-Maire de la ville chargée des Affaires Sociales, plus de 200.000 rwandais non-résidents transitent par Kigali chaque jour.

3.4 LES ORGANISATIONS PARTENAIRES

Le programme d'appui institutionnel à la conception et à la mise en œuvre du PSDSK est une collaboration entre la mairie de Kigali, le Ministère de la Santé du Rwanda et la Coopération belge. Par contre, le PSDSK est appelé à rallier un grand nombre de partenaires additionnels. Tout acteur, présent ou à venir, investi sur les secteurs de la santé et de l'environnement sur les trois districts de la mairie de Kigali est un partenaire potentiel. Pour autant, aucun engagement formel n'a été pris au moment de la rédaction de ce DTF. A ce stade, les pistes les plus probantes sont :

Management Sciences for Health (MSH), ONG contractante d'USAID, qui apporte son expertise en gestion pour le développement de systèmes de santé durables. Ceci passe principalement via des activités d'appui institutionnel et de renforcement des compétences, tant au niveau du ministère de la Santé que des unités décentralisées. MSH collabore notamment avec la CTB dans le suivi de l'approche contractuelle dans les formations sanitaires de la mairie de Kigali.

IntraHealth, également un contractant d'USAID, conduit un programme d'appui à la décentralisation nommé Twubakane (« construisons ensemble » en Kinyarwanda). Il vise à accroître l'utilisation des services de santé par les populations et à renforcer les compétences des gouvernements locaux et des communautés pour l'amélioration des services. Ceci passe principalement par un appui institutionnel des organes régulateurs (Minaloc, MiniSanté, districts) et un appui technique à la mise en œuvre (santé communautaire, santé mère-enfant, mutuelles...) Les investissements structurels restent limités (quelques budgets d'installation, équipements, rénovation ; pas de construction, salaires ni frais de fonctionnement).

ONUSIDA coordonne les ressources de dix agences des Nations Unies²⁰ dans la réponse au SIDA et l'atténuation des effets de l'épidémie. Le coordinateur pour le Rwanda a affirmé un très grand intérêt d'ONUSIDA pour le PSDSK. Il s'est proposé de porter le PSDSK sur une discussion collégiale avec l'ensemble des agences des Nations Unies présentes au Rwanda. Outre les financements étiquetés SIDA, l'appui des Nations Unies pourrait être étendu sur le système de santé dans son ensemble. Cela demande toutefois le respect de conditions strictes de qualité du système de monitoring et de production d'indicateurs, et de prise de décision basée sur les résultats. Il est très probable que le Rwanda ne pourra pas remplir ces conditions dans les premiers temps, mais cela ouvre une perspective potentielle de croissance de l'appui des Nations Unies au PSDSK sur les douze années à venir. Parmi les agences onusiennes, figurent entre autres :

- La Banque Mondiale, qui finance l'approche contractuelle sur les centres de santé du pays (incluant la ville de Kigali) et montre un intérêt pour les clusters de la ville ;
- L'OMS, qui pourrait apporter un appui technique via le financement de bourses de longue durée, de formations, l'élaboration de manuels et documentation, ainsi que des projets de recherche peu onéreux.

L'ambassade de Chine a inscrit à son agenda la construction de l'hôpital de Masaka, dans le district de Kicukiro. Le projet est cependant sur la table depuis 2004 et la date de lancement du chantier reste actuellement inconnue.

La Clinton Foundation s'est vue attribuer par le Ministère de la Santé la tâche de tester un modèle « pilote » de planification des districts et l'harmoniser pour l'ensemble du pays. Au moment de la formulation, ce travail était presque fini pour tous les districts du pays sauf pour les trois de la ville de Kigali. Si cet outil est appelé à être validé par le Ministère de la Santé au niveau national, il est évident que les 3 districts de la ville devront l'utiliser pour leur planification, et en particulier dans le processus d'élaboration du PSDSK. L'intérêt de cette « non exclusion » des districts de la ville

²⁰ UNHCR, UNICEF, WFP, UNDP, UNFPA, UNODC, ILO, UNESCO, WHO, World Bank.

réside aussi dans le fait que ce nouveau « cadre de planification » est destiné à être utilisé de façon uniforme avec les potentiels partenaires de développement²¹. Or, ce travail de recueil de fonds est une des tâches essentielles à mener par la Mairie et le programme d'appui pour appliquer le PSDSK.

Certains partenaires de développement sont actuellement en mesure d'apporter un appui indirect à la ville de Kigali, via un support au niveau central (ministères) et des contributions dans les pooling funds qui se développent au Rwanda. Il s'agit notamment de DFID, la GTZ ou la fondation Clinton.

Certains partenaires n'interviendront d'aucune manière (directe ou indirecte) sur la ville de Kigali dans un avenir proche. Il s'agit notamment de la Coopération suisse qui concentre exclusivement son appui sur deux districts de l'ouest du pays.

3.5 LES LOCALISATIONS DE L'INTERVENTION

Le PAPSDSK a son ancrage principal dans la Mairie de Kigali, et particulièrement au sein de la (future) Unité Santé Environnement (USE). C'est à cet échelon que sera conçu et planifiée la mise en œuvre du PSDSK. Celle-ci aura lieu pour l'essentiel au niveau des districts de la ville, en particulier pour les investissements. Ceci impacte sur l'ensemble de l'environnement sanitaire. L'intervention se localise donc aux différents échelons, avec entre autres les activités suivantes (détaillées dans le chapitre « planification opérationnelle »):

- Activités sur la mairie de Kigali : adaptation de l'organigramme aux fonctions à assumer dans le cadre du PSDSK (création de l'USE) ; renforcement du personnel et développement des compétences ; développement du PSDSK en consultation avec l'ensemble des partenaires, définition des modalités d'intervention et suivi de la mise en œuvre, et organisation de la réflexion autour la mise en œuvre de ce programme et du PSDSK.
- Activités sur l'ensemble de la ville : toute la dynamique générée par la Plate-forme Santé Environnement avec l'ensemble des partenaires et acteurs sectoriels; les actions liées au Réseau Interhospitalier et ses différentes mises en commun de ressources et actions ; développement d'espaces de concertation et coordination entre les formations sanitaires interdistricts ; la mise en œuvre du plan d'action Environnemental et les investissements environnementaux financés par le programme.
- Activités sur les Districts (y compris les Secteurs) : renforcement du personnel des USFPE et développement des compétences ; mise en œuvre du PSDSK dans les structures sanitaires sous supervision ; appui aux activités de routine ; actions et investissements environnementaux en application du PSDSK.
- Activités sur les formations sanitaires : extension et renforcement de l'offre de soins ; développement qualitatif des soins et des services ; développement d'espaces de concertation et coordination entre les formations sanitaires intradistrict; soutien aux programmes de rétention du personnel.
- Activités au niveau communautaire : développement de la représentation de la population auprès des formations sanitaires, appui aux mesures destinées à favoriser l'accès aux soins et à améliorer l'environnement sanitaire ; développement d'initiatives spécifiques visant à l'efficacité des services préventifs et curatifs (ex : santé scolaire).
- Activités avec répercussions au niveau national : création d'un mouvement fédérateur autour du PSDSK ; partage sur les résultats de stratégies alternatives et novatrices (approche

²¹ La Gates Foundation aurait déjà exprimé son intérêt pour s'inscrire dans ce processus.

contractuelle USFPE, santé scolaire) ; animation de forums nationaux et internationaux ; contribution active à la réflexion sur, et au développement des modalités de coopération (approche sectorielle, appui budgétaire).

4. PLANIFICATION OPÉRATIONNELLE

4.1 OBJECTIF GÉNÉRAL

L'objectif général du PAPSDSK est « *L'environnement sanitaire de la ville de Kigali est adapté à l'évolution des besoins de la population* »

4.2 OBJECTIF SPÉCIFIQUE

L'objectif spécifique du PAPSDSK est « *La Ville de Kigali met en œuvre le Plan Stratégique de Développement Sanitaire de la ville de Kigali (PSDSK) de façon concertée avec ses partenaires* »

4.3 RÉSULTATS ATTENDUS

- Résultat 1 : « *La ville de Kigali et ses districts adaptent efficacement leurs instances de gestion chargées de la santé et de l'environnement pour répondre à son rapide développement.* »
- Résultat 2 : « *Le PSDSK est élaboré et développé en coordination avec l'ensemble des partenaires santé et environnement de la ville de Kigali* »
- Résultat 3 : « *L'offre de soins est complétée et augmentée pour répondre aux besoins de la population de Kigali* »
- Résultat 4 : « *La qualité de l'ensemble des soins et services de santé de la Ville de Kigali est améliorée* »
- Résultat 5 : « *La perception des soins chez les usagers et l'adhésion aux programmes de santé environnement dans la communauté sont améliorés* »

4.4 ACTIVITÉS À METTRE EN ŒUVRE

4.4.1 Résultat 1 : « La ville de Kigali et ses districts adaptent efficacement leurs instances de gestion chargées de la santé et de l'environnement pour répondre à son rapide développement »

Le renforcement structurel des instances de gestion de la mairie et des districts est la pierre angulaire du programme. Sans capacité de planification et de coordination, le plan stratégique pourrait ne jamais voir le jour.

Sous-résultat 1.1 : « Le cadre institutionnel et organisationnel des instances de gestion de la mairie et des districts est adapté pour rencontrer les défis du PSDSK »

Comme évoqué précédemment, la décentralisation initiée en 2001 a mené en 2006 à un remodelage des fonctions de coordination des activités sanitaires traduite en deux catégories d'acteurs dans la ville : (1) les trois Unités Santé Famille et Protection de l'Enfant (USFPE) des trois districts (Gasabo, Nyarugenge, Kicukiro) en charge de la coordination et de la supervision des services sanitaires publics et privés, ainsi que de l'hygiène et assainissement ; et (2) la Cellule Santé Publique et Handicap (CSPH) de la Mairie de Kigali, qui les chapeaute et a le pouvoir d'édicter des programmes de santé spécifiques adaptés au secteur urbain (en respect des lignes dressées par le MiniSanté).

En pratique, le fonctionnement de ces unités ne permet pas d'assurer toutes les fonctions qui leur sont dévolues de façon satisfaisante. Les insuffisances du personnel, tant numériques qu'en termes de profil, y sont pour beaucoup. (1) Numériquement : Au niveau des Districts, seulement quatre fonctions sur cinq sont remplies dans les USPFE²², faute de budget, signifiant notamment l'absence du chargé de l'information sanitaire. Au niveau de la Mairie : une seule personne tient les rênes de la CSPH, qui se trouve cantonnée dans des tâches administratives et de suivi. (2). En termes de profil : la pénurie de cliniciens dans le pays a mené le gouvernement à concentrer les médecins sur les hôpitaux et à positionner des diplômé(e)s de santé publique sans expertise médicale préalable à la tête des USPFE. Dans les faits, elles n'ont ni l'expérience, ni la crédibilité face à des médecins expérimentés pour orienter les activités sanitaires de leur district.

A l'heure de la formulation, les USPFE participent encore peu à tout le volet de la supervision du 1^{er} échelon demandant une expertise technique et qualitative, dans les mains des équipes de supervision des hôpitaux de districts²³. La répartition des tâches entre les trois organes est définie mais encore mal articulée. L'interprétation des responsabilités respectives fluctue. L'information sanitaire en offre une excellente illustration : une double ligne de rapportage coexiste : l'une des hôpitaux vers le MiniSanté, l'autre vers les districts et la mairie. En pratique, il apparaît que de nombreuses informations ne parviennent jamais jusqu'aux districts. Plus encore n'atteignent pas la mairie.

Les activités de routine à elles seules demanderaient un renforcement des compétences et un remodelage du modèle de fonctionnement. C'est d'autant plus vrai si l'on rajoute l'ambitieux défi du PSDSK. Sa conception et sa mise en œuvre nécessiteront un renforcement des effectifs et demanderont des capacités de stratégie et de planification, des talents de négociation, et une capacité de fédérer un ensemble d'acteurs hétéroclites et leurs financements autour d'un programme unique. Clarifier ce cadre est donc essentiel, et cela passe par le développement dans chacun des deux niveaux d'exécution du programme, la Mairie de la Ville et les Districts Municipaux, de deux lignes d'action :

- 1) Au niveau technique et du renforcement de compétences :
 - 2) Au niveau politique et institutionnel :
- 1) Au niveau de la Mairie : Le développement progressif de la CSPH en une Unité Santé Environnement²⁴ (USE) aux compétences et au personnel élargis. Son directeur serait idéalement un(e) cadre de haut niveau, médecin de santé publique rwandais(e) très expérimenté(e), avec une excellente connaissance des défis sanitaires, des rouages politiques de son pays et de l'ensemble des partenaires impliqués. Il (elle) coordonnerait une équipe de 3, 4 techniciens, se répartissant les fonctions d'information sanitaire, de coordination inter-hospitalière et avec le 1^{er} échelon, de liaisons santé-environnement et de santé communautaire. S'ajoute le personnel administratif et de soutien. A terme, cela devrait se traduire par une clarification officielle de la position de l'USE dans l'organigramme de la mairie (monter de cellule à unité). Cependant, le plus important réside dans le renforcement fonctionnel en personnel et compétences.

Au niveau des Districts Municipaux : Le renforcement des capacités des districts dans leurs activités de routine et dans la mise en œuvre des activités spécifiques au PSDSK. Outre les

²² Les fonctions actuellement dotées dans les districts de Nyarugenge, de Kicukiro et de Gasabo sont : la directrice de la santé, le responsable des mutuelles du district, le spécialiste hygiène et assainissement et le spécialiste genre & enfant. Manque les fonctions de responsable du système d'information sanitaire. Celui de gestion de la pharmacie est souvent assumé par un personnel de l'hôpital de district.

²³ Ce qui pour plusieurs n'est que la continuité des fonctions occupées antérieurement au sein des équipes de district sanitaire qui ont disparu avec la décentralisation.

²⁴ Des schémas qui clarifient la vision de cette évolution de l'USE au sein de la Mairie et sa composition se trouvent dans l'annexe 8.

appuis matériels, cela supposerait le recrutement par le District Municipal d'au moins une personne supplémentaire par district pour prendre les fonctions de coordination de l'information sanitaire.

- 2) Au niveau de la Mairie, et ses diverses instances décisionnelles (Maire, Conseil Urbain, Comités et secrétariat exécutif), un travail de plaidoyer politique de l'approche qu'implique le PSDSK et son programme d'appui sera nécessaire pour déboucher sur ses successives validations : du PSDSK et sa mise en œuvre, de l'évolution de la CSH en USE dans l'organigramme de la Mairie, de la composition et les fonctions de l'Unité Santé Environnement, la coordination nécessaire avec les autres services comme les finances, l'infrastructure, etc. Dans cette dynamique, le rôle de la Vice Maire des Affaires Sociales, de qui dépendra directement l'USE, sera essentiel.

Au niveau des Districts Municipaux, de même, il sera nécessaire de s'assurer de l'adhésion à toute la dynamique liée au PSDSK, des responsables municipaux (Maire, VM des Aff. Sociales, Sec Exécutif), traduite par la suite dans le développement des fonctions de leur USFPE. Pour ce faire, l'appui non négligeable des autres acteurs institutionnels, Minaloc, Mairie et MiniSanté, seront à considérer, ainsi que les autres partenaires actifs à ce niveau (Joint Action Forum).

C'est aussi dans cette double perspective, qu'il sera important de développer et formaliser les responsabilités respectives des instances municipales et ministérielles chargées de la santé et de l'environnement (MiniSanté, USE, USPFR,). La question est d'éviter les chevauchements et les responsabilités non remplies.

La clarification des rôles devra être suivie d'une meilleure communication et circulation de l'information entre mairie, ministères, districts et communautés via les interfaces et médias appropriés. Dans son premier entendement, cela recoupe la circulation de l'information sanitaire et de gestion. Le concept s'étend à la qualité de la communication entre acteurs. Des médias spécifiques seront développés à ce sujet, tels des bulletins d'information destinés à l'ensemble des acteurs (de la communauté au ministère) impliqués dans l'environnement sanitaire de la mairie. L'analyse de l'information se fera par les instances de gestion aux différents niveaux et dans des groupes techniques avec la participation active d'autres acteurs concernés.

Sous-résultat 1.2 : « Les instances de gestion de la ville sont dotées du soutien matériel, humain et technique nécessaires à leur fonctionnement »

Il s'agit ici de traduire en investissements les besoins exprimés dans le sous-résultat précédent. Parmi ces derniers se trouvent principalement des appuis matériels (véhicules, ordinateurs, réhabilitation de bureaux, frais de fonctionnement), humains (personnel additionnel à doter par la fonction publique rwandaise) et techniques (expertise de courte et moyenne durée chargée de soutenir le coup d'envoi donné au programme et le développement des compétences nécessaires à sa conduite).

L'USE recevra un soutien important : dans l'état actuel, la CSH n'est pas en mesure de relever les défis stratégiques du PSDSK. Elle accueillera l'unité de gestion du programme (UGP), dans des bureaux mis à disposition par la mairie.

Les Districts recevront également un apport substantiel, orienté sur le renforcement de leurs capacités opérationnelles à mettre en œuvre leurs activités de routine et relatives au PSDSK. Les Unité Santé Famille et Protection de l'Enfance des districts de Nyarugenge, Kicukiro et Gasabo sont les chevilles ouvrières du PSDSK. Le renforcement portera notamment sur la dotation du responsable de l'information sanitaire dans chaque district, prévu déjà dans leur cadre organique. Elles recevront également un appui matériel et logistique, ainsi qu'un support technique continu de l'Unité Santé Environnement.

Les investissements en question sont détaillés à la fin de ce résultat, et repris sous le budget en annexe.

Sous-résultat 1.3 : « Les compétences des instances de gestion nécessaires à la mise en œuvre du PSDSK et des politiques du MiniSanté sont renforcées »

Les besoins en renforcement de compétences varient selon les organes à appuyer. Ils ne peuvent pas tous être déterminés à ce stade : les activités à renforcer vont se clarifier en cours de programme ; et une partie du personnel doit encore être recrutée (particulièrement pour l'USE).

L'USE doit développer des fonctions nouvelles, touchant à la définition d'orientations stratégiques, la planification, la régulation et le suivi de la mise en œuvre. Un rôle essentiellement conceptuel est attendu de sa part, déléguant les activités pratiques de mises en œuvre et supervision aux districts. Cela nécessite un support continu aux méthodes de travail du personnel durant les années de lancement du programme (2, 3 premières années). Le directeur de l'USE et les assistants techniques joueront ici un rôle capital. Egalement, le Responsable Administratif et Financier Sectoriel national s'investira apportera un support régulier aux équipes chargées de l'administration et des finances au sein de l'USE (compta USE ; suivi financier PSDSK, procédures d'appel d'offre...) S'ajoutent des programmes formels de formation au Rwanda et auprès d'instituts internationaux (en exploitant tant que possible les opportunités d'enseignement à distance). Des budgets de visites nationales et internationales seront pris en charge par d'autres sources spécifiques au niveau du Ministère de la Santé et du Ministère de l'Education.

Les fonctions à appuyer au niveau des districts sont plus connues : il s'agit principalement d'activités opérationnelles de routine (supervision, suivi), auxquelles s'ajoutent la mise en œuvre du PSDSK, et une certaine capacité conceptuelle d'adaptation des politiques au contexte du district. L'appui devra contribuer à renforcer les compétences et la crédibilité des USFPE face aux prestataires de soins. Cela passe notamment par un renforcement continu des directrices en place, et le développement d'une capacité d'exploitation et d'analyse des informations sanitaires (pour orienter la prise de décision).

Sous-résultat 1.4 : « Un plan d'action opérationnel traduisant les orientations du PSDSK en actions est conçu, mis à jour, approuvé et appliqué »

L'USE est l'acteur central de la conception et de la mise en œuvre du PSDSK. En premier lieu, elle définit ses orientations (en collaboration avec une série de partenaires) et les soumet pour correction et validation à une Plate-forme Santé Environnement composée de l'ensemble des partenaires intéressés à la conduite et au financement du PSDSK (voir infra). Une fois le plan approuvé, l'USE troque son rôle de concepteur contre un rôle de maître d'œuvre, et veille à l'exécution des orientations stratégiques via les USFPE des districts et l'appui des partenaires.

Ce passage des orientations conceptuelles aux actions opérationnelles demande une planification. Pour chaque partie approuvée du PSDSK, il s'agit de déterminer qui est responsable de l'exécution, quelles sont les actions à mener, comment et pour quand elles doivent être effectuées. Cela se traduit dans un chronogramme, qui devra évoluer en fonctions des aléas de la mise en œuvre et des actualisations du PSDSK. Cet outil de planification essentiel relèvera de la responsabilité de l'USE.

Sous-résultat 1.5 : « Les possibilités de synergie avec d'autres secteurs et partenaires sont identifiées, et les stratégies de mise en œuvre soutenues »

Le programme met en évidence les besoins de synergies entre les secteurs de la santé et de l'environnement. Ces deux secteurs ne recourent cependant pas l'intégralité des déterminants de la

santé : éducation, développement économique, sécurité alimentaire... d'autres secteurs important. Etant séparé des opérations, l'USE de la mairie de Kigali a la prise de recul nécessaire pour observer les acteurs et les possibilités de synergies (créer des liens avec des écoles ; développer une médecine du travail renforçant la prévention ; appuyer des groupements professionnels ou autres). Le programme stimulera la créativité de l'USE et de ses partenaires en organisant des visites d'expériences (projets de sanitation, de micro crédit, autres). En retour, l'USE prendra un rôle de coordination intersectorielle, en organisant des plate-formes de concertation périodiques entre acteurs de la mairie et d'ailleurs. Les districts seront fortement impliqués dans l'identification des pistes de collaboration, et la mise en œuvre des programmes en découlant.

Un appui multiforme est prévu pour l'ensemble de ces activités :

Appui technique

L'ensemble du personnel technique travaillera sous le double principe de l'équipe, vision unitaire au sein de l'USE, et du binôme, par lequel chaque assistant technique international couvrira ses fonctions associé à un national. Le tout, pour assumer un principe d'implication commune dans les objectifs de l'USE, et pour assurer une efficacité maximale au transfert de compétences visant la viabilité future de l'USE, sans assistance externe. Dans ce cadre, seront fournis en appui :

Un assistant technique international (ATI) senior, médecin ou économiste, avec une expertise conséquente dans le développement et la gestion des systèmes de santé, sera posté au niveau de l'USE sur les quatre années du programme, en binôme avec le Directeur de l'USE. Il soutiendra le développement structurel de l'USE, la conception et mise en œuvre du PSDSK avec l'ensemble des partenaires, et coordonnera l'ensemble des supports de la coopération belge dans ce cadre. . Les premiers termes de références sont proposés en annexe.

Le Médecin Directeur de l'USE (également directeur d'intervention du programme) est la ressource humaine la plus importante du programme. Il devra assurer le lead dans toutes les interactions avec les autres instances nationales et dans la constitution des plates-formes de concertation avec les partenaires et avec les acteurs principaux dans le domaine de la santé et l'environnement dans la ville de Kigali. Son rôle est appelé à perdurer au-delà le programme d'appui. Une proposition de profil de poste est incluse en annexe.

Deux autres ATI sont dotés au programme pour une durée de trois ans : un médecin de santé publique sur le renforcement de l'offre de soins et le développement d'un réseautage sanitaire ; et un expert en maintenance biomédicale sur la consolidation de toutes les activités de maintenance inter-hospitalière (voir annexes). Le MSP travaillera en binôme avec un expert national santé, inscrits au budget de l'USE pour les quatre années du programme. L'ATI Bio maintenance, travaillera avec ses homologues responsables de la maintenance au niveau des hôpitaux. Son programme de travail sera lié aux initiatives inter hospitalière dans ce domaine.

Un Responsable Administratif et Financier Sectoriel national centralisera toutes les activités de gestion et finance. Il préparera le travail, mais le pouvoir de signature restera dans les mains des directeurs d'intervention et des délégués à la cogestion. L'objectif est de décharger les Delco de tout le travail de préparation des fonctions liées à la gestion pour lesquelles ils ne sont pas toujours qualifiés. Cela vise à générer un gain d'efficacité et des économies d'échelle en centralisant et en renforçant la cohérence des services sur l'ensemble des programmes santé. Le coût du RAFS serait partagé entre les programmes santé, selon une clé de répartition équitable (a priori, au prorata du poids budgétaire de chaque programme). Les deux premières années d'activités seront supportées par le présent programme. Pour faciliter les débats sur le sujet, une description de la fonction est incluse en annexe.

Sous réserve de leur disponibilité, trois volontaires CTB sont prévus à l'agenda (à charge de la CTB Bruxelles, sans coût additionnel pour le programme) : (1) un économiste, sociologue ou anthropologue (sciences humaines) sur le soutien aux fonctions déjà en cours à l'USH liées au circuit de l'information et les appuis aux USFPE des districts; (2) un environnementaliste, expert en eau et assainissement ou logisticien, sur la coordination des stratégies relatives aux liens santé-environnement ; (3) un sociologue, expert en communication, anthropologue, pour développer les approches liées au niveau communautaire, la demande de soins et les campagnes de IEC. Ils travailleront chacun en binôme avec un homologue national, avec l'assistance et sous la supervision d'un des ATI.

A noter que l'activité de ces assistants techniques, experts nationaux et volontaires CTB impacte sur l'ensemble des résultats du programme, même si leur bureau est (probablement) situé géographiquement au sein de la mairie de Kigali. Budgétairement, ils sont inscrits en frais généraux.

Un budget de formation est inscrit au programme, comportant le financement de visites, de documentation et littérature, et de formations formelles au Rwanda. Le gouvernement rwandais a également des budgets disponibles pour des bourses et voyages d'étude.

Tout le nouveau personnel d'appui de l'UGP (gestionnaire, comptable, secrétaire, chauffeurs...) sera intégralement à charge des fonds du programme d'appui belge.

Appui en investissements

Les besoins en investissements sont relativement limités. L'USE s'installera dans des bureaux actuellement libres, situés au sein de la mairie de Kigali. Le programme reprendra au maximum le matériel laissé à disposition par le projet belge précédent d'appui aux districts. S'ajoutent des frais de réhabilitation, d'équipements de bureau, d'informatisation, etc. Des véhicules sont prévus pour chacun des districts, ainsi que pour la mairie (3 pour les districts, 4 pour l'USE).

Appui en frais de fonctionnement

Le budget comporte une participation aux frais de fonctionnement généraux de l'USE. Des lignes spécifiques sont prévues pour les frais de fonctionnement des véhicules et la maintenance informatique en moyens généraux.

Tout ou partie des ateliers et réunions organisés par la mairie dans le cadre du PSDSK, ou auxquels elle prendra part, sera supporté par le programme. C'est le cas entre autres des interfaces de concertation avec MiniSanté, districts, hôpitaux et population, et des frais de réunions afférents à la mise en œuvre du PSDSK au sein des trois districts.

4.4.2 Résultat 2 : « Le PSDSK est élaboré et développé en coordination avec l'ensemble des partenaires santé et environnement de la ville de Kigali »

En parallèle avec la constitution de l'USE, la rédaction du PSDSK occupera les premiers mois du programme. L'Unité Santé Environnement de la Mairie de Kigali sera l'acteur moteur de sa conception et de sa mise en œuvre. Ce n'en est cependant pas l'acteur unique : le PSDSK résultera d'un consensus d'un ensemble de partenaires intéressés au développement de l'environnement sanitaire de Kigali Ville, jusqu'à validation de la première version finale par les autorités rwandaises (Mairie et MiniSanté). Les changements ultérieurs du contexte entraîneront si nécessaires des adaptations du plan original.

Sous-résultat 2.1 : « Le PSDSK est conçu, développé et adapté par l'USE en fonction des enjeux et évolutions du contexte, et des engagements attendus des partenaires »

L'USE assumera la lourde tâche de rédaction et assemblage du PSDSK. Il s'agit de produire un document fédérateur, synthétisant le consensus de l'ensemble des partenaires, et couvrant l'offre de soins et l'hygiène et assainissement (environnement) de la ville.

Le directeur de l'USE, secondé par l'ATI Délégué à la Cogestion, seront les acteurs moteurs du processus. Le processus de rédaction demandera des consultations et échanges fréquents avec une diversité d'acteurs. Différentes sources d'information seront utilisées :

Les demandes de remarques et corrections de la Plate-forme Santé Environnement (voir sous-résultat 2.2) donneront les orientations stratégiques essentielles que suivra l'USE.

Des groupes de travail thématiques ad hoc seront constitués à l'initiative de l'USE ou à la demande des partenaires (y compris PSE). Ils traiteront de volets spécifiques du plan stratégique (ex : réseau inter-hospitalier, réorganisation de l'information sanitaire, actions environnementales, qualité des soins, analyse de la filière de la femme enceinte, etc.) demandant des avis et expertises élargis. Les résultats du travail de ces groupes seront présentés au moins annuellement au Plate-forme Santé Environnement.

Des études, soit existantes, soit à lancer, dont une analyse de la situation complète (base line). Un budget spécifique est prévu à cet effet (voir sous-résultat 2.4).

Il est attendu d'arriver à une première version consensuelle après 6 à 9 mois, et de lancer le processus de mise en œuvre par la suite (traduction en plans d'actions, mobilisation des financements, lancement des opérations en partenariat avec les districts...).

Le PSDSK devra rester un processus évolutif. Le directeur de l'intervention et le délégué à la cogestion maintiendront une veille des changements contextuels importants et des principaux indicateurs liés à la population et proposeront des adaptations du PSDSK quand les circonstances l'exigent. Ils pourront également être sollicités par tout partenaire de la PSE à ce sujet.

Sous-résultat 2.2 : « Les orientations du PSDSK sont régulièrement revues et actualisées par l'ensemble des partenaires dans une Plate-forme Santé Environnement (PSE), en fonction des orientations politiques nationales et municipales »

La Plate-forme Santé Environnement (PSE)²⁵ est éminemment un organe consultatif et consensuel pour aboutir à des propositions et prises de décisions cohérentes pour tout ce qui concerne le PSDSK. Cependant, toute modification du PSDSK devra être validée, en dernier ressort, par la Mairie et le Minisanté. Elle travaille sur base des propositions soumises par l'USE, utilise des groupes thématiques ad hoc et émet des demandes de correction ou suggère des pistes de réflexion nouvelles.

Elle est dirigée et animée par un(e) représentant(e) de la mairie de Kigali, et composée des acteurs institutionnels clé et de l'ensemble des partenaires intéressés au PSDSK et investis sur le développement de l'environnement sanitaire de la ville à l'horizon 2020.

La PSE sera créée et ses modalités de fonctionnement définies en début de programme. C'est avant tout une plate-forme d'échange et d'accords de collaboration. Il semble préférable de privilégier des formules assez souples :

²⁵ L'annexe 7 contient une proposition des fonctions et relations institutionnelles de l'Unité Santé Environnement de la Mairie.

- Composition. Les membres de la PSE comportent de manière non exhaustive des représentants du MiniSanté, du Minaloc, du ministère chargé de l'environnement²⁶, des autorités administratives des trois districts de la ville, et de l'ensemble des partenaires intéressés. La composition évoluera au fil des étapes quadriennales couvrant les 12 années. C'est particulièrement vrai pour la liste des partenaires, qui est appelée à s'élargir une fois le PSDSK disponible et promu par le MiniSanté.
- Fréquence. Outre des réunions de suivi périodiques (ex : semestrielles), la fréquence de réunion devra s'adapter en fonction des besoins. Une activité intense est attendue en début de programme (6 à 9 mois), durant le processus de conception du PSDSK, et un net ralentissement après sa validation définitive. Une réunion bilan annuelle se tiendra chaque année sur base du rapport présenté par l'USE sur l'application du plan. Ce sera l'occasion de revoir les possibles adaptations du PSDSK (changements de contexte, implication d'un nouveau partenaire,).
- Mode de décision. Le travail de la PSE aboutira sur trois types de décisions : a) liées à l'application pratique du PSDSK sous forme de propositions d'actions pour l'USE ou des groupes de travail, b) la prise en compte des engagements de ressources des partenaires, et c) des propositions de changements dans le PSDSK, adressées aux autorités rwandaises concernées. Les partenaires financeurs étant souverains quant à leurs décisions d'investissement, il semble logique de s'orienter sur une prise de décision par consensus : le partenaire A s'engage sur l'activité 1 ; le partenaire B sur l'activité 2 ; le MiniSanté cherche un partenaire de développement pour l'activité 3, jugée nécessaire mais ne rencontrant pas de propositions de financement ; l'activité 4, qui s'avère infinançable, est abandonnée, etc.

Sous-résultat 2.3 : « Les financements de l'ensemble des partenaires intéressés à la réalisation du PSDSK sont pilotés via un cadre d'investissement issu de la PSE »

Une fois les orientations stratégiques décidées par la PSE, l'USE et le financeur concerné procéderont à une budgétisation plus précise des activités et une proposition de plan de décaissement, en lien avec le plan d'action opérationnel de l'USE (voir sous-résultat 1.4). Pour cela, il faudra commencer par un inventaire des financements actualisés des partenaires (qui fait quoi ?) permettant d'identifier clairement les besoins non couverts, ce qui permettra aux potentiels partenaires de développement de s'engager et positionner de façon cohérente dans le PSDSK.

La PSE veillera à la cohérence de l'ensemble des financements véhiculés via le PSDSK. Les réunions de suivi périodiques comprendront une revue des états d'avancement des principaux chantiers en cours. Si besoin, la PSE pourra proposer des modalités de financement. Il s'agit par exemple de la facilitation du financement conjoint d'un même programme par deux partenaires. Il s'agit plus largement de la création de *basket funds*, pouvant évoluer à terme vers des modèles de SWAP municipaux.

Les décisions finales dépendront cependant des partenaires. Elles ne peuvent pas être prédéterminées à ce stade. Dans un premier temps, il n'est pas besoin de créer un organe additionnel à la PSE pour formaliser le cadre d'investissement. Le besoin pourrait apparaître au fil des développements ultérieurs (ex : SWAP).

Sous-résultat 2.4 : « La compréhension des enjeux du développement de l'environnement sanitaire est renforcée par des études ad hoc »

26 Ministère des Terres, de l'Environnement, des Forêts, de l'Eau et des Ressources Naturelles.

La conception du PSDSK demande des réponses à certaines questions complexes. L'étude HERA/SHER de 2006 répond déjà à une question essentielle, à savoir l'évolution des besoins sanitaires au vu des évolutions démographiques attendues. Une actualisation de leur analyse de la situation est nécessaire, notamment pour la mise à jour du mapping sanitaire et l'inventaire des acteurs et infrastructures liés à l'environnement. Cet ensemble doit aboutir à une description complète de la situation de départ du programme (base line), et à la détermination des valeurs de départ des Indicateurs Objectivement Vérifiables utilisés pour le suivi de l'exécution du PSDSK.

D'autres questions restent actuellement irrésolues : budget et priorisation du développement des infrastructures hospitalières (*master plan* hospitalier) ; budget et priorisation des investissements environnementaux ; satisfaction et préférences des usagers ; autres.

Un montant d'études est inscrit au budget. La majeure partie sera consommée en début de programme, en fonction des besoins d'études identifiés par l'USE et la PSE dans l'élaboration du PSDSK. Un solde restera disponible pour étudier les questions motivant des adaptations du PSDSK.

Sous-résultat 2.5 : « Les résultats du PSDSK et du programme d'appui sont documentés et utilisés pour la prise de décision, et les principales leçons partagées sur la scène nationale et internationale »

La capacité de documentation et l'utilisation de l'information dans la prise de décision sont de manière unanime deux des points faibles du système sanitaire actuel. Ils sont cependant indispensables à la gestion, et à la présentation des résultats face à l'ensemble des partenaires. Un effort particulier sera fourni sur la documentation des résultats et leur exploitation.

Le suivi scientifique sera appuyé par une équipe européenne, liée à des institutions académiques, en partenariat avec une institution de recherche rwandaise. Une attention particulière sera accordée dès le départ à l'identification d'indicateurs de routine, et à leur intégration au sein des outils de gestion quotidiens des formations sanitaires et du programme. Un planning sera établi et suivi pour la collecte des données demandant des activités de recherche spécifiques (*baseline*, enquêtes, *focus group*...). Le suivi scientifique sera chargé aussi d'approfondir des alternatives aux stratégies existantes (mutuelles, approche contractuelle)

Le PSDSK a valeur d'expérience pilote à l'échelle nationale. Cela prend plusieurs formes. A part celles décrites plus haut, il s'agit des expériences novatrices lancées sur la mairie (réseau inter-hospitalier, santé scolaire). Des ateliers nationaux seront organisés pour partager les résultats avec l'ensemble des partenaires. S'ils sont probants, il est possible qu'ils inspirent les décideurs nationaux. Cela demande de respecter une démarche de recherche-action rigoureuse, passant notamment par la génération d'indicateurs pertinents isolant l'impact de la stratégie (comparaison avant-après, comparaison avec site témoin, etc.)

Le Rwanda attire l'attention de la communauté internationale depuis plusieurs années (suite notamment aux politiques de décentralisation, de contractualisation et de mutualisation des soins). L'adaptation de l'environnement sanitaire aux développements urbains et démographiques représente un nouveau défi central pour de nombreux pays à faibles et moyens revenus. Il est du devoir du programme de maintenir et d'alimenter l'attention internationale avec un sujet aussi brûlant. Certaines expériences innovatrices évoquées ci-dessus pourraient également intéresser une audience internationale. Ceci se fera à travers des publications, des participations à des forums internationaux et l'organisation d'une conférence internationale à Kigali en fin de programme.

L'appui proposé concerne quasi exclusivement de l'assistance technique court terme et des frais de fonctionnement.

Appui technique

L'assistance technique continue apportée sur l'ensemble du programme (inscrites en frais généraux) se reflétera sous ce résultat-ci. Il s'agit en particulier du travail du Directeur de l'USE et de l'ATI délégué à la cogestion dans la conception du PSDSK et l'animation des débats de la PSE.

Un budget conséquent de recherches est prévu au budget pour répondre aux questions émergentes dans l'élaboration du PSDSK (sous-résultat 2.4). Son affectation ne peut pas être déterminée à ce stade. Il portera tant sur des consultances nationales qu'internationales. Le budget permet de supporter plus d'une dizaine de consultances internationales + une dizaine de consultances nationales de court terme (± 15 jours de terrain et 5 à 10 jours de rédaction).

Le budget de suivi scientifique table sur deux visites d'un homme/mois d'une quinzaine de jours par an, une disponibilité pour des questions courantes tout au long de l'année, et la production d'article(s) scientifique(s) en fin de programme. Il prévoit également un forfait annuel pour l'institution de recherche rwandaise.

Appui en investissements

Aucun.

Appui en frais de fonctionnement

Les frais de fonctionnement comportent les frais de réunion de la PSE, à un rythme dégressif sur les quatre années, l'impression de documents et brochures d'information sur le PSDSK, ainsi que les frais d'organisation et de participation à des conférences.

4.4.3 Résultat 3 : « L'Offre de Soins est complétée et augmentée pour répondre aux besoins de la population de Kigali »

Ce résultat intermédiaire vise, en grande partie, l'amélioration de l'offre de soins en termes de (1) proximité des services de santé à la population, de (2) complétude du paquet (minimum ou complémentaire) d'activités en fonction des besoins et de (3) assainissement de l'environnement (eaux usées, incinérateurs, morgue...). Ces préoccupations sont parties intégrantes du Plan Stratégique de Développement Sanitaire de la Ville de Kigali, auxquelles s'ajoute la dimension environnementale, ce qui justifie son inclusion dans ce chapitre.

Le résultat implique, par niveaux de soins, la mise à disposition des ressources nécessaires pour compléter l'offre de services, via la création de nouvelles structures publiques ou le développement d'agréments avec des établissements privés. Dans tous les cas, un accent particulier est mis dans le développement de dynamiques de concertation et coordination entre les différents acteurs du système sanitaire de la ville, tant au niveau hospitalier qu'au premier échelon.

La mise en œuvre de cet résultat nécessitera dans un premier temps la création de groupes de travail thématiques appuyés depuis l'USE, qui se chargeront d'avancer des propositions concrètes d'action. En particulier pour les soins hospitaliers et l'intégration au premier échelon entre public et privé.

Sous-résultat 3.1: « Le Centre Hospitalier Universitaire de la Ville de Kigali (CHUK) a renforcé et développé les soins qu'il offre à la population, en accord avec son rôle d'hôpital de référence nationale »

Un certain nombre d'aides aux hôpitaux du 3^{ème} échelon figurera normalement dans le PSDSK. C'est dans ce cadre que s'inscrit cet appui qui, par cohérence, est centré sur le CHUK, hôpital appuyé par la coopération belge depuis longue date et dont le dernier projet s'achèvera en octobre 2008. L'avènement du PSDSK correspond à un moment où le CHUK, avec l'appui belge, s'est clairement engagé dans un processus d'ouverture vers les autres établissements hospitaliers et le système de santé en général.

Ainsi, les activités prévues sous ce chapitre répondent à deux critères principaux :

- Intégration du CHUK dans son environnement sanitaire, en particulier avec les autres hôpitaux de la ville.
- Continuité des acquis atteints avec les appuis précédents de la coopération belge et visant à renforcer son rôle de principal hôpital de référence nationale du pays.

Le programme couvrira les activités suivantes :

1. **Certaines Fonctions de Base.** Il s'agit ici de doter le CHUK des moyens techniques permettant d'assurer ses fonctions spécifiques de troisième échelon. Cela s'inscrit dans un continuum avec les soins de premier et deuxième échelons, pour garantir au malade un circuit de soins correct et accessible, ou l'intervention la plus indiquée puisse être réalisée de façon efficace, efficiente et fiable. A cet effet, parmi les développements nécessaires au niveau du CHUK identifiés lors de la formulation, les investissements suivants doivent être appuyés par le programme :
 - Radiologie avec un CT scanner : la surcharge actuelle du seul CT scan du pays au KFH et son inaccessibilité rendent ce développement nécessaire. Pour des raisons de ressources humaines et concentration des fonctions lourdes, le site du CHUK devrait héberger le CT scan.
 - « Minimal invasive surgery » : les équipements appropriés pour la développer en gynécologie, urologie, chirurgie abdominale et l'orthopédie.
 - Médecine Interne : Compléter le matériel pour les services de pneumologie, gastro-entérologie...
 - Ophtalmologie : développer la Phaco-emulsification (y compris missions de formateurs) pour le traitement non invasif des cataractes.
 - Santé mentale : intégrer dans le service des Urgences du CHUK les urgences psychiatriques, qui n'existent pas au niveau de la ville de Kigali.

Une Assistance Technique Clinique continue d'être nécessaire sous certaines conditions. En effet, tout un pool de médecins nationaux est en train d'être formé aux différentes spécialités médicales (gynécologie, chirurgie, pédiatrie, anesthésie, médecine interne, etc.). Ils finiront leur spécialisation en 2010. C'est d'abord pour couvrir ce vide qu'il s'avère nécessaire de continuer d'assurer, pendant ces deux ans, la présence de deux spécialistes en (1) gynéco-obstétrique et (2) pédiatrie. Ces médecins assumeront un rôle moteur dans la réflexion et mise en œuvre des fonctions « réseau » de leurs spécialités cliniques, en particulier avec les hôpitaux de district (fourniture de soins, recyclage du personnel médical, recherche action, etc.) de la ville. Les autres spécialistes travaillant dans la ville (en priorité les gynécologues, les pédiatres et les anesthésistes) seront associés à ces fonctions « réseau », en plus des médecins spécialistes du CHUK.

Une attention particulière sera prêtée par l'ATI gynéco-obstétrique à la problématique des fistules vésico-vaginales. Ceci sera fait dans le cadre de ses tâches de formation et de supervision au niveau du CHUK et du réseau inter hospitalier.

- 2. La Formation et la Recherche** sont des fonctions spécifiques au CHUK qu'il convient d'appuyer. Pour la formation, il s'agira surtout de couvrir les activités de formation prioritaires et qui sont déjà prévues dans le plan stratégique du CHUK (capacity building Plan), notamment les besoins en gynécologie/obstétrique (formation des sages femmes), infirmerie (nursing care and management), radiologie, gestion/management et finances, gestion des ressources humaines, bio maintenance/ICT et administration hospitalière.

Par ailleurs, le programme contribuera à constituer un pool de futurs formateurs, qui manquent cruellement à l'heure actuelle au niveau de la ville et du pays.

Deux principes guident la politique de formation : (1) se circonscrire au renforcement de compétences du personnel soignant, sans entrer dans les aspects académiques sous la responsabilité du Ministère de l'Education (formation 2^{ème} cycle, 3^{ème} cycle, KHI) ; (2) envisager l'ensemble des formations appuyées par le programme sous une optique globale des besoins du Réseau Hospitalier de Kigali en cohérence avec le Plan Stratégique. Malgré leur spécificité de 3^{ème} échelon, le personnel du CHUK, fera partie du « réseau » et les priorités seront conçues sous une vision systémique.

Par rapport à la recherche, il s'agit ici d'appuyer d'une part la réalisation d'activités de recherches opérationnelles et, d'autre part, leur assurer un appui scientifique permettant de garantir une approche analytique. Un accent particulier sera mis sur les actions basées sur une vision systémique et ayant des implications sur l'ensemble du système de soins.

Le programme générera des activités de recherche dans le CHUK, et les hôpitaux de Kigali. Le suivi sera assuré par un partenariat entre une institution académique internationale et une rwandaise, avec un ou deux professeurs-clé qui s'engagent à co-organiser et superviser eux-mêmes les lignes de recherche futures.

Des appuis sont prévus en moyens didactiques, séminaires et formateurs – professeurs visiteurs – en missions médicales d'enseignement.

- 3. Des Fonctions additionnelles** importantes de l'hôpital devront être assurées. Ceci implique surtout la reconduction de frais et contrats de maintenance, dont la production d'oxygène (fonction vitale pour l'hôpital), la buanderie (un autre service qui permet de faire fonctionner les services et les hospitalisations). Des investissements sont à prévoir sous ce chapitre concernant la climatisation du bloc opératoire et les équipements nécessaires pour l'atelier de maintenance biomédicale (appareillage orthopédique) et les test biomédicaux.

- 4. Des besoins spécifiques** concernent le CHUK, parmi lesquels il est important de maintenir :

- L'informatisation et la gestion de l'information accomplie par le Plan Informatique ; MXS (Gestion du réseau, Health Information System) ;
- Le fonctionnement du Service Technique de Maintenance. Un exemple type de service performant du CHUK dont le réseau pourra bénéficier ;
- L'accréditation et les supports spécifiquement qui lui sont liés (coaching, investissements, services supplémentaires...) ;
- Les contrats d'assistance en ICT l'archivage central, radiographie, fluoroscopie, assistance respiratoire, automates de laboratoire.

La continuité ou l'addition de nouveaux appuis décrite plus haut est conçue pour améliorer les performances du CHUK. Un certain nombre d'indicateurs de suivi de ces améliorations sont décrits dans le chapitre 4.5. avec une prédominance de sa fonction « réseau ». Toutefois, la

direction du programme prendra soin de suivre l'évolution des indicateurs d'activité génériques (mortalité interservices, taux d'occupation moyen, etc.) permettant de mettre en perspective « l'efficacité » globale de l'aide apportée.

Sous-résultat 3.2 : « Les Hôpitaux de District Urbains ont assuré l'offre du Paquet Complémentaire d'Activité à la population et adaptent leurs services au développement du contexte urbain de la ville »

Les hôpitaux de district sont essentiels pour permettre aux autres niveaux de soins de fonctionner correctement. Etant le premier niveau de référence pour les centres de santé, ils sont capables de prendre efficacement en charge la plupart des malades. Ils occupent de ce fait un rôle de filtre technique pour les hôpitaux du 3^{ème} échelon qui, sans eux, sont obligés de jouer le rôle d'hôpital général, accueillant le tout venant, au détriment de leur fonction première de s'occuper des cas qui dépassent la capacité des districts.

La nécessité d'avoir des HDU fonctionnels dans chacun des trois districts sera certainement illustrée dans le Plan Stratégique de Développement Sanitaire. Par ailleurs, le contexte urbain (forte concentration de population avec des demandes spécifiques de soins) demande de développer d'autres services cliniques très demandés au niveau des HDU, comme l'ophtalmologie, l'ORL, etc.

Le programme se propose d'appuyer les HDU existants, Muhima-district de Nyarugenge et Kibagabaga- district de Gasabo, à fournir un PCA complet à leur population. Il s'agit aussi d'assurer la continuité des renforts réalisés dans ces structures par le précédent projet de la coopération belge. Pour ce qui est du district de Kicukiro, en attente de son HDU à Masaka, le programme prévoit d'appuyer dans ses fonctions liées à la supervision de district l'Hôpital Militaire de Kanombé et réserver des ressources en prévision de la mise en fonction de l'HDU de Masaka durant l'exécution du programme.

L'Hôpital de Muhima (HDU de Nyarugenge) *L'enjeu essentiel pour Muhima est de dépasser son rôle actuel de grand centre de Maternité et Néonatalogie de la Ville de Kigali pour assumer pleinement celui d'hôpital de district. Pour cela, deux objectifs doivent être atteints : a) que la plupart des gros Centres de Santé de Kigali qui évacuent leurs parturientes vers Muhima puissent offrir des services de maternité fonctionnels²⁷ ; b) compléter les infrastructures et équipements de l'hôpital pour qu'il puisse offrir le PCA complet. Dans ce sens, le programme appuiera :*

1. **Les Fonctions de base** : Mise à part la maternité et la néonatalogie, ainsi que la pédiatrie qui vient de commencer, le reste de services de base est à développer, tels que la Chirurgie, la Médecine Interne et les Urgences.

D'autres services ont un besoin urgent de renforcer leur capacité, tels que les consultations externes, le laboratoire, la kinésithérapie (insuffisant), la dentisterie, et la radiologie.

En continuité avec l'aide apportée par l'actuel projet ville de Kigali de la coopération belge, le programme apportera les ressources pour la construction d'un bâtiment abritant la chirurgie (hospitalisations aussi) et d'autres services paramédicaux (dentisterie, kinésithérapie, imagerie médicale, laboratoire). Des salles d'hospitalisations pour 100 lits sont en construction et le programme complètera l'équipement nécessaire.

²⁷ Ceci concerne notamment les CdS de Gitega, Muhima, Biryogo, Gikondo, Kacyiru, Corunum, Gatsata, Kicukiro,. Cet objectif fera probablement partie du Plan Stratégique et relève des actions concertées visant à une meilleure intégration du système de santé de la ville

Par ailleurs, l'hôpital pourra disposer d'un espace additionnel pour l'isolation des malades contagieux.

2. **Des Fonctions additionnelles :** Sont tout aussi nécessaires pour la fonctionnalité de l'hôpital la création d'une pharmacie, d'un magasin de stockage divers, d'un endroit abritant convenablement les services techniques (maintenance), d'une ampliation de locaux de l'administration (au dessus du bâtiment « exclusif » pour les malades sous ARV) et des locaux pour la cuisine/salle à manger pouvant abriter le personnel et les familles des malades. La réhabilitation de la clôture est aussi prévue pour garantir la sécurité dans l'ensemble de l'enceinte de l'hôpital.

L'Hôpital de Kibagabaga (HDU de Gasabo) : *a été construit sous financement de la coopération belge et a commencé ses activités cliniques en octobre 2006. Actuellement, il offre des services de Médecine Interne, Pédiatrie et Gynéco-Obstétrique. Pour l'essentiel, l'hôpital de Kibagabaga est complet et fonctionnel. Certains renforts seront toute fois nécessaires :*

1. **Les Fonctions de base :** Malgré l'existence de salles d'opération partiellement équipées, la fonction de Chirurgie n'est pas encore couverte. De même, celle de prise en charge des Urgences demanderait un renforcement. Il est prévu pour ces fonctions de compléter les équipements médicaux manquants avec priorité absolue à la fonctionnalité complète des salles d'opérations.
2. **Des Fonctions additionnelles :** Des appuis concrets sont à prévoir pour doter l'hôpital de chambres de garde, ICT et bibliothèque. De même un magasin de stockage et un espace pour les services techniques (maintenance) sont nécessaires. La question de savoir si la pharmacie de district doit se situer dans l'hôpital devra être tranchée. Dans tous les cas il faudra prévoir un dépôt avec une partie pharmacie distribution.

Sous-résultat 3.3 : « L'accès de la population aux formations sanitaires de premier échelon offrant le paquet minimum d'activités (PMA) est augmentée. »

Ce résultat s'inscrit dans l'appui au plan de couverture faisant partie du Plan Stratégique de Développement Sanitaire. L'offre de soins de premier échelon est insuffisante pour couvrir garantir l'accès à la population, tant actuellement (2008) que a fortiori dans les années à venir. Il est prioritaire d'augmenter rapidement la couverture sanitaire à ce niveau. Pour cela, le PSDSK, sur base des besoins de ses trois districts, proposera un programme d'investissements ambitieux à l'intention des différents partenaires de développement.

Les ressources du programme iront donc, dans trois directions complémentaires :

1. **La création de centres de santé publics** dans les secteurs prioritaires qui en manquent et qui seront définis pour chaque district dans le PSDSK. Il s'agit ici de centres de sante qui répondront aux normes définies par le Ministère de la Santé. Ce programme d'appui belge sera probablement un des premiers à démarrer des investissements dans ce cadre. L'équipe technique mise en place au niveau de la Mairie sera chargée, en collaboration avec les USFPE des districts, d'assurer le lancement et le suivi des marchés.

Les nouveaux centres de santé seront implantés selon deux modalités : a) ceux utilisant le critère normatif d'un CdS par secteur et b) ceux utilisant le critère population à couvrir, non liée au découpage administratif. Ces implantations devront se faire sous une perspective de recherche action basée sur une adaptation de l'hypothèse émise par l'étude HERA/SHER : réduire le nombre de population couverte par des CdS nouveaux, avec moins de personnel

que les actuels gros CdS de la ville, améliorera la qualité de l'offre. L'enjeu serait de démontrer une amélioration nette dans la qualité des soins mesurée par des indicateurs appropriés, des enquêtes de satisfaction montrant, entre autres, l'évolution dans l'accueil et les files d'attente.

Ce programme d'appui au PSDSK prévoit un budget conséquent pour la construction de centres de santé dans la ville. Leur localisation concrète sera définie par chaque district selon des critères de santé publique et reflétée dans le PSDSK²⁸.

Au préalable une négociation avec le MiniSanté aura lieu pour assurer la dotation du personnel des nouvelles structures. Dans ce cadre, le programme appuiera la progressive médicalisation des centres de santé. Au moins un médecin par centre de santé qui pratique des accouchements serait la norme atteindre.

2. La contractualisation de dispensaires privés pour la fourniture du paquet minimum d'activité. En échange de la fourniture de soins préventifs et curatifs, les dispensaires rencontrant les conditions d'agrément pourront bénéficier de subventions, de matériels, de formations, de vaccins, et rejoindre alors le groupe des centres de santé agréés. En fait, il s'agit, avec l'objectif d'augmenter la couverture sanitaire, d'intégrer dans le système de soins (et ses mécanismes de contrôle et suivi) ce que la population utilise déjà ouvertement pour se soigner.

Le programme d'appui lancera d'abord un inventaire actualisé de l'ensemble de l'offre privée. Sur cette base, il élaborera un programme de captation de dispensaires privés, dans une démarche de recherche-action. Ce programme sera ouvert à la participation d'autres partenaires de développement dans le cadre du PSDSK.

3. Augmenter les centres de santé qui font des accouchements est une nécessité stratégique pour la fonctionnalité des hôpitaux et pour faire face aux besoins de la population. Des ressources spécifiques viseront les grands centres de santé existants, notamment dans les districts de Nyarugenge et Kicukiro, qui continuent à référer leurs parturientes. Sont envisagés ici l'adaptation des espaces existants, des équipements et l'appui à la formation du personnel.

Sous-résultat 3.4 : « L'intégration de l'ensemble de la pyramide sanitaire de la ville de Kigali est favorisée par la mise en réseau de ses trois niveaux de soins. »

La promotion du partage et mise en commun est à la base même de la conception du Plan Stratégique de Développement Sanitaire et de ce programme d'appui. Ce sous-résultat traduit ce principe en actions concrètes visant à améliorer l'intégration des différents acteurs dans la ville de Kigali.

Il existe déjà quelques initiatives de collaboration entre établissements de soins pour en retirer des avantages collectifs et individuels. Il s'agit ici de formaliser et étendre ce qui actuellement fonctionne de façon limitée, en partie grâce à l'initiative du CHUK et les actuels HDU. L'échange de compétences et expériences (cliniques, gestionnaires, budgétaires, organisationnelles) devient de plus en plus une nécessité que ce soit au même niveau de soins (ex : réseau inter-hospitalier), entre niveaux de soins (collaboration hôpitaux – CdS) ou entre formations sanitaires de statuts différents (publiques, agréées, privées).

²⁸ Sans préjuger de ces emplacements, le centre de santé de Muhima, situé en face de l'hôpital, semble déjà acquis dans le plan stratégique du district de Nyarugenge. Il permettra de libérer rapidement l'actuel dispensaire existant dans l'enceinte de l'hôpital et de récupérer un espace important pour le développement de ce dernier.

Le programme appuiera la constitution et le fonctionnement d'instances de coordination et de concertation et les fonctions améliorant l'intégration du système de santé de la ville. Dans ce cadre, le programme appuiera les actions suivantes :

1. La création d'une instance de coordination inter-hospitalière regroupant tous les hôpitaux de la ville. Le programme l'appuiera par des ressources techniques et financières, sous le leadership de la Ville de Kigali et du Ministère de la Santé.

Cette plate-forme réunira les hôpitaux de référence nationale (CHUK, KFH, HM Kanombe, HNdera) et les hôpitaux de district (Muhima, Kibagabaga...Masaka ?) avec deux préoccupations essentielles : (1) l'analyse de situation du fonctionnement des hôpitaux, de leurs forces, faiblesses et perspectives d'avenir, (2) le lancement d'initiatives et actions de mise en réseau pour améliorer cet ensemble. Sont prévues ici, entre autres, l'élaboration d'un Master Plan pour les hôpitaux de la ville qui clarifie l'avenir des soins hospitaliers pour Kigali, des améliorations dans le circuit de l'information par un réseau informatique unifié, les échanges de personnel médical en fonction des besoins, le groupage des achats (matériel médical, consommables, médicaments, etc.).

En continuité de son impulsion actuelle, le CHUK se doit d'assumer un rôle de leadership dans cette dynamique interhospitalière. D'un côté, pour améliorer la prise en charge clinique des patients dans les hôpitaux de district à travers la formation et le renforcement par ses cliniciens (ATI et nationaux), mais aussi en établissant des collaborations étroites entre les services médicaux des autres hôpitaux du 3^{ème} échelon et des services universitaires internationaux

2. De même, sous l'impulsion de la Mairie de Kigali et l'appui du Ministère de la Santé, le programme appuiera la constitution d'une dynamique de coordination des établissements de premier contact, publics, agréés ou privés.

Les fonctions intégratives comme la continuité des soins et le système de référence-contre référence seront renforcées par la mise en réseau. Elle favorisera également la mise en œuvre d'autres initiatives, telles le renforcement de tout le système de production, circulation et utilisation de l'information (sanitaire, environnementale, autres) prévu sous le résultat 1.1, toutes activités d'épidémiologie et de recherche clinique, etc.

Sous-résultat 3.5 : « L'efficacité des services hospitaliers de la ville de Kigali est renforcée via le développement d'activités communes au sein du Réseau Inter Hospitalier (RIH). »

Ce sous-résultat s'inscrit dans la continuité du précédent. Il met en avant la gestion concrète de ressources communes par les hôpitaux. Le programme se propose d'apporter un appui technique et financier à une série d'initiatives comme :

- L'implantation d'un réseau informatique unifiée, permettant une continuité dans l'information des patients référés entre les hôpitaux, ainsi que dans l'administration des dossiers des malades. Il s'agira de l'installation d'un Système Central au CHUK qui centraliserait l'information et la rendrait disponible pour les autres « modules clients » installés dans les autres hôpitaux de la ville. L'avantage étant que le même programme informatique installée au CHUK et en train d'être implanté dans les Hôpitaux de Muhima et Kibagabaga. L'entreprise informatique chargée de ces installations collabore aussi avec l'Hôpital Militaire de Kanombe. Seraient ainsi couverts les trois districts de la ville : Nyarugenge, Gasabo et Kicukiro.

Dans ce domaine, en vue de la durabilité et étant donné le manque d'informaticiens dans le secteur santé, le Plan Stratégique pourrait inclure la création d'un Centre de Formation et Recherche en Informatique liée à la Santé. Des initiatives et des prévisions budgétaires existent déjà dans ce sens par les principaux acteurs privés de cette branche professionnelle.

- La mise en réseau des compétences pour la maintenance bio médicale dans les hôpitaux, avec l'assistance technique de l'ATI bio médical fourni par le programme. Le service technique du CHUK servira ici de noyau de services communs, pouvant exécuter des actions préventives et curatives dans tout le réseau.
- Le partage des expertises cliniques existantes dans les différents hôpitaux de la ville pour améliorer l'efficacité et la couverture des besoins. Il s'agit notamment des activités de chirurgie qui restent actuellement non couvertes à Muhima et Kibagabaga.

Sous-résultat 3.6 : « Des réponses en matière d'environnement sont mises en œuvre, en application du PSDSK. »

Le PSDSK montrera au travers son plan d'action environnementale (PAE), quels sont les domaines à développer et les priorités à assumer, que ce soit en matière de gestion des déchets (décharges publiques contaminant les sols, eaux de pluies ou des riverains), des eaux usées ou des eaux pluviales, de l'hygiène et l'assainissement. S'agissant d'activités préventives, ces actions auront plus d'impact sur la santé des citoyens de la Ville que bien d'autres activités produites exclusivement par les prestataires de soins. Par ailleurs, elles nécessiteront pour être menées, d'expertises spécialisées qui se trouvent déjà au niveau national, et la mobilisation de fonds importants pour financer les infrastructures nouvelles à mettre en place.

Le programme d'appui prévoit un budget, études comprises, pour être utilisé dans l'application du PAE. Sous réserve de l'élaboration du PSDSK, quelques priorités ont déjà été identifiées. Dans l'ordre de priorité, il s'agit de la mise en place d'un système des eaux usées dans les hôpitaux de Muhima et de Kibagabaga, d'une morgue publique d'au moins 30 corps et d'un incinérateur pour le traitement des déchets sanitaires de la ville. Tout ou partie de ces investissements peut être réalisé en utilisant l'enveloppe prévue, dépendamment du budget requis. Le PAE inclura également d'autres investissements environnementaux proposés au financement d'autres partenaires du PSDSK.

L'utilisation de l'enveloppe d'environ 1,4 millions euros sera conditionnée par les principes suivants :

- Des études techniques détaillées par rapport aux investissements prioritaires indiqués doivent être disponibles.
- Dans le cas où l'enveloppe s'avère insuffisante suivant les études techniques ou pendant l'exécution, l'USE se limitera à réaliser les travaux qui peuvent être complétés tout en restant dans l'enveloppe. Pour les autres investissements, elle essaiera de mobiliser des ressources additionnelles à travers le cadre d'investissement et le PSDSK. Ceci afin de respecter le concept du programme et de ne pas entraver la réalisation des autres résultats.
- Une collaboration étroite sera établie avec la cellule « Urban Planning and Infrastructure » pour la mise en œuvre du programme d'investissement.

Par ailleurs, la prise en compte de l'ensemble du système de santé environnement doit inclure la capacité de réponse dans les cas où une contingence non prévue impose des besoins immédiats à couvrir par le système, en particulier s'ils impliquent une population en détresse. Le programme

appuiera une certaine capacité de réponse rapide pour ces cas. C'est, par ailleurs, un besoin fortement ressenti par les responsables nationaux, tant de la ville comme du MiniSanté.

L'appui proposé se concentre essentiellement sur les investissements et l'assistance technique. Il comporte également quelques frais de fonctionnement mineurs.

Appui technique

Le résultat 3 sera fortement soutenu par le personnel du programme intégré dans l'équipe de la Mairie. Une équipe composée d'un ATI médecin santé publique et un national seront chargés du développement des niveaux de soins de la ville, le premier plus impliqué dans les aspects liés au réseautage et le deuxième des soins de santé première et communautaire. Les deux travaillant de concert dans l'intégration du système (sous-résultats 3.4 et 3.5). Ceci les amènera à travailler directement avec les équipes hospitalières du CHUK (sous résultat 3.1.), des hôpitaux de district (sous résultat 3.2.) avec les centres de santé (sous résultat 3.3.) dans les composantes « réseau » de leurs activités, et avec le niveau communautaire (résultat 5).

En parallèle, le directeur de l'USE et le délégué à la cogestion, dans le cadre de l'exécution du PSDSK, devront travailler activement pour le déploiement des investissements contenus dans le Plan, en particulier avec les partenaires institutionnels, Mairie de la Ville et Ministère de la Santé, et potentiels partenaires de développement. Ils seront aussi chargés d'appuyer les Districts dans l'exécution du PSDSK, et les actions que ce programme prévoit à leur niveau (sous-résultat 3.2. et 3.3. surtout).

Aussi à partir de l'équipe de la Mairie, l'AT ingénieur bio médical s'impliquera dans la mise sur pied du réseau en matière de maintenance ainsi que dans le développement de procédures d'achats communes entre hôpitaux, en étroite collaboration avec les responsables de la maintenance des hôpitaux de la ville. Il aura la charge du suivi des acquisitions des équipements biomédicaux, en collaboration avec l'équipe d'administration de l'Unité Santé Environnement de la Mairie. Cette équipe sera aussi chargée, en moindre mesure, en collaboration avec la direction des établissements concernés, du suivi du programme de constructions prévus dans l'appui belge.

Comme déjà expliqué dans le sous-résultat 3.1., deux spécialistes (gynécologie-obstétrique et pédiatrie) seront disponibles sur les deux premières années du programme et participeront activement dans la collaboration entre hôpitaux pour améliorer la qualité clinique et la mise en place des services non couverts comme la chirurgie. Pour une partie de leurs tâches ils seront délégués aux services cliniques du CHUK. Un modèle standard de profil de poste est proposé en annexe.

De même, un budget est prévu pour le suivi scientifique des activités de recherche opérationnelle au CHUK et les autres hôpitaux de district par une institution académique sous forme de missions périodiques de deux spécialistes et un suivi permanent depuis leur siège.

Les appuis techniques court terme pour l'élaboration du Master Plan des hôpitaux de la ville et d'autres études comme la carte sanitaire actualisée (privés) sont déjà prévus sous le résultat 2 (sr 2.4.)

Appui en investissements

Une bonne partie des ressources utilisées dans le résultat 3 prendra la forme d'investissements. Ils déjà cités sommairement plus haut et repris en détail dans les budgets en annexe. Dans le cas du CHUK, il s'agira surtout de l'acquisition d'équipements médicaux. Dans les deux hôpitaux de district sont prévus des travaux d'infrastructure, surtout à Muhima, et aussi divers équipements.

Pour ce qui est de l'appui au premier échelon de soins, il faudra financer la construction de centres de santé et de postes de santé. Des appuis d'habilitation des espaces et de petit matériel médical sont à envisager au cas par cas dans la contractualisation des dispensaires privés.

Le Réseau Interhospitalier bénéficiera de l'investissement informatique sous forme d'une Unité Centrale au CHUK liée aux autres hôpitaux. Le but est de créer une infrastructure réseau qui permet de:

- a. Extraire automatiquement des informations sélectionnées des bases de données des systèmes de gestion hospitalière (HIMS) et de les envoyer vers un serveur central
- b. Mettre en place une application centrale qui permet d'exploiter les données centralisées des différents hôpitaux
- c. Mettre en place un ensemble d'applications permettant l'échange de dossiers médicaux entre infrastructures sanitaires

Pour faire cela, un nombre d'applications doivent être développés et un nombre de services sont prévus afin d'implémenter les applications dans un réseau fonctionnel et exploitable.

Les hôpitaux de districts bénéficieront d'un parc informatique important pour rendre fonctionnel dans les services le système. Ainsi, Muhima pour Nyarugenge, Kibagabaga pour Gasabo et l'HM de Kanombé (en attente de l'HDU de Masaka) pour Kicukiro, bénéficieront d'équipements informatiques et la formation pour l'utilisation du système. Les coûts de maintenance de l'ensemble du réseau informatique installé seront, bien entendu, pris en charge dans ce volet du programme.

Finalement, un budget environnement conséquent sera utilisé pour investir sur des infrastructures environnementales prioritaires selon le plan d'action environnemental, comme décrit en 3.6.

Appui en frais de fonctionnement

Les frais de fonctionnement se concentrent sur la fonctionnalité du Réseau Inter Hospitalier (RIH) et la plate-forme de concertation du premier échelon. La concertation entre formations sanitaires générera une série de réunions et de groupes de travail qui demanderont un support de secrétariat et de diffusion de la communication par l'Unité Santé Environnement. Les salles de réunions des hôpitaux ou de la mairie seront utilisées à cet effet.

4.4.4 Résultat 4 : « La qualité de l'ensemble des soins et des services de santé de la Ville de Kigali est améliorée. »

Les établissements sanitaires offrent un service vital pour la population. Au-delà des questions d'infrastructures et d'équipements, leur performance dépend surtout de la qualité du travail du personnel, tant vis à vis des malades que par rapport à l'organisation interne et la gestion des ressources. Ce résultat se focalise sur l'amélioration des capacités et du fonctionnement du personnel pour augmenter leur motivation et mieux répondre aux besoins de la population.

La qualité des soins et des services de santé établit d'entrée la distinction entre la qualité médicale ou technique, du pôle du prestataire, et la qualité du service, ou comment est reçu la prestation par la population. Il s'agit en fait d'un concept multidimensionnel dans lequel participent plusieurs critères, dont la compétence professionnelle, la performance technique, l'innocuité, l'accessibilité, les relations interpersonnelles, la continuité des soins, la couverture/utilisation et des caractéristiques diverses comme l'apparence physique de la structure, propreté, confort, et tout ce qui est important aux yeux des usagers.

L'ensemble du programme couvre les différentes dimensions de la qualité. Ce résultat propose des actions ayant un impact sur la compétence professionnelle et la performance technique du personnel, mais aussi sur sa capacité d'analyse et de résolution de problèmes, à l'écoute des demandes des patients (Assurance Qualité).

Les actions proposées sont :

Sous-résultat 4.1 : « Un programme de renforcement des compétences du personnel est appliqué aux différents niveaux du système de santé de la ville de Kigali »

Les formations données aux personnels de santé concernent en majorité les programmes verticaux (paludisme, Sida, vaccinations, ...). Elles sont souvent organisées et délivrées à l'initiative de ces programmes, pilotés par le Ministère de la Santé au niveau national.

Le personnel dispose des compétences de base requises pour mener les activités curatives et préventives du premier échelon. Des remises à niveau sont cependant nécessaires. De plus, le PSDSK pose des questions nouvelles pour lesquelles le personnel de santé n'est pas forcément armé.

Le programme d'appui soutiendra un plan de formation pluriel, combinant (1) des activités classiques de transmission de connaissance, (2) des démarches visant à l'auto-apprentissage et l'émulation entre partenaires(cf. entre autre leçons apprises dans le cadre du programme Santé Mentale), et (3) des techniques pour renforcer l'accueil du patient et la communication interpersonnelle. Le plan sera coordonné par la Ville de Kigali, et viendra compléter les programmes de formation déjà supportés par le MiniSanté. Particulièrement, les thématiques s'étendront aux problématiques soulevées dans le cadre du Plan Stratégique (soins curatifs, gestion du centre de santé et de l'hôpital, réseau informatique, santé maternelle, techniques d'assurance qualité, etc.). L'ensemble de ces formations seront approuvées et resteront sous l'autorité du Ministère de la Santé.

Au niveau des activités de transmission de connaissance, les activités du programme comprendront des ateliers thématiques de formations, appuyés par des guidelines et manuels de procédures distribués au personnel, ainsi qu'un budget de formation par centre de santé à affecter en fonction des priorités. Les démarches d'auto-apprentissage comprennent des visites d'études auprès d'autres formations sanitaires du Rwanda ou de la sous-région, et des stages d'une semaine pour plusieurs membres du personnel dans une autre formation sanitaire, pour confronter leurs méthodes et habitudes à d'autres contextes & pratiques de travail.

Sous-résultat 4.2 : « La politique d'amélioration de la performance (PBM) est renforcée et étendue dans les services de santé de la ville »

La politique des contrats de performance entre les établissements de santé et l'Etat, suivant les directives nationales venant du Ministère de la Santé, est en train de se généraliser dans le pays. Les résultats obtenus pour le suivi de la performance des centres de santé et des hôpitaux de district, sont encourageants.

La méthodologie suivie par cette approche contractuelle consiste, de façon succincte, dans la réalisation de supervisions mensuelles des formations sanitaires par des superviseurs de district, le relevé quantitatif et qualitatif des prestations selon une grille composée d'indicateurs des activités et prestations essentielles, la conversion de ces résultats chiffrés en valeurs monétaires, et le paiement des subventions mensuelles destinées aux formations sanitaires supervisées.

Le programme de la coopération belge va appuyer l'Approche Contractuelle de plusieurs façons :

1. L'appui à la supervision de la part des districts. Dans les trois districts, les deux équipes existantes, celle de l'hôpital de district²⁹ et celle de l'USFPE du District Municipal seront appuyées techniquement pour améliorer leur coordination et l'efficacité dans la réalisation de leurs fonctions respectives. Le circuit de supervision en sera clarifié. L'enjeu est double : (1) améliorer le caractère formatif des visites dans les formations sanitaires et, (2) renforcer la coordination systématique entre les deux équipes et renforcer les compétences des USFPE dans leurs fonctions de coordinateur et régulateur des formations sanitaires de leur district.
2. Le financement des subventions de l'approche contractuelle aux hôpitaux de district est assuré par le gouvernement dès le lancement du programme. Il remplace les appuis fournis précédemment par le projet belge d'appui aux hôpitaux de Muhima et Kibagabaga. Le programme maintient cependant une implication forte sur l'approche contractuelle via les activités de supervision formative décrites dans le point précédent.
3. Un budget pour appuyer de manière dégressive les frais de fonctionnement des hôpitaux de Muhima et Kibagabaga. Jusqu'à présent, les frais de fonctionnement sont principalement supportés par l'approche contractuelle. Le passage sous financement du gouvernement signifiera très probablement une baisse des subventions. Cet appui dégressif en frais de fonctionnement permettra de maintenir un niveau de qualité suffisant dans les hôpitaux supportés historiquement par la CTB, et d'opérer en douceur le changement de source de financement de l'AC.
4. Sous une optique de recherche action, deux interventions sont prévues :
 - a. Elaborer et appliquer une démarche d'amélioration de la performance, basée sur une grille avec des indicateurs propres à leurs fonctions, non pas sur des prestataires de soins mais sur des équipes responsables de la gestion du système dans les USFPE des districts. Des évaluations trimestrielles seront menées par une équipe qui sera composée par des membres de la cellule AC du MiniSanté, de l'Unité Santé Environnement et des deux autres USFPE. Les membres de l'Unité Santé Environnement bénéficieront eux d'un système de primes fixes.
 - b. Proposer et tester des approches alternatives du modèle national (appliqué de façon homogène aux formations sanitaires). Une option serait d'amener les formations sanitaires à trouver des solutions sur leurs faiblesses spécifiques, en travaillant sur la pondération de certains critères dans le score final (les autres restant leur pondération standard). Par exemple, un hôpital faible en stérilisation serait appelé à faire un effort particulier sur ce domaine s'il veut conserver (ou augmenter) son niveau de primes. Les résultats seraient analysés périodiquement, des nouveaux objectifs assignés en accord entre évaluateurs et FOSA, et la pondération adaptée en fonction. L'idée est de créer une approche plus dynamique, en l'adaptant au contexte.

Sous-résultat 4.3 : « Les circuits de l'information sont renforcés pour une meilleure analyse des données dans la prise de décisions »

La mise en commun de l'information est un des points clé du système de santé à développer dans la ville et qui sera mis en avant par le Plan Stratégique. Cette mise en commun concerne en premier lieu l'information sanitaire liée à l'offre de soins.

²⁹ Dans le district de Kicukiro, sans HDU, l'appui ira à l'équipe de supervision de l'Hôpital Militaire de Kanombé, qui assumé cette fonction, en attendant la mise en route du futur hôpital de district de Masaka.

Le Système d'Information Sanitaire (SIS) est sous la responsabilité du Ministère de la Santé. La collecte des données relatives aux activités de santé relève maintenant des USFPE des districts. Les rapports mensuels venant des centres de santé doivent être synthétisés au district sous le programme informatique GESIS. Cette synthèse mensuelle³⁰ doit remonter jusqu'au MiniSanté et, dans le cas de la Ville de Kigali, jusqu'à la Mairie. Pour différentes raisons, ce circuit dans la ville reste défaillant.

Par ailleurs, les données des hôpitaux de Kigali ne font pas partie des données des districts. Elles sont générées de manière indépendante par chacun d'entre eux et le bureau chargé de l'information sanitaire au Ministère de la Santé n'est pas chargé de leur exploitation ni de leur synthèse. Ceci crée une lacune importante dans la compréhension du système de santé de la ville.

Le programme appuiera l'amélioration du circuit de l'information et son utilisation pour la prise de décision. Trois champs d'application principaux sont distingués :

1. La circulation de l'information sanitaire venant du premier échelon et du niveau communautaire sera rendue complètement fonctionnelle, par le renforcement substantiel de cette fonction au sein des Unités Santé, Famille et Protection de l'Enfance dans les 3 districts de la ville. L'information sera traitée et analysée convenablement et d'une façon participative avec les acteurs concernés, d'abord dans l'USFPE de chaque district, et remontera ensuite au niveau de l'USE de la Mairie, pour une synthèse et analyse globale de la ville. L'analyse à travers les cas critiques fera partie de cette activité.
2. L'information sanitaire des hôpitaux sera standardisée, sous l'impulsion du Réseau Inter-Hospitalier et à travers l'installation en réseau d'un programme informatique commun (MXS³¹). L'information mensuelle des hôpitaux de district ira d'abord à leur USFPE, pour remonter ensuite vers l'USE et le Ministère de la Santé. L'information des hôpitaux de référence nationale ira directement vers le Ministère de la Santé et l'USE de la Mairie. Dans le cadre du réseautage, toute l'information hospitalière sera mise à disposition de tous les hôpitaux de la ville.
3. Le programme appuiera l'analyse de l'information collectée aux différents échelons et son utilisation dans la prise de décision. Pour l'USE et les USFPE, cela passera principalement par un support quotidien de l'Assistant Technique Médecin de Santé Publique dans le développement de capacités analytiques. Au niveau des formations sanitaires, cela passera par une combinaison de formations spécifiques à l'analyse des indicateurs, et des ateliers périodiques (semestriels) de revue et analyse des résultats entre pairs (pour stimuler une émulation entre formations sanitaires). L'assistance technique introduira des méthodes d'analyse standardisées (analyse causale, de processus, par les scores)³².

Sous-résultat 4.4 : « L'utilisation de l'Assurance Qualité est étendue et adaptée aux besoins des différents types d'établissements de santé de la ville »

L'amélioration de la qualité peut adopter différentes modalités. Certaines ont été exposées dans les points précédents. Une division pourrait être faite entre (1) les approches « externes » qui appellent des compétences de l'extérieur pour mesurer le degré d'atteinte de normes préétablies, et (2) les approches « internes » par lesquelles le personnel de l'établissement de santé, une fois formé, établit

³⁰ Aux rapports du SIS s'ajoutent ceux qui concernent les activités SIDA destinés au TRAC, à la CAMERWA et au Global Fund, les rapports concernant les malades tuberculeux destinés au programme national TBC, le rapport sur les vaccinations dont copie est destinée à GAVI et le rapport épidémiologique qui concerne les maladies à caractère épidémique.

³¹ Au moment de la formulation, l'implantation de MXS est terminée au CHUK, avancée dans les hôpitaux de district de Muhima et Kibagabaga et est en cours dans l'hôpital militaire de Kanombe

³² Système d'Information Sanitaire (d'Altília, Greindl, de Caluwé, de Lamalle, Wodon, Lecharlier), 2^{ème} Ed L'Harmattan, 2005.

lui-même ses objectifs et priorités, s'organise pour les atteindre et en mesure l'impact. Dans le premier cas se trouvent des démarches comme l'accréditation et le suivi de la performance par l'AC, déjà explicitement soutenues par le programme.

Ce sous-résultat se propose, sous une modalité de recherche action, d'appuyer les démarches internes au sein des formations sanitaires de la ville de Kigali, principalement les hôpitaux de district et les centres de santé, en se basant dans la mise en application de l'Assurance Qualité³³ (AQ).

L'approche AQ repose sur quatre principes: 1) la satisfaction des besoins et attentes des usagers ; 2) le travail en équipe ; 3) l'utilisation des données objectives nécessaires à l'analyse des systèmes de soins et de leur performance ; 4) L'amélioration continue des processus de soins et de gestion. Les résultats obtenus par cette méthode dans d'autres contextes confirment que la qualité n'est pas toujours liée à l'adjonction de ressources supplémentaires, mais repose souvent sur des mesures simples et peu coûteuses, bien adaptées au niveau et capacités de chaque établissement.

Ainsi, il serait tout à fait possible dans les hôpitaux de districts (Muhima, Kibagabaga, Masaka) et certains centres de santé, de démarrer une dynamique centrée sur l'amélioration de la qualité par l'identification et la résolution des problèmes en équipe. La méthodologie s'appuie sur le personnel médical, d'hygiène et d'administration, y compris parfois les représentants de la population bénéficiaire, regroupés au sein d'équipes multidisciplinaires. Celles-ci identifient les écarts entre les manières de travailler et ce que les normes (tant implicites qu'explicites) préconisent. Des outils et techniques spécifiques sont mis en œuvre pour combler ces écarts.

Les équipes d'amélioration de la qualité seront constituées par les agents travaillant dans les formations sanitaires, après une formation sur la méthodologie de résolution de problèmes en équipe³⁴. Les équipes recevront le soutien technique de facilitateurs de district formés. L'approche débutera avec un premier échantillon pilote, composé des hôpitaux de district et d'un groupe de 5 centres de santé par district (soit quinze au total). Le programme sera étendu aux autres centres de santé dans un délai de deux à trois ans.

Les appuis proposés pour ce résultat se résument comme suit :

Appui technique

Le développement du circuit de l'information suppose l'engagement par l'Etat d'un responsable système d'information sanitaire dans les USPFE des trois districts. Le programme financera leurs salaires sur les quatre années du programme.

Une partie importante de l'appui nécessaire au résultat 4 découle directement des ressources techniques appuyée par le programme à l'USE de la Mairie. La cellule monitoring, évaluation et système d'information sanitaire travaillera en appui des USFPE. Le médecin SP s'investira fortement dans les stratégies de renforcement des compétences, la gestion de l'information hospitalière et son utilisation par le réseau inter-hospitalier pour des initiatives d'amélioration du système. Enfin, le directeur de l'USE et le chargé à la cogestion veilleront à l'harmonisation des approches avec le Ministère de la Santé. Il s'agit notamment des réformes du circuit de l'information et de l'Approche Contractuelle.

Les USFPE bénéficieront d'un support méthodologique important pour adapter des nouvelles modalités de travail. Cela passe principalement par une assistance technique continue de l'USE.

³³ L'AQ fait, par ailleurs, l'objet du soutien méthodologique du Ministère de la Santé avec l'appui de différents partenaires, dont t le PAQ financé par l'USAID, et mis en œuvre par l'Université Johns Hopkins (Ecole d'Hygiène et de Santé Publique),

³⁴ Méthode en 4 étapes génériques : identifier l'opportunité d'amélioration ou le problème ; analyser le système ; développer des hypothèses de changements ; tester les changements et interpréter les résultats.

Comme évoqué en 3.1, les programmes de renforcement des compétences du personnel de premier échelon donnent lieu au financement de plusieurs activités spécifiques : ateliers thématiques de formations, éditions de guidelines et manuels de procédures ; budget de formation par centre de santé à affecter en fonction des priorités ; visites d'études au Rwanda ou dans la sous-région ; stages dans d'autres formations sanitaires. .

La mise en route de l'Assurance Qualité demandera un soutien méthodologique du Ministère de la Santé et de l'USE. Des consultances spécifiques sont prévues au budget pour développer la méthodologie et les programmes de formations. Les formations s'adresseront d'abord aux formateurs du district (USFPE et cadres des hôpitaux) et, ensuite à l'ensemble du personnel. Des manuels & guidelines seront édités à cet effet, pour servir de cadre durable de référence.

Appui en investissements

Outre les investissements consentis par ailleurs (véhicules en frais généraux, centrale informatique sous le résultat 3...), le programme dotera chaque USPFE du soutien matériel pour le développement du poste de responsable système d'information sanitaire. Ceci comprend le financement d'un ordinateur par district et de petits frais de mobilier, installation, réhabilitation.

Un petit fond d'investissements est disponible pour l'application des solutions préconisées par les équipes d'amélioration de la qualité, tant dans les hôpitaux que dans les centres de santé.

Appui en frais de fonctionnement

Le financement des primes de l'approche contractuelle pour les hôpitaux de district est désormais intégralement supporté par le gouvernement. Un budget additionnel viendra supporter de manière dégressive les frais de fonctionnement des hôpitaux de Kibagabaga et de Muhima. Le programme propose de plus un budget pilote d'approche contractuelle pour le personnel de district.

4.4.5 Résultat 5 : « La perception des soins chez les usagers et l'adhésion aux programmes de santé environnement dans la communauté sont améliorés »

Améliorer la disponibilité et la qualité de l'offre de soins est un préalable à l'accès aux soins. Cela ne signifie pas pour autant que la population l'utilisera, ou sera satisfaite de ses services : le comportement de la demande de soins importe. Le Rwanda a poussé cette réflexion très loin avec le développement impressionnant du réseau mutualiste, des agents de santé communautaires et autres. Le programme s'appuie sur cette base dans une compréhension plurifactorielle des dimensions de l'accès aux soins : accès géographique, accès financier, mais aussi perception de la qualité des services, préférences des utilisateurs, barrières sociales, stigma, discrimination, groupes cibles particulièrement vulnérables (adolescents, scolaires, etc.)

Sous-résultat 5.1 : « Les fonctions de représentation des patients et de défense de leurs intérêts liées aux organes de santé communautaire sont renforcées »

La communication entre formations sanitaires et population tend à être unidirectionnelle : les messages de prévention, d'information sur les vaccinations ou autres sont délivrés à la population ; mais la population n'a en retour que peu de moyens de faire connaître ses attentes, ou de rapporter un problème occasionné lors d'une visite dans les formations sanitaires (traitement inefficace, surfacturation, discrimination...).

Deux organes de santé communautaires peuvent en théorie avoir ce mandat dans leurs attributions : les agents de santé communautaires et les comités de santé. Leur travail est jugé globalement satisfaisant sur la première ligne de communication (FOSA → population) : le programme se propose de les renforcer sur la deuxième.

Le programme soutiendra l'inclusion de fonctions d'investigation des cas critiques au sein des activités de routine des agents de santé communautaires. Cela peut se réaliser via des méthodes simples, s'appuyant sur les notables locaux et autres informateurs clés. Le programme testera également d'autres stratégies visant à renforcer la relation agents de santé communautaire – population. Les cas critiques les plus sérieux seront rapportés immédiatement auprès du comité de santé et des formations sanitaires, les cas plus courants consignés dans un rapport périodique. Ils seront débattus et des solutions recherchées au sein des procédures d'assurance qualité (voir sous-résultat 4.4). Le comité de santé, dans ses fonctions de représentation de la population, validera les conclusions et les actions correctrices entreprises. Les agents de santé communautaire relayeront l'information et les actions éventuelles auprès des personnes intéressées.

A part cela, l'équipe des centres de santé cherchera activement à entretenir les liens entre le centre et les communautés locales, et à renforcer la synergie entre les différents acteurs de la santé dans le secteur.

Sous-résultat 5.2 : « Les réseaux d'agents de santé communautaire et les leaders locaux sont renforcés dans leur mission de communication et d'actions préventives pour la santé et l'environnement »

Le programme soutiendra les activités développées par les agents de santé communautaire dans les messages qu'ils véhiculent des formations sanitaires vers la population (la première ligne de communication évoquée ci-dessus). Il stimulera les échanges entre ces agents et la population par rapport aux aspects de santé et environnement.

Il veillera particulièrement à renforcer leur ancrage communautaire, en sensibilisant les leaders locaux (notables, élus, commerçants...) sur les questions sanitaires et environnementales. L'hypothèse sous-jacente est que si les personnes influentes et élus locaux comprennent mieux l'importance des messages (pourquoi vacciner ? pourquoi se laver les mains ? où placer une latrine ?), leur impact dans la population n'en sera que plus grand. Ceci sera appuyé par une série de formations de base, axées autour de brochures pédagogiques. Elles seront également diffusées dans d'autres cercles sociaux comprenant des gens lettrés, tels que les églises ou les écoles.

D'autres médias s'adresseront à une population plus vaste, via des campagnes d'affichages, de pièces de théâtre itinérantes et des messages radiodiffusés.

Sous-résultat 5.3 : « Les mécanismes de financement de la demande de soins sont documentés et les résultats alimentent la réflexion au niveau national »

Le mouvement mutualiste a connu un essor exceptionnel ces dernières années, atteignant des taux d'adhésion de 75% en 2007. Le volontarisme politique qui sous-tend l'approche y est pour beaucoup. La récente loi 62/2007 du 31 décembre 2007 va plus loin dans son article 33 en précisant que « *Toute personne résidant au Rwanda doit avoir une assurance maladie. Tout étranger entrant sur le sol du territoire de la République du Rwanda doit également avoir une assurance maladie dans un délai ne dépassant par quinze (15) jours* ».

Une telle croissance a cependant ses revers : ainsi le financement du système pose actuellement problème sur les soins de second et troisième échelon³⁵ ; une certaine rigidité administrative contraint les bénéficiaires au centre de santé de leur à l'hôpital de leur district ; la documentation sur la satisfaction des usagers et l'efficacité du système reste rare...

Le programme d'appui au PSDSK lancera via les équipes de suivi scientifique continu une (ou des) étude(s) pour documenter l'impact effectif du système mutualiste, et ses besoins de renforcement. En réaction, il pourrait suggérer et, avec l'accord du MiniSanté, tester une série d'approches alternatives sur des zones déterminées, à titre de programmes pilotes pour alimenter la réflexion sur le mouvement mutualiste. Sans présager des orientations, il est d'ores et déjà probable que certaines portent sur des systèmes de mobilité des mutualistes entre section (possibilité de consulter des formations sanitaires dépendant d'autres mutuelles), sur des stratégies pour combattre l'exclusion de catégories de population vulnérable, et sur l'impact de l'ajout de bénéfices additionnels (ex : dotation d'une allocation journalière par patient hospitalisé pour un garde-malade de la famille) et sur le lien avec la performance.

Sous-résultat 5.4 : « Des stratégies de santé scolaire sont testées pour favoriser la détection précoce des maladies et améliorer l'éducation sanitaire des enfants et des jeunes »

A ce stade, les activités de santé scolaire n'ont pas été développées au Rwanda. Le programme d'appui au PSDSK les testera à titre d'expériences pilotes dans un premier temps, avec possibilité de généraliser l'approche aux trois districts de la ville si les résultats sont satisfaisants.

Les modalités précises seront déterminées en début de programme. Un programme serait élaboré au démarrage qui préciserait les ancrages avec le ministère de l'Education, et les actions à mener.

Parmi ces activités il est prévu :

- Réalisation de l'étude sur les conditions sanitaires des écoles et l'état de santé des écoliers de la ville;
- Production, distribution et divulgation du matériel didactique d'appui "Kit de Santé Scolaire" incluant un manuel de santé scolaire, amplement diffusé et utilisé dans les écoles.
- Formation en Santé Scolaire des éducateurs au niveau de la ville;
- Réalisation d'activités d'animation sociale; Réalisation de Journées de Santé et Concours de Dessins;
- Appui à la réalisation d'activités et projets de promotion de la santé;

Par ailleurs, une équipe serait chargée des visites dans les écoles dont l'activité pourrait s'articuler comme suit. Deux infirmiers A2 expérimentés appartenant au staff de l'hôpital de district seront chargés des visites. Un territoire géographique, établi sur base des écoles existantes, sera attribué à chacun d'entre eux. Un calendrier de visite sera établi.

Ce programme a une forte dimension d'éducation et de prévention sanitaire auprès de deux groupes cibles particuliers : les éducateurs et les enfants et les jeunes qu'ils encadrent. C'est surtout un vecteur de communication important, pour familiariser les usagers dès l'enfance aux soins de

³⁵ Le financement des soins de troisième échelon est intégralement dépendant d'un fonds national de garantie alimenté par les partenaires intéressés à la mutuelle. Le même fonds de garantie procure la majorité des ressources au second échelon (le solde provenant des districts et des mutualistes). Or, à ce jour, les montants collectés dans le fonds national de garantie sont largement insuffisant pour couvrir l'intégralité des besoins. La loi 62/2007 du 31 décembre 2007 clarifie les sources de financement à hauteur de 1% des recettes des compagnies privées d'assurance maladie, 13% du budget ordinaire annuel du Ministère de la Santé, et d'un montant non spécifié provenant des partenaires de développement. Il est impossible de déterminer à ce stade si ces nouvelles mesures permettront de combler les lacunes actuelles.

santé, sensibiliser leurs parents aux besoins sanitaires et, surtout, à des saines habitudes d'hygiène de vie. Pour les jeunes en âge de procréer, le chapitre sur la santé sexuelle et reproductive revêt une importance stratégique. Les liens entre santé et environnement seront explicitement présentés aux jeunes, incluant une explication de mesures simples que tout un chacun peut adopter pour contribuer à l'amélioration de son habitat familial et celui de la ville.

Sous-résultat 5.5 : « L'environnement sanitaire est amélioré par des programmes communautaires d'hygiène et d'assainissement et la recherche de synergies intersectorielles »

Le budget du programme d'appui au PSDSK ne permet pas d'investir sur des infrastructures environnementales importantes, du type station d'épuration des eaux ou décharges publiques avec gestion des déchets. Ceux-ci seront inscrits au programme du PSDSK, sous financement d'autres partenaires du gouvernement.

Par contre le programme est un vecteur approprié pour stimuler des approches communautaires d'hygiène et d'assainissement. Cela concerne plus des actions de sensibilisation (hygiène familiale, élimination des déchets) que des programmes opérationnels spécifiques. Entre autres, le programme appuiera le développement d'associations communautaires qui collectent les déchets et les transforment en briquettes combustibles. Cela réduit les déchets, réduit la consommation de charbon, et crée de l'emploi local. Il existe donc un triple effet santé, environnement et économie locale. Un budget est disponible pour d'autres programmes de ce type.

Parallèlement, l'USE veillera à identifier les possibilités de synergies avec d'autres secteurs, pouvant impacter positivement sur l'environnement sanitaire. Le programme de santé scolaire proposé sous le sous-résultat 5.4 en offre un excellent exemple : il ne pourra se réaliser que via une bonne collaboration entre les secteurs de la santé et de l'éducation, sous l'égide des autorités de districts. D'autres collaborations, parfois plus simples opérationnellement, sont envisageables : téléphonie et santé via un numéro d'appel unique gratuit pour toute urgence médicale ; santé et forces de l'ordre pour la prise en charge des accidentés de la route, etc.

Sous-résultat 5.6 : « La satisfaction, les connaissances et comportements de la population en matière de soins de santé sont documentés, orientent les stratégies d'action et sont exploités pour l'amélioration de la qualité des services de santé »

L'amélioration de la perception des soins chez les usagers et l'adhésion de la population aux services de santé ne sont pas possibles sans savoir pas ce qu'ils ressentent et désirent. Il convient (1) de connaître la situation de départ ; (2) de documenter de manière continue l'évolution de la satisfaction, des connaissances et comportement de la population. C'est une activité transversale, qui influencera l'ensemble du résultat 5 (relevés des cas critiques, attentes face aux systèmes mutualistes, déterminants locaux de la santé...), impactera sur les démarches de qualité des soins (résultat 4) et colorera le PSDSK dans son ensemble.

La connaissance de la situation de départ demande d'effectuer une *baseline study* en début de programme : autrement dit, une photographie de la situation via quelques indicateurs-clé (de préférences, perception, dépenses de santé...) servant de référent pour évaluer l'impact du programme à un stade ultérieur. Ceci demandera une étude pilotée par des experts, avec le soutien d'enquêteurs locaux. Un budget d'expertise est également prévu pour certains sujets complexes en cours de programme (ex : évaluation des dépenses des ménages en soins de santé).

Par ailleurs, des enquêtes de satisfaction des usagers (ESU) seront menées annuellement dans les hôpitaux de district, selon une méthodologie basée sur des questionnaires appliqués aux usagers de l'hôpital et permettant la présentation de résultats facilement interprétables. Dans chaque hôpital,

trois services au moins feront l'objet d'enquêtes : les urgences, les hospitalisations et les consultations ambulatoires. Les résultats serviront à orienter les travaux des équipes d'amélioration de la qualité et l'impact de leur travail pourra être suivi par l'évolution annuelle des enquêtes successives. L'hypothèse de départ étant que les ESU peuvent être incorporés à l'activité de routine des HDU, constituant ainsi la première source fiable sur la perception par la population des soins hospitaliers qui lui sont offerts.

La documentation continue sera effectuée en routine par les agents de santé communautaire. Une série d'indicateurs simples seront identifiés, formalisés au sein des outils de collecte de données et intégrés dans le système de rapportage. Les données seront remontées au niveau du district via le centre de santé, et analysées par le responsable de l'information sanitaire organise l'analyse avec les acteurs concernés. Ces données serviront notamment à illustrer les questions de satisfaction et les cas critiques discutés collégialement dans le cadre de l'assurance qualité (voir sous-résultats 4.4 et 5.1). Cela donnera une indication de l'évolution de l'impact du programme, vu sous l'angle de la population. Cela permettra d'identifier les aspects non suffisamment documentés (ou pour lesquels la méthode de routine n'est pas suffisante), et d'orienter ainsi les budgets d'expertise spécifique.

L'appui proposé se concentre essentiellement sur l'assistance technique. Il comporte également quelques investissements et des frais de fonctionnement mineurs.

Appui technique

Le résultat 5 sera particulièrement soutenu par le personnel du programme en charge des aspects environnement et de dynamique sociale (les deux personnels rwandais, éventuellement supportés par les volontaires CTB sciences sociales et environnement, si disponibles). C'est un appui essentiellement conceptuel, d'encadrement et de suivi des stratégies proposées (accompagnement dans le travail des agents de santé communautaires, développement et formalisation des programmes pilotes, etc.)

Le sous-résultat 5.4 demande le financement des charges de personnel des infirmiers compris dans le programme, et engagés par les districts.

Un budget de consultance est prévu, particulièrement pour les sous-résultats 5.3 (approches mutualistes - inclus dans le suivi scientifique continu) et 5.6 (enquêtes de satisfaction et comportement des usagers).

Appui en investissements

Le programme de santé scolaire (5.4) demande certains investissements de base pour le travail des infirmiers (moto, ordinateur, trousse médicale, bureau, autres).

Le reste des appuis en investissement est très limité. Les budgets relatifs au personnel de l'USE suscité sont porté en frais généraux. Quelques budgets mineurs s'ajoutent pour appuyer le lancement d'approches novatrices.

Appui en frais de fonctionnement

La majorité des frais de fonctionnement seront absorbés dans le développement et la conduite de programmes innovateurs. Le reste des appuis concerne essentiellement des frais de réunion au niveau local, la formation des leaders locaux, le renouvellement de la trousse médicale des infirmiers de santé scolaire ainsi, la production du matériel didactique pour les leaders locaux et pour les infirmiers de santé scolaire, les autres médias (campagnes d'affichage), etc.

4.5 LES INDICATEURS ET SOURCES DE VÉRIFICATION

La liste d'indicateurs présentée a pour objectif de faciliter le suivi des actions du programme, tout d'abord à l'équipe chargée de son exécution. C'est pourquoi, il est fortement recommandé de prendre le temps au début, de réaliser un travail de validation de la liste d'IOV à utiliser sur base de ceux présentés ici. Les sous divisions du cadre logique ont été utilisées comme schéma à suivre. Ce n'est qu'une option qui ne rend compte que des aspects plus saillants du programme : L'équipe d'exécution analysera la pertinence d'ajouter d'autres IOV jugés plus aptes à rendre compte d'aspects importants et non repris dans cette liste.

Le cadre logique (annexe) reprend une bonne part des IOV décrits ici, mais pas tous. La sélection n'avait d'autre propos qu'alléger le CL. L'équipe d'exécution du programme prendra soin, cependant, de prendre comme référence pour ses rapports annuels, la liste complète d'IOV.

4.5.1 Indicateurs relatifs à l'objectif spécifique : La Ville de Kigali met en œuvre le Plan Stratégique de Développement Sanitaire de la ville de Kigali (PSDSK) de façon concertée avec ses partenaires

1. Disponibilité d'un PSDSK mis à jour ;
2. Disponibilité de plans d'action annuels réalistes à tous niveaux pour l'exécution du PSDSK ;
3. Budget alloué à la mise en œuvre du PSDSK (ensemble des partenaires) et proportion du budget effectivement exécuté
4. Evolution du nombre de partenaires actifs dans la mise en œuvre du PSDSK

Moyens de vérification : PSDSK, Plans d'action annuels, Suivi budgétaire PSDSK, Rapports PSE

4.5.2 Indicateurs des résultats intermédiaires et activités

4.5.2.1 IOV du Résultat 1 : La ville de Kigali et ses districts adaptent efficacement leurs instances de gestion chargées de la santé et de l'environnement pour répondre à son rapide développement.

R.1.1. Le cadre institutionnel et organisationnel des instances de gestion de la mairie et des districts est adapté pour rencontrer les défis du PSDSK

1. Existence effective de l'équivalent de l'Unité Santé Environnement et Positionnement institutionnel de l'USE dans l'organigramme de la mairie ;
2. Les Rôles et fonctions des différents postes de l'USE sont établis. En pratique, cela sous entend la création des profils spécifiques des postes de l'unité.

Moyens de vérification : Organigramme de la Mairie, Noté écrite de la Mairie (règlement ?) sur la nouvelle unité, Rapports d'activité annuels de l'USE

R.1.2. « Les instances de gestion de la ville sont dotées du soutien matériel, humain et technique nécessaires à leur fonctionnement

Au Niveau de la Mairie :

3. Degré de couverture des postes prévus pour l'Unité Santé Environnement de la Mairie.

Au Niveau des Districts Municipaux :

4. Les postes du responsable de l'information de chacune des trois USFPE sont couverts.

Moyens de vérification : Rapports d'activité annuels de l'USE, Rapports annuels des USFPE de district.

R.1.3. Les compétences des instances de gestion nécessaires à la mise en œuvre du PSDSK et des politiques du MiniSanté sont renforcées

5. Plan de Formation élaboré et mis en œuvre, dès la deuxième année pour le personnel de l'USE et des USFPE des districts.

6. Appréciation par les bénéficiaires de la qualité des supervisions et formations continues

Moyens de vérification : Besoin d'une évaluation de départ (based line) du personnel. Ensuite, évaluations annuelles des performances accomplies.(R4.2), Rapports d'évaluation des supervisions & formations

R.1.4. Un plan d'action opérationnel traduisant les orientations du PSDSK en actions est conçu, mis à jour, approuvé et appliqué

7. Taux d'exécution des activités prévues dans le plan d'action (annuel) de l'USE et des USFPE des districts.

Moyens de vérification : PSDSK Plan d'action de l'USE

R.1.5. Les possibilités de synergie avec d'autres secteurs et partenaires sont identifiées, et les stratégies de mise en œuvre soutenues

8. Nombre de réunions/séance de travail intersectorielles organisées par l'USE de la Mairie par an.

9. Nombre de programmes intersectoriels lancés, et volume global des financements relatifs.

Moyens de vérification : Rapports d'activité annuels de l'USE, Rapports spécifiques des programmes intersectoriels

4.5.2.2 IOV du Résultat 2 : Le PSDSK est élaboré et développé en coordination avec l'ensemble des partenaires santé environnement de la ville de Kigali.

R.2.1. Le PSDSK est conçu, développé et adapté par l'USE en fonction des enjeux et évolutions du contexte, et des engagements attendus des partenaires

1. Le PSDSK (2009-12) est validé par les autorités rwandaises.
2. Un panel d'indicateurs d'entrée, de processus et de résultat est élaboré et suivi dans l'exécution du PSDSK

Moyens de vérification : Acte de validation signé par la Mairie et le MiniSanté., Rapports USE.

R.2.2. Les orientations stratégiques du PSDSK sont régulièrement revues et validées par l'ensemble des partenaires dans une Plate-forme Santé Environnement (PSE), en fonction des orientations politiques nationales et municipales

3. La Plate-forme SE est constituée ;
4. La Plate-forme SE est fonctionnelle (nombre de réunions de la PSE x an et fréquentation-n° de participants)
5. Les groupes de travail technique sont fonctionnels (nombre de réunions, type d'acteurs impliqués, nombre. de thèmes traités, nombre de documents présentés à la PSE)

Moyens de vérification : Existence de la PSE, Existence et mesure périodique des indicateurs, Compte rendus des séances, rapports des groupes thématiques.

R.2.3. Les financements de l'ensemble des partenaires intéressés à la réalisation du PSDSK sont pilotés via un cadre d'investissement issu de la PSE

6. Taux d'exécution financière du PSDSK via le cadre d'investissement de la PSE.
7. Evolution du volume budgétaire promis par des partenaires autres que le programme d'appui au PSDSK (attractivité)

Moyens de vérification : Rapports d'activité annuels de l'USE

R.2.4. La compréhension des enjeux du développement de l'environnement sanitaire est renforcée par des études ad hoc

8. Taux de réalisation des études prévues dans le PSDSK.
9. Satisfaction des membres de la PSE sur le traitement des questions centrales dans le PSDSK
10. Plan de couverture sanitaire actualisé par district. Intégré dans le PSDSK.
11. Master Plan Interhospitalier disponible.

Moyens de vérification : Rapports des études disponibles ; Entretiens individuels de membres de la PSE, Rapports d'activité annuels de l'USE

R.2.5. Les résultats du PSDSK et du programme d'appui sont documentés et utilisés pour la prise de décision, et les principales leçons partagées sur la scène nationale et internationale

12. Degré d'amélioration des indicateurs d'impact définis pour les stratégies novatrices du PSDSK
13. Nombre de rencontres de diffusion et partage au niveau national et international
14. Suivi effectif annuel de l'évolution des indicateurs source pour connaître les changements dans la situation de l'environnement sanitaire de la ville (croissance démographique, taux de couverture SSP par district, n° lits et taux d'occupation des hôpitaux, taux d'accouchements assistés, n° secteurs sans solutions pour évacuation des déchets, etc.)

Moyens de vérification : Rapports du suivi scientifique, Rapports d'activité annuels de l'USE

4.5.2.3 IOV du Résultat 3. L'offre de soins est complétée et augmentée pour répondre aux besoins de la population de Kigali.

Indicateur Traceur global d'amélioration du système : Analyse du circuit de la femme enceinte dans les différents niveaux de soins, identification des lacunes ou double emplois sur base des incidents critiques. La mesure de cet indicateur présuppose, comme la plupart des autres, une analyse de la situation de départ donnant des valeurs aux IOV de santé maternelle et reproductive. Cependant, dans la valorisation de celui ci, l'équipe d'exécution veillera à intégrer la prise en charge des accouchements eutociques (CdS), dystociques (HDU) et les cas graves ou compliqués (CHUK) et autres du 3^{ème} échelon).

R.3.1. Le Centre Hospitalier Universitaire de la Ville de Kigali (CHUK) a renforcé et développé les soins qu'il offre à la population, en accord avec son rôle d'hôpital de référence nationale

1. Plan d'investissements sur le CHUK réalisé,
2. Taux de réalisation du planning de visites de renfort clinique (actes médico-chirurgicaux) des spécialistes dans les hôpitaux de district.
3. Nombre de nouveaux médecins par an de troisième cycle diplômés et actifs dans les services publics du pays.

4. Plan de formation du personnel médical et paramédical actualisé
5. Nombre de personnel médical et paramédical formés par rapport à la prise en charge des fistules vésico-vaginales.
6. Taux de contre-référence vers les hôpitaux de district
7. Existence des conventions de collaboration avec d'autres institutions universitaires étrangères.
8. Le programme et les contrats de maintenance sont à jour et incluent les actions au profit des autres hôpitaux.
9. Evolution du nombre de pannes et incidents techniques survenus au CHUK et dans les hôpitaux de la ville.
10. n° de patients psychiatriques vus en Urgences

Moyens de vérification : Rapport d'activités du CHUK, Plan de formation, Conventions existantes, Programme d'activités et contrats de maintenance

R.3.2 « Les Hôpitaux de District Urbains ont assuré l'offre du Paquet Complémentaire d'Activité à la population et adaptent leurs services au développement du contexte urbain de la ville »

11. Plan d'investissements réalisé,
12. Degré de complétude du Paquet Complémentaire d'Activités des hôpitaux de district (Muhima et Kibagabaga)
13. Amélioration des indicateurs de performance sanitaire, parmi lesquels : n° de lits/population, taux d'hospitalisation, taux d'occupation, taux de mortalité, taux de césariennes, n° d'actes chirurgicaux, rapport entre accouchements eutociques/dystociques, n° de fistules vésico-vaginales prises en charge
14. Taux de réalisation des supervisions programmées sur le premier échelon.
15. Taux de remplissage des fiches de contre référence.

Moyens de vérification : Rapport d'activités des HDU de Muhima et Kibagabaga (Masaka ?), Rapports de supervision, Rapports IS des hôpitaux

R.3.3 L'accès de la population aux formations sanitaires de premier échelon offrant le paquet minimum d'activités (PMA) est augmenté

16. n° de nouveaux centres de santé fonctionnels (un minimum de staff disponible, pas des ruptures de stock etc....).
17. Evolution du taux de couverture sanitaire des districts de la ville
18. n° de dispensaires privés contractualisés,
19. n° de centres de santé qui ont développé des activités d'accouchements (et n'en avaient pas auparavant)
20. taux d'accouchements des CdS

Moyens de vérification : Rapports d'activité de l'USE et des USFPE

R.3.4 L'intégration de l'ensemble de la pyramide sanitaire de la ville de Kigali est favorisée par la mise en réseau de ses trois niveaux de soins

21. Réseau Interhospitalier fonctionnel (n° réunions, n° d'hôpitaux de la ville intégrés, projets communs élaborés, rapports annuels produits):

22. Nombre de formations sanitaires et de participants aux plate-formes de concertation et planification.
23. Nombre d'initiatives communes lancées au 1er échelon.
24. Evolution des indicateurs de collaboration : circulation de l'information (SIS, autres) ; système de référence / contre-référence...

Moyens de vérification : Compte rendu des réunions du RIH, Rapports annuels des activités du RIH, Compte rendu des plate-formes de concertation et planification, SIS, Rapports périodiques des USFPE

R.3.5 L'efficiency des services hospitaliers de la ville de Kigali est renforcée via le développement d'activités communes au sein du Réseau Inter Hospitalier

25. L'ensemble des hôpitaux connectés au système central informatique est fonctionnel.
26. Les procédures de collecte d'information et d'encodage existent et sont exploitées.
27. L'encadrement informatique est disponible et continu pour les utilisateurs.
28. Un Plan de Maintenance est élaboré et appliqué dans les hôpitaux de la ville
29. Volume d'activités de maintenance et évolution du nombre de pannes et incidents techniques.
30. Nombre global de jours d'échanges de spécialistes entre les hôpitaux de la ville
31. Formations suivies & amélioration de la qualité des soins et des services (voir 4 & 4.4)
32. Volume des achats groupés réalisés et suivi des gains d'efficacité (si possible).
33. Fonctionnalité du SAMU et amélioration des indicateurs de référence & d'urgence

Moyens de vérification : Rapport RIH, Manuel de procédures, Rapport de formation, Section logistique & maintenance du rapport de l'USE, Baseline & études d'efficacité des procédures

R.36 Des réponses en matière d'environnement sont mises en œuvre, en application du PSDSK

33. Etudes techniques réalisées
34. Plan d'investissement disponible
35. Plan d'investissement réalisé suivant l'enveloppe budgétaire disponible

4.5.2.4 IOV du Résultat 4 « La qualité des soins et des services de santé de la Ville de Kigali est améliorée. »

R.4.1 Un programme de renforcement des compétences du personnel est appliqué aux différents niveaux du système de santé de la ville de Kigali

1. Plan Annuel de Formation de la ville disponible, à partir de la 2ème année.
2. Nombre de formations thématiques effectuées et de personnel formé par niveau, y compris voyages d'études et stages dans d'autres FOSA.
3. Evaluation positive du degré d'application des capacités reçues par niveaux. Explication : Il serait intéressant d'effectuer par échantillonnage sur les participants quelques évaluations de l'impact réel de certaines formations. Cela pourrait se faire tant dans les CdS que dans les HDU.
4. Affectation et degré d'utilisation du budget de formation par FOSA

Moyens de vérification : Plan de Formation, Rapports de formation, Document d'évaluation (réalisé en collaboration entre la USE, les USFPE et les hôpitaux).

R.4.2 La politique d'amélioration de la performance est renforcée et étendue dans les services de santé de la ville

5. Taux de réalisation des supervisions programmées mensuelles et trimestrielles des FOSA (publics et privés),
6. Volume de financement véhiculé par l'approche contractuelle pour les hôpitaux de district (via le gouvernement) et pour les USFPE (via le programme).
7. Un système de suivi de la performance pour les USFPE des districts est disponible et mesurée périodiquement.
8. Evaluation externe des approches contractuelles standards et des pilotes supportés par le programme

Moyens de vérification : Rapports de supervision (hôpitaux et USFPE), Rapport mensuel des districts et semestriel de l'USE, Rapport de consultations sur l'AC

R.4.3 Les circuits de l'information sont renforcés pour une meilleure analyse des données dans la prise de décisions

9. Présence d'un responsable système d'information sanitaire dans chaque district
10. Complétude et qualité des informations sanitaires collectées (GESIS, rapports hospitaliers, rapports d'activités des CdS),
11. Taux de transmission (USE et MiniSanté)
12. Utilisation des données collectées (sanitaires et autres) dans l'argumentation des prise de décisions à tous les échelons (plans annuels, rapports d'activité, etc.)
13. Ateliers périodiques de présentation et comparaison des résultats entre FOSA

Moyens de vérification : Rapports GESIS et IS des hôpitaux, Rapport d'activité des USFPE, Rapports d'activités des centres de santé, Plans annuels des différentes instances

R.4.4 L'utilisation de l'Assurance Qualité est étendue et adaptée aux besoins des différents types d'établissements de santé de la ville

14. Le personnel de toutes les formations sanitaires du programme AQ a été formé.
15. Nombre d'équipes qualité créées et fonctionnelles par établissement pilote,
16. Disponibilité dans chaque FOSA du programme AQ de bilans du travail sur problèmes & solutions apportées ;
17. Appréciation des progrès qualitatifs par consultance externe (3^{ème} année)

Moyens de vérification : Rapports d'activité des hôpitaux de district et des Centres de santé inclus dans le programme AQ, Rapport de supervision, Rapport de consultance externe

Indicateur Traceur global : Degré d'application de la recherche action effective dans les actions prévues du programme (sujets traités effectivement, nombre de rapports disponibles, acceptés par le suivi scientifique, valorisation globale de celui-ci, etc.)

4.5.2.5 IOV du Résultat 5 « La perception des soins chez les usagers et l'adhésion aux programmes de santé environnement dans la communauté sont améliorés »

R.5.1 Les fonctions de représentation des patients et de défense de leurs intérêts liées aux organes de santé communautaire sont renforcées

1. Nombre de participants & nombre d'ateliers méthodologiques organisés pour les agents de santé communautaire
2. Nombre de cas critiques discutés (ASC) par district et nombre auxquels une solution a été trouvée.
3. Degré de satisfaction déclarée des usagers sur la réponse apportée à leur requête (sous activités 5.6)

Moyens de vérification : Rapport des USFPE de district, Enquête de satisfaction des usagers

R.5.2 Les réseaux d'agents de santé communautaire et les leaders locaux sont renforcés dans leur mission de communication et d'actions préventives pour la santé et l'environnement

4. Nombre d'ateliers de sensibilisation / formation pour leaders locaux réalisées par district
5. Diffusion des éléments de communication créés dans le programme (nb de brochures distribuées, nb de messages radiodiffusés, personnes touchés par le théâtre)

Moyens de vérification : Rapports de formation, Rapport des USFPE de district, Enquêtes de ménage

R.5.3 « Les mécanismes de financement de la demande de soins sont documentés et les résultats alimentent la réflexion au niveau national »

6. Les études sur l'impact des mutuelles sont disponibles;
7. Si accord, des expériences innovatrices sont menées en partenariat avec le ministère de la santé, et ses résultats documentés.
8. Evolution de la satisfaction de la population face au système mutualiste (sous activité 5.6)

Moyens de vérification : Etudes d'impact, Rapport d'activité des USFPE et l'USE, Enquête de ménage, Rapports d'activité des programmes de mutuelles pilotes

R.5.4 Des stratégies de santé scolaire sont testées pour favoriser la détection précoce des maladies et améliorer l'éducation sanitaire des enfants et des jeunes

9. Manuel de Santé Scolaire disponible et distribué dans la majorité des écoles de la ville.
10. Nombre de formations et participants parmi les éducateurs. Implication active des HDU.
11. N° d'écoles touchées par le programme avec un plan d'action santé scolaire par district
12. Existence du calendrier de visites des infirmiers de santé scolaire et taux de réalisation
13. Nombre d'actes de promotion de la santé scolaire menées dans les établissements éducatifs ;
14. Evolution des connaissances et aptitudes des enfants sur les questions de prévention sanitaire (5.6)

Moyens de vérification : manuel santé scolaire, rapports de formations coordonnés par l'USE, rapports d'activité des infirmiers de santé scolaire, enquête dans les écoles.

R.5.5 L'environnement sanitaire est amélioré par des programmes communautaires d'hygiène et d'assainissement et la recherche de synergies intersectorielles

15. Impact des projets d'associations communautaires appuyées par le programme correctement documenté : (rapports d'activités, n° de participants, volume de déchets traités, résultats atteints, n° d'emplois créés, enquêtes dans la communauté sur l'action, etc.)

Moyens de vérification : Rapport d'activités des associations appuyées. Résultats des enquêtes menées parmi les voisins.

R.5.6 La satisfaction, les connaissances et comportements de la population en matière de soins de santé sont documentés, orientent les stratégies d'action et sont exploités pour l'amélioration de la qualité des services de santé

16. Evolution positive des indicateurs principaux de l'enquête baseline sur la perception sur l'offre de soins par la population & autres études.
17. Résultats disponibles des enquêtes de satisfaction annuelles menées sur les HDU (services des urgences, hospitalisations et consultations).
18. Evolution des indicateurs sur la perception intégrés dans le rapportage des ASC.

Moyens de vérification : Etude de perception, Rapports des ASC et de chaque USFPE de district.

4.6 ACTEURS INTERVENANT DANS LA MISE EN ŒUVRE

La plupart des acteurs intervenant dans la mise en œuvre ont déjà été abordés ci-dessus. Il s'agit principalement des catégories suivantes :

Les cadres et le personnel des instances de gestion de la ville, à savoir la mairie et son Unité Santé Environnement (à construire sur base de l'actuelle Cellule Santé Publique et Handicap) ; et les trois districts de Nyarugenge, Kicukiro et Gasabo et leurs Unité Santé Famille et Protection de l'Enfance.

Le ministère de la Santé (MiniSanté), le ministère de la Décentralisation (Minaloc), le ministère des Finances (MinEcoFin), et tout autre ministère concerné au niveau central.

- Les assistants techniques de long terme mis à disposition par la CTB, à savoir l'assistant technique international senior binôme du Directeur de l'USE sur les quatre années du programme, les deux ATI médecin de Santé publique & maintenance biomédicale, les deux AT cliniciens au service du Réseau Interhospitalier postés au CHUK, et les trois volontaires (santé communautaire & environnement) financés par la CTB Bruxelles.
- Le personnel des formations sanitaires de la ville de Kigali, actuellement intégrés dans la pyramide sanitaire, qu'ils soient publics, privés ou confessionnels.
- Le personnel des formations sanitaires qui s'intégreront dans le futur dans la pyramide sanitaire, qu'il s'agisse de nouvelles structures publiques ou de structures privées nouvellement contractées.
- La population, les agents de santé, les Comités de Santé. Par extension, tout organe de la société civile participant à l'amélioration de l'environnement sanitaire et désireux de collaborer activement au programme, y inclus les leaders locaux.
- Toute organisation partenaire du gouvernement rwandais soucieuse de contribuer au développement et à la mise en œuvre du plan stratégique de développement sanitaire de la ville de Kigali.
- Les consultants de court terme intervenant sur le programme (consultants nationaux, équipe de suivi scientifique continu, consultants sur certaines thématiques spécifiques...)

5. HYPOTHESES ET RISQUES

5.1 HYPOTHÈSES ET RISQUES

Rattachés aux objectifs et résultats intermédiaires, les hypothèses sont exprimées ici sous forme positivée, qui devraient se vérifier dans chaque cas pour la mise en œuvre sans entraves du programme. Ces hypothèses, en négatif, deviennent des risques potentiels pour la viabilité du résultat ou objectif en question. L'équipe du programme d'appui doit considérer chacun de ces risques potentiels et les suivre périodiquement pour prévenir en amont leurs effets délétères. Il est souhaitable que cette réflexion apparaisse dans les rapports semestriels de suivi.

Hypothèses d'ordre global du programme

Le démarrage des activités peut être retardé à cause de la lenteur de mobilisation des ressources humaines et financières du programme. Il importe que ces ressources soient disponibles simultanément assez tôt pour que la notion de consolidation par rapport aux projets belges précédents reste d'actualité et que l'analyse faite ici continue de correspondre à la réalité du terrain.

Le développement durable prend du temps. La coopération au développement doit adapter ses outils à cette réalité. Dans un contexte où s'entame un processus à l'horizon 2020, ce programme de la coopération belge ne peut se concevoir que s'inscrivant dans cette perspective. Ces 4 ans d'appui ne devraient être démarrés que dans la perspective d'un accompagnement au PSDSK et une continuité de l'appui visant le long terme.

Ceci dit, dans la mesure où cette intervention n'arrive pas à créer un leadership suffisant autour de la Mairie et de son Unité Santé Environnement, du PSDSK et de sa Plate-forme SE, et dans la mesure où elle n'arrive pas à introduire une dynamique de concertation et de participation réelle du niveau intermédiaire et opérationnel et des autres acteurs dans le système, le risque de non-durabilité est élevé si l'intervention s'arrête.

Objectif général : environnement sanitaire de la population de la ville de Kigali améliorée

La stabilité économique politique et sociale de la République du Rwanda est une condition impérative pour que les efforts faits pour renforcer le système de santé et l'environnement améliorent la santé de la population de la ville de Kigali.

Objectif spécifique : La ville de Kigali met en œuvre le PSDSK de façon concertée

La politique de décentralisation mettra en œuvre de nouveaux mécanismes de décision et sa mise en place pourra apporter des nouveaux changements. Ces évolutions ne devraient pas changer la spécificité de la ville de Kigali à concevoir, planifier et mettre en œuvre son développement urbain. Le programme, qui concerne un système de santé structuré devra accompagner ces évolutions en prévoyant ces risques.

L'intérêt politique pour le développement d'un modèle urbain harmonieux et durable à Kigali est indéniable. Cet intérêt ne peut que se traduire par un support aux initiatives, comme le PSDSK et son programme d'appui, pour avancer dans ce processus de développement.

Le programme dans son ensemble repose sur deux référents institutionnels : la Mairie (et ses districts) et le Ministère de la Santé. Etant donné le peu de temps depuis le dernier découpage administratif et du système de santé, il y a encore à mettre au point des mécanismes pour une

articulation plus fluide entre le MiniSanté et la Mairie. Le programme d'appui se propose de travailler expressément dans l'amélioration de cette articulation. Cependant, il est bon de souligner le risque potentiel pour la viabilité du programme si, au long de son parcours, des différends essentiels venaient à se produire entre ses deux institutions de tutelle. Ce risque doit être prévenu en amont par la mise en place, dès le démarrage du programme, de séances de travail régulières entre l'équipe de l'USE, la Mairie et le MiniSanté, pour accorder ensemble la programmation d'activités.

Dans cette même perspective devrait être considérée la relation avec le CHUK. En effet, celui-ci dépend directement du MiniSanté, à différence des autres établissements sanitaires appuyés directement par le programme qui eux dépendent des districts de la ville. Cependant, il va être appuyé substantiellement par un programme lié à la ville de Kigali. Pour éviter tout malentendu futur sur ses obligations, il s'avère judicieux de signer une convention entre la Mairie et le CHUK qui fixe les contreparties liées à l'appui du programme et le régime de reddition de comptes du CHUK.

Le soutien actif du Ministère de la Santé est indispensable pour l'exécution du programme d'appui. En particulier dans :

- Tous les développements novateurs proposés par celui-ci, tels que le réseautage des hôpitaux, les instances de concertation interFOSA, la contractualisation des privés, l'élaboration du Plan Stratégique.
- La participation dans les organes et instances créés dans le cadre du programme, tel que la Plate-forme Santé Environnement, pour le pilotage du Plan Stratégique, le Réseau Interhospitalier et l'instance de coordination du premier échelon et, en parallèle, pour que les décisions prises dans ces différents organes soient appliquées.

De même, il sera nécessaire que les différentes directions et task forces du MiniSanté appelées à contribuer au programme participent activement, en particulier pour approuver et exécuter les actions liées aux renforcements des compétences et l'amélioration de la qualité.

R.1. La ville de Kigali et ses districts adaptent efficacement leurs instances de gestion

- L'Acceptation par les autorités rwandaises du montage institutionnel proposé pour le programme d'appui. Particulièrement, du renforcement avec du personnel national et international de l'actuelle Cellule Santé Publique & Handicap et son évolution vers une Unité Santé Environnement, promue au rang d'unité d'opérations de la Mairie. Cela suppose, au moins, l'approbation des suivantes instances :
 - Tout d'abord, le Conseil Urbain de la ville de Kigali, pour les raisons évoquées plus haut et puisque l'équipe de gestion du programme sera dans son sein. Son approbation doit aussi inclure les profils de postes à créer et leur mode de recrutement. Egalement des trois mairies de district de Kigali, étant donné qu'elles seront parties prenantes essentielles dans l'exécution du programme.
 - Le Ministère de la Santé, puisque le programme travaille surtout avec le système de santé à tous les niveaux.
 - Le Ministère du Gouvernement Local, la Bonne Gouvernance, le Développement Communautaire et les Affaires Sociales – Minaloc, en tant qu'organisme qui pilote le processus de décentralisation
- Les profils du personnel national et international sont acceptés par la Mairie et le MiniSanté. Leur recrutement se fait suivant les règles d'appel à candidature et sélection des plus aptes.

- La durée à 3 ans du médecin santé publique et de l'ingénieur bio médical est suffisante pour couvrir ses fonctions dans le programme et assurer un correct transfert de compétences à leurs homologues rwandais. Dans l'éventualité, lors de l'exécution du programme que le constat soit fait de la nécessité de leur continuité, la réserve budgétaire devrait être utilisée prioritairement pour l'assurer.
- La Mairie met à disposition les espaces physiques nécessaires à la fonctionnalité de l'USE.
- Les déboursements du programme d'appui permettent une rapide mise en fonction de l'USE
- Accord des Mairies de district et adhésion du personnel des USFPE
- Les responsables sectoriels autres que la santé-environnement sont intéressés par la coordination.

R.2. Le PSDSK est développé, en coordination avec les partenaires

- Les responsables institutionnels nationaux (Mairie de la ville, Districts Municipaux, Ministère de la Santé, Minaloc...) soutiennent activement le PSDSK. Cela veut dire qu'ils s'engagent dans un processus de planification à l'horizon 2020, au travers le développement d'un Plan Stratégique par tranches. Cela présuppose une stabilité politique dans les décideurs de ces institutions pour que l'appui au PSDSK comme outil de développement, se maintienne.
- Les partenaires institutionnels dans les domaines de la santé et l'environnement actifs dans la Ville, adhèrent à la Plate-forme Santé Environnement.
- Le budget prévu au programme est suffisant pour couvrir l'intégralité des questions que pose l'élaboration du PSDSK
- Le suivi scientifique par des institutions académiques est fonctionnel dès le début du PSDSK.

R.3. L'offre de soins est complétée et augmentée

- Le Gouvernement Rwandais, au travers le MiniSanté et les Districts Municipaux, accepte de fournir l'effort financier raisonnable prévu pour accompagner l'augmentation de l'offre de soin envisagée dans le Plan Stratégique et ce programme d'appui. Cela implique la dotation de personnel pour les nouveaux centres de santé et postes, ainsi que les autres moyens courants pour assurer leur fonctionnement.

R.3.1.

- Le CHUK dispose de spécialistes compétents dans tous ses services.
- Le CHUK est intégré avec les autres hôpitaux dans le Réseau Interhospitalier et nomme un responsable chargé de cette coordination.
- Les spécialistes formés restent au CHUK après leur formation. Ce risque est bien présent car c'est déjà arrivé auparavant avec des formés dans le cadre de l'appui CTB au CHUK.
- Les équipements de pointe (CT Scan et autre) acquis pour le CHUK sont totalement accessibles à la population générale. En aucun cas ils ne serviront à une quelconque pratique limitée à une clientèle au pouvoir d'achat élevé.

R.3.2.

- Les efforts qui portent sur des objectifs de qualité à l'hôpital se concrétiseront aussi par des chantiers à l'HDU de Muhima et Kiabagabaga. Il faudra veiller à ce que la programmation des travaux permette la permanence des services et ne compromettent pas les appuis dédiés à la motivation et à l'acquisition de compétences des personnels de santé.
- Les hôpitaux de district disposent de personnel en suffisance pour exercer leurs fonctions.
- Des soumissionnaires valables exécutent les chantiers prévus.

R.3.3.

- Un nombre significatif de dispensaires privés sont ouverts à l'intégration dans le programme de captation.
- Les centres de santé agréés qui ne font pas d'accouchements acceptent d'en faire.
- L'examen des effectifs des personnels de santé montre le souhait du Ministère de la Santé d'améliorer la situation de déplétion des régions rurales en personnels de santé, ce qui est le cas d'un certain nombre de secteurs de la ville. Les efforts qui se porteront sur l'augmentation de l'offre de soins et la qualité des services ne donneront leurs fruits que si les normes de personnel permettent une permanence des services.
- L'appui décentralisé aux programmes verticaux de lutte contre les grandes endémies fonctionne correctement lorsque les appuis donnés ne rendent pas contreproductives les stratégies choisies au niveau opérationnel. En effet, dans un contexte global de rareté des personnels de santé, certaines exigences de programmes particulièrement bien financés (surtout VIH/SIDA et aussi TB et paludisme) monopolisent le temps et l'énergie des personnels avec un rendement marginal défavorable au respect des autres priorités. A cet égard, il importe que les autorités de la santé au Rwanda continuent les efforts pour l'information des partenaires au développement impliqués dans ces programmes.

R.3.4.

- L'Adhésion du MiniSanté et des hôpitaux de 2^{ème} et 3^{ème} échelon au partage des ressources et procédures dans le cadre du Réseau Interhospitalier se traduit par une participation active au réseau et sa coordination.

R.3.5.

- Disponibilité d'informaticiens compétents.

R.3.6

- Expertise technique disponible pour prioriser et chiffrer l'ensemble des besoins d'investissements en infrastructures environnementales
- Intérêt des autres partenaires du PSDSK à soutenir financièrement le développement environnemental.

R.4. La qualité des soins et services de santé sont améliorés

- Pour que la démarche de recherche de qualité à l'hôpital repose sur des outils solides il importe que des directives claires soient validées au niveau national.
- La formation des agents de santé, en particulier par l'octroi de bourses n'améliorera la qualité des services de santé que si ces personnels sont ensuite liés contractuellement d'une façon ou d'une autre aux services de santé de la ville de Kigali.
- Les initiatives d'introduction des démarches Assurance Qualité dans les hôpitaux de districts et les centres de santé sont validées par les MiniSanté. La cellule AQ du MiniSanté participe activement à la mise en œuvre du programme AQ.

R.5. La perception des soins et l'adhésion aux programmes de santé dans la communauté sont améliorées

- Le Ministère de l'Education adhère et participe activement à la mise en œuvre du programme pilote de santé scolaire du programme. Le MinEduc donne des instructions de collaboration à ses cadres dans les écoles de Kigali
- Le succès des initiatives pour faire remonter les inquiétudes de bénéficiaires aux formations sanitaires dépend de l'ouverture que les agents de santé donneront à l'irruption d'agents non médicaux pour faciliter leur dialogue avec les usagers.

- Pour que l'Unité Santé Environnement puisse s'occuper avec succès de l'application du plan d'action environnemental du PSDSK elle doit compter avec le personnel national nécessaire. Actuellement il existe, dans l'organigramme de la Mairie, deux postes rattachés à l'unité Infrastructures et Urbanisme et chargés de l'environnement : un pour la gestion de l'environnement (Environnement Management) et l'autre pour celle de l'eau, les déchets et l'énergie (Water, energy & waste management). Il est prévu qu'au moins un de ces deux postes est fonctionnellement intégré au sein de l'USE, en cohérence avec ce qui précède. Ensuite, dans le développement de ses fonctions, la cellule environnement de l'USE aura à collaborer étroitement avec les autres services de la Mairie, notamment avec l'unité Urbanisme et Infrastructures pour l'exécution des investissements et le service financier de la Mairie. Les autorités municipales chargés des unités opérationnelles donneront des directives précises pour la coordination opérationnelle entre l'USE et l'U&I dans l'application du plan d'action environnemental du PSDSK.

Hypothèses liées à la gestion

La fonction du Responsable Administratif en Financier Sectoriel est basée sur une hypothèse de gain d'efficience et de temps pour que l'ATI DelCo puisse le consacrer à ses responsabilités techniques à la tête du programme. Le fait que cette fonction soit sectoriel permettra une gestion administrative et financière plus harmonieuse des différents projets santé, ce qui va à l'encontre de la Déclaration de Paris.

L'hypothèse est basée aussi sur la participation solidaire des autres projets santé (renforcement institutionnel au MiniSanté, Santé mentale à sa prise en charge

6. RESSOURCES ET BUDGET

6.1 RESSOURCES

Ce chapitre indique uniquement la répartition globale des ressources (cf. tableau).

Ressources humaines : - Coût personnel national & expatrié, long et court terme : 21%* - Formation : 12 % - Approche contractuelle/accréditation : 4 %	37%
Ressources matérielles (investissements) : - Construction et réhabilitation : 22% - Equipements : 14% - Investissements environnementaux : 10%	46%
Frais de fonctionnement et de maintenance :	17%

* La plupart des primes et salaires du personnel de l'USE sont fixés à un niveau indépendant des barèmes officiels de la fonction publique, pour conserver une attractivité sur le marché du travail rwandais. Pour les autres postes (autres postes USE + postes USFPE), les primes et les salaires sont adaptés aux derniers barèmes officiels connus, tel que demandé par le MinEcoFin.

Des versions détaillées sont incluses en annexe. Le détail des calculs est disponible sur un fichier Excel séparé. Ces détails et les calculs qui les soutiennent visent à donner au programme les orientations qui sont jugées nécessaires au moment de la formulation. Les acteurs chargés de la mise en œuvre auront la liberté de réallouer les ressources au sein de chaque ligne de sous-résultat (R1.1, R1.2, etc.) en fonction des évolutions du contexte.

6.2 CONTRIBUTION DES PARTENAIRES

6.2.1 Contribution du Rwanda

La contribution rwandaise est constituée par :

- Les salaires, toutes charges comprises, liés au personnel (existant + additionnel) affectés dans les instances de gestion concernées par le programme.
- La mise à disposition de locaux au sein de la mairie pour l'Unité Santé Environnement et la dotation d'un bureau supplémentaire par district pour le chargé des données sanitaires et épidémiologiques.

Le montant exact de la contribution sera inclus dans une version prochaine du DTF.

Les frais relatifs au personnel administratif devraient avoisiner les 200.000 €, à raison de $\pm$ 150.000 € en frais de personnel, et $\pm$ 50.000 € en valeur locative des bureaux mis à disposition.

6.2.2 Contribution de la Belgique, présentée par résultat attendu

La contribution de la Belgique s'élève quinze millions d'Euros. Une première répartition en ressources humaines, ressources matérielles et services et frais de fonctionnement est proposée dans les sous-sections précédentes. Dans le tableau suivant, le budget est détaillé par résultat : 6% des ressources sont consacrés au développement structurel des instances de gestion, 2% à la stimulation d'un mouvement fédérateur autour du développement du PSDSK, 70% au renforcement quantitatif de l'offre de soins, 6 % à l'amélioration de la qualité des services de santé, et 2% à l'amélioration de la réponse aux attentes de la population. Le solde de 14% est réparti sur les moyens généraux.

BUDGET PAR RESULTAT

Budget (Euro)

Titre de la prestation: Programme d'Appui Institutionnel à la conception et la mise en œuvre du PSDSK		Pays: Rwanda
Code Prestation CTB	N.I. DGCI:	Début: janvier 2009
Nom du budget		Fin: décembre 2012

Code Budget	Description des postes budgétaires	Code tâche	Code secteur	Coût Total Contribution Belge	%
Budget total				15 000 000 €	
Résultat Spécifique				12 862 926 €	86 %
R 1	La ville de Kigali et ses districts adaptent efficacement leurs instances de gestion chargée de la santé et de l'environnement pour répondre à son rapide développement			868 585 €	6%
R 2	Le PSDSK est développé, adapté et mis en œuvre en coordination avec l'ensemble des partenaires santé environnement de la ville de Kigali			259 168 €	2%
R 3	L'offre de soins est complétée et augmentée pour répondre aux besoins de la population.			10 478 560 €	70%
R 4	La qualité des soins et des services de santé de la ville de Kigali est améliorée			948 597 €	6%
R 5	La perception des soins chez les usagers et l'adhésion aux programmes de santé environnement dans la communauté sont améliorés			308 016 €	2%
Y. Réserve budgétaire				0 €	0 %
Z. Moyens généraux				2 137 075 €	14 %
Z 1	Frais de personnel			1 543 200 €	10%
Z 2	Investissements			91 000 €	1%
Z 3	Frais de fonctionnement UGP			117 250 €	1%
Z 4	Audit, suivi & évaluation			385 625 €	3%

7. MODALITÉS D'EXÉCUTION

7.1 CADRE LÉGAL

Le cadre légal sera fixé par la Convention Spécifique relative à l'intervention à signer entre la République du Rwanda et le Royaume de Belgique.

Le Rwanda est maître d'ouvrage de l'intervention, tandis que la Belgique apporte un soutien technique et financier.

Pour la partie rwandaise, le Ministère des Finances et de la Planification Economique (MinEcoFin) est désigné en qualité d'ordonnateur national. A ce titre, il est notamment chargé de la liquidation et de l'ordonnancement des dépenses imputables sur les financements belges. Il peut désigner un ordonnateur délégué.

La maîtrise d'ouvrage est confiée à la Mairie de la Ville de Kigali en concertation étroite avec le Ministère de la Santé. La convention tripartite spécifique du programme entre la République du Rwanda, représenté par le ministère de la Santé, la mairie de la ville de Kigali, représenté par la maire, et le Royaume de Belgique représenté par la CTB fixera les modalités d'exécution du programme, à savoir :

- Les responsabilités de chaque Partie ;
- Les obligations de chaque Partie ;
- Le coût du programme et la contribution financière de chaque Partie ;
- Les organes de gestion du programme (leur rôle, attribution, mode de fonctionnement).

Pour la partie belge, la Direction Générale de la Coopération au Développement (DGCD) est l'entité administrative et financière responsable de la contribution belge au programme. Elle confie la réalisation de ses obligations pour la mise en œuvre et le suivi du programme à la Coopération Technique Belge (CTB). Le représentant réside à Kigali assume le rôle de coordonnateur. Il est notamment chargé, pour le compte de la Belgique, des fonctions de liquidation et d'ordonnancement des dépenses imputables sur les financements belges. Il pourra si nécessaire désigner un coordonnateur délégué sous sa responsabilité.

La Mairie de la Ville de Kigali en concertation avec le Ministère de Santé désignent le directeur de l'intervention, avec un avis de non-objection de la CTB. Ce dernier porte, pour la partie rwandaise, la responsabilité de l'exécution de l'intervention et la réalisation des résultats intermédiaires en vue d'atteindre l'objectif spécifique, tels que stipulés dans la Convention Spécifique et dans ce dossier technique et financier. Le directeur de l'intervention est également le Directeur de l'USE.

La CTB recrute comme codirecteur un conseiller technique international, responsable pour la partie belge de la réalisation des résultats intermédiaires en vue de l'atteinte de l'objectif spécifique, tels que stipulés dans la Convention Spécifique et dans ce dossier technique et financier, en appui au directeur de l'intervention. Le Ministère de Santé donne son accord sur le choix de la personne sélectionnée. Son profil est décrit dans les TDR figurant en annexe.

Dès la notification par l'Etat belge à la CTB de la Convention Spécifique et de la Convention de Mise en Œuvre, le programme peut démarrer.

7.2 STRUCTURES D'EXÉCUTION ET DE SUIVI

Le cadre institutionnel se présente comme suit :

- La structure mixte de concertation locale (SMCL) ;
- La direction de l'intervention ;
- L'Unité de gestion du programme (UGP), intégrée dans l'unité de Santé et Environnement (USE).

7.2.1 Structure mixte locale de concertation locale

Une Structure Mixte de Concertation Locale (SMCL) sera mise en place pour assurer l'implication effective des différents partenaires et institutions concernés par la mise en œuvre du programme.

C'est une structure mixte, qui aura le pouvoir décisionnel sur la supervision et la coordination globale du programme. Elle laisse toute responsabilité de gestion quotidienne du programme à la Direction de l'Intervention.

7.2.1.1 Composition

La composition de la SMCL se conformera tant que possible à la Convention Spécifique entre la République du Rwanda et le Royaume de Belgique. Cela inclut :

- Le maître d'ouvrage du programme, issu de la mairie de la ville de Kigali, président ;
- L'ordonnateur national du programme, issu du MinEcoFin ;
- Le coordonnateur du programme, représentant de la CTB ;
- Un représentant du ministère de la Santé (MiniSanté) ;
- Un représentant du ministère des Affaires Etrangères et de la Coopération (MinAffEt).

En outre, elle peut inviter, en qualité d'observateurs ou d'experts, toute autre personne qui apporte une contribution au programme et qui veille à une vision sectorielle.

7.2.1.2 Compétences et attributions

Pour assurer ses responsabilités de suivi et d'évaluation de l'intervention, la SMCL :

- Met en place les structures d'exécution du programme ;
- Supervise l'exécution des engagements pris par les parties ;
- Apprécie l'état d'avancement du programme et l'atteinte de ses résultats sur base des rapports d'exécution ;
- Approuve les plans d'activités du programme ;
- Approuve les ajustements ou modifications éventuelles des résultats, dans le respect de l'objectif spécifique et de l'enveloppe budgétaire fixée par la convention spécifique, et en veillant à la faisabilité de l'ensemble des actions ;
- Emet des recommandations aux autorités compétentes des deux parties ;
- Résout tout problème de gestion des ressources humaines, évalue conjointement la compétence et les prestations du personnel mis à la disposition du programme et prend toutes mesures d'encouragement ou de corrections nécessaires ;
- Résout, pour le bon déroulement du programme, tout problème de gestion qui se poserait relatif aux ressources financières ou matérielles, ou à l'interprétation du DTF ;
- Examine et approuve les modifications budgétaires ;
- Approuve le rapport final et clôture le programme.

7.2.1.3 Mode de fonctionnement

En ce qui concerne l'organisation des réunions, la SMCL établit son règlement d'ordre intérieur dans le respect des autres dispositions de la convention tripartite spécifique relative au « programme d'appui institutionnel à la conception et la mise en œuvre d'un Plan Stratégique de Développement Sanitaire pour la ville de Kigali ».

Le SMCL est convoquée par le représentant de la mairie de la ville de Kigali, qui présidera la réunion. Elle se réunit au moins chaque semestre sur invitation de son président, ou de façon extraordinaire à la demande d'un membre. Chaque réunion fait l'objet d'un procès verbal signé par tous les membres. La direction de l'intervention assure le secrétariat.

Toutes les décisions sont prises en concertation et l'unanimité.

La SMCL tient également une réunion au plus tard trois mois avant la clôture du programme afin d'assurer les formalités de clôtures et d'examiner la proposition de rapport final rédigée selon les normes de la CTB.

7.2.2 La direction de l'intervention

7.2.2.1 Composition

La direction de l'intervention est constituée du directeur d'intervention et du délégué à la cogestion (Delco).

- Le directeur de l'intervention sera le directeur de l'Unité Santé Environnement. Il sera recruté sur appel d'offre par la mairie de la ville de Kigali avant le lancement du programme. Les termes de référence et la sélection du candidat feront l'objet d'une concertation avec la CTB. Durant les phases suivantes de ce programme (donc après 4 ans) le directeur de l'intervention sera rémunéré par la mairie de la ville de Kigali.
- Le délégué à la cogestion sera un assistant technique international senior. Il sera recruté par la CTB avant le lancement du programme. Les termes de référence feront l'objet d'une concertation avec la mairie de la ville de Kigali et le Ministère de la Santé. Il sera intégralement pris en charge par la CTB sur toute la durée du programme.

7.2.2.2 Compétences et attributions

La direction de l'intervention est l'instance responsable de la production des résultats intermédiaires du programme en vue de l'atteinte de son objectif spécifique. Ils seront assistés des membres de l'Unité de Gestion de Programme, intégrée au sein de l'Unité Santé Environnement.

Le directeur de l'intervention et le délégué à la cogestion signent, pour leur partie respective, tous les titres d'engagement des dépenses et tous les titres de créances sous les formules « Vu pour les services rendus » ou « Vu pour réception conforme ».

Outre les activités liées au programme, le directeur de l'intervention et le délégué à la cogestion sont les acteurs moteurs de la conception et la mise en œuvre du PSDSK. A ce titre, ils rédigent et corrigent les versions successives, les discutent avec l'ensemble des partenaires de la Plate-forme Santé Environnement ; organisent consultations et groupes thématiques avec les partenaires ; et suivent l'exécution du PSDSK consensuel tant par les membres du programme que par les partenaires du PSDSK externes au programme.

Plus particulièrement, la direction de l'intervention aura les fonctions suivantes :

Suivi et rapportage :

- Organiser, coordonner et superviser l'exécution des activités du programme ;
- Rédiger les rapports d'avancement semestriels et le rapport final d'exécution, ainsi que les rapports de suivi - évaluation se basant sur le canevas de la CTB;
- Rédiger les rapports d'activités trimestriels destinés aux institutions nationales impliquées dans le programme et à la diffusion aux différents partenaires.
- Soumettre l'état d'avancement et de l'obtention des résultats intermédiaires à la SMCL;

- Proposer, le cas échéant, à la SMCL les ajustements ou modifications des activités et résultats intermédiaires et du budget;
- Elaborer et soumettre à la SMCL les plans de travail du programme et adapter cette planification en fonction de l'évolution de la prestation.

Secrétariat de la SMCL:

- Proposer l'ordre du jour au président de la SMCL, après consultation de toutes les parties concernées par l'exécution du programme;
- Transmettre, dans les délais requis, aux membres de la SMCL, les documents préparatoires, entre autres les rapports d'avancement et l'utilisation du budget pour la période passée, ainsi qu'une proposition de planning et de budget pour la période future;
- Rédiger les comptes rendus des réunions de la SMCL, qui seront approuvés et signés par toutes les parties au plus tard un mois après la tenue de la réunion de la SMCL et repris dans le rapport de suivi-évaluation.

Gestion administrative et financière du programme (avec préparation par le RAFS) selon les procédures en vigueur :

- Rédiger les rapports comptables;
- Veiller à la bonne utilisation des biens acquis ou mis à la disposition du programme;
- Gérer le personnel mis à la disposition du programme.

7.2.3 L'Unité de Gestion du Programme (UGP)

7.2.3.1 Composition

L'UGP assure la gestion journalière du programme. Elle est composée des membres du personnel de l'Unité Santé Environnement de la mairie, qui viennent renforcer les assistants techniques CTB sur la durée du programme.

Outre les deux membres de la direction de l'intervention, elle est constituée de :

- Un assistant technique international médecin de santé publique sur les trois premières années du programme ;
- Un assistant technique international expert en maintenance biomédicale sur les trois premières années du programme ;
- Un Responsable Administratif et Financier Sectoriel est budgétisé deux années sur ce projet. Ces tâches et attributions sont décrites dans l'annexe. En ligne avec la Déclaration de Paris et la réduction de nombre des unités de gestion, cette personne sera le responsable financier de l'ensemble des projets/programmes du secteur santé appuyés par la Coopération belge au Rwanda. Dans ce cadre, les autres mois de son contrat seront budgétisés sur les autres projets du secteur santé.
Entre autre, 18 mois seront payés dans le cadre du programme futur « Appui Institutionnel au Ministère de la Santé 4 » appuyé par la Coopération belge. Comme le Ministère de la Santé est représenté au SMCL qui devra accepter ce DTF, implicitement, en cas d'acceptation, il donne aussi son accord pour le paiement du RAFS par le programme futur « Appui Institutionnel au Ministère de la Santé 4 » à concurrence de 18 mois.
- Un responsable rwandais de la cellule monitoring, évaluation et information sanitaire; cette personne sera payé dans le cadre du programme pendant 4 ans après quoi il sera à la charge de la Ville de Kigali.
- Un responsable rwandais de la cellule soins de santé primaire et communautaire ; cette personne sera payé dans le cadre du programme pendant 4 ans après quoi il sera à la charge de la Ville de Kigali.

- Deux responsables environnement rwandais, issu de la cellule environnement de la mairie, en délégation partielle ou totale de l'unité planification urbaine et développement des infrastructures.

Le programme est ouvert à l'intervention de volontaires CTB, recrutés et intégralement à charge de la CTB Bruxelles (sans impact sur le budget du programme). Différents profils sont possibles³⁶, notamment en appui des responsables de la cellule soins de santé primaire & communautaires et de la cellule environnement.

Le personnel d'appui, recruté par la mairie sous financement du programme, avec:

- Un gestionnaire programme senior, attaché à la direction de l'intervention, en charge du suivi administratif et financier de l'Unité Santé Environnement et du Plan de Développement Sanitaire.
- Un administrateur-comptable;
- Une secrétaire
- Quatre chauffeurs.

7.2.3.2 Compétences et attributions

Les aspects techniques du programme seront appuyés par le personnel technique listé ci-dessus.

L'assistant technique médecin de santé publique travaillera au développement de l'offre de soins au niveau qualitatif et quantitatif, incluant le développement du réseau inter-hospitalier et autres organes de coordination du système de santé de la ville. Ces activités seront progressivement transférées à son homologue rwandais chargé de la cellule SSP et santé communautaire ainsi qu'au directeur de l'USE, dont l'agenda sera fortement absorbé les trois premières années par le développement de la PSDSK et le lancement de la mise en œuvre

L'assistant technique international en charge de la maintenance biomédicale travaillera au développement de toutes les activités de maintenance et à la consolidation des procédures relatives au sein du réseau inter-hospitalier. Il travaillera en binôme avec les responsables hospitaliers de la maintenance et veillera particulièrement à la formation des agents de maintenance situés dans les hôpitaux de la ville pour assurer la continuité des bonnes pratiques de gestion après son départ.

Le responsable de la cellule système d'information sanitaire (SIS) veillera au renforcement des activités de collecte et de circulation de l'information, et à son utilisation dans la prise de décision à tous échelons de la pyramide sanitaire. Il sera appuyé dans l'organisation de ses fonctions par le directeur de l'USE et le médecin de santé publique CTB travaillant dans l'USE.

Le responsable rwandais³⁷ de la cellule soins de santé primaires et communautaires se chargera d'appuyer et encadrer tous les aspects de renforcement du premier échelon et de la demande de soins (résultats 5). Il se coordonnera au quotidien avec l'ATI médecin SP pour chapeauter tout le système de santé de la ville, dans le cadre du PSDSK. Ils travaillent en appui et liaison directe avec les USFPE des districts.

Les responsables de la cellule environnement rwandais³⁸ seront en charge de l'élaboration, l'appui et le suivi du plan d'action environnemental du PSDSK et des investissements prioritaires. Ils appuieront également fortement les associations exécutant les programmes communautaires touchant à la protection de l'environnement.

³⁶ Voir profils des volontaires en annexe 8.6.

³⁷ Eventuellement un volontaire CTB (si disponible) peut être intégré dans cette cellule pour donner un appui

³⁸ Eventuellement un volontaire CTB (si disponible) peut être intégré dans cette cellule pour donner un appui

Ces deux dernières catégories d'acteurs seront conjointement responsables de stimuler les initiatives intersectorielles au niveau communautaire.

7.3 RESPONSABILITÉS FINANCIÈRES

7.3.1 Comptes et pouvoirs de signature

Dès la signature de la convention spécifique, l'ordonnateur et le coordonnateur ouvriront un compte principal en euros auprès de la banque de la République du Rwanda, ainsi qu'un compte opérationnel en francs rwandais (FRW) dans une banque commerciale de Kigali à déterminer, pour couvrir les dépenses courantes. Le premier s'intitulera « contribution belge PAPSDSK », le second « contribution belge USE »

Le compte en euros est actionné sous la double signature de l'ordonnateur et du coordonnateur du programme ou de leurs délégués sur présentation des ordres de paiement.

Le compte en FRW est activé par la double signature du directeur d'intervention et du délégué à la cogestion. Les spécimens de signature de ces personnes sont notifiés en triple exemplaire par chacune des parties à l'organisme financier concerné. Alternativement, le directeur (ou codirecteur) d'une partie peut signer avec le coordonnateur (ou ordonnateur) de l'autre. Ceci impact notamment sur les plafonds de décaissement autorisés. Ceux-ci sont résumés dans le tableau ci-dessous.

Signature 1	Signature 2	Plafond autorisé
Directeur	Codirecteur	12.500€
Directeur	Coordonnateur / délégué	67.000€
Ordonnateur / délégué	Codirecteur	67.000€
Ordonnateur	Coordonnateur	La limite dépend des procédures internes au sein des institutions respectives (MinEcoFin & CTB)

Le compte principal sera alimenté trimestriellement. Les autres comptes seront alimentés à partir du compte principal tout en limitant les fonds sur ces comptes. D'autres comptes cogérés peuvent être ouverts pour des raisons de logistique après accord de l'ordonnateur et du coordonnateur.

Les dépenses du programme sont visées par le directeur de l'intervention et le délégué à la cogestion, avant d'être approuvées et ordonnancées par l'ordonnateur et le coordonnateur conformément à la convention spécifique

Les transferts du compte en euros au compte en FRW seront réalisés par l'ordonnateur et le coordonnateur à la demande de la direction de l'intervention. La double signature est nécessaire pour tous les mouvements des comptes.

Chaque mois, la direction de l'intervention remettra un rapport financier accompagné des pièces justificatives à l'ordonnateur et au coordonnateur. Après vérification des comptes mensuels, l'ordonnateur et le coordonnateur réalimenteront les comptes de l'UGP si nécessaire.

Pour les dépenses locales en régie, un compte sera ouvert avec double signature au niveau de la CTB.

7.3.2 Modalités de gestion, régie, cogestion

On distingue trois types de décaissements :

- La CTB gèrera en régie l'assistance technique internationale de court et long terme, le budget pour le personnel des mairies et districts (incluant le directeur de l'USE) dans la logique du 'performance based financing', les frais de personnel de l'équipe engagée par l'UGP intégrée au USE, les audits financiers et les missions d'évaluation, et tout autres frais inscrits au budget dans les moyens généraux (voir annexe)
- Le paiement des grosses constructions et investissements, définis comme dépassant un seuil financier spécifié dans la convention spécifique, sera directement effectué par l'ordonnateur et le coordonnateur du programme, que ces investissements et construction soient ou non soumis à appel d'offre.
- Tout autre type de frais sera géré en cogestion au niveau de l'UGP.

7.3.3 Mise à disposition des fonds

Premier transfert

Dès la notification de la Convention de Mise en Œuvre entre l'Etat belge et la CTB, un appel de fonds par mode de financement peut être introduit à la représentation locale de la CTB. Le montant demandé doit correspondre aux besoins des trois premiers mois. Pour la partie cogérée, l'appel de fonds doit être signé par l'ordonnateur.

Transferts suivants

Afin de recevoir des fonds, le programme doit introduire à la représentation de la CTB un appel de fonds par mode de financement au début du mois précédant le trimestre suivant. Cet appel de fonds doit être signé par la direction de l'intervention (directeur et codirecteur) ainsi que par l'ordonnateur pour la partie cogérée.

Le montant de l'appel de fonds est égal aux besoins estimés en trésorerie pour le trimestre suivant, incluant une réserve.

Le transfert de fonds par la CTB se fait au début du trimestre. La CTB peut aussi proposer un schéma de financement spécifique (paiement en plusieurs tranches ou paiement à la demande).

Le transfert de fonds se fait uniquement à condition que :

- La comptabilité du trimestre précédant l'introduction de l'appel ait été transmise à la représentation locale de la CTB ;
- La mise à jour de la programmation financière ait été transmise à la représentation locale de la CTB ;
- Le montant de l'appel de fonds n'est pas plus élevé que le solde budgétaire.

En cas d'urgence, le programme peut introduire un appel de fonds anticipé en justifiant le besoin.

7.3.4 Rapportage financier & administratif

Comptabilité

Mensuellement, la comptabilité doit être élaborée et approuvée selon les procédures de la CTB. La comptabilité doit être signée pour accord par le directeur et le codirecteur et transmise à l'ordonnateur et au coordonnateur (représentation locale de la CTB). La comptabilité à envoyer à la représentation locale de la CTB comprend un fichier électronique, les pièces justificatives ainsi que les extraits bancaires et états de caisse.

Programmation financière

Trimestriellement, la direction du programme doit élaborer une programmation financière pour les trimestres suivants et pour le trimestre en cours et les années suivantes. La programmation financière doit être faite selon les procédures de la CTB et doit être envoyée à la représentation locale de la CTB.

Après vérification et si nécessaire, les ordonnateurs procéderont au réapprovisionnement du fonds de roulement. Cette procédure est appliquée de manière continue jusqu'à la fin du programme

Rapportage financier à la SMCL

A chaque réunion de la SMCL, la direction du programme doit présenter l'information financière suivante :

- Rapport d'exécution budgétaire ;
- Mise à jour de la programmation financière ;
- Liste des engagements importants ;
- Aperçu des soldes bancaires ;
- Liste des fonds reçus par mode de financement et paiements par le siège CTB (uniquement régie) ;
- Proposition de changement budgétaire si nécessaire ;
- Plan d'action lié aux recommandations d'un audit financier.

Rapports d'exécution

Afin de permettre une bonne information de tous les partenaires concernés par l'exécution de la prestation de coopération, le directeur d'intervention, conjointement avec le délégué à la cogestion, devront établir des rapports d'activités trimestriels, uniquement pour les 1^{er} et 3^{ème} trimestres de la première année, et des rapports d'exécution semestriels (plus analytiques et ajoutant au contenu technique le financier). Les rapports semestriels coïncidant avec la fin de l'année incluront un bilan financier annuel. Ils seront appuyés pour cette tâche par un gestionnaire de programme.

Rapports de suivi-évaluation

Le directeur d'intervention et le délégué à la cogestion rédigeront des rapports de suivi-évaluation annuels, en partant du canevas de la CTB³⁹, et prenant en considération certaines exigences du partenaire. Le format du rapport annuel sera adopté en début de programme et adapté, si besoin, en fin de 2^{ème} année avec le concours du suivi scientifique. Les rédacteurs de ces rapports vont faire une appréciation du degré de réalisation des résultats intermédiaires et de l'objectif, en se basant sur les indicateurs identifiés à cette fin et présentés dans le chapitre 4.5.

7.3.5 Gestion du budget

Le budget total et le budget par mode d'exécution ne peuvent pas être dépassés. Au cas où une augmentation budgétaire est nécessaire, une demande motivée d'augmentation doit être introduite

³⁹ Le canevas de la CTB est juste un rapport « a minima » adapté aux besoins des gestionnaires du siège, mais relativement « pauvre » pour ce que doit contenir le rapport annuel de ce programme multithématique.

auprès de l'Etat belge après avoir reçu l'accord du SMCL. Si la Belgique accepte la demande, un échange de lettres signées par les deux parties devra avoir lieu.

Le budget du programme donne les contraintes budgétaires dans lesquelles le programme doit être exécuté. Chaque changement de budget doit être approuvé par la SMCL sur base d'une proposition élaborée par la direction d'intervention. Les changements budgétaires possibles sont :

- Changement de la structure du budget (par exemple ajout d'une ligne budgétaire) ;
- Réallocation des montants entre lignes budgétaires ;
- Réallocation des moyens entre modes de financement ;
- Utilisation de la réserve budgétaire.

La gestion du changement budgétaire doit répondre aux procédures de la CTB.

Les engagements doivent être approuvés par les deux parties tout en respectant les mandats (voir pouvoirs de signature). La direction de l'intervention doit assurer un bon suivi des engagements. Il n'est pas autorisé de prendre des engagements sur base d'un budget non approuvé officiellement.

7.3.6 Intérêts

Les intérêts que génèrent les ressources du programme s'ajoutent au budget total de celui-ci et sont comptabilisés comme ressources. Ils peuvent être utilisés pour l'exécution de ses activités, suivant les dispositions fixées par le SMCL.

7.3.7 Procédures liées aux marchés publics

La législation rwandaise est d'application pour l'attribution des contrats et l'adjudication des marchés publics de fournitures, travaux et services (placés sous le régime de la cogestion). Les dossiers d'appel d'offres feront référence expresse à la source belgo-rwandaise de financement.

Les membres de la direction de l'intervention ou leurs délégués participeront tant à l'ouverture des plis qu'au dépouillement et à l'analyse des offres. Dès leur dépouillement, la direction de l'intervention transmettra à l'ordonnateur et au coordonnateur du programme un exemplaire de chacune des offres ainsi qu'un rapport détaillé sur le dépouillement des offres. Ils seront accompagnés d'une proposition motivée du choix de l'adjudicataire.

Les ordonnateurs disposent d'un délai de 15 jours calendrier, à compter de leur réception, pour approuver le choix du soumissionnaire proposé et le projet de contrat ou de lettre de commande, ou pour faire valoir leurs remarques.

En sus, tout marché supérieur à 12.500 € nécessite l'approbation préalable de l'ordonnateur et du coordonnateur sur les points suivants :

- Le mode d'attribution du marché (appel d'offres général, appel d'offres restreint ou procédures négociées) ;
- Si ce n'est un appel d'offres général, la liste des entreprises à consulter et les critères de sa constitution ainsi que les coordonnées des entreprises (avec consultation de minimum trois soumissionnaires quel que soit le mode d'attribution retenu) ;
- Les critères d'attribution du marché qui seront utilisés.
- La proposition d'attribution du marché.

7.3.8 Audit financier

Audit programme

Le programme doit être audité au minimum après un an d'activité, et pendant la troisième année du programme. L'audit portera sur chaque centre de dépense et se concentrera sur :

- La vérification que les comptes du programme reflètent la réalité.
- Le contrôle de l'existence des montants inscrits dans la comptabilité et du respect des procédures.

Outre le seul contrôle financier, ils apporteront également une évaluation critique de l'état d'avancement du programme.

La SMCL peut demander des audits supplémentaires s'il les juge nécessaires. Le budget en annexe table sur un audit annuel.

La SMCL charge le représentant résident de l'élaboration des termes de référence et de la sélection de la firme d'audit. La firme d'audit doit être certifiée selon les standards internationaux et indépendante des parties.

Le rapport d'audit doit être présenté à la SMCL. Si nécessaire, la direction de l'intervention doit élaborer un plan d'action afin d'améliorer les procédures et prouver que des mesures correctrices ont été entreprises.

La procédure d'audit externe pourrait être étendue à un audit financier général des comptes du programme, intégrant les financements rwandais. C'est une conception de la cogestion allant au-delà des contrôles de la contribution de l'un des partenaires. C'est également cohérent avec un renforcement institutionnel et le mouvement vers une approche sectorielle.

Un audit peut être organisé conjointement avec d'autres partenaires en utilisant au maximum les procédures en vigueur du Rwanda, ceci dans l'esprit de la Déclaration de Paris.

Audit CTB

Chaque année, les comptes de la CTB Bruxelles sont audités par un collège de commissaires. Dans ce cadre, ils réalisent également des audits de programmes.

Le comité d'audit interne de la CTB peut aussi demander qu'un programme soit audité par l'auditeur interne de la CTB.

7.3.9 Clôture financière

Bilan financier

Six mois avant la fin du programme, un bilan financier doit être élaboré par la direction de l'intervention selon les procédures de la CTB. Le bilan financier présenté à la SMCL de clôture doit d'abord avoir été vérifié par la CTB.

Soldes

Les montants gérés en régie et non utilisés à la fin du programme, ainsi que le reliquat de la contribution financière non versé sur les comptes cogérés, tomberont en annulation à la fin du programme. Le solde disponible sur les comptes bancaires cogérés sera réalloué d'un commun accord et formalisé par un échange de lettres

Dépenses après convention

Après la fin de la convention spécifique tripartite, il n'est plus autorisé de faire des dépenses, sauf si elles sont liées à des engagements pris avant la fin de la convention spécifique et qui sont actés dans le PV de la SMCL.

7.4 MÉCANISMES D'APPROPRIATION DES ADAPTATIONS AU DTF

Toute adaptation au DTF requiert l'approbation formelle de la SMCL. L'adaptation est consignée dans le procès verbal de la réunion de la SMCL où elle est approuvée, et donne lieu à un amendement du DTF, qui est communiqué aux membres de la SMCL et de la direction de l'intervention.

Elle peut être suggérée par la direction de l'intervention. Toute partie prenante au programme peut également suggérer des adaptations à la direction de l'intervention, qui jugera si elles doivent ou non être relayées auprès de la SMCL.

Dans tous les cas, les adaptations se feront dans le respect de l'objectif spécifique et de l'enveloppe budgétaire fixée par la convention spécifique, et en veillant à la faisabilité de l'ensemble des actions. Elles seront dûment argumentées en fonction de l'état d'avancement du programme, l'atteinte de ses résultats et une analyse des facteurs y contribuant.

La direction de l'intervention veillera à ce que toute catégorie d'acteurs pour lesquels les adaptations du DTF auront un impact opérationnel⁴⁰ soit clairement informée des changements. En dernière instance, la SMCL reste responsable de la résolution de tout problème de gestion qui se poserait relatif aux ressources financières ou matérielles, ou à l'interprétation du DTF

7.5 PROCÉDURES DE SUIVI-ÉVALUATION

7.5.1 Evaluations internes

Semestriellement, la direction de l'intervention (directeur d'intervention et délégué à la cogestion) soumettra un rapport d'activité du programme à la SMCL. Ce rapport sera préalablement discuté et élaboré en interne. Il devra relater le bilan des activités réalisées en comparaison avec le plan établi pour la période concernée, le planning des activités programmées pour la période suivante, les problèmes d'exécution et être lié aux procédures de rapportage financier. Ce rapport devra être déposé au moins 15 jours avant la réunion ordinaire de chaque SMCL.

La structure mixte de concertation locale assure le monitoring par l'étude et l'approbation des rapports semestriels, établis par l'unité de gestion.

Le cadre logique élaboré dans le présent document contient une présentation des indicateurs et des sources vérifiables. Ce sera le document de référence pour suivre les réalisations du programme et comparer les objectifs aux réalisations effectives.

Le directeur d'intervention et le délégué à la cogestion sont pleinement responsables du suivi et de la supervision de toutes les activités engagées. Ils seront tenus de définir et faire exécuter des plans d'action semestriels. Ils coordonnent à cet effet un suivi régulier sur le terrain.

⁴⁰ Il est possible que certaines adaptations n'aient d'impact que pour une catégorie d'acteur, par exemple un changement dans les modalités de fonctionnement des hôpitaux. Dans un tel cas, tout le personnel hospitalier devrait être informé. Il n'est par contre peut-être pas indispensable d'étendre la communication aux centres de santé, au CoSa, autres partenaires, etc.

7.5.2 Suivi scientifique continu

Un suivi scientifique continu sera assuré tout au long du programme par une institution académique internationale ou un consortium (sélectionnée après un appel d'offre lancé sur base de Termes de Référence détaillés) en partenariat avec une institution académique et/ou de recherche rwandaise. Il conviendra d'obtenir des équipes multidisciplinaires, permettant d'embrasser les dimensions sanitaires, environnementales, économiques et sociales du programme.

L'équipe prestera de quatre à cinq missions par an, avec un consultant ou plus. En dehors des consultances, elle maintiendra une assistance à distance par internet et téléphone. Le budget prévoit un total annuel de 60 jours de mission terrain et de 20 jours d'assistance à distance pour chaque institution, nationale et internationale, en plus des autres activités de consultance (état des lieux, consultances spécifiques & évaluation finale par d'autres acteurs).

Une certaine dispersion des informations de routine sur les structures sanitaires (entre MiniSanté, districts et mairies) complique la vue d'ensemble de la situation sanitaire globale dans la ville de Kigali. D'autres aspects – tels les dimensions de satisfaction et préférences des usagers – ne font naturellement pas partie des données collectées en routine. Avoir une photographie de départ aiderait à déterminer la contribution du programme à améliorer l'environnement sanitaire de la ville de Kigali (indicateurs sanitaires, utilisation des services, indicateurs de satisfaction, etc.)

Un état des lieux de départ est inscrit au budget. La conduite d'un état des lieux de fin de programme sur la même structure, après quatre ans d'activité, donnera une mesure précise des progrès réalisés. Des relevés intermédiaires partiels seront opérés chaque année pour permettre un suivi anticipé de l'impact du programme.

Il suppose la définition précoce des principaux indicateurs à documenter et, tant que possible, leur insertion dans les procédures de routine des instances de gestion et des formations sanitaires (système d'information sanitaire, format de rapportage...)

Le programme financera en plus des missions de consultance de courte durée sur des sujets spécifiques (budget d'études pour l'élaboration du PSDSK, enquête cognitive et comportementale, etc.) Elles demanderont probablement des consultants différents. Cependant, l'équipe de suivi scientifique continu pourrait également être sollicitée.

Les membres de l'équipe de l'USE seront des interlocuteurs privilégiés des équipes de suivi et autres consultants. Ils veilleront à la génération de données pertinentes par le programme, via les procédures de routine et le suivi des projets de recherche spécifiques.

7.5.3 Evaluation externe

Le budget prévoit le financement d'une évaluation finale par un acteur externe (à l'équipe de suivi scientifique continu). Elle est importante pour tirer les leçons des quatre années écoulées et jeter les bases de travail pour une étude d'identification ultérieure (éventuelle prolongation de l'intervention d'appui institutionnel à la mise en œuvre du PSDSK). Il est toutefois possible que cette évaluation devienne redondante, vu l'intensité du système de suivi scientifique qu'il est prévu de mettre en place. Le budget pourrait alors être reporté sur une autre consultance ad hoc.

Des évaluations conjointes avec d'autres partenaires sont à encourager dans la mesure du possible.

L'évaluation externe devrait idéalement se tenir quelques mois avant la clôture. Les constats et les recommandations issues de cette évaluation peuvent ainsi servir comme input au cas où ce programme de 4 ans est suivi par une phase ultérieure.

8. THÈMES TRANSVERSAUX

8.1 PROTECTION DE L'ENVIRONNEMENT ET DÉVELOPPEMENT DURABLE

C'est l'un des éléments centraux d'interaction. Le programme insistera sur les déterminants environnementaux de la santé. Cela suppose des interventions au niveau des individus (comportement, hygiène), de la ville (sanitation, infrastructures) et des structures sanitaires (gestion des déchets).

Investissements en infrastructures environnementales. Compte tenu de l'intérêt des autorités municipales et gouvernementales sur la question, les actions environnementales constitueront une partie importante du PSDSK. Elles seront inscrites à son agenda, concrétisées dans un plan d'action et des investissements prioritaires sous le présent programme, ainsi que des investissements additionnels proposés au financement d'autres partenaires sous le PSDSK.

Programme communautaires d'hygiène & assainissement. Certaines interventions, ne demandant pas d'investissements lourds, seront supportées par le programme même. Il s'agit notamment de l'appui aux associations communautaires actives sur la collecte des déchets ménagers et leur recyclage en briquettes combustibles.

Hygiène domestique. La dynamique d'amélioration des comportements de la population induite par le résultat 5 porte notamment sur l'adoption par la population de comportements favorisant la santé. L'activité des agents de santé communautaires et des leaders locaux sera ici capitale. Ceci ne peut être le résultat que d'intervention santé & environnement. Le développement d'approches intersectorielles sera un vecteur favorisant.

Hygiène et gestion des déchets dans les structures sanitaires. Une attention particulière sera accordée à l'amélioration et au maintien de standards minimaux d'hygiène et d'assainissement au niveau des structures sanitaires. Ceci s'intègre dans les travaux de mise à niveau des hôpitaux de la ville, dans les activités de construction des centres de santé et dans les critères d'agrément de formations sanitaires privées.

8.2 ECONOMIE SOCIALE

Amélioration des conditions sanitaires et socioéconomiques. Il est prouvé que les pauvres ont moins d'accès aux soins et qu'un mauvais accès aux soins est un facteur de pauvreté. Travailler sur l'extension de la couverture géographique, l'amélioration de la qualité et la régulation des services devrait se traduire en une réduction des coûts pour l'ensemble des usagers. Les actions proposées sur le renforcement de la demande de soin devraient aussi améliorer l'accès. Une réduction des dépenses de santé catastrophiques est également attendue, via une rationalisation progressive de l'itinéraire thérapeutique des patients.

Développement d'associations génératrices d'emploi et de revenus. Le support aux activités communautaires et le lancement d'initiatives nouvelles revêt un potentiel de développement social et économique intégré au contexte. Certaines associations d'agents de santé communautaires développent déjà des activités économiques en commun, pour leur bénéfice et le bénéfice de la population. De même, les associations de collecte de déchets ont une vocation évidente de création d'emploi pour du personnel (communautaire) non-qualifié

Ancrage institutionnel de l'USE et l'UGP. Placer le programme sous la responsabilité de la Vice-Maire chargée des Affaires Sociales contribuera à renforcer les synergies entre le secteur de la santé et les autres secteurs impactant sur l'économie sociale.

8.3 GENRE

Santé femme et enfants. Les femmes et les enfants ont un besoin d'utilisation des services de santé plus élevé que les hommes. Investir sur les services de santé leur bénéficie donc en priorité. Le renforcement des programmes de santé féminine et maternelle (gynéco-obstétrique, maternité...) bénéficie d'un appui technique spécifique via la présence d'un ATI gynéco-obstétricien sur deux ans pour finaliser la formation des étudiants de troisième cycle. Il en va de même pour les activités de pédiatrie, appuyés sur deux années de manière similaire.

Une attention particulière sera prêté à la problématique des fistules vésico-vaginales.

Equité de l'accès à l'emploi. Le programme veillera à promouvoir l'équité dans les règles d'engagements des différents organes soutenus. Le Rwanda offre un visage très progressiste à ce sujet. Au moment de la formulation, la Maire et la Vice-Maire sont des femmes. Toutes les instances de gestion de la mairie et des districts concernées par le programme sont dirigées par des femmes. Sur les quatre hôpitaux de Kigali, Muhima, Kicukiro et Kanombe, un est actuellement dirigé par une femme.

8.4 DROITS DE L'ENFANT

Santé des enfants. Déjà sous le point 8.3, l'attention à porter dans ce programme à la santé des femmes et les enfants est souligné. La présence d'un ATI pédiatre qui appuiera les services de santé dans le réseau inter hospitalier contribuera à une bonne prise en charge des enfants nécessitant des services hospitalier.

Santé scolaire. Les activités autour la santé scolaire apportent une dimension préventive et promotionnelle afin de stimuler un bon comportement auprès les enfants et jeunes par rapport à leur santé et bien-être.

Santé environnementale. Un environnement salubre est important pour les enfants, qui constituent un groupe particulièrement sensible aux conditions hygiéniques.

8.5 VIH/SIDA

Le programme d'appui à la conception et la mise en œuvre du PSDSK porte sur l'amélioration générale de l'environnement sanitaire de la ville de Kigali. Il ne développe pas de stratégie spécifique concernant le SIDA (ni concernant aucune autre maladie). Cependant, il aura un impact indirect favorable par plusieurs biais.

Dépistage. En améliorant l'accès (général) aux soins de santé, le programme contribuera à l'amélioration du dépistage VIH dans les structures le pratiquant.

Maladies opportunistes. Améliorer la qualité des services dans les structures supportées se répercutera sur une amélioration de la prise en charge des maladies opportunistes.

Intégration de programmes SIDA dans le PSDSK et le système de santé. De nombreux acteurs sont déjà présents sur le sujet, avec des budgets conséquents. Ceux-ci sont appelés à termes à s'intégrer dans le cadre du PSDSK (voir notamment les commentaires relatifs à ONUSIDA en 2.4). Cela peut s'étendre à l'intégration de programmes SIDA de manière horizontale dans le secteur de santé, sous certaines conditions.

9. ANNEXES

Les annexes comprennent :

- Annexe 1 : Cadre Logique ;
- Annexe 2 : Budget ;
- Annexe 3 : Calendrier d'exécution ;
- Annexe 4 : Chronogramme ;
- Annexe 5 : Assistance technique internationale long terme ;
- Annexe 6 : Profils de poste des AT nationaux ;
- Annexe 7 : Proposition de fonctions de l'Unité Santé Environnement ;
- Annexe 8 : Orientations sur la Recherche Action dans le programme ;
- Annexe 9 : Schémas du montage institutionnel du PSDSK et de l'USE dans la Mairie.

9.1 ANNEXE 1 : CADRE LOGIQUE

Cadre Logique Programme d'Appui PSDSK

Cadre Logique				
Titre du programme : Programme d'appui institutionnel à la conception et la mise en œuvre du Plan Stratégique de Développement Sanitaire de la ville de Kigali				
	Objectif global	Indicateurs	Moyens de vérification	Risques et hypothèses
Objectif Général	L'environnement sanitaire de la ville de Kigali est adapté à l'évolution des besoins de la population ;			
Objectif Spécifique	La Ville de Kigali met en œuvre le Plan Stratégique de Développement Sanitaire de la ville de Kigali (PSDSK) de façon concertée avec ses partenaires.	- Disponibilité d'un PSDSK mis à jour - Disponibilité de plans d'action annuels réalistes à tous niveaux pour l'exécution du PSDSK - Budget alloué à la mise en œuvre du PSDSK (ensemble des partenaires) et proportion du budget effectivement exécuté - Evolution du nombre de partenaires actifs dans la mise en œuvre du PSDSK	- PSDSK - Plans d'action annuels - Suivi budgétaire PSDSK - Rapports PSE	- Concrétisation de l'intérêt des partenaires pour le PSDSK - Maintien d'un intérêt politique pour le développement d'un modèle urbain
Résultat 1	La ville de Kigali et ses districts adaptent efficacement leurs instances de gestion chargées de la santé et de l'environnement pour répondre à son rapide développement.	<u>Mairie</u> : Positionnement institutionnel de l'USE dans l'organigramme de la mairie - Rôles et fonctions des différents postes de l'USE établis. <u>Districts</u> : Les postes du responsable de l'information de chacune des trois USFPE sont couverts. - Taux d'exécution des activités prévues dans le plan d'action (annuel) des USFPE et l'USE, - traduisant le Plan Stratégique.	- PSDSK - Plan d'action de l'USE - Rapports d'évaluation des supervisions & formations	- Accord du Conseil Urbain de la Ville et du Minaloc pour le changement de la CSPH en une Unité Santé Environnement.

	Objectif global	Indicateurs	Moyens de vérification	Risques et hypothèses
Résultat 2	Le PSDSK est développé, adapté et mis en œuvre en coordination avec l'ensemble des partenaires santé environnement de la ville de Kigali.	- Le Plan Stratégique de DSK (2009-12) est validé. - La Plate-forme SE est fonctionnelle (nombre de réunions de la PSE x an et fréquentation-n° de participants) - Un panel d'indicateurs d'entrée, de processus et de résultat est élaboré et suivi dans l'exécution du PSDSK (Taux d'exécution financière, attractivité avec partenaires, Taux de réalisation des études...) - Les groupes de travail technique sont fonctionnels (nombre de réunions, nombre de thèmes traités, nombre de documents présentés à la PSE) - Degré d'adaptation du PSDSK aux événements par le suivi annuel de l'évolution des indicateurs source de l'environnement sanitaire de la ville (croissance démographique, taux de couverture SSP par district, n° lits et taux d'occupation des hôpitaux, taux d'accouchements assistés, n° secteurs sans solutions pour évacuation des déchets, etc.)	- Acte de validation signé par la Mairie et le MiniSanté. - Existence de la PSE - Rapports d'activité annuels de l'USE - Existence et mesure périodique des indicateurs. - Rapports des études disponibles ; - Rapports du suivi scientifique	- Les partenaires santé-environnement de la Ville, adhérent à la Plate-forme Santé Environnement. - Le budget prévu au programme est suffisant pour couvrir l'intégralité des questions que pose l'élaboration du PSDSK - Le suivi scientifique par des institutions académiques est fonctionnel dès le début du PSDSK.

	Objectif global	Indicateurs	Moyens de vérification	Risques et hypothèses
Résultat 3	L'offre de soins est complétée et augmentée pour répondre aux besoins de la population de Kigali.	- Plans d'investissements disponibles sur le CHUK, les HD, les CdS et les investissements environnementaux, - Investissements effectivement réalisés sur le CHUK, les HD, les CDS et les investissements environnementaux. - Evolution du nombre de pannes et incidents techniques survenus au CHUK et dans les hôpitaux de la ville. - Degré de complétude du paquet d'activités par rapport au paquet attendu pour les hôpitaux de district et de référence national (CHUK). - Plan actualisé de formation du personnel médical et paramédical des hôpitaux. - Amélioration des indicateurs de performance sanitaire, parmi lesquels : n° de lits/population, taux d'occupation, taux d'hospitalisation, taux de mortalité, taux de césariennes, n° d'actes chirurgicaux, rapport entre accouchements eutociques/dystociques, n° de fistules vésico-vaginales prises en charge... - N° de nouveaux centres de santé fonctionnels (un min. de staff disponible, pas des ruptures de stock...). - Taux de couverture sanitaire des districts - N° de centres de santé qui ont développé des activités d'accouchements (et n'en avaient pas auparavant) - Réseau Interhospitalier fonctionnel (n° réunions, n° d'hôpitaux de la ville intégrés, projets communs élaborés, rapports annuels produits). - L'ensemble des hôpitaux connectés au système central informatique est fonctionnel. - Volume d'activités de maintenance et évolution du nombre de pannes et incidents techniques. - Nombre global de jours d'échanges de spécialistes entre les hôpitaux de la ville - Formations suivies & amélioration de la qualité des soins et des services (voir 4 & 4.4) - Nombre de personnel médical et paramédical formés par rapport à la prise en charge des fistules vésico-vaginales.	- Rapport d'activités du CHUK - Plan de formation, - Plan d'investissement - Rapport d'activités des HDU de Muhima et Kibagabaga (Masaka ?) - Rapports de supervision - Rapports IS des hôpitaux - Rapports d'activité de l'USE et des USFPE, - Rapport RIH - Rapports annuels des activités du RIH - Compte rendu des plate-formes de concertation et planification	- Le CHUK dispose de spécialistes compétents dans tous ses services. - Le CHUK est intégré avec les autres hôpitaux dans le Réseau Interhospitalier et nomme un responsable chargé de cette coordination. - Les spécialistes formés restent au CHUK après leur formation - Les hôpitaux de district disposent de personnel en suffisance pour exercer leurs fonctions. - Des soumissionnaires valables exécutent les chantiers prévus. - Un nombre significatif de dispensaires privés sont ouverts à l'intégration dans le programme de captation. - Les centres de santé agréés qui ne font pas d'accouchements acceptent d'en faire. - Appui du Ministère de la Santé à l'initiative du RIH et du réseautage aux autres échelons - Intérêt des formations sanitaires pour le réseautage, & volonté des hôpitaux pour le RIH. - Disponibilité d'informaticiens compétents.

	Objectif global	Indicateurs	Moyens de vérification	Risques et hypothèses
Indicateur Traceur global d'amélioration du système : Analyse du circuit de la femme enceinte dans les différents niveaux de soins, identification des lacunes sur base des incidents critiques. . Note : les soins maternels sont également un des OMD)			Rapport annuel de l'USE	
Résultat 4	La qualité des soins et des services de santé de la Ville de Kigali est améliorée.	- Plan Annuel de Formation de la ville disponible, à partir de la 2ème année. - Nombre de formations thématiques effectuées et de personnel formé par niveau. - Evaluation positive du degré d'application des capacités reçues par niveaux (échantillonnage) - Taux de réalisation des supervisions programmées mensuelles et trimestrielles des FOSA (publics et privés), - Un système de suivi de la performance pour les USFPE des districts est disponible et mesurée périodiquement. - degré d'intégration des données des structures privées dans le SIS, - Taux de complétude (GESIS et rapports hospitaliers), - Taux de transmission (USE et MiniSanté) - n° d'atelier de révision de l'IS semestriels réalisés - le personnel de toutes les formations sanitaires du programme AQ a été formé. - n° d'équipes qualité créées et fonctionnelles par établissement pilote,	- Plan de Formation - Rapports de formation - Document d'évaluation (réalisé en collaboration entre la USE, les USFPE et les hôpitaux. - Rapports de supervision - Rapport mensuel des districts et semestriel de l'USE - Rapports GESIS et IS des hôpitaux - Rapport d'activité des USFPE - Rapports d'activité des hôpitaux de district et des Centres de santé inclus dans le programme AQ	- Les variantes pour l'AC sont approuvées par le Ministère de la Santé. - Le personnel des USFPE et les Mairie de District adhèrent au programme de mesure de la performance. - Le poste de responsable de l'information sanitaire a été couvert dans chaque USFPE, - La cellule AQ du Ministère de la Santé apporte son appui méthodologique.
Indicateur Traceur global : Degré d'application de la recherche action effective dans les actions prévues du programme (sujets traités effectivement, nombre de rapports disponibles, acceptés par le suivi scientifique, valorisation globale de celui-ci, etc.)			Rapports du responsable du suivi scientifique.	

	Objectif global	Indicateurs	Moyens de vérification	Risques et hypothèses
Résultat 5	La perception des soins chez les usagers et l'adhésion aux programmes de santé environnement dans la communauté sont améliorés.	- Nombre de participants & nombre d'ateliers méthodologiques organisés pour les agents de santé communautaire et leaders locaux - Nombre de cas critiques discutés (ASC) par district par an et nombre auxquels une solution a été trouvée. - Les études sur l'impact des mutuelles sont disponibles; - Santé Scolaire : Nombre de formations et participants parmi les éducateurs. N° d'écoles touchées par le programme par district et avec un plan d'action pour la santé scolaire - Impact des projets d'associations communautaires appuyées par le programme correctement documenté : (rapports d'activités, n° de participants, volume de déchets traités, résultats atteints, n° d'emplois créés, enquêtes dans la communauté sur l'action, etc.) - Evolution positive des indicateurs principaux de l'enquête baseline sur la perception sur l'offre de soins par la population & autres études. - Résultats disponibles des enquêtes de satisfaction annuelles menées sur les HDU (services des urgences, hospitalisations et consultations).	- Rapport des USFPE de district - Rapports des Enquêtes de satisfaction des usagers dans les HDU - Rapports de formation, - Etudes d'impact des mutuelles - mention des référence dans les SIS des CS et hôpitaux - Enquête dans les écoles - Rapport d'activités des associations appuyées. - Rapports des ASC et de chaque USFPE de district.	- Chaque District Municipal appuie le programme et reflète son adhésion par des consignes précises d'appui aux responsables des secteurs. - Le Ministère de la Santé appuie la réalisation d'expériences pilotes alternatives. - Le Ministère de l'Education appuie le programme et donne des instructions de collaboration à ses cadres dans les écoles de Kigali

No.	Activités par résultats	Moyens	Coûts
Résultat 1: La ville de Kigali et ses districts adaptent efficacement leurs instances de gestion chargées de la santé et de l'environnement pour répondre à son rapide développement.			
1.1	Le cadre institutionnel et organisationnel des instances de gestion de la mairie et des districts est adapté pour rencontrer les défis du PSDSK	- Réunions mairie & ministères (santé, Minaloc...) - Budget de communication, information	22.832 €
1.2	Les instances de gestion de la ville sont dotées du soutien matériel, humain et technique nécessaires à leur fonctionnement.	- Recrutement et dotations en personnel par Mairie, y inclus le directeur de l'USE - Recrutement et engagement de personnel par le programme, y inclus assistance technique CTB & volontaires CTB - Dotation de locaux par la mairie & réhabilitation - Investissement en outils de travail (bureaux, matériel informatiques, véhicules...) - Frais de fonctionnement + divers (réunions...)	774.034 €
1.3	Les compétences des instances de gestion nécessaires à la mise en œuvre du PSDSK et des politiques du MiniSanté sont renforcées.	- Appui technique quotidien sur le terrain - Bourses internationales - Voyages d'études en Europe, au Rwanda et dans la sous-région - Formations diverses au Rwanda - Achats de livres, abonnements revues, divers.	49.300 €
1.4	Un plan d'action opérationnel traduisant les orientations du PSDSK en actions est conçu, mis à jour, approuvé et appliqué.	- Budget de réunion, planification - Appui technique quotidien et supervisions de routine - Rapportage	5.929 €
1.5	Les possibilités de synergie avec d'autres secteurs et partenaires sont identifiées, et les stratégies de mise en œuvre soutenues.	- Appui technique continu du directeur de l'USE et de l'AT Delco, secondés par les responsables de cellule & le volontaire CTB environnement - Organisation et financement des frais d'une plate-forme de concertation intersectorielle, avec ramifications aux différents échelons. - Visites d'étude dans des expériences d'autres secteurs - Divers (distribution de compte rendu, secrétariat...)	16.490 €

No.	Activités par résultats	Moyens	Coûts
Résultat 2: Le PSDSK est développé, adapté et mis en œuvre en coordination avec l'ensemble des partenaires santé environnement de la ville de Kigali.			
2.1	Le PSDSK est conçu, développé et adapté par l'USE en fonction des enjeux et évolutions du contexte, et des engagements attendus des partenaires.	- Appui technique continu du directeur de l'USE et de l'AT Delco - Budget de réunions, et de groupes de travail - Brochures & leaflets explicatifs sur le PSDSK	12.403 €
2.2	Les orientations stratégiques du PSDSK sont régulièrement revues et validées par l'ensemble des partenaires dans une Plate-forme Santé Environnement (PSE) municipale, en fonction des orientations politiques nationales et municipales.	- Activités de communication auprès des partenaires par le directeur et l'AT Delco pour les fédérer dans la PSE - Participation au budget de fonctionnement de la PSE - Contribution technique ad hoc de l'ensemble des acteurs du programme en fonction des thématiques & besoins	10.471 €
2.3	Les financements de l'ensemble des partenaires intéressés à la réalisation du PSDSK sont pilotés via un cadre d'investissement issu de la PSE.	- Voir 2.2	0 €
2.4	La compréhension des enjeux du développement de l'environnement sanitaire est renforcée par des études ad hoc.	- Budget d'études préparatoires pour l'élaboration du PSDSK ; et d'études d'approfondissement pour les adaptations ultérieures.	186.300 €
2.5	Les résultats du PSDSK et du programme d'appui sont documentés et utilisés pour la prise de décision, et les principales leçons partagées sur la scène nationale et internationale.	- Organisation d'ateliers nationaux sur le PSDSK (présentation, résultats, revues critiques...) - Budget de participation à des conférences nationales et internationales. - Rédaction d'article scientifique (1) sur l'approche globale (2) sur certaines thématiques spécifiques - Organisation d'une conférence internationale en fin de programme (2012).	49.994 €

No.	Activités par résultats	Moyens	Coûts
Résultat 3: L'offre de soins est complétée et augmentée pour répondre aux besoins de la population de Kigali.			
3.1	Le Centre Hospitalier Universitaire de la Ville de Kigali (CHUK) a renforcé et développé les soins qu'il offre à la population, en accord avec son rôle d'hôpital de référence nationale.	- Appui technique et formatif d'AT cliniciens. - Support de planification et coordination de l'AT médecin de santé publique, de l'AT maintenance biomédicale et du directeur de l'USE - Investissements en appareillages médicaux - Budget continu de recherche & formation - Budget continu de frais de fonctionnement - Budget continu de maintenance biomédicale et d'expertises techniques	3.990.000 €
3.2	Les Hôpitaux de District Urbains ont assuré l'offre du Paquet Complémentaire d'Activité à la population et adaptent leurs services au développement du contexte urbain de la ville.	- Appui technique et formatif d'AT cliniciens. - Support de planification et coordination de l'AT médecin de santé publique et du directeur de l'USE - Investissements en infrastructures & bâtiments - Investissements en équipement & appareillages médicaux	1.540.844 €
3.3	L'accès de la population aux formations sanitaires de premier échelon offrant le paquet minimum d'activités est augmenté.	- Support de planification et coordination de l'AT médecin de santé publique et du directeur de l'USE - Construction de nouveaux centres et postes de santé. - Négociations et signatures d'agrément de centres privés & confessionnels. - Développement d'activités de maternités (réhabilitations, équipements...) - Réhabilitations et appuis divers aux privés agréés. - Divers (budget de réunions, autres)	2.550.000 €
3.4	L'intégration de l'ensemble de la pyramide sanitaire de la ville de Kigali est favorisée par la mise en réseau de ses trois niveaux de soins.	- Support de planification et coordination de l'AT médecin de santé publique et du directeur de l'USE - Plate-formes de concertation et coordination intra- et interdistrict - Divers (appuis référence / contre-référence, budget de réunions, autres)	21.647 €

No.	Activités par résultats	Moyens	Coûts
3.5	L'efficacité des services hospitaliers de la ville de Kigali est renforcée via le développement d'activités communes au sein du Réseau Inter Hospitalier.	- Support de planification et coordination de l'AT médecin de santé publique, de l'AT maintenance biomédicale et du directeur de l'USE - Etudes spécifiques pour questions préparatoires ou détermination des modalités de fonctionnement. - Budget continu de frais de fonctionnement - Budget continu de maintenance biomédicale et d'expertises techniques	875.125 €
3.6	Une capacité de réponse aux besoins environnementaux et aux besoins d'intervention additionnels est créée	- Investissements environnementaux supportés par le programme - Nature des affectations du fonds d'investissements additionnels	1.500.944 €

No.	Activités par résultats	Moyens	Coûts
Résultat 4 : La qualité des soins et des services de santé de la Ville de Kigali est améliorée.			
4.1	Un programme de renforcement des compétences du personnel est appliqué aux différents niveaux du système de santé de la ville de Kigali.	- Appui de supervision et formation de routine via les équipes d'encadrement des hôpitaux & USFPE - Organisation de formations thématiques locales - Edition de guidelines & manuels de procédures - Voyages d'études au Rwanda ou sous-région - Stages dans d'autres FOSA (échanges entre pairs) - Petit budget souple de formation par CdS.	387.135 €
4.2	La politique d'amélioration de la performance est renforcée et étendue dans les services de santé de la ville.	- Support de planification et coordination du directeur de l'USE, de l'AT Delco et de l'AT médecin de santé publique - Budget de consultance pour le design et le suivi de modèles alternatifs. - Budget de frais de fonctionnement pour les HD de Kibagabaga et de Muhima - Budget de financement de l'approche contractuelle au niveau USFPE.	439.692 €

No.	Activités par résultats	Moyens	Coûts
4.3	Les circuits de l'information sont renforcés pour une meilleure analyse des données dans la prise de décisions.	- Dotation d'un responsable système d'information sanitaire par le gouvernement. - Appui technique continu du responsable de la cellule monitoring, évaluation et système d'information sanitaire de l'USE et de l'AT médecin de santé publique - Support dégressif du projet au financement des salaires et primes. - Budget d'installation (ordi, réhabilitation...) - Budget de communication, information (voir 1.1)	0 €
4.4	L'utilisation de l'Assurance Qualité est étendue et adaptée aux besoins des différents types d'établissements de santé de la ville.	- Support de planification et coordination du directeur de l'USE et de l'AT médecin de santé publique - Budget de consultance spécifique sur la conception et suivi du système d'assurance qualité - Organisation de formation sur l'assurance qualité - Edition de manuels et guidelines - Animation de réunions qualité régionales comparatives réunissant plusieurs formations sanitaires - Petit budget d'investissement / fonctionnement pour la résolution de problèmes concrets.	121.770 €

No.	Activités par résultats	Moyens	Coûts
Résultat 5: La perception des soins chez les usagers et l'adhésion aux programmes de santé environnement dans la communauté sont améliorés.			
5.1	Les fonctions de représentation des patients et de défense de leurs intérêts liées aux organes de santé communautaire sont renforcées.	- Appui technique de routine des USFPE, du responsable de la cellule & du volontaire CTB santé communautaire. - Organisation d'ateliers participatifs pour les CoSa et agents de santé sur la représentation du patient - Edition de manuel de procédure et dotation de matériel et outils de travail & communication pour les agents de santé communautaires.	30.906 €

No.	Activités par résultats	Moyens	Coûts
5.2	Les réseaux d'agents de santé communautaire et les leaders locaux sont renforcés dans leur mission de communication et d'actions préventives pour la santé et l'environnement.	- Appui technique de routine des USFPE, du responsable de la cellule & du volontaire CTB santé communautaire. - Organisation d'ateliers de sensibilisation / formation pour leaders locaux - Edition et distribution de brochures & leaflets de communication / sensibilisation + autres média	60.388 €
5.3	Les mécanismes de financement de la demande de soins sont documentés et les résultats alimentent la réflexion au niveau national.	- Support de planification et coordination du directeur de l'USE et de l'AT médecin de santé publique - Consultance sur le financement de demande	0 €
5.4	Des stratégies de santé scolaire sont testées pour favoriser la détection précoce des maladies et améliorer l'éducation sanitaire des enfants et des jeunes.	- Appui technique de routine par les équipes de supervision des hôpitaux et les USFPE; - Support de planification et coordination du directeur de l'USE et de l'AT médecin de santé publique - Recrutement & engagements d'infirmiers santé scolaire, sous financement du programme - Dotation de moyens de fonctionnement (motos, trousse, médicaments, ordinateur, fournitures de bureau...)	53.587 €
5.5	L'environnement sanitaire est amélioré par des programmes communautaires d'hygiène et d'assainissement et la recherche de synergies intersectorielles.	- Appui technique de routine des USFPE, des responsables de la cellule & du volontaire CTB environnement. - Prospection et identification d'approches communautaires santé-environnement - Budget de support pour le développement d'approches communautaires santé-environnement innovantes	100.000 €
5.6	La satisfaction, les connaissances et comportements de la population en matière de soins de santé sont documentés, orientent les stratégies d'action et sont exploités pour l'amélioration de la qualité des services de santé.	- Appui technique de routine des USFPE, du responsable de la cellule & du volontaire CTB santé communautaire. - Support de planification et coordination du directeur de l'USE et de l'AT médecin de santé publique - Budget d'expertise spécifique (baseline, enquêtes de satisfaction...) - Formation des agents de santé aux procédures de documentation.	63.135 €

9.2 ANNEXE 2 : BUDGET

9.2.1 Tableau complet du budget

Programme d'Appui Institutionnel à la conception et la mise en œuvre du PSDSK					Pays: Rwanda	
RWA0705901					An 1	An 2
					An 3	An 4
Budget total					15.000.000	4.469.313
					5.476.187	3.187.669
					1.866.832	
La Ville de Kigali met en œuvre le Plan Stratégique de Développement Sanitaire de la ville de Kigali (PSDSK) de façon concertée avec ses partenaires					12.862.925	3.803.863
					4.867.412	2.618.169
					1.573.482	
R 1	La ville de Kigali et ses districts adaptent efficacement leurs instances de gestion chargée de la santé et de l'environnement pour répondre à son rapide développement				868.584	346.375
					169.920	174.684
					177.606	
R 1	1	1	Le cadre institutionnel et organisationnel de la mairie et des districts est adapté	cogestion	22.831	5.574
R 1	2		Soutien matériel, humain et technique aux instances de gestion de la ville	cogestion	774.034	316.703
R 1	3		Les compétences des instances de gestion sont renforcées	cogestion	49.300	17.600
R 1	4		Traduction des orientations du PSDSK dans un plan d'action opérationnel	cogestion	5.929	1.482
R 1	5		Synergies intersectorielles et stratégies de mise en œuvre	cogestion	16.490	5.016
R 2	Le PSDSK est développé, adapté et mis en œuvre en coordination avec l'ensemble des partenaires santé environnement de la ville de Kigali				259.168	119.829
					71.313	33.513
					34.512	
R 2	1	1	Le PSDSK est conçu, développé et adapté par l'USE	cogestion	12.403	4.924
R 2	2	2	Les orientations stratégiques sont revues et validées par la PSE	cogestion	10.471	3.529
R 2	3	3	Les financements des partenaires sont pilotés dans un cadre d'investissement	cogestion	0	0
R 2	4	4	La compréhension des enjeux est renforcée par des études ad hoc	cogestion	186.300	110.400
R 2	5	5	Documentation des résultats	cogestion	29.329	976
R 2	6	6	Organisation de conférences internationales	regie	20.665	0
					0	0
					0	0
					0	0
					11.118	11.259
					20.665	

R	3	L'offre de soins est complétée et augmentée pour répondre aux besoins de la population.				10.478.560	3.059.488	4.250.035	2.072.113	1.096.923
R	3	1	CHUK renforce et développe les soins en accord avec son rôle de référence	cogestion	3.090.000	725.500	1.181.500	591.500	591.500	
R	3	2	Hôpitaux 2nd échelon assurent le PCA et adaptent l'offre au contexte urbain	cogestion	1.540.844	948.657	592.187	0	0	
R	3	3	Accès aux FOSA offrant le PMA est augmenté	cogestion	2.550.000	390.000	1.425.000	735.000	0	
R	3	4	L'intégration de l'ensemble du système est favorisé par la mise en réseau	cogestion	21.647	7.906	6.871	3.435	3.435	
R	3	5	Réseau inter-hospitalier	cogestion	755.125	357.425	134.100	131.800	131.800	
R	3	6	Réseau inter-hospitalier Formations en régie	régie	120.000	30.000	30.000	30.000	30.000	
R	3	7	Fonds d'investissement environnement & autres	cogestion	1.500.944	225.000	505.378	505.378	265.188	
R	3	8	AT cliniques (gyné, pédiatre, anesth-réa) et formations	régie	600.000	300.000	300.000	0	0	
R	3	9	Formations en régie	régie	300.000	75.000	75.000	75.000	75.000	
R	4	La qualité des soins et des services de santé de la ville de Kigali est améliorée				948.597	240.423	258.303	243.162	206.709
R	4	1	Un programme de renforcement des compétences du personnel est appliqué	cogestion	387.135	71.329	95.624	112.506	107.676	
R	4	2	La politique d'amélioration de la performance est renforcée et étendue	cogestion	439.692	147.423	122.423	97.423	72.423	
R	4	3	Les circuits de l'information sont renforcés	cogestion	0	0	0	0	0	
R	4	4	L'utilisation de l'assurance qualité est étendue et adaptée aux besoins	cogestion	121.770	21.670	40.257	33.233	26.610	
R	5	La perception des soins chez les usagers et l'adhésion aux programmes de santé environnement dans la communauté sont améliorés				308.016	37.747	117.840	94.697	57.732
R	5	1	Les fonctions de représentations des patients sont renforcées	cogestion	30.906	8.529	9.506	8.588	4.282	
R	5	2	Les missions de communication et d'actions préventives sont renforcées	cogestion	60.388	10.618	20.306	20.150	9.315	
R	5	3	Documenter les mécanismes de financement de la demande et alimenter la réflexion		0					
R	5	4	Des stratégies de santé scolaires sont testées	cogestion	53.587	3.600	30.604	10.604	8.780	
R	5	5	Programme communautaire hygiène & assainissement + intersectoriel	cogestion	100.000	15.000	35.000	35.000	15.000	
R	5	6	La satisfaction, les connaissances et comportements de la population sont de	cogestion	63.135	0	22.425	20.355	20.355	

X Réserve budgétaire					0	0	0	0	0
X	1	1	Réserve budgétaire cogestion	cogestion	0	0	0	0	0
X	1	2	Réserve budgétaire régie	régie	0	0	0	0	0
Z. Moyens généraux					2.137.075	665.450	608.775	569.500	293.350
Z	1		Frais de personnel		1.543.200	471.600	471.600	450.000	150.000
Z	1	1	Assistants techniques	régie	1.500.000	450.000	450.000	450.000	150.000
Z	1	2	Responsable administratif et financier sectoriel national	cogestion	43.200	21.600	21.600	0	0
Z	2		Investissements		91.000	62.000	21.000	3.000	5.000
Z	2	1	véhicules	régie	45.000	45.000			
Z	2	2	fourniture et équipement bureau	cogestion	6.000	6.000			
Z	2	3	matériel et équipement de bureau	cogestion	40.000	11.000	21.000	3.000	5.000
Z	3	0			117.250	41.050	25.375	25.700	25.125
Z	3	1	Rehabilitation et entretien des bureaux USE	cogestion	25.000	20.000	3.000	2.000	
Z	3	2	Frais de fonctionnement des véhicules	régie	49.050	10.250	11.575	12.900	14.325
Z	3	3	Communication	cogestion	24.000	6.000	6.000	6.000	6.000
Z	3	4	Fourniture de bureau	cogestion	9.600	2.400	2.400	2.400	2.400
Z	3	5	Autres frais de fonctionnement	cogestion	9.600	2.400	2.400	2.400	2.400
Z	4		Audit, suivi & évaluation		385.625	90.800	90.800	90.800	113.225
Z	4	1	Suivi scientifique continu par institutions académiques occidentale	régie	234.600	58.650	58.650	58.650	58.650
Z	4	2	Suivi scientifique conjoint par institutions académiques rwandaise	cogestion	69.000	17.250	17.250	17.250	17.250
Z	4	3	Evaluation finale	régie	22.425	0	0	0	22.425
Z	4	4	Expertises internes CTB	régie	27.600	6.900	6.900	6.900	6.900
Z	4	5	Audit	régie	32.000	8.000	8.000	8.000	8.000

REGIE	2.951.340	983.800	940.125	641.450	385.965
COGESTIO.	12.048.660	3.485.513	4.536.062	2.546.219	1.480.867
	15.000.000	4.469.313	5.476.187	3.187.669	1.866.832

9.2.2 Justification et explications du budget

9.2.2.1 Budget des activités du programme

Résultat 1 : La ville de Kigali et ses districts adaptent efficacement leurs instances de gestion chargée de la santé et de l'environnement pour répondre à son rapide développement

La majeure partie du budget est consacrée au frais du personnel additionnel et aux investissements et frais de fonctionnement nécessaires pour constituer l'Unité Santé Environnement et renforcer les USFPE des trois districts. Ils sont inclus sous la ligne R1.2. Les frais de personnel ($\pm 375.000\text{€}$) correspondent à des estimations de salaires jugées compétitives sur le marché du travail rwandais. Ces salaires s'écartent pour la plupart des barèmes fixés par le MinEcoFin. Les partenaires rwandais jugeaient ceux-ci insuffisants pour attirer et conserver le personnel nécessaire. Chaque district se voit doter d'un véhicule tout-terrain pour permettre la conduite de supervision (aucun véhicule à l'heure actuelle) tandis que le parc automobile de la mairie, vieillissant (deux véhicules hérités du projet premier échelon) est renforcé d'un tout-terrain et d'un véhicule de ville (budget total estimé de 135.000€). Les frais de carburant et d'entretien sont calculés selon une estimation kilométrique pour les nouveaux véhicules du programme et une contribution aux véhicules existants ($\pm 210.000\text{€}$ au total). Dotations en ordinateurs et mobilier complète l'ensemble.

Une ligne budgétaire de près de $\pm 50.000\text{€}$ est disponible en R1.3 pour la formation du même personnel. Il a été estimé sur base d'un programme mixte combinant study tour régionaux, formations rwandaises et documentation. L'affectation pourrait différer en fonction des besoins. Les partenaires rwandais disposent de financement additionnels qu'ils proposent d'allouer à des study tours internationaux et des bourses internationales.

Le reste du budget (R1.1., 4 et 5) concerne principalement des frais de réunions et de plate-formes d'échange calculés selon le nombre de participants et les tarifs en vigueur au Rwanda (per diem, location de salle). Le R1.1. comprend également une part importante de budget communication (quatre cinquième du budget), centré autour de bulletin d'info périodique.

Résultat 2 : Le PSDSK est développé, adapté et mis en œuvre en coordination avec l'ensemble des partenaires santé environnement de la ville de Kigali

Ce résultat consomme très peu de ressources. Les trois quarts du budget sont absorbés par le R2.4, permettant de financer les études (nationales et internationales) pour lesquelles l'USE ne peut pas trouver d'expertise interne et qui sont jugées nécessaires dans l'élaboration du PSDSK. A titre d'exemple, un premier volet d'étude durant la première année comprend déjà la réalisation d'un master plan hospitalier et des études d'opportunité et de faisabilité d'investissement environnementaux (ex : déchets solides, gestion des eaux usées). Les budgets ont été calculés en fonction de l'estimation du nombre d'homme-jours nécessaires (multipliés par un coût moyen de consultation auprès d'institution internationales et rwandaises de renom).

L'intégralité du R2.2 et la moitié du R1.2 sont consacrés au financement de frais de réunion, nécessaires à l'élaboration du PSDSK, calculé selon le nombre de participants et les tarifs en vigueur au Rwanda (per diem, location de salle). L'autre moitié du R1.2 concerne un budget de communication autour des orientations et résultats du PSDSK (brochures explicatives, leaflets).

Le R2.5 est pour les neuf dixièmes consacrés aux conférences internationales (organisation d'une conférence internationale à Kigali, et participation de membres du programme à des conférences à l'étranger). Un budget d'atelier national annuel est également inclus, mais ne consomme que peu de ressources (ateliers d'un jour, per diem peu élevés).

Résultat 3 : L'offre de soins est complétée et augmentée pour répondre aux besoins de la population.

Septante pourcents des ressources globales du programme passent dans ce résultat. Il se compose presque exclusivement d'investissements en infrastructures sanitaires, équipements et matériels médicaux, d'investissements en infrastructures environnementales, de frais et contrats de maintenance, et de budgets de formation et recherche médicale. Les besoins ont été exprimés et estimés avec l'aide des professionnels de santé impliqués sur les formations sanitaires de la ville (qui se sont rassemblés au sein de groupes de travail thématiques en préparation de la mission de formulation du présent programme). Ils se basent sur des coûts réels passés ou sur des devis soumis par des fournisseurs de biens et services.

Une sélection a été opérée dans les propositions d'investissements selon les critères suivants :

1. Priorité aux financements permettant d'assurer une continuité (d'éviter une rupture) de l'activité. Il s'agit ici typiquement tous les contrats de maintenance ;
2. Priorité aux financements permettant aux formations sanitaires de remplir les conditions minimales relatives à leur paquet d'activité (compléter le PCA sur Kibagabaga & Muhima, compléter l'offre de troisième échelon du CHUK) ;
3. Souci spécifique d'assurer une continuité (d'éviter une rupture) par rapport aux programmes belges antérieurs. Le maintien sur trois années d'assistants techniques en formation des étudiants de troisième cycle s'inscrit dans ce critère.
4. Financement des infrastructures environnementales prioritaires. Certaines priorités ont été définies durant la formulation, et seront affinées en début de programme. D'autres investissements seront identifiés sur le plan d'action environnemental, et proposés au financement d'autres partenaires du PSDSK.

S'ajoutent plusieurs investissements revêtant une dimension de recherche action. Il s'agit ici de plusieurs investissements intégrés dans le Réseau Inter Hospitalier, et de la possibilité de pilotes au premier échelon.

Avec 4.0 millions d'euros, le CHUK absorbe quarante pourcents du budget. Aucune infrastructure ici, mais d'importants budgets d'acquisition d'appareillages médicaux et techniques, du support au fonctionnement de ces appareils et des services techniques existants, le développement de l'informatisation des services, des budgets de maintenance biomédicale, et d'importants investissements humains en formation, en recherche, et en encadrement méthodologique (3 AT cliniques sur deux ans).

L'hôpital de Kibagabaga a été finalisé en 2006. Ces besoins restent en dessous de la barre des 500.000€ dans le R2.2. Les deux tiers partent sur la construction d'unités techniques manquantes (stock, pharmacie, chambre de garde...), le tiers restant est affecté au complément d'équipements essentiels pour les activités opératoires. Les besoins de Muhima, eux, dépassent le million d'euros, en raison de l'effort à fournir pour atteindre les standards d'un hôpital de second échelon. Au sommet de la liste (deux tiers du budget), l'équipement du bloc chirurgical (dont la construction se termine en 2008 sous financement CTB), des services paramédicaux et des salles communes. S'ajoutent des constructions de blocs plus « techniques » : bloc administratif, stock, etc.

Le R3.3 se concentre sur le développement de la couverture de 1er échelon. Une estimation de 80% du budget sera consacrée à la création et l'équipement de centres de santé dans les secteurs qui en sont dépourvus, soit selon le plan ministériel de un centre de santé par secteur, soit avec une approche de couverture différente. Le reste du budget se répartit sur des travaux de réhabilitation et d'équipements de structures existantes : d'une part les privés désirant intégrer le circuit public (financement des travaux nécessaires pour rencontrer les normes publiques) ; soit les publics désirant développer les activités de maternité (construction de service & équipement) et décharger ainsi les structures hospitalières.

Dans notre estimation, tout le R3.4 est absorbé par des frais de réunion inter et intra-district visant à stimuler la concertation au sein du réseau de soins de santé de la ville. Ils sont calculés selon le nombre de participants et les tarifs en vigueur au Rwanda (per diem, location de salle).

Le R3.5 inclut tous les investissements servant à dynamiser et matérialiser la synergie entre hôpitaux créée par le réseau inter hospitalier. Certaines activités importantes ne demandent pas ou peu de budget (mise en commun des procédures d'approvisionnement, échanges d'experts entre hôpitaux). Les autres sont fortement budgétivores avec, en premier lieu, les activités dérivées du partage de l'expertise développée au CHUK. Parmi celles-ci se trouvent le service technique, le plan directeur informatique, la maintenance biomédicale et la politique de formation du personnel pour 85% du budget total. Ces frais sont calculés sur base des frais réels rencontrés au CHUK, dérivés sur l'extension de l'activité. Le solde se partage entre un véhicule additionnel au niveau du RIH et des budgets d'études. Certaines activités au cœur du réseau inter-hospitalier seront financées par d'autres ressources. On pense notamment au développement du réseau de SAMU, pour lequel le gouvernement vient d'acquérir cinq ambulances pour la ville de Kigali (avec personnel et budget de fonctionnement afférent)

L'affectation exacte du R3.6 sera déterminée précisément avec le plan d'action environnemental. La majeure partie (1.4 millions sur 1.5) est absorbé par le budget d'investissement destiné à financer les infrastructures environnementales prioritaires. Trois grands axes prioritaires sont identifiés à ce stade avec l'épuration des eaux des hôpitaux de Muhima et Kibagabaga, une morgue urbaine et un incinérateur. Tout ou partie pourra être couvert par ce budget. Tout budget additionnel sera supporté par un autre partenaire du PSDSK. Les 100.000€ restants concernent un petit fonds d'intervention additionnel permettant de disponibiliser rapidement les ressources nécessaires pour résoudre un problème technique ponctuel empêchant l'activité sanitaire.

Résultat 4 : La qualité des soins et des services de santé de la ville de Kigali est améliorée

Les budgets liés à la performance des structures sanitaires et du personnel des USFPE en R4.2 représentent près de la moitié du budget global. Le financement de l'approche contractuelle au sein des hôpitaux de district (y compris Muhima et Kibagabaga supportés précédemment par les programmes belges) sera assuré par le gouvernement dès le démarrage du programme. Cela entraînera très probablement une réduction conséquente des ressources disponibles pour les frais de fonctionnement. Pour cette raison notamment, une grosse moitié du R4.2 vient soutenir de manière dégressive les frais de fonctionnement des hôpitaux de Muhima et Kibagabaga. Le solde est consacré à des stratégies pilotes de renforcement de la performance du personnel des trois USFPE. Cela correspond à une hypothèse haute : avec ce budget, l'approche contractuelle pourrait apporter une enveloppe équivalente aux niveaux totaux de rémunération de l'ensemble du personnel des USFPE.

Un programme de formation conséquent est prévu en R4.1 orienté particulièrement vers le personnel des centres de santé de premier échelon. Le programme a opté pour une approche mixte, combinant ateliers formels et auto-apprentissage. Les coûts sont estimés selon le nombre attendu de participants aux différentes activités de formation. Par ailleurs, la moitié du budget correspond à une petite allocation annuelle par centre de santé (aux alentours de 1.000€) pour financer ses propres priorités de formation

L'assurance qualité absorbe le reste du budget. La moitié est consacrée à la formation du personnel et au matériel didactique (selon le nombre de participants). Outre de légers budgets de consultances et de réunions (moins de 20% du budget), un budget additionnel est prévu par formation sanitaire pour faciliter la mise en œuvre les stratégies développées.

Résultat 5 : La perception des soins chez les usagers et l'adhésion aux programmes de santé environnement dans la communauté sont améliorés

Les affectations du résultat 5 sont très catégorisées par sous résultat. Le R5.1 concerne toutes des activités et matériel de formation pour les agents de santé (selon le nombre de participants), intégrant également dans son budget la formation au suivi de la satisfaction des patients développée sous le R5.6. Le R5.2 se partage entre ateliers de formations sur les problématiques santé-environnement pour leaders locaux et autres outils / stratégies de communication auprès de la population. Le R5.3 est entièrement supporté sous les lignes de suivi scientifique continu (incluant les consultances thématiques, telles la demande de soins). Le R5.4 comprend principalement des outils de formation et communication à destination des enseignants et des élèves sur les problématiques de santé calculés selon le nombre d'écoles à intégrer, complétés de quelques 10.000€ de frais divers pour l'organisation du travail des infirmiers. Un budget de 100.000€ est prévu sous le R5.5 pour le financement d'approches communautaires d'hygiène et assainissement. L'affectation d'une partie est déjà clarifiée (achats de trois machines à briquettes combustible pour 15.000€ pièce), le solde est laissé aux développements ultérieurs (notamment identifiés sous le PSDSK). Enfin, le R5.6 comprend outre les formations des agents de santé (placés budgétairement en R5.1), la conduite d'enquête de satisfaction des ménages concernant les soins de santé. Une enquête est prévue chaque année. Les coûts sont calculés sur le nombre de jours, d'enquêteurs et d'encadreurs.

9.2.2.2 Budget des moyens généraux du programme

Les frais de personnel incluent les trois assistants techniques en appui à l'USE, aux USFPE et à l'ensemble des formations sanitaires, à savoir un codirecteur d'intervention sur les quatre années, un médecin de santé publique sur trois ans, et un expert en maintenance biomédicale sur trois ans. S'ajoute également le nouveau poste de Responsable Administratif et Financier national qui interviendra sur l'ensemble des programmes du secteur santé supportés par la coopération belge au Rwanda (voir annexe). Les deux premières années seront financées par le présent programme, les mois suivants répartis sur les autres au prorata de leurs poids budgétaire.

Les investissements incluent deux véhicules supplémentaires (un tout-terrain et véhicule de ville), des ordinateurs, du mobilier de bureau, une photocopieuse grande capacité (budgétée en remplacement à venir de la photocopieuse actuelle du projet santé premier échelon) et l'installation et la maintenance d'un système réseau.

Les frais de fonctionnement sont composés de frais de réhabilitation des bureaux mis à disposition par la mairie de la ville et les USFPE (pour les chargés des données sanitaires et épidémiologiques), les frais de fonctionnement des deux véhicules suscités, un budget de communication, de fournitures de bureau et d'autres frais de fonctionnement.

Le suivi scientifique consomme 80% du budget d'audit, suivi et évaluation. Il vise un partenariat étroit entre une institution académique internationale et une institution rwandaise (même nombre de jours). Le reste du budget se répartit entre évaluation finale, budget d'expertises internes CTB et frais d'audit par un cabinet national.

9.2.2.3 Réserve budgétaire

Aucune réserve budgétaire n'est prévue. Il est attendu que les éventuels besoins d'ajustement budgétaire feront l'objet d'une SMCL spécifique.

9.2.3 Budget par ressources détaillé à titre indicatif

Ressources humaines

Description des affectations	Coût Total Contribution Belge	Ventilation par année				%
		An 1	An 2	An 3	An 4	
Ressources Humaines	5 555 149 €	1 680 410 €	1 676 667 €	1 272 641 €	925 432 €	37%
Assistance technique internationale de long terme	2 100 000 €	750 000 €	750 000 €	450 000 €	150 000 €	14.0%
Personnel national de long terme	419 213 €	115 603 €	115 603 €	94 003 €	94 003 €	2.8%
Formation du personnel médical	585 754 €	118 416 €	174 403 €	159 297 €	133 638 €	3.9%
Formations & recherche spécifique hôpitaux	1 160 000 €	290 000 €	290 000 €	290 000 €	290 000 €	7.7%
Stratégies d'amélioration de la performance	599 692 €	187 423 €	162 423 €	137 423 €	112 423 €	4.0%
Expertise externe court terme internationale	427 800 €	150 075 €	109 538 €	80 213 €	87 975 €	2.9%
Expertise externe court terme nationale	262 690 €	68 893 €	74 700 €	61 705 €	57 393 €	1.8%

Ressources matérielles

Description des affectations	Coût Total Contribution Belge	Ventilation par année				%
		An 1	An 2	An 3	An 4	
Ressources Matérielles	6 855 788 €	2 215 657 €	3 118 564 €	1 259 378 €	262 189 €	46%
Bâtiments & réhabilitations	3 299 992 €	542 805 €	2 020 187 €	737 000 €	0 €	22.0%
Investissement matériel pour hôpitaux	1 777 852 €	1 217 852 €	560 000 €	0 €	0 €	11.9%
Investissements environnementaux	1 500 944 €	215 000 €	515 378 €	515 378 €	255 189 €	10.0%
Moyens roulants	180 000 €	180 000 €	0 €	0 €	0 €	1.2%
Equipement de bureau	97 000 €	60 000 €	23 000 €	7 000 €	7 000 €	0.6%

Services et frais de fonctionnement

Description des affectations	Coût Total Contribution Belge	Ventilation par année				%
		An 1	An 2	An 3	An 4	
Services et fonctionnement	2 589 063 €	573 246 €	680 956 €	655 651 €	679 211 €	17%
Fonctionnement des services hospitaliers	1 849 000 €	416 500 €	497 500 €	467 500 €	467 500 €	12.3%
Frais de fonctionnement courants	559 010 €	126 225 €	136 350 €	144 195 €	152 240 €	3.7%
Information, Coordination, Visibilité	181 053 €	30 521 €	47 106 €	43 956 €	59 471 €	1.2%

9.3 ANNEXE 3 : CALENDRIER D'EXÉCUTION

Cette section détaille les activités nécessaires pour le lancement du programme. Elle table sur un démarrage effectif en novembre 2008, correspondant également à la fin des périodes de budget pour les programmes d'appui belge au CHUK et au premier échelon dans la ville de Kigali.

A titre de démarrage sont considérées :

- Les activités préparatoires pour le lancement du programme, à lancer avant octobre 2008.
- Le travail de constitution de l'USE et de réforme des USFPE, qui ne peut démarrer qu'à partir de la nomination de (au moins) le directeur de l'intervention (également directeur de la future USE) et l'ATI codirecteur.
- Le travail de conception du PSDSK et de négociation jusqu'à son approbation finale par l'ensemble des partenaires. Les mêmes conditions s'appliquent.

Ceci amène à couvrir dans le présent calendrier d'exécution la période d'août 2008 à juin 2009. A ce stade, les institutions nécessaires seront fonctionnelles (USE & USFPE), le PSDSK approuvé et les activités opérationnelles du programme lancées.

Période	Action	Acteur(s)
Début 11/08	Création officielle et première réunion de la SMCL, relecture et approbation du DTF approuvé, revue et suivi du calendrier d'exécution et du chronogramme, priorisation à court terme.	Mairie de Kigali & CTB Kigali
11/08	Initier la procédure de recrutement du directeur de l'USE, en vue d'une entrée en fonction en novembre 2008. En parallèle, lancement de la procédure également pour les autres membres du personnel de l'USE, pour une entrée en fonction entre novembre 2008 et janvier 2009.	Mairie de Kigali
11/08	Initier la procédure de recrutement de l'ATI codirecteur de l'USE, et les autres AT du programme. L'ATI codirecteur est attendu pour une entrée en fonction en novembre 2008. Les AT cliniques sont attendues au plus tard pour novembre 2008. Les autres postes devront être occupés entre novembre 2008 et janvier 2009.	CTB Bruxelles
12/08	Identifier et contracter les équipes de suivi scientifique internationale et rwandaises, ainsi éventuellement que les consultants nécessaires pour les activités de début de programme (ex : baseline)	CTB Bruxelles & Kigali, mairie de Kigali & MiniSanté
01/09 – 03/09	Etat des lieux de départ	Mairie de Kigali, CTB Kigali, consultants, Directeur USE & Delco

Période	Action	Acteur(s)
11/08	Entrée en fonction du directeur de l'USE et de l'ATI codirecteur. Briefings initiaux, visites de sites, révision des fonctions. Entrée en fonction des AT cliniques au CHUK	Mairie de Kigali & CTB Kigali
01/09	Entrée en fonction de l'ensemble du personnel national et expatrié au sein de l'USE/UGP Briefing, installation des bureaux, prise de fonction, visites de sites...	Directeur USE & ATI Delco USE/UGP dans son ensemble
01/09 – 03/09	Préparation d'une première version du PSDSK(2009-2012), incluant identification des lacunes à combler & études complémentaires à mener. Préparation de la structuration de l'USE : revue profil de poste, développement des procédures, lancement des achats, identification et résolution de problèmes techniques : bureaux, matériel... Promotion autour du PSDSK et tenue de la première réunion de la Plate-forme Santé Environnement Revue des orientations du PSDSK en fonction des réactions de la PSE, et détermination du planning opérationnel du personnel UGP et USE entrant nouvellement en fonction (définition des priorités).	Directeur USE & ATI Delco Soutien administratif & logistique de mairie de Kigali & CTB Kigali
01/09	Entrée en fonction de l'ensemble du personnel national et expatrié au sein de l'USE/UGP Briefing, installation des bureaux, prise de fonction, visites de sites...	Directeur USE & ATI Delco USE/UGP dans son ensemble
01/09 – 06/09	Développement d'un PSDSK consensuel via des échanges et débats réguliers entre USE (directeur & AT Delco) et PSE sur les versions successives du PSDSK. Organisation de groupes thématiques ad hoc, lancement d'études et recherche spécifiques. Encadrement de la prise de fonction de l'ensemble du personnel de l'USE (+UGP).	Directeur USE & ATI Delco

Période	Action	Acteur(s)
02/09 – 06/09	Révision collégiale du planning opérationnel avec l'ensemble de l'USE/UGP et création d'une version détaillée par fonction / cellule. Participation à titre consultatif aux réunions de la PSE si demandé Démarrage des activités du programme : - Engagement des responsables SIS dans les USFPE et lancement de la restructuration du système d'information sanitaire - Investissements et constructions prioritaires dans les FOSA (sur les trois échelons), lancement des marchés et planning d'investissement - Développement des modalités de fonctionnement du Réseau Inter Hospitalier. - Lancement / extension des marchés de services (maintenance, autres) - Lancement des formations et ateliers aux différents échelons - Planification des supports externes nécessaires, consultances préparatoires. - Développement des modalités de fonctionnement des programmes pilotes. - Autres	USE/UGP dans son ensemble
06/09 - ...	Approbation finale du PSDSK par la mairie de la ville de Kigali, après atteinte d'un consensus avec l'ensemble des partenaires : détermination des activités supportées par chaque partenaire et des budgets relatifs. Révision des plannings opérationnels USE & USFPE en fonction des orientations du PSDSK. Continuité des opérations	USE/UGP dans son ensemble

9.4 ANNEXE 4 : CHRONOGRAMME

Le chronogramme est présenté ci-dessous, en respectant la même structure que dans le budget du programme. A l'exception des investissements en construction, infrastructure, équipements divers et matériels roulants qui se concentrent sur la première et la deuxième année, la plupart des activités se poursuivent durant toute la durée du programme. Egalement, les postes d'ATI se terminent avant la fin du programme (an 3 ou an 4) à l'exception du codirecteur d'intervention.

Certaines activités demandent un appui important au début du programme (pour aider au démarrage) ou au contraire une intensification de l'activité au fil des années. Ceci est représenté dans le chronogramme via des signes « + ».

CHRONOGRAMME									
Titre de la prestation: Programme d'Appui Institutionnel à la conception et la mise en œuvre du PSDSK						Pays: Rwanda			
Code Prestation CTB			Date de démarrage du projet: octobre 2008						
Nom du budget			Date de fin du projet: septembre 2012						
Code			Description des postes budgétaires			Ventilation par année			
						An 1	An 2	An 3	An 4
R 1	La ville de Kigali et ses districts adaptent efficacement leurs instances de gestion chargée de la santé et de l'environnement pour répondre à son rapide développement								
R 1	1	Le cadre institutionnel et organisationnel de la mairie et des districts est adapté							
			Réunions de concert° et de coord° Mairie - MiniSanté - Districts - Fosa			+++	++	+	+
			Edition & ditribution des bulletins d'info santé - environnement			+	+	+	+
			Autres budgets d'information / communication			++	+	+	+
R 1	2	Soutien matériel, humain et technique aux instances de gestion de la ville							
			Primes & Salaires experts nationaux permanents USE			++	++	++	++
			Personnel de soutien national permanent USE			++	++	++	++
			3 Agents de district chargé des données sanitaires & épidémio			++	++	++	++
			Mobilier & matériel de bureau (7 staff)			+			
			Ordinateurs & imprimante (7 staff)			+			
			Ordinateur & budget d'installation responsables SIS			+			
			3 tout-terrains pour chacun des districts			++			
			1 tout terrain Mairie			++			
			1 véhicule de ville Mairie			++			
			Frais de fonctionnement véhicules			+	+	+	+
R 1	3	Les compétences des instances de gestion sont renforcées							
			Study tour sous-région			++	++	+	+
			Littérature			+	+	+	+
			Formations diverses au Rwanda			+	+	+	+
R 1	4	Traduction des orientations du PSDSK dans un plan d'action opérationnel							
			réunions de planification USE - Districts - Fosa			+	+	+	+
R 1	5	Synergies intersectorielles et stratégies de mise en œuvre							
			Visites d'expériences d'autres secteurs			++	+	+	+
			Plateforme de concertation intersectorielle			++	++	++	++

Code		Description des postes budgétaires	Ventilation par année			
			An 1	An 2	An 3	An 4
R 2		Le PSDSK est développé, adapté et mis en œuvre en coordination avec l'ensemble des partenaires santé environnement de la ville de Kigali				
R 2	1	Le PSDSK est conçu, développé et adapté par l'USE				
		Frais de réunions / groupes de travail	+++	+	+	+
		Impression de documents sur le PSDSK, brochures, leaflets	+++	++	+	+
R 2	2	Les orientations stratégiques sont revues et validées par la PSE				
		Participation aux frais de réunion de la PSE	+++	+	+	+
R 2	3	Les financements des partenaires sont pilotés dans un cadre d'investissement	++	++	++	++
R 2	4	La compréhension des enjeux est renforcée par des études ad hoc				
		Budget d'étude avec expertise internationale	+++	++	+	
		Budget d'étude avec expertise nationale	+++	++	+	
R 2	5	Documentation des résultats				
		Organisation d'ateliers nationaux sur le PSDSK et ses résultats	++	++	++	++
		Organisation de conférence internationale				+++
		Participation à des conférences internationales		++	++	++
R 3		L'offre de soins est complétée et augmentée pour répondre aux besoins de la population.				
R 3	1	CHUK renforce et développe les soins en accord avec son rôle de référence nationale				
		2 AT clinique (gyné, pédiatre)	++	++		
		Fonctions de base		+++	++	++
		Formation	++	++	++	++
		Recherche	++	++	++	++
		Fonctions additionnelles	+++	++	++	++
		Assistance informatique et gestion de dossiers	++	++	++	++
		Frais de fonctionnement service technique	++	++	++	++
		Frais de maintenance biomédicale	++	++	++	++
		Coaching d'accréditation HQS	+	+	+	+
R 3	2	Hôpitaux 2nd échelon assurent le PCA et adaptent l'offre au contexte urbain				
		HD Kibagabaga	+++	+++		
		HD Muhima	+++	+++		
R 3	3	Accès aux FOSA offrant le PMA est augmenté				
		Construction centres de santé (7)	+	+++	++	
		Réhabilitations & appuis privés divers (25)	+	+++	++	
		Développement des activités de maternités dans les CS	+	+++	++	
R 3	4	L'intégration de l'ensemble du système est favorisé par la mise en réseau				
		Plateforme intradistrict de concertation & planification réseau	++	++	++	++
		Plateforme inter-district de planification réseau	++	++	++	++
R 3	5	Réseau inter-hospitalier				
		Budget d'étude spécifique RIH	++	+	+	+
		Budget de frais de déplacement	+	+	+	+
		Appro	+++	+	+	+
		Echange d'expertise entre hôpitaux	+++	+	+	+
		Formation	++	++	++	++
		Samu	++	++	++	+
		Services techniques (en + de CHUK)	+++	++	+	+
		Plan directeur informatique (en + du CHUK)	+++	++	+	+
		maintenance biomédicale (en + de CHUK)	+++	++	+	+
R 3	6	Fonds spécifique				
		Fonds d'investissements environnemental	+++	++	++	++
		Fonds d'intervention additionnel	+	+	+	+

Code		Description des postes budgétaires	Ventilation par année			
			An 1	An 2	An 3	An 4
R 4		La qualité des soins et des services de santé de la ville de Kigali est améliorée				
R 4	1	Un programme de renforcement des compétences du personnel est appliqué				
		Ateliers thématiques de formation du personnel médical	+	+++	++	+
		Edition de manuels & guidelines thématiques	+	++	+	+
		Visites de FOSA Rwanda & ss-région pour personnel médical	++	++	++	++
		Stages dans d'autres FOSA (échanges entre pairs)	++	++	++	++
		Formations complémentaires instituts rwandais	+	+	+	+
R 4	2	La politique d'amélioration de la performance est renforcée et étendue				
		Soutien approche contractuelle HD Kiba. & Muhima	++	++	++	++
		Budget de fonctionnement hôpitaux	++	++	+	+
		Pilote d'approche contractuelle personnel de district	+++	++	++	++
R 4	3	Les circuits de l'information sont renforcés	+++	++	+	+
R 4	4	L'utilisation de l'assurance qualité est étendue et adaptée aux besoins				
		Consultance système d'assurance qualité	+	+++	++	+
		Formation du personnel à l'assurance qualité	+	+++	++	+
		Edition manuel & guideline sur assurance qualité	+++	+	+	+
		Réunions Qualité inter-FOSA	++	++	++	++
		Budget investissement pour résolution de problèmes	+	+	+	+
R 5		La perception des soins chez les usagers et l'adhésion aux programmes de santé environnement dans la communauté sont améliorés				
R 5	1	Les fonctions de représentations des patients sont renforcées				
		Atelier méthodologique pour agents de santé & CoSa	+	+++	++	+
		Manuel de procédure pour agents de santé & CoSa	+++	+	+	+
		Dotations en matériel et outils pour les agents de santé	+	+	+	+
R 5	2	Les missions de communication et d'actions préventives sont renforcées				
		Brochures & leaflet de prévention santé - environnement	+	++	+	+
		Atelier de sensibilisation / formation pour leaders locaux	+	++	++	+
		Autres médias de communication / sensibilisation	+	++	++	+
R 5	3	Documenter les mécanismes de financement de la demande et alimenter la réflexion	+	+++	++	++
R 5	4	Des stratégies de santé scolaires sont testées				
		Manuel de santé scolaire à destination des enseignants	+	+++		
		Formation des enseignants à la santé scolaire		++	++	
		Communication / promotion santé scolaire		++	+	+
		Frais de déplacement infirmiers dans les écoles		+	+	+
		Fournitures de bureau / divers		+	+	+
R 5	5	Programme communautaire hygiène & assainissement + intersectoriel				
		Association communautaire de gestion des déchets	+	++	++	+
		Autres approches intersectorielles	+	+	+	+
R 5	6	La satisfaction, les connaissances et comportements de la population sont documentés				
		Budget d'étude / satisfaction & comportement pop°		+++	++	++

Code			Description des postes budgétaires	Ventilation par année			
				An 1	An 2	An 3	An 4
			Y. Réserve budgétaire				
Y	1		Réserve budgétaire				
Y	1	1	Réserve budgétaire cogestion				
Y	1	2	Réserve budgétaire régie				
			Z. Moyens généraux				
Z	1		Frais de personnel				
Z	1	1	Assistants techniques				
			ATI Senior Codirecteur	++	++	++	++
			ATI Médecin Santé Publique RIH + autres réseaux	++	++	++	++
			ATI Maintenance bio-médicale	++	++	++	++
Z	2		Investissements				
			Véhicules				
			1 tout terrain Mairie	++			
			1 véhicule de ville Mairie	++			
			Fournitures & équipements de bureau				
			Mobilier & matériel de bureau (6 staffs additionnels)	++			
			Matériel & équipement de bureau				
			Ordinateurs & imprimante (6 staff additionnels)	++		+	+
			Photocopieuse & imprimante grande capacité		++		
			Réseau	++	+	+	+
Z	3		Frais de fonctionnement UGP				
Z	3	1	Réhabilitation & entretien des bureaux USE	+++	+	+	
Z	3	2	Frais de fonctionnement véhicules				
			1 tout terrain Mairie	+	+	+	+
			1 véhicule de ville Mairie	+	+	+	+
Z	3	3	Communications	+	+	+	+
Z	3	4	Fournitures de bureau	+	+	+	+
Z	3	5	Autres frais de fonctionnement	+	+	+	+
Z	4		Audit, suivi & évaluation				
Z	4	1	Suivi scientifique continu par institutions académiques				
			suivi par institution académique occidentale	+++	++	++	++
			suivi conjoint par institution rwandaise	+++	++	++	++
Z	4	2	Evaluation finale				+++
Z	4	3	Expertises internes CTB	++	++	++	++
Z	4	4	Audit	++	++	++	++

9.5 ANNEXE 5 : ASSISTANCE TECHNIQUE LONG TERME

Trois assistants techniques sont proposés dans des fonctions de coordination au niveau de l'unité de gestion de projet : (1) un ATI en appui au directeur de l'USE ; (2) un ATI médecin de santé publique ; (3) un ATI en maintenance biomédicale.

Deux autres ATI avec un profil de cliniciens sont attachés aux services hospitaliers, à la mise en réseau des hôpitaux et à la formation des étudiants de troisième cycle : (1) un gynéco-obstétricien ; (2) un pédiatre.

Des profils de poste indicatifs pour ces cinq fonctions sont détaillés ci-dessous.

S'ajoutent encore à ces expertises deux ou trois volontaires CTB à recruter selon les besoins. A ce stade, des possibilités sont prévues pour : (1) un volontaire soins de santé primaires & santé communautaire et (2) un volontaire environnement ; (3) un volontaire en appui à la cellule système d'information sanitaire. Dans chaque cas, le volontaire travaillerait en binôme avec le personnel national en charge de ces activités. Les options restant ouvertes, les postes de volontaires CTB ne font pas l'objet de profil de poste ci-dessous.

9.5.1 Assistant Technique codirecteur d'intervention au sein de l'USE

Justification, localisation et durée

Il est prévu un poste d'Assistant Technique senior codirecteur d'intervention en partenariat avec le directeur de l'Unité Santé Environnement dans la mairie de la ville de Kigali. Cette position l'amènera également à s'investir fortement sur les districts, les formations sanitaires, et avec l'ensemble des partenaires intéressés sur la conception et la mise en œuvre du Plan Stratégique de Développement Sanitaire de la ville de Kigali.

Le candidat résidera à Kigali. Il effectuera des déplacements fréquents dans les trois districts de la ville.

Le poste est prévu pour la durée du financement, soit quatre ans. Un renouvellement du contrat est éventuellement possible sur la période de financement suivante.

Profil

Profil de médecin de santé publique, économiste de la santé, gestionnaire de projet ou autre profil avec forte compétence en gestion de projets multipartenaires complexes.

Expérience de travail d'au moins dix ans dans le cadre du développement de services de santé en pays en voie de développement, incluant des expériences confirmées au niveau macro sur la définition de politiques de santé ou des négociations au niveau national et/ou international. Une expérience complémentaire dans le secteur de l'environnement est un atout.

Sont des atouts : une expérience plus longue, et/ou assorties de publications et/ou de réalisations concrètes connues ; une expérience préalable à un poste similaire au sein d'une organisation de coopération réputée dans le domaine de la santé publique; une connaissance préalable du contexte rwandais et de son système de santé.

Talents de stratège, caractère fédérateur, fin diplomate, analyste, facilitateur. Capable d'initier des idées nouvelles, les débattre et les remettre en question. Combine des capacités analytiques, une logique opérationnelle et des compétences interpersonnelles.

Capacités de communicateur étendues (négociation, modération, représentation, présentation de résultats).

Excellent niveau d'écriture et d'expression en français et en anglais.

Mode de sélection

Recruté par appel d'offre international par la CTB Bruxelles. Le candidat sera sélectionné par la CTB et présenté au partenaire rwandais pour un avis de non-objection.

Fonctions spécifiques de l'assistant technique

L'Assistant Technique senior codirecteur d'intervention occupe un rôle central dans le renforcement structurel des instances de gestion, la dynamisation d'un mouvement fédérateur autour de la conception et de la mise en œuvre du PSDSK, et la coordination générale des activités inscrites à l'agenda du programme d'appui.

Est attendu de cet AT :

- Appui à la restructuration des instances de gestion de la mairie de Kigali et des trois districts de Nyarugenge, Kicukiro et Gasabo pour répondre aux enjeux du PSDSK. Cela inclut toutes les questions d'effectif et de profil de poste, de modèle organisationnel et institutionnel, de position dans l'organigramme municipal et de district, et les négociations relatives avec l'ensemble des partenaires (particulièrement Minaloc).
- Appui à toute la dynamique de conception et mise en œuvre du PSDSK. Le directeur de l'USE et l'ATI seront les deux acteurs moteurs de cette démarche. Cela comprend la création de la Plate-forme Santé Environnement, la fédération de l'ensemble des partenaires potentiellement intéressés, l'animation de débats et groupes de travail (au sein ou en dehors de la PSE), le développement des versions successives du PSDSK jusqu'à son approbation finale par la PSE, sa mise en œuvre et ses adaptations ultérieures.
- Appui au développement, à la mise en œuvre et au suivi des plans d'actions annuels au niveau mairie (USE) et districts (USFPE), en respect des lignes tracées par le PSDSK et des directives gouvernementales.
- Encadrement méthodologique et opérationnel de l'ensemble des membres de l'unité de gestion de programme (UGP). Suivi continu de l'état d'avancement des activités, analyse des indicateurs du programme. Par le biais des membres de l'UGP, accompagnement des acteurs santé environnement aux différents échelons (USE, USFPE, FOSA, communautés) dans la mise en œuvre pratique de leurs activités.
- Soutien actif à l'acquisition de compétences via le développement d'une politique de formation cohérente, intégrant formation sur le terrain, organisation de formations collectives, identification des besoins en formations spécifiques d'acteurs clés.
- Appui à l'amélioration du système d'information santé environnement au sein de l'ensemble des instances soutenues par la mairie, à l'utilisation de l'information dans la prise de décision, au renforcement des mécanismes de communication et de coordination entre mairie, ministères, districts, formations sanitaires & population.
- Rôle prospectif et réflexif majeur dans l'adaptation des stratégies et axes d'intervention aux évolutions et défis de l'environnement sanitaire. Rôle moteur dans la conception de toutes activités de recherche-action (réseau inter hospitalier, assurance qualité, santé scolaire, approches alternatives de mutuelles et approches contractuelles...). Appui à la recherche, la formulation et le développement de stratégies intersectorielles impactant positivement sur l'environnement sanitaire.
- Participation aux ateliers de restitution de l'expérience, au niveau national et international. Participation aux publications et réunions techniques organisées par les autorités municipales, ministérielles et nationales.
- Contribution à l'intégration des thèmes transversaux tels que le genre, l'environnement, l'économie sociale, les droits des enfants, le VIH/SIDA/Santé reproductive.

Fonctions de délégué à la cogestion, communes avec le directeur d'intervention

Avec l'aide du responsable administratif et financier sectoriel et d'un gestionnaire de programme, le directeur d'intervention et le délégué à la cogestion rempliront les tâches suivantes :

Suivi et rapportage :

- Organiser, coordonner et superviser l'exécution des activités du programme ;
- Rédiger les rapports d'avancement semestriels et le rapport final d'exécution, ainsi que les rapports de suivi - évaluation selon le canevas de la CTB ;
- Soumettre l'état d'avancement et de l'obtention des résultats intermédiaires à la SMCL ;
- Proposer, le cas échéant, à la SMCL les ajustements ou modifications des activités et résultats intermédiaires ;
- Elaborer et soumettre à la SMCL les plans de travail du programme et adapter cette planification en fonction de l'évolution de la prestation.

Secrétariat de la SMCL :

- Proposer l'ordre du jour au président de la SMCL, après consultation de toutes les parties concernées par l'exécution du programme ;
- Transmettre, dans les délais requis, aux membres de la SMCL, les documents préparatoires, entre autres les rapports d'avancement et l'utilisation du budget pour la période passée, ainsi qu'une proposition de planning et de budget pour la période future ;
- Rédiger les comptes rendus des réunions de la SMCL, qui seront approuvés et signés par toutes les parties au plus tard un mois après la tenue de la réunion de la SMCL et repris dans le rapport de suivi-évaluation ;

Gestion administrative et financière du programme selon les procédures en vigueur :

- Rédiger les rapports comptables ;
- Veiller à la bonne utilisation des biens acquis ou mis à la disposition du programme ;
- Gérer le personnel mis à la disposition du programme.

Gestion du contrat

Le contrat est géré en régie par la CTB, sous droit belge.

9.5.2 Assistant Technique Médecin de Santé Publique

Justification, localisation et durée

Il est prévu un poste d'Assistant Technique Médecin de Santé Publique pour encadrer et consolider la stratégie de développement quantitatif et qualitatif de l'offre de soins de santé dans la ville de Kigali. Son bureau sera formellement situé dans les locaux de la mairie de Kigali, mais sa position l'amènera à travailler surtout au sein des formations sanitaires des trois districts, avec une concentration particulière sur le niveau hospitalier (deuxième et troisième échelons).

Le candidat résidera à Kigali. Il effectuera des déplacements fréquents dans les trois districts de la ville.

Le poste est prévu pour les trois premières années du programme. Il est attendu que tout le travail de conceptualisation de l'offre de soins et les modalités de développement relatives soient clarifiés

à ce stade. La mise en œuvre est laissée aux acteurs opérationnels en place (directeurs d'hôpitaux, directeur USE, staff médical), avec le soutien de l'USE, des USPFE et du programme d'appui.

A partir de la quatrième année, le PSDSK et le suivi de l'offre de soins entreront dans un rythme de croisière. Le directeur de l'USE aura alors le temps de reprendre les activités préalablement assumées par l'AT. Cela suppose une collaboration étroite entre les deux acteurs durant les trois premières années du programme

Profil

Profil de médecin de santé publique expérimenté.

Expérience de travail d'au moins sept ans dans le cadre du développement de services de santé en pays en voie de développement, si possible tant aux échelons du district, de la province, que du pays.

Sont des atouts : une expérience plus longue, et/ou assorties de publications et/ou de réalisations concrètes connues ; une expérience préalable à un poste similaire au sein d'une organisation de coopération réputée dans le domaine de la santé publique; une connaissance préalable du contexte rwandais et de son système de santé.

Bon pédagogue, meneur d'homme et planificateur. Capable de s'intégrer dans une équipe existante, d'en accepter les directions et d'y apporter un œil innovant. Combine des capacités analytiques, une logique opérationnelle et des compétences interpersonnelles.

Très bon niveau d'expression en français. Des capacités rédactionnelles sont un atout. Une bonne connaissance écrite et parlée de l'anglais est très souhaitable.

Mode de sélection

Recruté par appel d'offre international par la CTB Bruxelles. Le candidat sera sélectionné par la CTB et présenté au partenaire rwandais pour un avis de non-objection.

Fonctions spécifiques de l'assistant technique

L'Assistant Technique Médecin de Santé Publique accompagnera l'ensemble des acteurs dans la recherche d'une offre de soins plus complète, plus étendue, de meilleure qualité, mieux concertée et coordonnée.

En particulier, est attendu de cet AT :

- Appui au développement du réseau inter-hospitalier de la ville de Kigali. L'AT sera le coordinateur de tout le travail de conceptualisation et de construction du réseau. Une fois créé et consolidé, la gestion du réseau se fera en interne par ses membres (à savoir les hôpitaux du réseau). Le réseau ayant des activités diverses, il demande un travail de préparation dans plusieurs directions : coordination des études préparatoires ; médiation dans les négociations entre hôpitaux ; planification de développement et budgétisation fine ; détermination des modalités de fonctionnement (ex : procédure de passation de commande commune) ; engagement et lancement des investissements initiaux, etc.
- Appui à la coordination des différents niveaux de la pyramide sanitaire (1er, 2ème, 3ème échelon), incluant les questions de référence / contre-référence et les adaptations de l'offre de soins aux innovations du contexte (RIH, activités spécifiques du PSDSK, etc.)
- Encadrement des négociations sur les conditions d'agrément des acteurs sanitaires privés et confessionnels, et de leur processus d'intégration sous les autorités publiques.

- Accompagnement quotidien de l'acquisition de compétences des employés chargés de la planification et du suivi des activités de santé au sein des instances de gestion de la ville et des districts (particulièrement la responsable de la cellule monitoring, évaluation et système d'information sanitaire à l'USE, les directrices des USFPE, les responsables des cellules systèmes d'information sanitaires des trois districts, les équipes de superviseurs des hôpitaux).
- Contribution à la planification et au suivi des investissements visant à l'extension et l'amélioration de l'offre de soins, aux différents niveaux de la pyramide sanitaire (constructions de nouveaux centres et postes de santé & développement des activités de maternité au premier échelon, extension des services aux 2ème & 3ème échelon).
- Contribution à la planification et la mise en œuvre des programmes de renforcement des compétences des acteurs de santé (formations, production de guidelines, visites, échanges entre pairs...).
- Contribution à la conceptualisation et la mise en œuvre des programmes touchant à la qualité des soins et de services de santé (assurance-qualité, approche contractuelle) et tout autre stratégie de santé promue par le programme (santé scolaire).
- Contribution aux études préparatoires du programme. Coordination de certaines études spécifiques touchant à ses domaines d'expertise (RIH, développement de l'offre de soins, qualité et satisfaction des usagers, etc.)
- Participation aux ateliers de restitution de l'expérience, au niveau national et international. Participation aux réunions techniques organisées par les autorités municipales, ministérielles et nationales.
- Contribution à l'intégration des thèmes transversaux tels que le genre, l'environnement, l'économie sociale, le droits de l'enfant, le VIH/SIDA/Santé reproductive.

Gestion du contrat

Le contrat est géré en régie par la CTB, sous droit belge.

9.5.3 Assistant Technique en maintenance biomédicale

Justification, localisation et durée

Il est prévu un poste d'Assistant Technique en maintenance biomédicale pour optimiser l'ensemble des activités logistiques, approvisionnement et maintenance des services de santé dans la ville de Kigali, particulièrement aux second et troisième échelons. Il disposera d'un espace de travail dans les locaux de la mairie de Kigali, mais sa position l'amènera à travailler la majeure partie de son temps au sein des formations sanitaires des trois districts, avec une concentration particulière sur le niveau hospitalier.

Le candidat résidera à Kigali. Il effectuera des déplacements fréquents dans les trois districts de la ville.

Le poste est prévu initialement pour les trois premières années du programme. Il est attendu que tout le travail de conceptualisation des stratégies et procédures logistiques et de maintenance soit achevé à ce stade, et que leur mise en application révèle une appropriation de la part des partenaires nationaux, tant au sein de la mairie que dans les structures sanitaires couvertes.

Profil

Détenteur d'un Master en ingénierie biomédicale, électronique ou électromécanique, complété d'une connaissance approfondie et d'une expérience pratique de plus de 5 ans des équipements biomédicaux équipant généralement les structures de 3ème niveau, ainsi que de leur maintenance.

Expérience de travail d'au moins 5 ans dans le secteur de la Santé de pays en voie de développement, au niveau de centres de santé, hospitalier et niveau central.

Connaissance des procédures des Marchés Publics d'organisations d'Aide Publique au Développement multilatérale et/ou bilatérale, et expérience d'au moins 5 ans en matière de gestion contractuelle et technique des marchés d'acquisition de fournitures, de services de consultance et de réalisation de travaux de construction.

Maîtrise d'outils informatiques indispensables à la planification, la coordination et la gestion des activités couvertes par le profil de poste, tels que traitement de texte, tableur, base de données généralistes et de gestion des ressources, progiciels GMAO, ...

Sont des atouts : une plus longue expérience; une expertise spécifique dans le secteur de l'environnement dont la gestion des déchets médicaux et hospitaliers solides et liquides, les matériaux potentiellement toxiques (fibrociment, PVC...) et les techniques de leur élimination, l'exploitation d'énergies propres... ; une expérience préalable à un poste similaire pour le compte d'une organisation d'Aide Publique au Développement œuvrant dans le domaine de la santé publique; une connaissance préalable du contexte rwandais et des procédures nationales de passation des Marchés Publics.

Excellent pédagogue, meneur d'homme et planificateur. Capable de s'intégrer dans une équipe existante, d'en accepter les directions et d'y apporter un œil innovant. Combine des capacités techniques, une logique opérationnelle, une aisance dans le management et la planification, et des compétences interpersonnelles.

Très bon niveau d'expression en Français et en Anglais ainsi que des capacités rédactionnelles dans ces deux langues.

Mode de sélection

Recruté par appel d'offre international par la CTB Bruxelles.

Fonctions spécifiques de l'assistant technique

L'Assistant Technique en maintenance biomédicale collaborera avec les directeurs des formations sanitaires couvertes par le programme et leurs équipes techniques et logistiques respectives, au développement et à la mise en application de procédures et modes de fonctionnement optimisant l'efficacité des services techniques et logistiques de ces structures sanitaires et du réseau qu'elles constituent.

En particulier, est attendu de cet AT :

- Appui au développement de toutes les dimensions techniques et logistiques du Réseau Inter Hospitalier (RIH) de la ville de Kigali, en partenariat avec la Direction du programme et en particulier avec l'AT médecin de santé publique. Cela suppose une intégration réfléchie et harmonieuse de ce volet « Logistique & Maintenance » dans la stratégie globale et l'architecture du RIH.
- Identification et coordination concertées des questions environnementales touchant aux services médicaux, dans l'optique d'une gestion globale des problématiques identifiées.
- Accompagnement continu de l'acquisition de compétences du personnel chargé de la maintenance, de l'approvisionnement (de matériel de maintenance, de consommables, de produits pharmaceutiques, d'équipements, y inclus les questions de qualité de ces acquisitions) et la logistique au sein des formations sanitaires et des instances de gestion de la ville et des districts.
- Conseils sur les dimensions techniques et logistiques dans les activités de coordination des différents niveaux de la pyramide sanitaire (1er, 2ème, 3ème échelon).

- Contribution au suivi technique et contractuel (planification, appels d'offres, chantiers) des acquisitions de matériel, équipements et infrastructures visant à l'extension et l'amélioration de l'offre de soins, aux différents niveaux de la pyramide sanitaire.
- Contribution aux études préparatoires du programme. Coordination de certaines études spécifiques touchant à ses domaines d'expertise (questions environnementales des services médicaux, aspects techniques du master plan hospitalier...)
- Conduite de travaux de « Recherche/Action » dans les domaines d'activités qui l'occupent au sein du programme (travaux portant principalement sur l'aspect innovant des démarches engagées), présentation et publication de ces travaux.
- Participation aux ateliers de restitution de l'expérience au niveau national.
- Participation aux réunions techniques organisées par les autorités municipales, ministérielles et nationales.

Gestion du contrat

Le contrat est géré en régie par la CTB, sous droit belge.

9.5.4 Deux Assistants Techniques cliniciens

Justification, localisation et durée

Il est prévu deux postes d'Assistants Techniques cliniciens : (1) un gynéco-obstétricien ; (2) un pédiatre. Ils ont une fonction essentiellement de formateur pour des médecins en troisième cycle et des praticiens actifs dans des hôpitaux de second et troisième échelon. Ils seront formellement attachés à l'Unité de Gestion du Programme/ USE au sein de la Mairie au service du réseau interhospitalier. Pour une partie du temps ils seront mis à disposition du Centre Hospitalier Universitaire de Kigali (temps estimé approximativement à 45%). Leurs fonctions les amèneront également à travailler en appui aux hôpitaux de district de la ville, et à contribuer à la structuration d'une dynamique de collaboration inter-hospitalière et au renforcement des capacités des staff médical et paramédical (temps estimé approximativement à 45%). Le reste de leur temps pourrait être consacré à des activités telles qu'études, ateliers, réunions, la capitalisation des expériences... Dans une perspective de pérennisation, ces AT ne doivent donc pas être absorbés par le travail clinique en routine. Dans cette même logique ils ne seront également pas soumis au régime de gardes des autres cliniciens du CHUK mais, plutôt s'impliqueront, via le réseau, dans le suivi des gardes au niveau des hôpitaux de district.

Les candidats résideront à Kigali. Ils effectueront des déplacements fréquents dans les trois districts de la ville.

Le poste est prévu pour les deux premières années du programme. Aucun renouvellement n'est à l'agenda. Il est attendu que les médecins de troisième cycle aient terminé leur formation à ce stade, et que la collaboration inter-hospitalière soit fonctionnelle dans la ville de Kigali. Les fonctions cliniques seront reprises par les médecins en fonction dans les hôpitaux de Kigali, sous la supervision de leur directeur, du ministère de la Santé et du directeur de l'USE.

Profil

Profil de médecin spécialiste expérimenté, dans la spécialité en question (gynéco-obstétrique, pédiatrie).

Expérience de travail d'au moins cinq ans dans les services de santé en pays en voie de développement, incluant une expérience significative dans un hôpital de référence nationale, et une expérience de formation continue de médecins nationaux.

Sont des atouts : une expérience plus longue ; une expérience significative dans la formation d'étudiants de troisième cycle; une expérience préalable à un poste similaire au sein d'une organisation de coopération réputée dans le domaine de la santé publique; une connaissance préalable du contexte et du système de santé rwandais.

Excellent pédagogue. Capable de s'intégrer dans une équipe existante, d'en accepter les directions et d'y apporter un œil innovant. Combine des capacités cliniques & compétences interpersonnelles.

Très bon niveau d'expression en français. Une bonne connaissance de l'anglais est très souhaitable. Des capacités rédactionnelles sont un atout.

Mode de sélection

Recruté par appel d'offre international par la CTB Bruxelles. Les candidats seront sélectionnés par la CTB et présentés au partenaire rwandais pour un avis de non-objection.

Fonctions spécifiques des assistants techniques cliniciens

Les assistants techniques cliniciens veilleront au renforcement des compétences cliniques des médecins spécialistes des hôpitaux de la ville de Kigali soutenus par le programme, et plus spécifiquement à la formation des médecins de troisième cycle du CHUK

En particulier, est attendu de ces AT :

- Formation continue des médecins en troisième cycle du CHUK, audits cliniques et autres appuis nécessaires à l'obtention de leur diplôme en tant que médecins spécialistes dans leur domaine de spécialité.
- Selon les besoins, suivi et renforcement des compétences des médecins spécialistes (gynécobstétriciens, pédiatres) dans les hôpitaux de la ville de Kigali.
- Contribution au développement du réseau inter-hospitalier dans ses dimensions cliniques et médicales (partage d'expertise entre hôpitaux ; organisation du SAMU ; harmonisation des protocoles ; gestion des dossiers des patients dans le système informatique ; supervision des gardes ; audits cliniques...)
- Contribution aux réflexions sur les dimensions cliniques & médicales dans la coordination des différents niveaux de la pyramide sanitaire (1er, 2ème, 3ème échelon).
- Contribution aux études préparatoires du programme touchant leurs domaines d'expertise.
- Participation aux ateliers de restitution de l'expérience au niveau national. Participation aux réunions techniques organisées par les autorités municipales, ministérielles et nationales.

La gestion de leur temps de travail entre le CHUK et les hôpitaux de district reflétera l'importance accordée à leur fonction « réseau » décrite plus haut.

Gestion du contrat

Le contrat est géré en régie par la CTB, sous droit belge.

9.5.5 Les Volontaires belges

Les volontaires utilisés par la coopération belge sont, pour la plupart des jeunes professionnels, récemment diplômés, et qui veulent s'expatrier un temps pour, surtout, avoir une première expérience de terrain en rapport avec leurs compétences.

Les postes de volontaires belges pour ce programme sont proposés sous un double avantage et une contrainte : le premier avantage et plus important, c'est qu'ils constituent des renforts techniques de valeur ajoutée, très liée au dynamisme et capacité d'initiative dont font preuve ces jeunes professionnels. Le second avantage est qu'ils sont financés par la CTB directement et ne doivent pas être imputés au budget du programme d'appui. La contrainte résidant dans le fait qu'il n'est pas sûr de trouver les profils désirés parmi les volontaires repris dans le pool de recrutement qui se présentent en début d'année à la CTB.

C'est pour cela justement qu'une brève description des profils recherchés et leurs fonctions attendues au sein de l'Unité Santé Environnement de la Mairie de la Ville de Kigali est ajoutées ici :

Ils travailleront de préférence chacun en binôme avec un homologue national (la possibilité de financer le binôme à travers le programme de volontaire est encore au stade de réflexion actuellement en e peut donc pas être garanti au stade actuel), avec l'assistance et sous la supervision d'un des ATI.

1) Volontaire pour la cellule Environnement de l'USE :

Il s'agira d'un(e) environnementaliste, ou expert en eau et assainissement ou logisticien ; Il s'investira dans

- L'élaboration du plan d'action environnemental du PSDSK et, ensuite, sur son application concrète.
- Avec ses homologues rwandais, il(elle) contribuera à coordonner d'abord les études et actualisations de la situation de base, ainsi que les partenaires de la Mairie actifs sur ce domaine, et en général sur la coordination des stratégies relatives aux liens santé-environnement
- Il (elle) viendra en appui technique des associations communautaires qui sont actives dans la ville sur la gestion des déchets et autres aspects à retombées environnementales;

2) Volontaire pour la cellule circuit de l'information, communication et suivi de l'USE :

Il s'agira d'un économiste, sociologue, expert en communication, ou anthropologue (sciences humaines) sur le soutien aux fonctions déjà en cours à l'USH liées au circuit de l'information et les appuis aux USFPE des districts. Il ou elle s'investira dans

Avec son homologue rwandais :

- Il/elle veillera au renforcement des activités de collecte et de circulation de l'information, à son analyse et à son utilisation dans la prise de décision à tous échelons de la pyramide sanitaire.
- Appuiera les USFPE dans la collecte de l'information et son analyse pour la prise de décision.
- Contribuera à développer des initiatives de diffusion et communication pour promouvoir le PSDSK et faire passer des messages à la population liés à son application.
- S'impliquera activement avec les USFPE dans l'élaboration du plan de formation de la Mairie et l'organisation de son application, aux divers échelons : USFPE, centres de santé, hôpitaux de district.
- Sous la supervision de la direction de l'unité Santé Environnement, s'impliquera activement dans l'appui à la coordination de l'ensemble des activités liées au PSDSK et mises en œuvre au niveau des districts municipaux.

- 3) Volontaire pour la cellule système de santé de l'USE, en particulier pour la santé communautaire:

De préférence sous un profil lié à la santé, un infirmier, un médecin, etc. mais pas uniquement, car un sociologue ou un anthropologue seraient aussi utiles pour cette fonction devant développer les approches liées au niveau communautaire, la demande de soins et les campagnes de IEC. Il ou elle s'investira dans :

- Travaillera en appui du tandem formé par le médecin national et le médecin SP ATI de l'USE et couvrant l'ensemble du système de santé de la ville.
- Appuiera la mise en œuvre l'approche de contractualisation des dispensaires privés.
- S'impliquera activement dans l'organisation du recueil d'information provenant des usagers du système de santé, tant au niveau communautaire, en appuyant les ASC dans le recueil de cas critiques dans les familles, comme dans l'organisation des enquêtes de satisfaction des usagers au niveau des hôpitaux ;
- S'impliquera activement dans les diverses activités couvertes par le résultat intermédiaire 5 et particulièrement dans les activités liées à la santé scolaire, soit l'organisation des formations des éducateurs, les activités de promotion de la santé scolaire à l'intérieur des écoles, et les campagnes de diffusion à la population.

9.6 ANNEXE 6 : PROFIL DE POSTE PERSONNEL NATIONAL

La création de l'Unité Santé Environnement est considérée comme un des prérequis essentiels du programme. Elle n'était pas inscrite à l'agenda de la mairie et de la politique de décentralisation. En conséquence, l'organigramme et la définition des postes sont à créer.

L'USE fait l'objet d'une description spécifique en annexe.

Le poste le plus important est le Directeur de l'Unité Santé Environnement. Il est la pierre angulaire de toutes questions stratégiques et décisionnelles relatives au PSDSK et au programme d'appui. Un profil de poste détaillé est proposé ci-dessous.

En comparaison, le profil des autres fonctions créées dans le cadre de l'USE (responsable cellule SIS, responsable cellule hygiène, etc.) est nettement plus classique : principalement des fonctions d'exécution des plans d'actions et encadrement des structures sous supervision (USFPE, FOSA, autres).

9.6.1 Directeur de l'Unité Santé Environnement

Justification, localisation et durée

Il est prévu un poste de directeur de l'Unité Santé Environnement dans la mairie de la ville de Kigali. Cette position l'amènera à collaborer avec l'ensemble des partenaires santé environnement de la ville de Kigali, et particulièrement les ministères concernés, les Unité Santé Famille et Protection de l'Enfant des districts de Nyarugenge, Kicukiro et Gasabo, les formations sanitaires, et l'ensemble des partenaires intéressés à la conception et la mise en œuvre du Plan Stratégique de Développement Sanitaire de la ville de Kigali.

Le candidat résidera à Kigali. Il effectuera des déplacements fréquents dans les trois districts de la ville. Dans une moindre mesure, il sera également amené à se déplacer dans le reste du pays, ainsi qu'à l'international.

Le poste est prévu pour une durée indéterminée. Idéalement, le même directeur accompagnera le processus de mise en œuvre du PSDSK jusqu'à son terme, en 2020.

Profil

Profil de médecin de santé publique, avec forte compétence en gestion de projets multipartenaires complexes.

Expérience de travail d'au moins dix ans dans le développement de services de santé au Rwanda ou dans la sous région, incluant des expériences à différents échelons et différents secteurs (district, ex-provinces, niveau national : secteur public, privé, coopération multilatérale et ONG), et une excellente connaissance des politiques de santé et de ses principaux acteurs au niveau national.

Sont des atouts : une expérience plus longue ; une bonne réputation et un bon carnet d'adresse dans le secteur de la santé au Rwanda ; une expérience fructueuse à un poste élevé au sein d'une organisation de coopération réputée dans le domaine de la santé publique.

Talents de stratégie, caractère fédérateur, fin diplomate, analyste, facilitateur. Capable d'initier des idées nouvelles, les débattre et les remettre en question. Combine des capacités analytiques, une logique opérationnelle et des compétences interpersonnelles.

Capacités de communicateur étendues (négociation, modération, représentation, présentation de résultats).

Capacités d'encadrer des études et des enquêtes.

Excellent niveau d'écriture et d'expression en français, en anglais. Le Kinyarwanda est un atout.

Mode de sélection

Recruté par appel d'offre national par la Mairie de la ville de Kigali. Dans la même logique de partenariat quant à la sélection des ATI, le candidat sera sélectionné par la Mairie de la ville de Kigali et présenté au partenaire belge pour un avis de non-objection.

Fonctions spécifiques du directeur de l'USE

Le directeur de l'USE est l'acteur central du renforcement structurel des instances de gestion (USE et USFPE), de la conception d'un PSDSK rencontrant les défis de l'environnement sanitaire à l'horizon 2020, de la dynamisation de l'intérêt et des engagements des partenaires pour le PSDSK, et de la coordination générale des activités inscrites à l'agenda du programme d'appui et du PSDSK.

Est attendu du directeur de l'USE :

- Restructuration des instances de gestion de la mairie de Kigali et des trois districts de Nyarugenge, Kicukiro et Gasabo pour répondre aux enjeux du PSDSK. Cela inclut toutes les questions d'effectif et de profil de poste, de modèle organisationnel et institutionnel, de position dans l'organigramme municipal et de district, et les négociations relatives avec l'ensemble des partenaires (particulièrement Minaloc).
- Dynamique de conception et mise en œuvre du PSDSK. Le directeur de l'USE et l'ATI seront les deux acteurs moteurs de cette démarche. Cela comprend la création de la Plateforme Santé Environnement et ultérieurement le Cadre d'Investissement, la fédération de l'ensemble des partenaires potentiellement intéressés, l'animation de débats et groupes de travail (au sein ou en dehors de la PSE), la communication et la circulation de l'information entre tous les acteurs concernés, le développement des versions successives du PSDSK jusqu'à son approbation finale par la PSE, sa mise en œuvre et ses adaptations ultérieures.
- Planification opérationnelle des activités via des plans d'actions annuels au niveau mairie (USE) et districts (USFPE), en respect des lignes tracées par le PSDSK et des directives gouvernementales. Supervision du développement d'indicateurs, d'outils, de procédures de travail et de modalités de suivi.
- Direction managériale de l'Unité Santé Environnement, sous l'autorité de la Vice-Maire chargée des affaires sociales et de la Maire de la ville de Kigali, intégrant l'ensemble des activités de management relatives à une fonction de directeur d'unité (définition des besoins, engagements, supervision administrative et financière, résolutions de conflits, etc.)
- Représentation de l'USE auprès de l'ensemble des partenaires santé environnement de la ville de Kigali (présidence, ministères, partenaires de développement, officiels étrangers, prestataires de soins, industriels...).
- Activité continue de promotion du PSDSK par différents canaux (conférences, publications, visites de partenaires...), et recherche de partenariats nouveaux pour son développement.
- Encadrement méthodologique et opérationnel des membres de l'USE. Par leur biais, accompagnement des acteurs santé environnement aux différents échelons (USFPE, FOSA, communautés) dans la mise en œuvre pratique de leurs activités.
- Suivi continu de l'état d'avancement des activités (inscrites dans le PSDSK et le programme d'appui), intégrant le suivi financier. Analyse des indicateurs du programme et ajustement des orientations stratégiques.

- Rôle prospectif et réflexif majeur dans l'adaptation des stratégies et axes d'intervention aux évolutions et défis de l'environnement sanitaire. Rôle moteur dans la conception de toutes activités de recherche-action (réseau inter hospitalier, assurance qualité, santé scolaire, approches alternatives de mutuelles et approches contractuelles...). Appui à la recherche, la formulation et le développement de stratégies intersectorielles impactant positivement sur l'environnement sanitaire.
- Participation aux ateliers de restitution de l'expérience, au niveau national et international. Participation aux publications et réunions techniques organisées par les autorités municipales, ministérielles et nationales.

Fonctions de directeur d'intervention

Avec l'aide d'un gestionnaire de programme senior, le directeur d'intervention et le délégué à la cogestion rempliront les tâches suivantes :

Suivi et rapportage :

- Organiser, coordonner et superviser l'exécution des activités du programme ;
- Rédiger les rapports d'avancement semestriels et le rapport final d'exécution, ainsi que les rapports de suivi - évaluation selon le canevas de la CTB;
- Soumettre l'état d'avancement et de l'obtention des résultats intermédiaires à la SMCL;
- Proposer, le cas échéant, à la SMCL les ajustements ou modifications des activités et résultats intermédiaires;
- Elaborer et soumettre à la SMCL les plans de travail du programme et adapter cette planification en fonction de l'évolution de la prestation.

Secrétariat de la SMCL:

- Proposer l'ordre du jour au président de la SMCL, après consultation de toutes les parties concernées par l'exécution du programme;
- Transmettre, dans les délais requis, aux membres de la SMCL, les documents préparatoires, entre autres les rapports d'avancement et l'utilisation du budget pour la période passée, ainsi qu'une proposition de planning et de budget pour la période future;
- Rédiger les comptes rendus des réunions de la SMCL, qui seront approuvés et signés par toutes les parties au plus tard un mois après la tenue de la réunion de la SMCL et repris dans le rapport de suivi-évaluation;

Gestion administrative et financière du programme selon les procédures en vigueur :

- Rédiger les rapports comptables;
- Veiller à la bonne utilisation des biens acquis ou mis à la disposition du programme;
- Gérer le personnel mis à la disposition du programme.

Gestion du contrat

Le contrat est géré par la mairie de la ville de Kigali, sous droit rwandais.

9.6.2 Responsable Administratif et Financier Sectoriel

9.6.2.1 Justification de la création du poste

Les experts recrutés par la CTB à titre de Delco sont sélectionnés sur leurs compétences thématiques (dans notre cas, santé publique et gestion de programmes complexes). En pratique, leurs profils de poste actuels incluent en plus des fonctions de gestion comptable et financière. Elles représentent au Rwanda (environ) entre 30 et 40% de leur temps de travail. En pratique cela engendre une triple perte d'efficacité :

- (1) Les Delcos n'ont souvent au départ pas le profil requis pour ces fonctions. Même si la plupart s'en acquitte plutôt bien, il est très probable que ce soit au prix d'une moindre qualité et d'un plus grand investissement temps.
- (2) Le temps consacré aux activités de gestion et finances (30 à 40%) est un manque à gagner en termes d'inputs techniques. C'est souvent source de frustration, tant pour les Delco (qui se voient absorbés hors de leur champs d'expertise technique et systémique) que pour les partenaires nationaux (qui voient la réactivité et la participation du Delco freinées).
- (3) Développer des modalités de gestion pour chaque programme représente une multiplication des coûts évitable.

Une alternative est d'engager un « Responsable Administratif et Financier Sectoriel (RAFS) » national, qui prépare (sans pouvoir de signature) toutes les activités de gestion et finance sur l'ensemble des programmes santé⁴¹. Le coût du RAFS serait partagé entre les programmes santé, selon une clé de répartition équitable (a priori, au prorata du poids budgétaire de chaque programme). L'objectif est de générer un gain d'efficacité et des économies d'échelle en centralisant et en renforçant la cohérence des services sur l'ensemble des programmes santé (à terme : le présent programme, l'appui institutionnel MiniSanté, et éventuellement la santé mentale). Cela s'inscrit dans le sillage de la Déclaration de Paris : éviter la multiplication des postes ; renforcer le bon usage et les capacités locales existantes ; mettre en place des mécanismes de responsabilisation solides et équilibrés⁴².

En pratique, le directeur d'intervention et l'ATI technique co-directeur de l'intervention conserveront la direction pleine et entière de l'ensemble du programme. Les activités de coordination opérationnelle et stratégique resteront inchangées. Ils seront par contre déchargés de tout le travail préparatoire relatif à la coordination financière (grâce au support additionnel du RAFS), tout en conservant le pouvoir décisionnel et de signature.

La réussite de cette nouvelle approche suppose une définition claire des responsabilités et champs de compétences respectifs du codirecteur et du directeur financier sectoriel. Elles seront définies par la suite. Le tableau ci-dessous reprend certaines distinctions clés.

⁴¹ Cette rationalisation des fonctions est rendue possible au Rwanda en raison de la concentration des programmes belges sur la ville de Kigali. Elle serait plus difficile si les lieux d'ancrage des programmes étaient distants.

⁴² Dans cette idée, les fonctions du RAFS sont inscrites dans une optique de développement des capacités locales. Notamment, il contribuera à renforcer les compétences de l'équipe administrative de l'USE sur le suivi financier et la passation de marché. Egalement, il renforcera l'interface entre le programme et le Ministère de l'Economie et des Finances, et veillera à l'harmonisation des procédures.

Thème	Responsabilités directeur / codirecteur	Responsabilités RAFS / secrétaire exécutif
Décision stratégique et opérationnelle	Prise de décision selon l'expertise sectorielle de la direction de l'intervention.	Support pour la vérification des implications budgétaires de la décision et validation.
Passation de commande médicale	Estimation des besoins et préparation de la liste des articles à commander Signature finale de la commande après revue.	Estimation du coût, vérification des disponibilités budgétaires, préparation de la commande chiffrée.
Comptabilité et suivi financier	Revue des principaux documents comptables présentés par le RAFS et approbation finale	Supervision régulière de la comptabilité ; consolidation ; opérations bancaires...
Rapportage	Rédaction du rapport d'activité. Revue avec le RAFS des rapports financiers & consolidés, et approbation finale	Préparation du rapport financier (mensuel) par programmes ; rapport consolidé pour l'ensemble des programmes.
Marchés publics	Identification des besoins, types de bâtiments, emplacements. Signature des documents finaux.	Support à la préparation des procédures administratives, appels d'offre, dépouillements, suivi financier, etc.
SMCL	Préparation des rapports d'avancement & des rapports de suivi évaluation ; participation à titre consultatif	Préparation des rapports financiers & des ajustements budgétaires ; participation à titre consultatif ; secrétariat

Pour plus de clarté, une première version de profil de poste détaillé est proposée pour le responsable administratif et financier sectoriel ci-dessous.

9.6.2.2 Description du poste de responsable administratif et financier sectoriel

Justification, localisation et durée

Il est prévu un poste de Responsable Administratif et Financier Sectoriel (RAFS) sur l'ensemble des programmes santé supportés par la CTB au Rwanda. Cette personne aura trois groupes de tâches :

- Il préparera les activités financières et une partie des activités administratives relatives aux programmes en question. Cette personne soulagera ainsi l'USE en ce qui concerne les tâches administratives et financières exigées dans le cadre des procédures belges quant à la gestion des programmes. Le pouvoir décisionnel et de signature restera cependant dans les mains du directeur et du codirecteur de l'intervention.

- En même temps, elle donnera un appui technique et méthodologique aux gestionnaires et comptables locaux⁴³ afin de renforcer leurs compétences administratives et financières en général. Cette position amènera le RAFS à collaborer étroitement avec les directions d'intervention des programmes santé de la CTB, et les principaux partenaires institutionnels intéressés par les finances des programmes (MinEcoFin, SMCL, banques...).

Le poste sera basé à Kigali⁴⁴, là où se concentrent les programmes santé de la CTB. Il effectuera des déplacements fréquents au sein de la ville. Dans une moindre mesure, il peut être amené à se déplacer dans le reste du pays. Des déplacements internationaux sont possibles, mais peu probables.

Profil

Profil de financier rwandais (ou sous-région) très expérimenté.

Expérience de travail d'au moins dix ans dans le cadre de programmes de coopération ou d'ONG au Rwanda ou dans d'autres pays en voie de développement. Expériences probantes au niveau macro incluant des fonctions de consolidation, et des relations fréquentes avec les ministères, partenaires de développement.

Sont des atouts : une expérience plus longue et / ou assortie de réalisations concrètes connues ; une implication plus grande dans le secteur sanitaire (ex : élaboration de stratégies de développement du secteur santé) et/ou le secteur de l'environnement ; une expérience préalable à un poste similaire au sein d'une organisation de coopération réputée dans le domaine de la santé ; une bonne connaissance des procédures CTB ; une connaissance préalable du contexte rwandais et de son système de santé ; une expérience en marché public en particulier concernant des grands investissements en construction.

Personne rigoureuse, diplomate, douée pour la facilitation. Organisateur : capable de comprendre les contraintes d'autrui, de concevoir des modèles organisationnels cohérents, permettant à chacun de se concentrer sur son domaine d'expertise. Combine des capacités analytiques, une logique opérationnelle et des compétences interpersonnelles. Apte à gérer plusieurs dossiers de front.

Capacités de communicateur étendues (négociation, modération, représentation, présentation de résultats)

Excellent niveau d'écriture et d'expression en français et en anglais. Excellente maîtrise des outils informatiques relatifs à la gestion financière.

Fonctions spécifiques de l'assistant technique

La fonction de Responsable Administratif et Financier Sectoriel représente une innovation dans les profils de postes nationaux CTB. La concentration de la préparation du travail financier (et administratifs) dans les mains d'une seule personne vise à (1) laisser les codirecteurs (ex-délégués à la cogestion) se concentrer sur leur domaine d'expertise respectif, à (2) renforcer l'efficacité et la fiabilité de l'ensemble des activités financières et administratives, et à (3) réaliser des économies d'échelle sur l'ensemble des programmes santé.

Est attendu de cet AT :

⁴³ Il s'agit en premier lieu d'un appui aux gestionnaires et comptables intégrés au sein de l'USE. A moyen terme, ces cadres devraient être intégrés au service financier de la Ville et pas rester au niveau de l'USE.

⁴⁴ Son bureau sera installé de préférence au sein de l'USE à la Mairie de Kigali pendant les 18 premiers mois du programme.

- Contribution au développement du planning opérationnel : préparation des programmations financières selon les orientations stratégiques et opérationnelles de la direction de l'intervention.
- Revue mensuelle et consolidation régulière des comptabilités des programmes santé. Présentation à la direction de l'intervention pour approbation finale.
- Préparation du rapportage financier par programme, en lien avec les rapports d'activité rédigés par la direction de l'intervention. Préparation de rapport consolidé pour l'ensemble des programmes.
- Préparation de tous les aspects administratifs liés à l'encadrement et au suivi des marchés publics (possiblement en support à l'ATI maintenance biomédicale), avec concentration sur les aspects administratifs et financiers.
- Renforcement continu des compétences du personnel administratif et financier de l'Unité Santé Environnement (ainsi que d'autres unités sous d'autres programmes) sur les fonctions relatives à leur poste (élaboration d'un budget et suivi budgétaire, comptabilité, passation d'appels d'offre, marchés publics, gestion de fonds externes...). A la fin de ce programme, la Mairie de Kigali devrait être en mesure de reprendre les tâches relatives à la gestion financière du PSDSK.
- Introduction et supervision des procédures et outils de planification et de monitoring relatifs aux activités financières et budgétaires. Participation ad hoc à la formalisation d'autres outils et procédures à la demande de la direction de l'intervention.
- Préparation des rapports financiers & des ajustements budgétaires à soumettre à la SMCL ; participation à la demande à titre consultatif ; coordination du secrétariat à la demande.
- Rôle réflexif et prospectif dans l'amélioration de l'efficacité des procédures administratives et financières. Concerne notamment la standardisation des procédures avec les partenaires, et en premier lieu le MinEcoFin. Inclut également la recherche de procédures simplifiées et harmonisées entre les programmes, pour décharger au maximum la direction de l'intervention.
- Participation aux ateliers de restitution de l'expérience, au niveau national et possiblement international.
- Autres activités spécifiques demandées par la direction de l'intervention et les autres programmes santé.

Gestion du contrat

Le contrat est géré en cogestion.

Mode de sélection

Recruté par appel d'offre national par la CTB Bruxelles. Le candidat sera sélectionné par la CTB et présenté au partenaire rwandais pour un avis de non-objection.

Paiement

Le RAFS sera mis à disposition pour une période de 48 mois renouvelables, dont 24 homme-mois seront pris en charge par ce programme.

9.7 ANNEXE 7 : DESCRIPTION DE L'UNITÉ SANTÉ ENVIRONNEMENT DE LA MAIRIE DE KIGALI

La création de l'Unité Santé Environnement répond au besoin d'un renforcement structurel de la mairie sur ses activités de régulation et de coordination du secteur santé dans la ville de Kigali⁴⁵.

Le renforcement se manifeste à la fois sur le mandat de l'USE, sa composition (nombre et qualification du personnel) et la définition de ses fonctions, le positionnement institutionnel de l'USE, et ses liens formels et fonctionnels avec l'ensemble des partenaires santé / environnement de la ville.

Chacun de ces points est abordé ci-dessous.

9.7.1 Mandat / Mission de l'USE

Selon le cadre stratégique de la décentralisation au Rwanda⁴⁶, le niveau de la mairie de Kigali est chargé de (1) conception du master plan de la ville et du plan urbanistique ; (2) renforcement des capacités des acteurs au niveau ville, districts et secteurs ; (3) conception et implémentation des programmes de développement de la ville ; (4) coordination et analyse des principales statistiques sur le développement socio-économique ; (5) mobilisation de fonds locaux et étrangers pour investir dans la ville de Kigali.

L'Unité Santé Environnement est appelée à devenir l'instrument de la mairie au niveau du secteur santé. Concrètement, son mandat comprend essentiellement :

Activités de régulation en matière de santé et d'encadrement des maîtres d'ouvrages de la politique nationale de santé au sein de la ville de Kigali. C'est le mandat de base de l'USE. Il lui confère une certaine marge de manœuvre normative par rapport aux politiques nationales. La mairie est d'ailleurs souvent décrite comme un gouvernement local. En toute logique, elle n'a donc aucun rôle opérationnel. Ce sont les districts municipaux (au sein des trois Unités Santé Famille et Protection de l'Enfant) qui remplissent la fonction, comme acteur central des politiques décidées au niveau national et de la Mairie, de leur adaptation au contexte local (plans d'actions), et de la supervision des services prestés par les formations sanitaires.

Conception, coordination et soutien à la mise en œuvre d'un plan stratégique de développement sanitaire de la ville de Kigali avec l'ensemble des partenaires santé / environnement. Cette fonction est une application des fonctions de régulation évoquée ci-dessus, appliquées dans une perspective 2020. Elle est au cœur du présent programme d'appui, et du besoin de renforcement structurel de l'USE.

Fonction de représentation / interface entre le secteur santé des trois districts et l'ensemble des partenaires. La mairie a une fonction fédératrice essentielle pour le développement du secteur sanitaire : offrir aux partenaires une vision agrégée de l'ensemble du secteur santé dans la ville (activités, résultats, besoins) ; et en retour orienter les partenaires vers la réponse la plus appropriée aux besoins du secteur. A titre de partenaires, il pourrait s'agir notamment aux partenaires de développement potentiels et aux fonds qu'ils peuvent soulever. Il pourrait également s'agir des partenaires institutionnels (ministères, autres provinces, autres secteurs) avec lesquels un dialogue

⁴⁵ Pour rappel, la politique de décentralisation avait concentré l'ensemble de ces fonctions dans les mains d'une seule personne au sein de la cellule Santé Publique et Handicap intégrée dans l'unité de « développement social et politique » (voir 8.9.3).

⁴⁶ Ministry of local government, good governance, community development and social affairs, August 2007, *Rwanda Decentralization Strategic Framework. Towards a sector-wide approach for decentralization implementation*. Kigali, Republic of Rwanda

constant doit être maintenu sur l'efficacité des politiques et stratégies d'intervention. A ce sujet, le test d'approche pilotes confère à la mairie une dimension de laboratoire à idées nouvelles au niveau national.

9.7.2 Composition et fonctions de l'USE

Une proposition d'organigramme de l'Unité Santé Environnement est incluse en annexe. Les acteurs et leurs principales fonctions ont déjà été évoqués dans le chapitre 6 sur les modalités d'exécution. En résumé, le personnel national (constant) de l'USE se compose de :

- Un directeur de l'USE, médecin de santé publique, qui coordonne le renforcement structurel des instances de gestion (USE et USFPE), la conception d'un PSDSK rencontrant les défis de l'environnement sanitaire à l'horizon 2020, la dynamisation de l'intérêt et des engagements des partenaires pour le PSDSK, et la coordination générale des activités de l'USE, en particulier celles inscrites à l'agenda du programme d'appui et du PSDSK. Un profil de poste est proposé pour le directeur en 8.6.1.
- Un médecin qui travaillera plus spécifiquement au développement de l'offre de soins au niveau qualitatif et quantitatif, incluant le développement du réseau inter-hospitalier, les nouvelles actions menées au premier échelon et en santé communautaire, et avec les autres organes de coordination de l'offre.
- Une responsable de la cellule monitoring, évaluation et information sanitaire qui veillera au renforcement des activités de collecte et de circulation de l'information, à son analyse et à son utilisation dans la prise de décision à tous échelons de la pyramide sanitaire.
- Deux responsables environnement rwandais, issu de la cellule environnement de la mairie (en délégation partielle ou totale de l'unité planification urbaine et développement des infrastructures) qui travailleront sur les déterminants environnementaux de la santé, incluant des chantiers d'infrastructures sous le PSDSK (traitement des eaux usées, déchets solides...) et des programmes communautaires d'hygiène et assainissement.
- Une cellule gestion, composée d'un gestionnaire programme senior (en charge du suivi administratif et financier de l'Unité Santé Environnement et du PSDSK), un administrateur-comptable, et une secrétaire.
- Quatre chauffeurs dans un premier temps. Leur nombre sera adapté à la hausse ou à la baisse aux besoins.

Durant tout ou partie de la durée du programme, cette équipe sera appuyée par des assistants techniques internationaux recrutés par le programme, à savoir un AT codirecteur, un AT médecin de santé publique (trois ans) et un AT en maintenance biomédicale (trois ans). Leurs postes sont décrits en détails en annexes. Deux autres ATI cliniciens seront organiquement rattachés à l'UGP/USE bien que quotidiennement basés au CHUK.

9.7.3 Positionnement institutionnel de l'USE

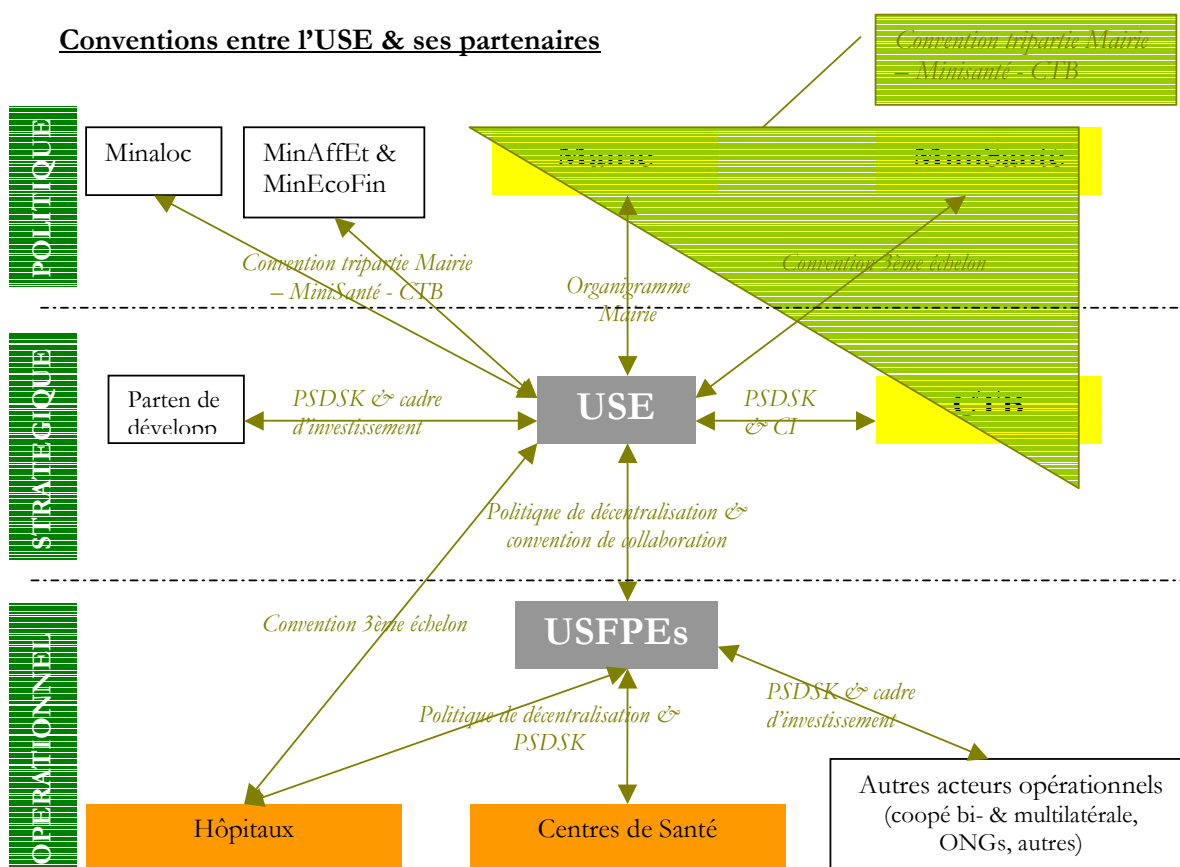
La création de l'USE fera progressivement passer le secteur santé dans l'organigramme de la mairie du statut de simple cellule sous staffée (une personne) sous l'unité « développement social et politique » au statut d'unité spécifique, placée directement sous l'autorité de la Vice-Maire aux affaires sociales. Ce mouvement est illustré sur l'organigramme de la mairie en annexe.

Avant d'être inscrit à l'organigramme, cette « remontée hiérarchique » doit toutefois rencontrer l'aval du ministère de la Gouvernance Locale, du Développement Communautaire et des Affaires Sociales (Minaloc). Dans un premier temps, le renforcement sera uniquement structurel. L'hypothèse sous-tendue par l'approche est que le programme permettra de démontrer la nécessité

du renforcement structurel, et d'arriver à l'acter au niveau institutionnel avant la fin des quatre années. Compte tenu du soutien important que rencontre le programme au sein de la mairie, l'absence de validation institutionnelle dans un premier temps ne devrait pas être un obstacle à la fonctionnalité de l'USE.

9.7.4 Conventions entre l'USE et ses partenaires

Comme exprimé en annexe, l'USE agit comme interface entre le secteur santé et une multitude de partenaires santé / environnement. Les textes officiels existants régissent déjà une partie de ces relations, d'autres demanderont la signature de conventions spécifiques. Elles sont détaillées dans le schéma ci-dessous, et décrites à la suite.



Le premier document est la politique de décentralisation qui régit les rôles de chaque organe dans l'organisation des soins de santé.

Vient directement ensuite la convention spécifique tripartite du présent programme, qui officialise la collaboration de la mairie, le MiniSanté et la CTB sur le développement et la mise en œuvre du PSDSK via l'Unité Santé Environnement. Etant une convention signée par des représentants du gouvernement (MiniSanté et mairie), elle engage également les autres ministères impliqués, à savoir le Minaloc (coordonnateur de la décentralisation) et le MinAffEt et le MinEcoFin (membres de la SMCL).

Le PSDSK et le cadre d'investissement seront déterminés dans le cadre du programme. Ils formaliseront les engagements respectifs de l'USE et de l'ensemble des partenaires opérationnels et financiers de la mairie. Ce lien engagé se retrouve entre l'USE et ses partenaires de développement

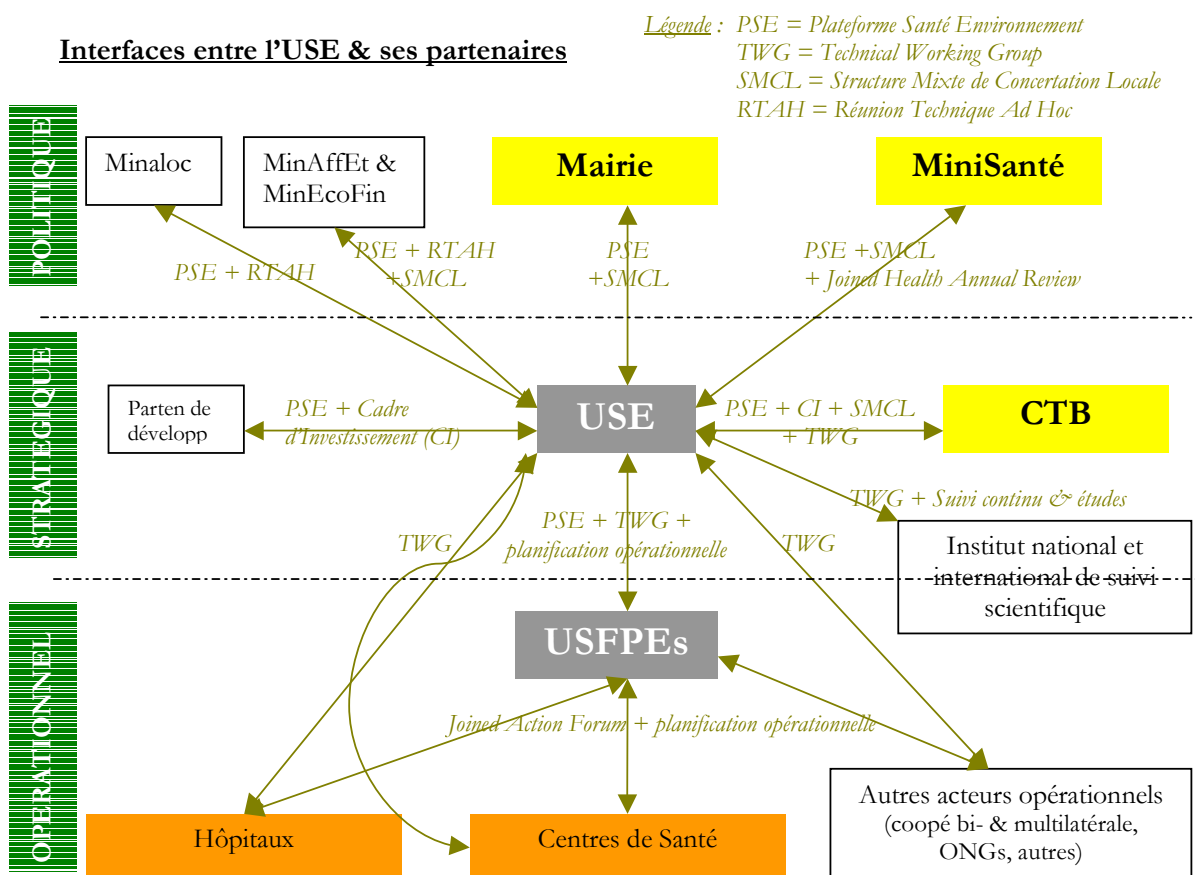
au niveau stratégique. De même, il est répercuté sur les acteurs opérationnels (hôpitaux, CS et autres) via les USFPEs.

Le programme formalisera également la relation entre l'USE et l'USFPE. Une telle démarche est nécessaire puisque l'USE n'a actuellement aucune existence légale (non inscrite à l'agenda du Minaloc).

Les hôpitaux de troisième échelon représentent un cas spécifique : ils sont placés sous la tutelle directe du MiniSanté ; mais prestent des services dans la zone géographique (et pour une bonne partie de la population cible) placée sous la responsabilité de la mairie. Une convention pour les hôpitaux de 3ème échelon sera signée en début de programme entre l'USE (ou la mairie) et le MiniSanté, clarifiant les responsabilités respectives.

9.7.5 Interfaces et circuit d'information entre l'USE et ses partenaires

Un schéma similaire est utilisé ci-dessous pour représenter les plate-formes d'échange et de communication utilisées par l'USE avec l'ensemble des partenaires pour prendre et faire appliquer les décisions.



Comme décrite dans la formulation, la Plate-forme Santé Environnement représente l'organe consultatif et consensuel pour aboutir à des prises de décisions cohérentes pour tout ce qui concerne le PSDSK. sur la stratégie de développement sanitaire coordonnée par l'Unité Santé Environnement. Elle demandera la collaboration de la grande majorité des partenaires politiques et stratégiques de la mairie. Pour rappel, la mairie reste maître de la décision finale.

Les engagements concrets des partenaires de développement sont formalisés dans le cadre d'investissements.

Les réflexions menées dans la PSE seront alimentées par un plus grand nombre d'acteurs. La liste s'étend particulièrement aux acteurs opérationnels, qui seront invités à exprimer leurs priorités et leurs besoins au sein de *technical working groups* (ou groupes de travail techniques) thématiques.

Les dimensions opérationnelles seront également soutenues par les plate-formes existantes déjà actuellement, telle que les procédures de planification opérationnelles (annuelles) et le *Joined Action Forum* de chaque district.

Dans la même idée, l'USE apporte les leçons des expériences spécifiques développées dans les formations sanitaires de la ville au sein du *Joined Health Annual Review* organisé par le MiniSanté.

Plus spécifique au programme, la structure mixte de concertation locale institue un lien régulier entre l'USE, le MiniSanté, le MinAffEt, le MinEcoFin, la mairie et la CTB. D'autres liens moins formels sont envisageables pour d'autres besoins via des réunions techniques ad hoc (notamment avec le Minaloc).

9.8 ANNEXE 8 : ORIENTATIONS DE BASE SUR LA RECHERCHE ACTION DANS LE PROGRAMME

Diverses possibilités d'application d'une méthodologie de recherche action sont préconisées dans le programme d'appui au PSDSK. Cela se justifie pleinement par sa vocation première d'appui au système de santé en développant des actions permettant d'améliorer les modèles existants ou de résoudre un certain nombre de problèmes posés, en documentant les résultats obtenus.

Tout d'abord, une perspective de recherche action c'est un processus où les acteurs s'orientent ensemble vers un changement, réfléchissent aux conditions de réalisation nécessaires à ce changement et acceptent ensemble de documenter leurs pratiques. La recherche-action poursuit conjointement deux objectifs: production de connaissances et changement de la réalité par l'action.

- Elle rend les acteurs capables de reconnaître les problèmes.
- Elle aide à trouver des solutions efficaces aux problèmes.
- Elle peut être conduite avec relativement peu de moyens et dans des délais raisonnables.

Le programme d'appui comptera sur les institutions académiques internationales et nationales chargées du suivi scientifique, qui s'impliqueront particulièrement dans la coordination et la conception des recherches actions entreprises par le programme.

Deux démarches devront être menées simultanément afin de tester et d'utiliser les résultats de ces actions:

- La construction et la mise en œuvre d'un cadre conceptuel de recherche par la coordination du programme et l'appui du suivi scientifique
- Le développement de différentes hypothèses de travail au travers des recherches actions à mener avec, dans toutes, un dispositif de documentation et d'analyse du processus et des résultats.

Cela demande la génération d'indicateurs pertinents isolant l'impact de la stratégie (comparaison avant-après, comparaison avec site témoin, etc.). Un Indicateur Traceur global a été prévu dans le programme sur le degré d'application de la recherche action effective dans les actions prévues du

programme (sujets traités effectivement, nombre de rapports disponibles, acceptés par le suivi scientifique, valorisation globale de celui-ci, etc.).

Dans ce DTF figurent déjà un certain nombre de propositions de Recherches Actions préconisées, tels que :

- L'implantation des nouveaux centres de santé sous une perspective de recherche action basée sur une adaptation de l'hypothèse émise par l'étude HERA/SHER : réduire le nombre de population couverte par des CdS nouveaux, avec moins de personnel que les actuels gros CdS de la ville, améliorera la qualité de l'offre. Cela se fera selon deux modalités : a) ceux utilisant le critère normatif d'un CdS par secteur (témoin) et b) ceux utilisant le critère population à couvrir, non liée au découpage administratif.
- Le développement d'un Réseau Hospitalier dont plusieurs investissements intégrés dans le Réseau Inter Hospitalier qui revêtant une dimension de recherche action.
- Elaborer et appliquer une démarche d'amélioration de la performance, basée sur une grille avec des indicateurs propres à leurs fonctions, sur des équipes responsables de la gestion du système de santé, à savoir : 1) dans les USFPE des districts ; et 2) dans l'Unité Santé Environnement de la Mairie de la Ville.
- Tester des approches alternatives du modèle national d'approche contractuelle appliqué de façon homogène aux formations sanitaires. Une option serait d'amener les formations sanitaires à trouver des solutions sur leurs faiblesses spécifiques, en travaillant sur la pondération de certains critères dans le score final (les autres restant leur pondération standard).
- L'application d'une approche pratique sur la santé scolaire, testée par le programme, et susceptible de passer ensuite à l'échelle nationale. Pour rappel, la santé scolaire fait partie des paquets d'activités des formations sanitaires mais elle n'est pas appliquée.
- Appuyer la mise en application de l'Assurance Qualité⁴⁷ (AQ) au sein des formations sanitaires de la ville de Kigali, principalement les hôpitaux de district et certains centres de santé pilotes.
- Tester des approches alternatives du modèle national de mutuelles sur certains secteurs de la ville de Kigali. L'objectif : améliorer la qualité de la prise en charge des usagers en essayant d'agir sur l'accès facilité à différentes formations sanitaires via la carte de la mutuelle.

Cette liste n'est cependant pas exhaustive et peut être complétée par des thématiques d'intérêt comme :

- Intégration des privés dans le système de santé avec un rôle mesurable sur la couverture sanitaire ;
- Les actions liées à l'amélioration de la qualité de l'accueil dans les CdS et HDU, mesurée au travers la perception des usagers ;
- Les actions établissant des ponts intersectoriels entre Santé et Environnement. Avancer vers une conception intégrée sur le terrain de ces deux dimensions. L'exemple du PSDSK est illustratif dans ce sens.
- Le parcours de la femme enceinte dans la ville de Kigali et les actions menées pour une correcte prise en charge des besoins obstétricaux de la population de la ville ;
- La planification familiale dans la ville de Kigali, ou comment résoudre la problématique entre centres publics délivrant cette activité et « agréés » ne fournissant pas de contraceptifs à la population.

⁴⁷ L'AQ fait, par ailleurs, l'objet du soutien méthodologique du Ministère de la Santé avec l'appui de différents partenaires, dont t le PAQ financé par l'USAID, et mis en œuvre par l'Université Johns Hopkins (Ecole d'Hygiène et de Santé Publique),

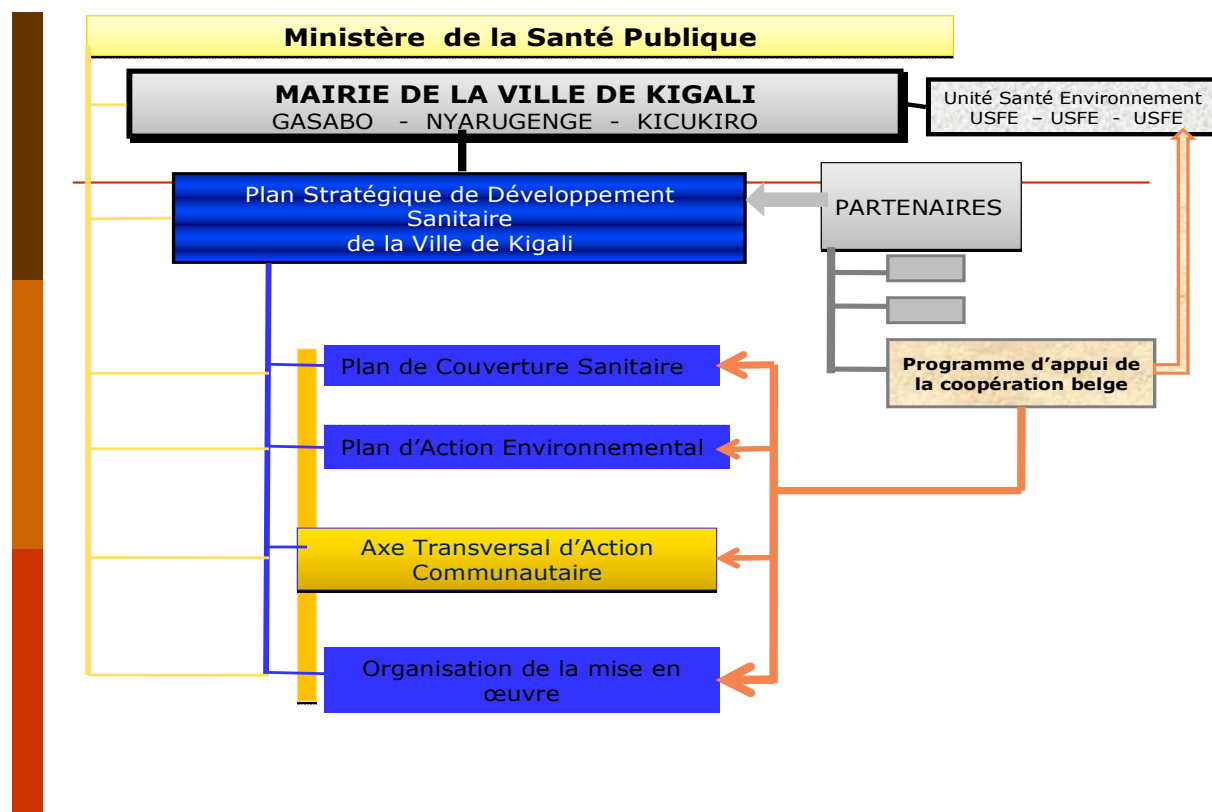
- L'opérationnalisation des urgences psychiatriques dans le CHUK, ou un pas de plus dans l'acceptation de la santé mentale par les responsables sanitaires dans la routine du système de santé au Rwanda.
- La prise en compte des maladies chroniques (problèmes cardiovasculaires, le diabète...) vu la transition épidémiologique dans des pays comme le Rwanda.
- La prise en compte des conditions comme l'épilepsie, l'accompagnement des handicaps, la réhabilitation post traumatique peut également faire l'objet d'une recherche action.

Quelque que soient les initiatives retenues, pour une application cohérente de l'approche recherche action dans le programme d'appui, il sera nécessaire de :

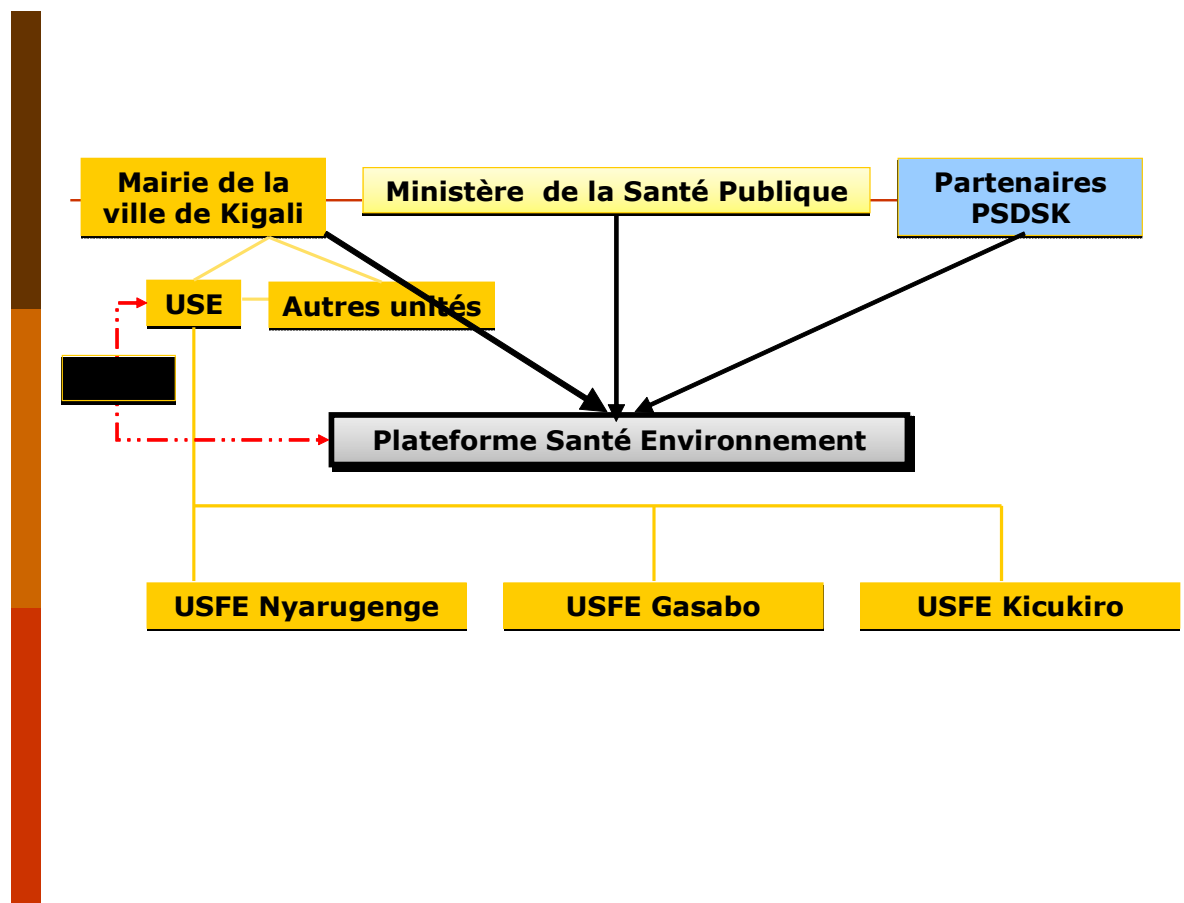
- Définir au début du programme les RA que le programme va développer ;
- S'assurer de leur encadrement par l'équipe du suivi scientifique et par la CTB ;
- Former, aussi au début du programme, les équipes chargées de l'exécution de ces actions (USE, USFPE, autres) à la méthodologie de la recherche action.

9.9 ANNEXE 9 : SCHÉMAS DU MONTAGE INSTITUTIONNEL DU PSDSK ET DU PROGRAMME D'APPUI

9.9.1 Vue d'ensemble du Plan Stratégique de Développement Sanitaire de la Ville



9.9.2 Schéma des liens de la Plate-forme SE du Plan Stratégique de Développement Sanitaire de la Ville



9.9.3 Evolution de l'actuelle Cellule Santé PH vers l'Unité Santé Environnement au sein de la Mairie de la Ville de Kigali

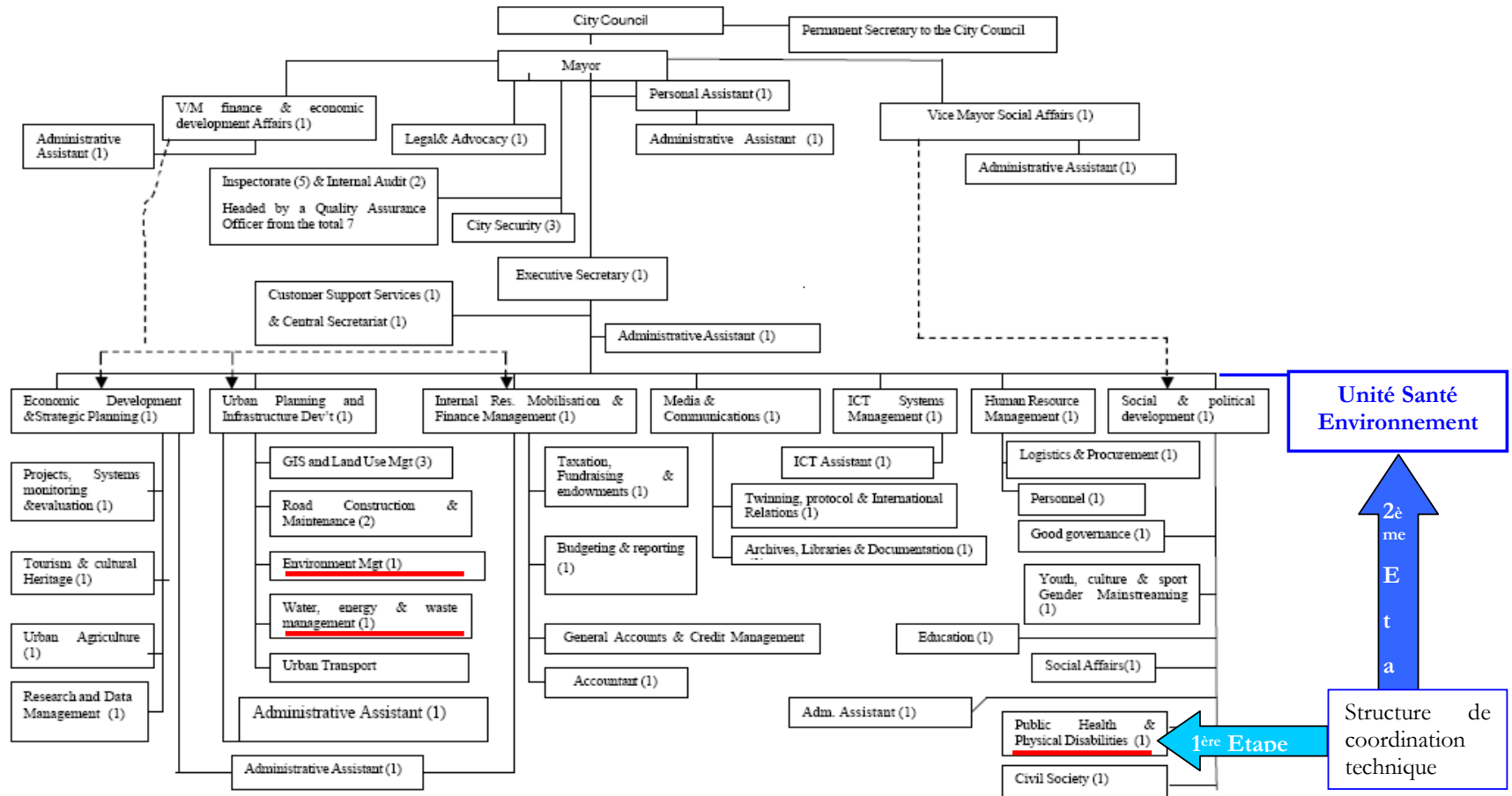
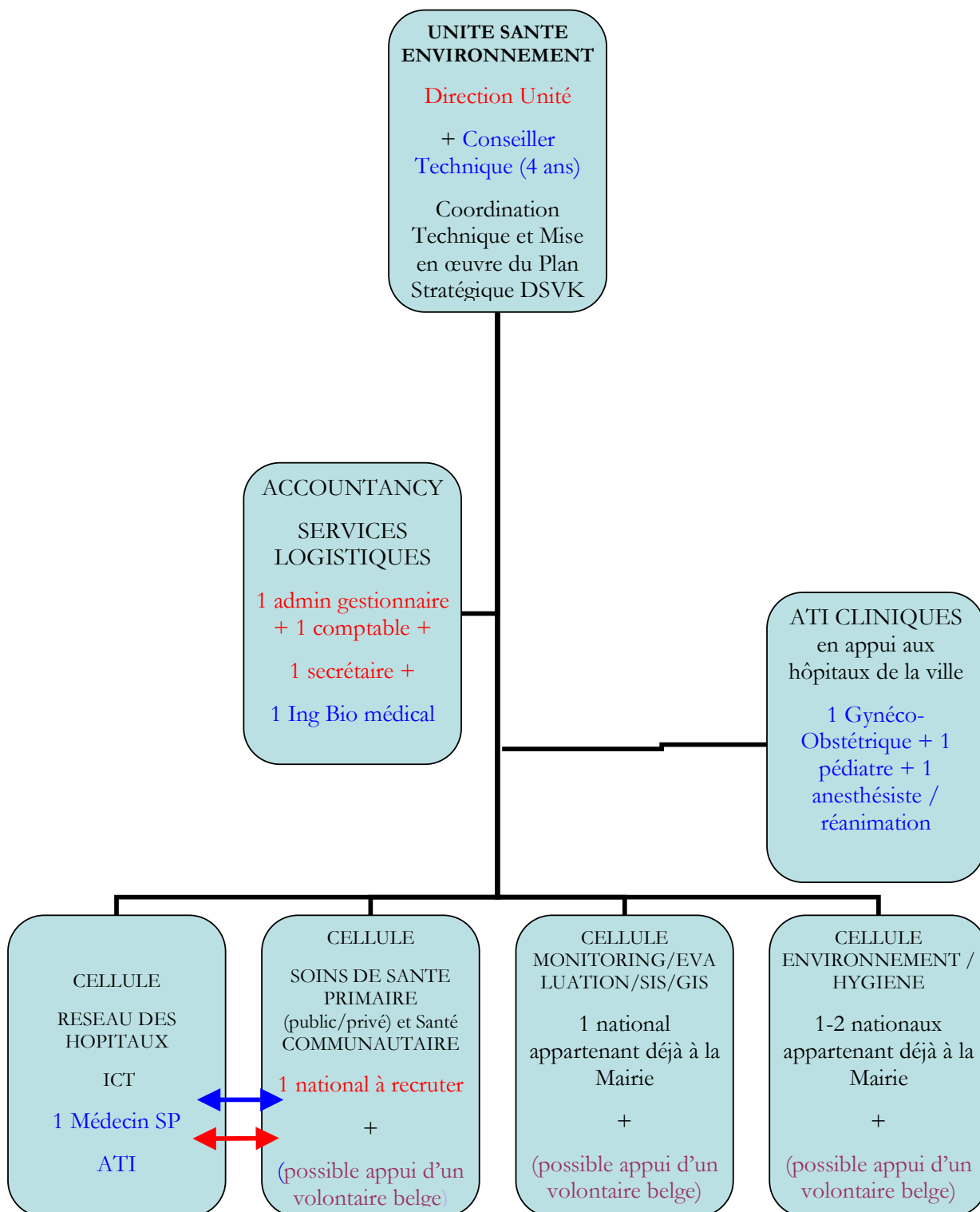


Figure 2. Organigramme de municipalité de Kigali (services détaillés et fonctions)

9.9.4 Schéma de la Structure de l'Unité Santé Environnement avec ses membres

(en rouge les postes nationaux nouveaux et en bleu les ATI et autres appuis temporaires)



10. RÉFÉRENCES

- d'Altília, Greindl, de Caluwé, de Lamalle, Wodon, Lecharlier, 2005, *Système d'Information Sanitaire*, 2^{ème} Ed L'Harmattan.
- De Wolf, J, Coopération Technique Belge, 2008, *Appui au CHUK 2007-2008 Phase 3. Evaluation*. GIMH SPRL, Ohain, Belgique.
- Gouvernement du Rwanda, février 2005, *Politique du Secteur Santé*. Kigali, République du Rwanda.
- Gouvernement du Rwanda, date d'édition inconnue, *Plan Stratégique du Secteur Santé 2005-2009*. Kigali, République du Rwanda.
- HERA-SHER, 2006, *Plan Stratégique de développement sanitaire pour la ville de Kigali 2006 – 2020*. Etude dirigée par Dr Vincent Litt.
- Institut National de la Statistique, Ministère des Finances et de la Planification Economique, 2005, *Rwanda. Enquête Démographique et de Santé 2005*. Kigali, République du Rwanda.
- Labeeuw, J., Coopération Technique Belge, 2008, *Rapport d'évaluation finale. Appui aux services de santé de la ville de Kigali*. Bruxelles, Belgique.
- Loi N° 10/2006 du 03/03/2006 portant sur l'organisation et fonctionnement de la ville de Kigali.
- Loi N° 62/2007 du 30/12/2007 portant création, organisation, fonctionnement et gestion des mutuelles de Santé. Journal Officiel de la République du Rwanda. N° spécial du 20 mars 2008.
- Ministère de l'administration locale et des affaires sociales, mai 2000, *Politique Nationale de Décentralisation*. Kigali, République du Rwanda.
- Ministère de la Santé, février 2008, *Guide de l'Approche Contractuelle pour les centres de santé. Manuel d'utilisateur*. Kigali, République du Rwanda.
- Ministère de la Santé, février 2008, *Politique de développement des mutuelles de santé au Rwanda. Draft. Version révisée*. Kigali, République du Rwanda.
- Ministère des Finances et de la Planification Economique, septembre 2007, *Stratégie de Développement Economique et de Réduction de la Pauvreté, 2008-2012*. Kigali, République du Rwanda.
- Ministère du Gouvernement Local, la Bonne Gouvernance, le Développement Communautaire et les Affaires Sociales.
- Ministry of local government, good governance, community development and social affairs, August 2007, *Rwanda Decentralization Strategic Framework. Towards a sector-wide approach for decentralization implementation*. Kigali, Republic of Rwanda
- Ministry of local government, good governance, community development and social affairs, February 12th 2008, *Rwanda Decentralization Implementation Program 2008-2012*. Kigali, Republic of Rwanda
- Ministry of Finance and Economic Planning, July 2000, *Rwanda Vision 2020*. Kigali, Republic of Rwanda.
- MUTIJIMA NKAKA Prosper, février 2005, *Perspectives et prospectives démographiques, 3^{ème} Recensement Général de la population et de l'habitat du Rwanda au 15 août 2002*, Rwanda, Kigali, Service National de Recensement, p. 76.
- National Poverty Reduction Programme, Ministry of Finance and Economic Planning, June 2002, *Poverty Reduction Strategic Paper*. Kigali, Republic of Rwanda.

Soetaert C., Août 2007, *L'impact de l'approche contractuelle sur la motivation du personnel dans les centres de santé des trois districts du Rwanda*. Coopération Technique Belge, Kigali, Rwanda.

United State Agency for International Development, June 2008, *National Health Accounts Rwanda 2006*. Abt Associates, Maryland, USA.

Verlé P., Zhysko J., October 12th 2007, *Belgian Contribution to « Joint Health Sector Support » Programme Rwanda. Final Dossier*. Belgian Technical Cooperation, Brussels, Belgium.