



**CTB**

REPUBLIC OF RWANDA



MINISTRY OF HEALTH

# RAPPORT DES RESULTATS 2012 APPUI INSTITUTIONNEL AU MINISTRE DE LA SANTÉ – PHASE IV



<b>ACRONYMES .....</b>	<b>5</b>
<b>1 APERÇU DE L'INTERVENTION.....</b>	<b>6</b>
1.1 FICHE PROJET .....	6
1.2 PERFORMANCES DU PROJET .....	7
1.3 EXECUTION BUDGETAIRE.....	7
1.4 RESUME.....	8
<b>2 ANALYSE DE L'INTERVENTION .....</b>	<b>9</b>
2.1 CONTEXTE .....	9
2.1.1 <i>Contexte général</i> .....	9
2.1.2 <i>Contexte institutionnel</i> .....	9
2.1.3 <i>Contexte de gestion : modalités d'exécution</i> .....	10
2.1.4 <i>Contexte HARMO</i> .....	11
2.2 OUTCOME .....	12
2.2.1 <i>Objectif spécifique 1: Le système de santé du District est renforcé à travers une meilleure fonctionnalité de ses organes décentralisés et de leurs interfaces d'interactions</i> .....	12
2.2.2 <i>Analyse des progrès réalisés (obj spécifique 1)</i> .....	12
2.2.3 <i>Objectif spécifique 2 : Le niveau central assure la qualité du secteur santé à travers un renforcement de la planification, coordination, M&amp;E et en se fondant sur les résultats générés par la recherche</i> .....	14
2.2.1 <i>Analyse des progrès réalisés (obj spécifique 2)</i> .....	14
2.2.2 <i>Gestion des risques</i> .....	16
2.2.3 <i>Impact potentiel</i> .....	17
2.2.4 <i>Critères de qualité</i> .....	18
2.3 OUTPUT 1: L'EQUIPE INTEGREE DE GESTION(DHMT) DU SYSTEME DE SANTE AU NIVEAU DU DISTRICT EST RENFORCEE.....	24
2.3.1 <i>Analyse des progrès réalisés</i> .....	24
2.3.2 <i>Exécution budgétaire</i> .....	25
2.3.3 <i>Critères de qualité</i> .....	25
2.4 OUTPUT 2 LA DISPONIBILITE DES RESSOURCES HUMAINES COMPETENTES ET MOTIVEES AU NIVEAU LOCAL EST AMELIOREE .....	26
2.4.1 <i>Analyse des progrès réalisés</i> .....	26
2.4.2 <i>Exécution budgétaire</i> .....	27
2.4.3 <i>Critères de qualité</i> .....	27
2.5 OUTPUT 3 L'EQUITE DANS L'ACCESSIBILITE DES SERVICES DE SANTE EST AMELIORE, EN TENANT EN CONSIDERATION LES NORMES ET LES BESOINS AU NIVEAU LOCAL.....	28
2.5.1 <i>Analyse des progrès réalisés</i> .....	28
2.5.2 <i>Exécution budgétaire</i> .....	29
2.5.3 <i>Critères de qualité</i> .....	29
2.6 OUTPUT 4 LA GESTION DES RESSOURCES DES FORMATIONS	

SANITAIRES EST RATIONNELLE ET AMELIOREE .....	30
2.6.1 <i>Analyse des progrès réalisés</i> .....	30
2.6.2 <i>Exécution budgétaire</i> .....	31
2.6.3 <i>Critères de qualité</i> .....	31
2.7 OUTPUT 5 LA QUALITE DES SOINS EST AMELIOREE D'UNE FAÇON CONTINUE .....	32
2.7.1 <i>Analyse des progrès réalisés</i> .....	32
2.7.2 <i>Exécution budgétaire</i> .....	33
2.7.3 <i>Critères de qualité</i> .....	33
2.8 OUTPUT 6 LES CONNAISSANCES SONT DEVELOPPEES D'UNE FAÇON SYSTEMATIQUE .....	34
2.8.1 <i>Analyse des progrès réalisés</i> .....	34
2.8.2 <i>Exécution budgétaire</i> .....	35
2.8.3 <i>Critères de qualité</i> .....	35
2.9 OUTPUT 7 LES PLANS DU SECTEUR DE LA SANTE SONT DEVELOPPES..	36
2.9.1 <i>Analyse des progrès réalisés</i> .....	36
2.9.2 <i>Exécution budgétaire</i> .....	36
2.9.3 <i>Critères de qualité</i> .....	37
2.10 OUTPUT 8 LA COORDINATION ET LA GESTION DU SECTEUR SONT FAITES DE FAÇON GLOBALE ET INTEGREE .....	38
2.10.1 <i>Analyse des progrès réalisés</i> .....	38
2.10.2 <i>Exécution budgétaire</i> .....	38
2.10.3 <i>Critères de qualité</i> .....	39
2.11 OUTPUT 9 LES RESSOURCES HUMAINES SONT RENFORCEES SUIVANT LE PLAN .....	40
2.11.1 <i>Analyse des progrès réalisés</i> .....	40
2.11.2 <i>Exécution budgétaire</i> .....	41
2.11.3 <i>Critères de qualité</i> .....	41
2.12 OUTPUT 10 LA GESTION FINANCIERE EST ASSUREE DE FAÇON EFFICACE SUIVANT LES NORMES ET STANDARDS NATIONAUX ET INTERNATIONAUX .....	42
2.12.1 <i>Analyse des progrès réalisés</i> .....	42
2.12.2 <i>Exécution budgétaire</i> .....	42
2.12.3 <i>Critères de qualité</i> .....	43
2.13 OUTPUT 11 UN SYSTEME INTEGRE ET PERFORMANT DE SUIVI ET EVALUATION EST MIS EN PLACE ET OPERATIONNEL .....	44
2.13.1 <i>Analyse des progrès réalisés</i> .....	44
2.13.2 <i>Exécution budgétaire</i> .....	44
2.13.3 <i>Critères de qualité</i> .....	44
2.14 OUTPUT 12 LES SERVICES ET LES SOINS DELIVRES SONT DE QUALITE SUIVANT LES NORMES ET STANDARDS .....	45
2.14.1 <i>Analyse des progrès réalisés</i> .....	45
2.14.2 <i>Exécution budgétaire</i> .....	46
2.14.3 <i>Critères de qualité</i> .....	46
2.15 OUTPUT 13 .....	47
2.15.1 <i>Analyse des progrès réalisés</i> .....	47
2.15.2 <i>Exécution budgétaire</i> .....	47

2.15.3	<i>Critères de qualité</i> .....	48
<b>3</b>	<b>THEMES TRANSVERSAUX</b> .....	<b>49</b>
3.1	GENRE.....	49
3.2	ENVIRONNEMENT.....	49
3.3	ECONOMIE SOCIALE.....	49
<b>4</b>	<b>PILOTAGE ET APPRENTISSAGE</b> .....	<b>50</b>
4.1	ENSEIGNEMENTS TIRES.....	51
<b>5</b>	<b>ANNEXES</b> .....	<b>52</b>
5.1	CADRE LOGIQUE D'ORIGINE.....	52
5.2	CADRE LOGIQUE MIS A JOUR.....	52
5.3	APERÇU DES MORE RESULTS.....	52
5.4	RAPPORT « BUDGET VERSUS ACTUELS (Y – M) ».....	52
5.5	RESSOURCES.....	52
5.6	DECISIONS PRISES PAR LA SMCL ET SUIVI.....	52
5.7	CADRE LOGIQUE D'ORIGINE.....	53
5.8	CADRE LOGIQUE MIS A JOUR.....	61
5.9	APERÇU DES MORE RESULTS.....	68
5.10	RAPPORT « BUDGET VERSUS ACTUELS (Y – M) ».....	69
5.11	RESSOURCES.....	70
5.12	DECISIONS PRISES PAR LA SMCL ET SUIVI.....	71

## Acronymes

ACM	Atelier Central de Maintenance
ATI	Assistant technique international
ATN	Assistant technique national
BTC	Belgian Technical Cooperation – Belgian Development Agency
CAAC	Cellule d'appui à l'approche contractuelle
CdC	Comité de Concertation
CS	Centre de Santé
CTAMS	Cellule Technique d'Appui aux Mutuelles de Santé
CTB	Coopération Technique Belge – Agence Belge de Développement
DHMT	District Health Management Team
DHS	District Health Survey
DTF	Dossier Technique et Financier
EDPRS	Economic Development and Poverty Reduction Strategy
EMP	Evaluation à Mi-Parcours
ESP/ULB	Ecole de Santé Publique de l'Université Libre de Bruxelles
ESP/UNR	Ecole de Santé Publique de l'Université Nationale du Rwanda
EUR	Euro
HSSP	Health Sector Strategic Plan
M&E	Suivi-évaluation
MINECOFIN	Ministère des Finances et de la Planification Economique
MINISANTÉ	Ministère de la Santé
MMC	Medical Maintenance Centre
MS4	Programme d'Appui Institutionnel au Ministère de la Santé – Phase IV
MWMP	Medical Waste Management Programme
PAPSDSK	Programme d'Appui Institutionnel à la conception et la mise en œuvre du Plan Stratégique de Développement Sanitaire de la Ville de Kigali
PBF	Performance Based Financing
Programme Minisanté 4	Programme d'Appui Institutionnel au Ministère de la Santé – Phase IV
PSRH	Plan Stratégique Ressources Humaines
RBC	Rwanda Biomedical Centre - Centre Biomédical du Rwanda
SMCL	Structure Mixte de Concertation Locale
SPIU	Single Project Implementation Unit
TWG	Technical Working Group

# 1 Aperçu de l'intervention

## 1.1 Fiche projet

Nom Projet	Programme d'Appui Institutionnel au Ministère de la Santé – Phase IV (Programme Minisanté 4)
Code Projet	RWA 08 066 11
Emplacement	République du Rwanda – niveau central et 3 districts au niveau local : District de Bugesera (Province de l'Est), Districts de Gakenke et Rulindo (Province du Nord)
Budget	12.306.279 EUR (addition reliquat projet APNSM II)
Institution Partenaire	Ministère de la Santé Directeur d'intervention : Dr. Daniel NGAMIJE, Coordinateur Single Project Implementation Unit (SPIU) Délégué à la cogestion : Dr. Vincent Tihon
Date Convention de mise en œuvre	16 septembre 2010 (notification : 20 septembre 2010)
Durée (mois)	Quarante-huit (48)
Groupes cibles	Bénéficiaires directs : cadres et agents du MINISANTÉ, du cadre régulateur, des districts de Bugesera, Gakenke et Rulindo et de leurs formations sanitaires Bénéficiaires indirects : la population de la République du Rwanda recourant aux soins de santé
Impact / Objectif global	Le Rwanda a mis en place un système de santé capable de répondre de manière appropriée aux besoins de sa population.
Outcome / Objectifs spécifiques	<u>Objectif spécifique 1 :</u> Le système de santé de district est renforcé à travers une meilleure fonctionnalité de ses organes décentralisés et de leurs interfaces d'interaction. <u>Objectif spécifique 2 :</u> Le niveau central assure la qualité du secteur de la santé à travers un renforcement de la planification, coordination, gestion et M&E, et en se fondant sur les résultats générés par la recherche.
Outputs / Résultats attendus	<u>Pour l'objectif spécifique 1 :</u> 1. L'équipe intégrée de gestion du district est renforcée. 2. La disponibilité au niveau local des ressources humaines compétentes et motivées est améliorée. 3. L'accessibilité équitable aux services de santé adaptés aux normes et aux besoins est augmentée (couverture sanitaire). 4. La gestion des ressources en vue d'une rationalisation progressive du fonctionnement interne des formations sanitaires est améliorée. 5. La qualité des soins est améliorée de façon continue. 6. Les connaissances sont développées d'une façon systématique. <u>Pour l'objectif spécifique 2 :</u> 7. Les plans du secteur de la santé sont développés. 8. La coordination et la gestion du secteur sont faites de façon globale et intégrée. 9. Les ressources humaines sont renforcées suivant le plan. 10. La gestion financière est assurée de façon efficace suivant les normes et standards nationaux et internationaux.

11. Un système intégré et performant de suivi et évaluation est mis en place et opérationnel.
12. Les services et les soins délivrés sont de qualité suivant les normes et standards.
13. La recherche action et les analyses développées au niveau opérationnel alimentent les politiques.

## 1.2 Performances du projet

	Effizienz	Efficacité	Durabilité
<b>Outcome 1</b>	C	A	B
<b>Outcome 2</b>	B	A	A
<b>Output 1</b>	B	C	A
<b>Output 2</b>	A	A	B
<b>Output 3</b>	C	C	B
<b>Output 4</b>	A	A	A
<b>Output 5</b>	A	A	B
<b>Output 6</b>	NA	NA	NA
<b>Output 7</b>	B	B	A
<b>Output 8</b>	B	B	B
<b>Output 9</b>	B	B	B
<b>Output 10</b>	NA	NA	NA
<b>Output 11</b>	NA	NA	NA
<b>Output 12</b>	B	A	B
<b>Output 13</b>	NA	NA	NA

## 1.3 Exécution budgétaire

Budget total	Dépenses année N	Solde	Taux de décaissement total
12 306 279,19	2 028 633,84	7 897 308,95	36%

NB : L'augmentation du budget total est justifiée par l'incorporation du reliquat de 306 279,19 Euros du PNSM II, décision prise par le SMCL du 19 juillet 2011.

Le taux d'exécution a doublé en 2012 et sera encore accéléré suite au processus intensif de focalisation et au suivi très rapproché de la mise en œuvre en appui avec SPIU.

## 1.4 Résumé

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Appui au développement et validation du plan stratégique du Ministère (HSSP III 2012-2018) et des plans stratégiques des districts</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Une évaluation à mi parcours anticipée (à 18 mois) a donné lieu à un remaniement significatif du programme tant au niveau organisationnel que sur les orientations prioritaires. Cela inclut l'intégration du programme dans le Single Implementation Unit du Minisanté (SPIU) en juillet 2012 pour une appropriation et un alignement renforcé. A noter que les seuils de mandats devraient être reconsidérés considérant l'expertise et le portefeuille du SPIU secteur santé.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Restructuration et réorganisation du programme avec nouveau Directeur d'Intervention (juillet 2012) et nouveau DELCO (août 2012) ; recrutement de staff (Programme Officer, assistant comptable, gestionnaire de marché et trois assistants techniques nationaux)</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Processus de focalisation a permis au programme de se concentrer sur 5 domaines cibles prioritaires :             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Planification et décentralisation</li> <li>○ Services cliniques et amélioration de la qualité</li> <li>○ Santé mentale</li> <li>○ Maintenance biomédicale</li> <li>○ Documentation et recherche action</li> </ul> </li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rattrapage des retards de mise en œuvre des accords d'exécution avec les districts et des plans des unités centrales à travers un suivi plus rapproché, une formation en gestion des marchés, des visites de terrain et l'appui du SPIU</li> </ul>

Fonctionnaire exécution nationale <sup>1</sup>	Fonctionnaire exécution CTB <sup>2</sup>

<sup>1</sup> Nom et signature

<sup>2</sup> Nom et signature



## 2 Analyse de l'intervention<sup>3</sup>

### 2.1 Contexte

#### 2.1.1 Contexte général

Le nouveau Plan Stratégique du secteur de la Santé (HSSP III) couvrant la période 2012-2018 a été validé par le Ministre de la Santé en mars 2012. Ce plan constituera la référence stratégique pour tous les programmes, Minisanté IV inclus.

La Direction Générale des Services Cliniques a développé et mis à jour les normes et standards qui ont été validées par le Ministère de la Santé en octobre 2012. Ceci a permis de lancer officiellement le processus d'accréditation des hôpitaux dans la perspective de l'étendre aux centres de santé dans l'avenir.

Au cours de 2012, deux nouveaux hôpitaux de district ont été construits : l'hôpital de Kinazi dans le district de Ruhango et l'hôpital de Kinihira dans le district de Rulindo (district d'intervention). Ainsi, conformément aux efforts du Ministère d'améliorer l'accessibilité aux soins de qualité, il y a maintenant 42 hôpitaux de district dans le pays.

La note conceptuelle sur le « The District Health System Re-Organisation Guideline from a Managerial Perspective » développée par le Ministère de la Santé en Mai 2011, n'a pas été formellement institutionnalisée mais des discussions sur sa validation et son opérationnalisation sont en cours avec le MINALOC, Ministère ayant l'administration locale dans ses attributions. Ce retard handicape les efforts du programme dans l'appui au renforcement du DHMT

#### 2.1.2 Contexte institutionnel

La conception du Programme Minisanté 4 et plus particulièrement son approche systémique qui se manifeste entre autres par le « double ancrage » de l'intervention aux niveaux central et local, son ancrage institutionnel au sein du MINISANTÉ (niveau central) et des trois districts constituant sa zone d'intervention au niveau local est **très approprié**. La plus-value technique du Programme Minisanté 4 réside dans la complémentarité entre les activités et investissements réalisés à ces deux échelons, central et local, appelés à interagir dans le contexte de la décentralisation.

En mars 2012, une évaluation à mi-parcours du programme Minisanté IV a été réalisée; les résultats de cette évaluation ont abouti à une focalisation de l'intervention, ce qui a entraîné une réduction de 13 à 5 focus (résultats). Une planification opérationnelle (juin 2012-Juin 2013) tant au niveau central qu'au niveau décentralisé, basée sur la focalisation, a été élaborée et a été approuvée par la SMCL du 13 novembre 2012.

En outre, en juillet 2012, le programme Minisanté IV a été intégré dans SPIU (Single Project Implementation Unit) du Ministère de la Santé, suite à une recommandation de la MTR approuvée par la SMCL du 18 avril 2012. Le SPIU a pour objet d'assurer la gestion intégrée et cohérente des projets du secteur santé et son mandat comprend entre

---

<sup>3</sup> Dans le présent document : L'impact équivaut à l'objectif général, l'outcome à l'objectif spécifique et l'output au résultat

autres : apporter l'assistance technique nécessaire aux institutions, unités techniques et bénéficiaires des projets du Minisanté au cours du processus de planification des projets et de mobilisation des fonds ; assurer l'harmonisation et la complémentarité des interventions et budgets à travers les différents projets y compris Minisanté IV. Cette intégration de Minisanté IV est très appropriée car elle est constituée d'une valeur ajoutée au programme et renforce l'appropriation par le partenaire et l'alignement surtout en matière d'appui dans le processus de passation des marchés.

Le renforcement du programme en ressources humaines notamment le recrutement en avril 2012 de trois assistants techniques nationaux basés dans les trois districts constituant la zone d'intervention, le recrutement d'un Project Officer et d'une Assistant-comptable en septembre 2012 constituent un renfort et contribueront au programme Minisanté IV de faire une avancée significative dans la mise en œuvre des activités

### 2.1.3 Contexte de gestion : modalités d'exécution

Le financement des activités et investissements réalisés **au niveau des trois districts** est assuré par des **accords d'exécution en cogestion**. Etant donné que ces districts constituent des entités décentralisées, cette forme de gestion leur accorde un degré maximal d'autonomie dans les limites de la cogestion (= responsabilité partagée) et le faible niveau de corruption (= risque inférieur) favorise l'application de cette autonomie de gestion, elle est **en principe appropriée** à son contexte. Cependant des difficultés ont été rencontrées dans la gestion des marchés publics par les districts avec des retards de mise en œuvre. L'intégration dans le SPIU a permis de renforcer la gestion des marchés pour le programme et de renforcer les capacités des districts dans ce domaine.

Au **niveau central**, le Programme Minisanté 4 pratique la « **cogestion classique** ». Le processus de focalisation a permis une plus grande appropriation par les unités, qui devra être soutenue dans la mise en œuvre.

Le programme Minisanté IV avait déjà enregistré en 2011 un retard dans la mise en œuvre des activités lié à l'insuffisance des ressources humaines (la démission de l'assistant technique international en août 2011 et le retard de son remplacement par les trois ATN en avril 2012), au transfert tardif des fonds et à la gestion des accords d'exécution. D'autres part, la gestion du programme où il y avait 3 directeurs dont un directeur d'intervention administratif, une directrice technique et un délégué à la cogestion assisté d'un TA santé publique. L'évaluation à mi-parcours a recommandé une restructuration dans la gestion du programme qui a été mise en œuvre à partir du 1 juillet 2012 avec l'intégration dans SPIU, la nomination d'un nouveau DI et un nouveau DELCO. Cette restructuration est très appréciée et se passe dans un dialogue très constructif. Elle permet au DELCO-DI de s'appuyer sur une équipe compétente et expérimentée. Le DELCO souligne le besoin d'un appui administratif et financier de la représentation (appui conseil qualité administration et finance). A noter que le SPIU a développé un manuel de procédures sur lequel le programme s'aligne tout en assurant que les procédures CTB sont également suivies (sur base du manuel de procédures CTB) ? Une analyse institutionnelle administrative et financière est en cours afin d'assurer la cohérence des procédures et l'efficacité optimale dans la gestion du projet.

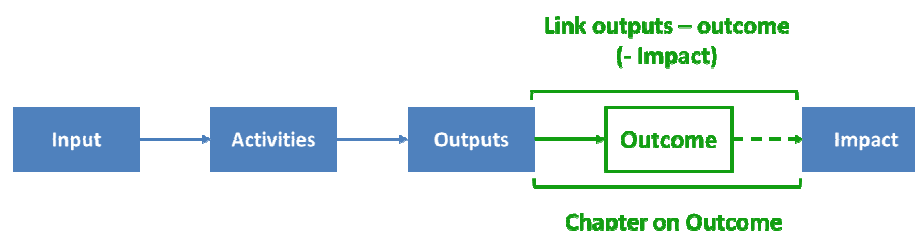
#### 2.1.4 Contexte HARMO

Dans le cadre du renforcement de l'harmonisation entre acteurs de santé, le programme Minisanté IV participe au groupe des partenaires de développement et travaille activement dans certains groupes techniques de travail avec les autres bailleurs, en particulier les groupes suivants: le renforcement du système de santé (co-présidence), la planification/suivi évaluation, la décentralisation, les ressources humaines, qualité, le financement de la santé, la santé mentale et le SWAP. L'harmonisation reste encore un défi dans le contexte de bailleurs multiples au Rwanda.

En vue de renforcer l'appropriation et l'alignement ainsi qu'une gestion efficiente des projets, le gouvernement du Rwanda a créé au niveau de chaque département ministériel une structure unique chargée de la gestion de tous les projets et programmes de coopération qui en relèvent, le « Single Project Implementation Unit » (SPIU). Le MINISANTÉ a créé son SPIU par l'instruction ministérielle n° 20/52 du 10 mars 2011. L'intégration du Programme Minisanté 4 dans cette structure a été effective à partir du mois de juillet 2012. Les résultats de cette intégration sont entre autres une meilleure appropriation du programme par le Ministère, l'alignement plus rapproché aux procédures du Rwanda et l'appui aux procédures de passation des marchés tant au niveau décentralisé qu'au niveau central. Néanmoins le niveau d'appropriation par les acteurs des unités et des districts doit être continuellement renforcé.

## 2.2 Outcome

### 2.2.1 Objectif spécifique 1: Le système de santé du District est renforcé à travers une meilleure fonctionnalité de ses organes décentralisés et de leurs interfaces d'interactions



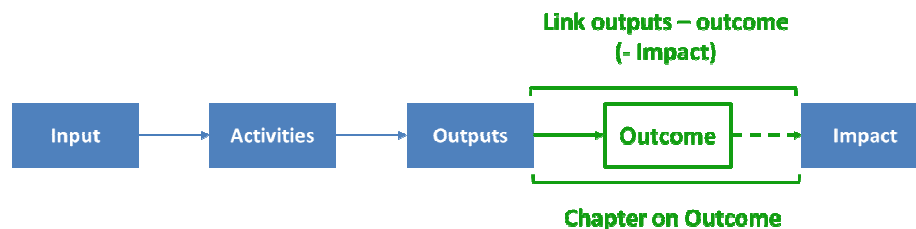
### 2.2.2 Analyse des progrès réalisés (obj spécifique 1)

<b>Outcome 1/ Objectif spécifique 1<sup>4</sup> : Le système de santé du District est renforcé à travers une meilleure fonctionnalité de ses organes décentralisés et de leurs interfaces d'interactions</b>						
Indicators as per HSSPII	'Baseline' 2008	Progress year N-1(2011)	Progress year 2012	Target year 2012	Target	Comments
% of districts with 1 Health Center per sector		95% districts	N/A		97.5%	Source:HSSP III
% of Health Facilities with the full package of activities (PMA, PCA)		100%	N/A			Source: HSSP II – MTR report
% of Health facilities covered by the whole package of PBF		93-100%			100%	Source: HSSPII – MTR report
% of population living within less than one hour or 5 km walking distance of a Health Facility	77%	N/A	N/A			Source: HSSP II – MTR report
% of health facilities with electricity and water	81% HC and 98% DH	85% HC and 100% DH	N/A			Source: HSST
% of health facilities with a maintenance tracking system	N/A	100%	N/A			Source: HSSP II – MTR report
% of districts with operational SAMU	N/A	100%, 3 to 5 ambulances per district, total 154	N/A			Sources: HSSP II – MTR report, MoH report
% of health facilities adhering to the EDL, Standard Treatment Guidelines and National Formulary	N/A	N/A	N/A			Data not available
% of facilities submitting pharmacovigilance reports	N/A	N/A	N/A			Data not available
% of health facilities with stock outs of essential drugs per quarter.	N/A	45% (2011)	N/A		5% (2015)	Data not available
% of facilities offering the mental health package at all levels.	N/A	27/30 DH	42/42		100% (450/450)	Source: HSSP II – MTR report
% of women 15-49 using modern contraceptives	35% (HMIS)	45% (DHS 2010)	N/A		70%	

<sup>4</sup> Reprendre la formulation de l'outcome, telle qu'elle figure dans le cadre logique (DTF) ou dans la dernière version du cadre logique validée par la SMCL.

<p><i>Lien entre les outputs et l'Outcome/objectif spécifiques: (Comment) les outputs contribuent-ils (toujours) à l'atteinte de l'outcome/Objectif spécifique ?</i></p>	<p>Le monitoring des indicateurs HSSPII ci-hauts montre une tendance positive. Ceci démontre une évolution positive vers l'atteinte de l'objectif spécifique de l'intervention au niveau décentralisé.</p> <p>Certaines activités du plan MINISANTÉ 4 dans les 3 Districts d'intervention y contribuent notamment à travers la formation des prestataires de soins, le mentorship par les Médecins spécialistes, la rénovation, la réhabilitation et extension des infrastructures, l'acquisition des équipements médicaux et la formation sur la gestion administrative et financière.</p>
<p><i>Progrès réalisés par rapport à l'atteinte de l'outcome (sur la base d'indicateurs) :</i></p>	<p>La tendance positive des indicateurs ci-haut repris témoigne nettement que les interventions menées, y ont contribué, notamment le présent Programme MS4.</p> <p>Il faut noter que MINISANTÉ 4 s'inscrit dans la logique d'un appui institutionnel au Ministère de la santé. Les indicateurs de mesure du degré d'atteinte de ses objectifs sont alignés sur l'EDPRS et sa mise en œuvre est pilote par le Ministère de la santé dans une approche globale d'appui conjugué avec d'autres partenaires techniques et financiers. Ainsi il est difficile d'attribuer les réalisations aux seules interventions de MINISANTÉ 4</p> <p>Certains indicateurs ne sont pas disponibles annuellement car ils nécessitent une étude spécifique ou des enquêtes au niveau de la population qui ne se font que tous les 5 ans</p>
<p><i>Difficultés qui se sont présentées, facteurs d'influence (positive ou négative) :</i></p>	<p><b>Facteurs d'influence négative:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La non institutionnalisation du DHMT</li> <li>- Insuffisance d'expertise en procédures de passation de marchés publics dans les districts</li> <li>- Les procédures de demande de non-objection et son seuil ralentissent la mise en œuvre</li> <li>- Revues multiples des plans opérationnels des Districts et un cycle de planification non synchronisé à celui du District</li> </ul> <p><b>Facteurs d'influence positive:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Approche participative dans la planification des districts</li> <li>- Recrutement de trois Assistants techniques nationaux dans les trois districts respectifs</li> <li>- Inclusion de certaines activités du programme dans les 'imihigo' (contrats de performance) des districts</li> </ul>
<p><i>Résultats inattendus :</i></p>	<p>La focalisation des résultats suite à la MTR</p>

## 2.2.3 Objectif spécifique 2 : Le niveau central assure la qualité du secteur santé à travers un renforcement de la planification, coordination, M&E et en se fondant sur les résultats générés par la recherche



### 2.2.1 Analyse des progrès réalisés (obj spécifique 2)

<b>Outcome 2/ Objectif spécifique 2<sup>5</sup> : Le niveau central assure la qualité du secteur santé à travers un renforcement de la planification, coordination, M&amp;E et en se fondant sur les résultats générés par la recherche.</b>						
Indicators as per HSSPII	Baseline' 2008	Progress year N-1(2011)	Progress year 2012	Target year 2012	Target	Comments
% of costed, implemented and monitored action plans	100%	100% of district hospitals	N/A		100%	Source: HSSP II – MTR report
% of DP's signed up to SWAp MoU	32%	95%	NA			No information
% of Districts with operational SWAp		100%	100%			All Districts have a JDAF
Ratio of medical doctor	1/17.473	1/17.240	N/A		1/15000 (2015)	Source: HSSPIII
Ratio of qualified nurse A1, A0, Masters	1/1405	1/1294	N/A		1/1100 (2015)	Source: HSSPIII
% of Health Facilities with a midwife present	49 midwives		N/A		1/50000 pop (2015)	156 midwives in 2011 1/66749 Pop Source: DHS 2010
% of Health Staff outside of Kigali	Nurses 62.8%	Nurses 78%	N/A			Source: website MINISANTÉ
Public Health expenditure as % of GoR total expenditure	10.2% (2009-2010)	16.05% (2010-2011)	N/A			Source: DHS 2010
% Population covered by health insurance	86%	91%	N/A		91%	Source: HSSPIII
% of eligible hospital bills reimbursed by District Pooling Risk	N/A	79%				Source: HSSP II – MTR report
% of Health facilities reporting according to existing HMIS norms	N/A	100%	N/A			Source: HSSP II – MTR report
% of facilities involved in accreditation system (only absolute number available as only those were involved in the accreditation system)	(3)	(5) labs	9	9		Rapport MoH
% of accredited facilities (number only, as above)	0		1	2	7 (2015)	Rapport MOH
% of National policies and guidelines referenced in research results	NA		NA	NA		

<sup>5</sup> Reprendre la formulation de l'outcome, telle qu'elle figure dans le cadre logique (DTF) ou dans la dernière version du cadre logique validée par la SMCL.

<b>Analyse des progrès réalisés par rapport à l'Objectif spécifique 2 :</b>	
<i>Lien entre les outputs et l'outcome/objectif spécifique : (Comment) les outputs contribuent-ils (toujours) à l'atteinte de l'outcome/Objectif spécifique ?</i>	Au cours de 2012 le programme a contribué aux activités de renforcement du secteur santé telles que: (1) l'élaboration HSSP III partant des résultats/recommandations de l'évaluation de HSSP II, (2) le développement HR (M&E), (3) la décentralisation des superviseurs et autres moyens logistiques pour aller appuyer le niveau opérationnel, (4) le développement plans stratégiques des districts, (5) lancement du processus d'accréditation des formations sanitaires (Hôpitaux de Référence et HD) ; (6) validation des normes et standards pour les formations sanitaires et (7) l' appui à la supervision intégrée
<i>Progrès réalisés par rapport à l'atteinte de l'Objectif spécifiques (sur la base d'indicateurs) :</i>	Comme mentionné ci-haut, le programme MINISANTÉ 4 opère dans une synergie avec d'autres partenaires du Ministère de la santé dans un appui institutionnel tant technique que financier.
<i>Difficultés qui se sont présentées, facteurs d'influence (positive ou négative) :</i>	<b>Facteur d'influence positive</b> : Processus participatif et inclusif du développement et de la Validation du HSSP III  <b>Facteur d'influence négative</b> : (1) Long processus de planification stratégique des districts, ce qui a causé le retard dans la mise œuvre des activités ;(2) Long processus de validation du concept note de « District Health Guidelines » (DHG) ;(3) Long processus de planification et validation des plans opérationnels du programme
<i>Résultats inattendus :</i>	La focalisation des résultats suite à la MTR

## 2.2.2 Gestion des risques

Sur le plan du monitoring des risques, l'accent doit être mis sur les risques pour le développement et (le cas échéant) les réputation (et donc pas sur les risques fiduciaires, opérationnels, etc., le suivi de ceux-ci devant être assuré dans le monitoring (rapport trimestriel)).

Pour le programme Minisanté 4, un exercice de révision des risques a été effectué et la majorité des risques identifiés jusqu'à présent sont **opérationnel**. Suite au processus intensif, participatif et inclusif de la focalisation, le programme n'anticipe pas a priori de nouveaux risques pour le développement.

Identification du risque			Analyse du risque			Traitement du risque	
Description du risque	Période d'identification	Catégorie de risque	Probabilité	Impact potentiel	Total	Action(s)	Resp.
Si l'exécution des accords avec les districts est ralentie, certaines activités pourraient ne pas être terminées à la fin de la période d'éligibilité des dépenses (31 octobre 2013) ce qui résulterait à une faible performance du programme	19-Nov-12	Opérationnel /réputation	Moyenne	élevé		(1) Suivi rapproché, (2) Formation sur les procédures de passation et de gestion des marchés (3) avenant aux accords d'exécution pour augmenter la durée de 6 mois (4) initier la planification 2013/14 sans retard pour une approbation par le CdC	DELCO DI
L'ESP pourrait ne pas disponibiliser les ressources qui diminuerait la qualité de la recherche opérationnelle	19-Nov-12	Opérationnel /réputation	élevée	élevé		(1)Revoir le plan d'action avec l'ESP, (2) Identifier d'autres consultants	DELCO DI



### 2.2.3 Impact potentiel

<b>Impact/Objectif global : Le Rwanda a mis en place un système de santé capable de répondre de manière appropriée aux besoins de sa population</b>						
<b>Indicateurs<sup>6</sup></b>	<b>Valeur de la <i>Baseline</i><sup>7</sup></b>	<b>Progrès année N-3 (2008)</b>	<b>Progrès année 2010</b>	<b>Progrès année 2012(DHS2010)</b>	<b>Cible finale 2015<sup>8</sup></b>	<b>Commentaires<sup>9</sup></b>
Infant Mortality rate(/1000)	86	62	50	50	28	
U5 Mortality rate (/1000)	152	103	76	76	47	
Maternal Mortality rate (/100.000)	750	N/A	487	487	268	
Fertility rate	6.1	5.5 (07-08)	4,6	4,6		
HIV among Youth	1%		1%	1%		
Proportion of Under-5 children with chronic malnutrition	51%		44%	44%		
Proportion of anemia in women in childbearing age	32.8%		17,3%	17,3%		

Le renforcement du système de santé de district et l'appui au niveau central pour assurer la qualité du secteur de la santé sont deux objectifs qui vont directement contribuer à la réalisation de l'objectif global. Comme souvent dans le cadre d'un programme d'appui institutionnel, on ne pourra que difficilement établir un lien direct entre l'appui institutionnel et les indicateurs d'impact. Cependant la tendance actuelle d'amélioration des indicateurs de santé au Rwanda incite à penser que l'impact sera garanti avec une probabilité possible.

<sup>6</sup> Reprendre les indicateurs tels qu'ils figurent dans le cadre logique.

<sup>7</sup> La valeur de l'indicateur au temps 0. Se réfère à la valeur des indicateurs au début de l'intervention.

<sup>8</sup> La valeur cible à la fin de l'intervention.

<sup>9</sup> Commentaires sur les progrès réalisés, à savoir une appréciation de la valeur de l'indicateur atteinte à la fin de l'année N par rapport aux valeurs « *Baseline* » (temps 0) et/ou à la valeur de l'année précédente, et par rapport à la valeur intermédiaire attendue pour l'année N. Il convient de limiter au maximum les commentaires.

## 2.2.4 Critères de qualité

### 2.2.4.1 Le système de santé de district est renforcé à travers une meilleure fonctionnalité de ses organes décentralisés et de leurs interfaces d'interaction.

Lors de l'atelier d'élaboration de ce rapport des résultats 2012 une équipe du district composée des directeurs d'HD, chargés de santé et ATN MS4 basés dans les districts s'est prononcée sur les critères repris dans le tableau ci-dessous.

<b>1. PERTINENCE : le degré dans lequel l'intervention est cohérente avec les politiques et priorités locales et nationales ainsi qu'avec les attentes des bénéficiaires.</b>		
<i>Procédez comme suit pour calculer la note totale du présent critère Q : Au moins un 'A, pas de 'C' ni de 'D' = A ; Deux fois un 'B' = B ; Au moins un 'C, pas de 'D' = C ; Au moins un 'D' = D</i>		
<b>1.1 Quel est le degré de pertinence actuel du projet ?</b>		
<input checked="" type="checkbox"/>	<b>A</b>	Clairement toujours ancré dans les politiques nationales et la stratégie belge, satisfait aux engagements en matière d'efficacité de l'aide, extrêmement pertinent par rapport aux besoins du groupe cible.
<input type="checkbox"/>	<b>B</b>	S'inscrit toujours bien dans les politiques nationales et la stratégie belge (sans être toujours explicite), relativement compatible avec les engagements en matière d'efficacité de l'aide, pertinent par rapport aux besoins du groupe cible.
<input type="checkbox"/>	<b>C</b>	Quelques questions par rapport à la cohérence avec les politiques nationales et la stratégie belge, l'efficacité de l'aide ou la pertinence.
<input type="checkbox"/>	<b>D</b>	Contradictions avec les politiques nationales et la stratégie belge, les engagements en matière d'efficacité de l'aide ; la pertinence vis-à-vis des besoins est mise en doute. Des changements majeurs sont requis.
<b>1.2 La logique d'intervention, telle qu'elle est conçue actuellement, est-elle toujours la bonne ?</b>		
<input type="checkbox"/>	<b>A</b>	Logique d'intervention claire et bien structurée ; logique verticale des objectifs réalisable et cohérente ; indicateurs appropriés ; risques et hypothèses clairement identifiés et gérés ; accompagnement de sortie d'intervention mis en place (si cela est applicable).
<input checked="" type="checkbox"/>	<b>B</b>	Logique d'intervention appropriée bien qu'elle puisse avoir besoin de certaines améliorations en termes de hiérarchie d'objectifs, d'indicateurs, de risques et hypothèses.
<input type="checkbox"/>	<b>C</b>	Les problèmes par rapport à la logique d'intervention peuvent affecter la performance d'un projet et sa capacité à contrôler et évaluer les progrès ; améliorations requises.
<input type="checkbox"/>	<b>D</b>	La logique d'intervention est erronée et nécessite une révision en profondeur pour que le projet puisse espérer aboutir.
<b>2. EFFICIENCE DE LA MISE EN ŒUVRE JUSQU'À CE JOUR : le degré dans lequel les ressources de l'intervention (fonds, expertise, temps, etc.) ont été converties en résultats de façon économe (appréciation de l'ensemble de l'intervention)</b>		
<i>Procédez comme suit pour calculer la note totale du présent critère Q : Au moins un 'A, pas de 'C' ni de 'D' = A ; Deux fois un 'B' = B ; Au moins un 'C, pas de 'D' = C ; Au moins un 'D' = D</i>		
<b>2.1 Dans quelle mesure les inputs (finances, RH, biens &amp; équipements) sont-ils correctement gérés ?</b>		
<input type="checkbox"/>	<b>A</b>	Tous les inputs sont disponibles à temps et dans les limites budgétaires.
<input checked="" type="checkbox"/>	<b>B</b>	La plupart des inputs sont disponibles dans des délais raisonnables et ne nécessitent pas d'ajustements budgétaires considérables. Une certaine marge d'amélioration est cependant possible.
<input type="checkbox"/>	<b>C</b>	La disponibilité et l'utilisation des inputs posent des problèmes qui doivent être résolus, sans quoi les résultats pourraient courir certains risques.

<input type="checkbox"/>	<b>D</b>	La disponibilité et la gestion des inputs comportent de sérieuses lacunes qui menacent l'atteinte des résultats. Des changements considérables sont nécessaires.
--------------------------	----------	--

### 2.2 Dans quelle mesure les outputs sont-ils correctement gérés ?

<input type="checkbox"/>	<b>A</b>	Tous les outputs ont été et seront plus que vraisemblablement livrés dans les temps et de bonne qualité ce qui contribuera aux outcomes planifiés.
<input type="checkbox"/>	<b>B</b>	Les outputs sont et seront plus que vraisemblablement livrés dans les temps, mais une certaine marge d'amélioration est possible en termes de qualité, de couverture et de timing.
<input checked="" type="checkbox"/>	<b>C</b>	Certains outputs ne s(er)ont pas livrés à temps ou de bonne qualité. Des ajustements sont nécessaires.
<input type="checkbox"/>	<b>D</b>	La qualité et la livraison des outputs comportent et comporteront plus que vraisemblablement de sérieuses lacunes. Des ajustements considérables sont nécessaires pour garantir au minimum que les outputs clés seront livrés à temps.

### 3. EFFICACITÉ JUSQU'À CE JOUR : le degré dans lequel l'outcome (objectif spécifique) est atteint, tel que prévu à la fin de l'année N

Procédez comme suit pour calculer la note totale du présent critère Q : Au moins un 'A', pas de 'C' ni de 'D' = A ; Deux fois un 'B' = B ; Au moins un 'C', pas de 'D' = C ; Au moins un 'D' = D

#### 3.1 Tel qu'il est mis en œuvre actuellement, quelle est la probabilité que l'outcome soit réalisé ?

<input type="checkbox"/>	<b>A</b>	La réalisation totale de l'outcome est vraisemblable en termes de qualité et de couverture. Les résultats négatifs (s'il y en a) ont été atténués.
<input checked="" type="checkbox"/>	<b>B</b>	L'outcome sera atteint avec quelques minimes restrictions ; les effets négatifs (s'il y en a) n'ont pas causé beaucoup de tort.
<input type="checkbox"/>	<b>C</b>	L'outcome ne sera atteint que partiellement, entre autres en raison d'effets négatifs auxquels le management n'est pas parvenu à s'adapter entièrement. Des mesures correctives doivent être prises pour améliorer la probabilité de la réalisation de l'outcome.
<input type="checkbox"/>	<b>D</b>	Le projet n'atteindra pas son outcome, à moins que d'importantes mesures fondamentales soient prises.

#### 3.2 Les activités et les outputs sont-ils adaptés sur la base des résultats atteints dans l'optique de réaliser l'outcome (objectif spécifique) ?

<input checked="" type="checkbox"/>	<b>A</b>	Le projet réussit à adapter ses stratégies/activités et outputs en fonction de l'évolution des circonstances externes dans l'optique de réaliser l'outcome. Les risques et hypothèses sont gérés de manière proactive.
<input type="checkbox"/>	<b>B</b>	Le projet réussit relativement bien à adapter ses stratégies en fonction de l'évolution des circonstances externes dans l'optique de réaliser l'outcome. La gestion des risques est relativement passive.
<input type="checkbox"/>	<b>C</b>	Le projet n'est pas totalement parvenu à adapter ses stratégies en fonction de l'évolution des circonstances externes de façon appropriée ou dans les temps. La gestion des risques a été plutôt statique. Une modification importante des stratégies s'avère nécessaire pour garantir au projet la réalisation de son outcome.
<input type="checkbox"/>	<b>D</b>	Le projet n'est pas parvenu à réagir à l'évolution des circonstances externes ; la gestion des risques a été insuffisante. Des changements considérables sont nécessaires pour réaliser l'outcome.

### 3. DURABILITÉ POTENTIELLE : le degré de probabilité de préserver et reproduire les bénéfices d'une intervention sur le long terme (au-delà de la période de mise en œuvre de l'intervention).

Procédez comme suit pour calculer la note totale du présent critère Q : Au moins 3 'A', pas de 'C' ni de 'D' = A ; Maximum 2 'C', pas de 'D' = B ; Au moins 3 'C', pas de 'D' = C ; Au moins un 'D' = D

#### 3.1 Durabilité financière/économique ?

<input type="checkbox"/>	<b>A</b>	La durabilité financière/économique est potentiellement très bonne : les frais liés aux services et à la maintenance sont couverts ou raisonnables ; les facteurs externes n'auront aucune incidence sur celle-ci.
--------------------------	----------	--

<input checked="" type="checkbox"/>	<b>B</b>	La durabilité financière/économique sera vraisemblablement bonne, mais des problèmes peuvent survenir en raison notamment de l'évolution de facteurs économiques externes.
<input type="checkbox"/>	<b>C</b>	Les problèmes doivent être traités en ce qui concerne la durabilité financière soit en termes de frais institutionnels ou liés aux groupes cibles, ou encore d'évolution du contexte économique.
<input type="checkbox"/>	<b>D</b>	La durabilité financière/économique est très discutable, à moins que n'interviennent des changements majeurs.
<b>4.2 Quel est le degré d'appropriation du projet par les groupes cibles et persistera-t-il au terme de l'assistance externe ?</b>		
<input type="checkbox"/>	<b>A</b>	La SMCL et d'autres structures locales pertinentes sont fortement impliquées à tous les stades de la mise en œuvre et s'engagent à continuer à produire et utiliser des résultats.
<input checked="" type="checkbox"/>	<b>B</b>	La mise en œuvre se base en grande partie sur la SMCL et d'autres structures locales pertinentes, impliquées elles aussi, dans une certaine mesure, dans le processus décisionnel. La probabilité d'atteindre la durabilité est bonne, mais une certaine marge d'amélioration est possible.
<input type="checkbox"/>	<b>C</b>	Le projet recourt principalement à des arrangements ponctuels et à la SMCL et d'autres structures locales pertinentes en vue de garantir la durabilité. La continuité des résultats n'est pas garantie. Des mesures correctives sont requises.
<input type="checkbox"/>	<b>D</b>	Le projet dépend totalement des structures ponctuelles n'offrant aucune perspective de durabilité. Des changements fondamentaux sont requis pour garantir la durabilité.
<b>4.3 Quel est le niveau d'appui politique fourni et le degré d'interaction entre le projet et le niveau politique ?</b>		
<input type="checkbox"/>	<b>A</b>	Le projet bénéficie de l'appui intégral de la politique et des institutions, et cet appui se poursuivra.
<input checked="" type="checkbox"/>	<b>B</b>	Le projet a bénéficié, en général, de l'appui de la politique et des institutions chargées de la mettre en œuvre, ou à tout le moins n'a pas été gêné par ceux-ci, et cet appui se poursuivra vraisemblablement.
<input type="checkbox"/>	<b>C</b>	La durabilité du projet est limitée par l'absence d'appui politique. Des mesures correctives sont requises.
<input type="checkbox"/>	<b>D</b>	Les politiques ont été et seront vraisemblablement en contradiction avec le projet. Des changements fondamentaux s'avèrent nécessaires pour garantir la durabilité du projet.
<b>4.4 Dans quelle mesure le projet contribue-t-il à la capacité institutionnelle et de gestion ?</b>		
<input type="checkbox"/>	<b>A</b>	Le projet est intégré aux structures institutionnelles et a contribué à l'amélioration de la capacité institutionnelle et de gestion (même si ce n'est pas là un objectif explicite).
<input checked="" type="checkbox"/>	<b>B</b>	La gestion du projet est bien intégrée aux structures institutionnelles et a contribué d'une certaine manière au renforcement des capacités. Une expertise supplémentaire peut s'avérer requise. Des améliorations sont possibles en vue de garantir la durabilité.
<input type="checkbox"/>	<b>C</b>	Le projet repose trop sur des structures ponctuelles plutôt que sur des institutions ; le renforcement des capacités n'a pas suffi à garantir pleinement la durabilité. Des mesures correctives sont requises.
<input type="checkbox"/>	<b>D</b>	Le projet repose sur des structures ponctuelles et un transfert de compétences vers des institutions existantes, qui permettrait de garantir la durabilité, est improbable à moins que des changements fondamentaux n'interviennent.

Critères	Note
<b>Pertinence</b>	A
<b>Efficacité</b>	A
<b>Durabilité</b>	B
<b>Efficiency</b>	C

Pour le critère **Efficacité**, une note C a été accordée avec motif que pas mal d'activités ont accusé un retard particulièrement à cause des procédures lentes et de la gestion des marchés publics.

## 2.2.4.2 Le niveau central assure la qualité du secteur santé à travers un renforcement de la planification, coordination, M&E et en se fondant sur les résultats générés par la recherche.

La même méthodologie a été utilisée par une équipe composée des personnes focales des unités centrales du Ministère qui bénéficient de l'appui MINISANTÉ 4 en remplissant le tableau sur les critères de qualités pour l'objectif spécifique 2:

<b>1. PERTINENCE : le degré dans lequel l'intervention est cohérente avec les politiques et priorités locales et nationales ainsi qu'avec les attentes des bénéficiaires.</b>		
<i>Procédez comme suit pour calculer la note totale du présent critère Q : Au moins un 'A, pas de 'C' ni de 'D' = A ; Deux fois un 'B' = B ; Au moins un 'C, pas de 'D' = C ; Au moins un 'D' = D</i>		
<b>1.1 Quel est le degré de pertinence actuel du projet ?</b>		
<input checked="" type="checkbox"/>	<b>A</b>	Clairement toujours ancré dans les politiques nationales et la stratégie belge, satisfait aux engagements en matière d'efficacité de l'aide, extrêmement pertinent par rapport aux besoins du groupe cible.
<input type="checkbox"/>	<b>B</b>	S'inscrit toujours bien dans les politiques nationales et la stratégie belge (sans être toujours explicite), relativement compatible avec les engagements en matière d'efficacité de l'aide, pertinent par rapport aux besoins du groupe cible.
<input type="checkbox"/>	<b>C</b>	Quelques questions par rapport à la cohérence avec les politiques nationales et la stratégie belge, l'efficacité de l'aide ou la pertinence.
<input type="checkbox"/>	<b>D</b>	Contradictions avec les politiques nationales et la stratégie belge, les engagements en matière d'efficacité de l'aide ; la pertinence vis-à-vis des besoins est mise en doute. Des changements majeurs sont requis.
<b>1.2 La logique d'intervention, telle qu'elle est conçue actuellement, est-elle toujours la bonne ?</b>		
<input type="checkbox"/>	<b>A</b>	Logique d'intervention claire et bien structurée ; logique verticale des objectifs réalisable et cohérente ; indicateurs appropriés ; risques et hypothèses clairement identifiés et gérés ; accompagnement de sortie d'intervention mis en place (si cela est applicable).
<input checked="" type="checkbox"/>	<b>B</b>	Logique d'intervention appropriée bien qu'elle puisse avoir besoin de certaines améliorations en termes de hiérarchie d'objectifs, d'indicateurs, de risques et hypothèses.
<input type="checkbox"/>	<b>C</b>	Les problèmes par rapport à la logique d'intervention peuvent affecter la performance d'un projet et sa capacité à contrôler et évaluer les progrès ; améliorations requises.
<input type="checkbox"/>	<b>D</b>	La logique d'intervention est erronée et nécessite une révision en profondeur pour que le projet puisse espérer aboutir.
<b>2. EFFICIENCE DE LA MISE EN ŒUVRE JUSQU'À CE JOUR : le degré dans lequel les ressources de l'intervention (fonds, expertise, temps, etc.) ont été converties en résultats de façon économe (appréciation de l'ensemble de l'intervention)</b>		
<i>Procédez comme suit pour calculer la note totale du présent critère Q : Au moins un 'A, pas de 'C' ni de 'D' = A ; Deux fois un 'B' = B ; Au moins un 'C, pas de 'D' = C ; Au moins un 'D' = D</i>		
<b>2.1 Dans quelle mesure les inputs (finances, RH, biens &amp; équipements) sont-ils correctement gérés ?</b>		
<input type="checkbox"/>	<b>A</b>	Tous les inputs sont disponibles à temps et dans les limites budgétaires.
<input checked="" type="checkbox"/>	<b>B</b>	La plupart des inputs sont disponibles dans des délais raisonnables et ne nécessitent pas d'ajustements budgétaires considérables. Une certaine marge d'amélioration est cependant possible.
<input type="checkbox"/>	<b>C</b>	La disponibilité et l'utilisation des inputs posent des problèmes qui doivent être résolus, sans quoi les résultats pourraient courir certains risques.
<input type="checkbox"/>	<b>D</b>	La disponibilité et la gestion des inputs comportent de sérieuses lacunes qui menacent l'atteinte des résultats. Des changements considérables sont nécessaires.

2.2 Dans quelle mesure les outputs sont-ils correctement gérés ?		
<input type="checkbox"/>	<b>A</b>	Tous les outputs ont été et seront plus que vraisemblablement livrés dans les temps et de bonne qualité ce qui contribuera aux outcomes planifiés.
<input checked="" type="checkbox"/>	<b>B</b>	Les outputs sont et seront plus que vraisemblablement livrés dans les temps, mais une certaine marge d'amélioration est possible en termes de qualité, de couverture et de timing.
<input type="checkbox"/>	<b>C</b>	Certains outputs ne s(er)ont pas livrés à temps ou de bonne qualité. Des ajustements sont nécessaires.
<input type="checkbox"/>	<b>D</b>	La qualité et la livraison des outputs comportent et comporteront plus que vraisemblablement de sérieuses lacunes. Des ajustements considérables sont nécessaires pour garantir au minimum que les outputs clés seront livrés à temps.

3. EFFICACITÉ JUSQU'À CE JOUR : le degré dans lequel l'outcome (objectif spécifique) est atteint, tel que prévu à la fin de l'année N		
<i>Procédez comme suit pour calculer la note totale du présent critère Q : Au moins un 'A, pas de 'C' ni de 'D' = A ; Deux fois un 'B' = B ; Au moins un 'C, pas de 'D' = C ; Au moins un 'D' = D</i>		
3.1 Tel qu'il est mis en œuvre actuellement, quelle est la probabilité que l'outcome soit réalisé ?		
<input type="checkbox"/>	<b>A</b>	La réalisation totale de l'outcome est vraisemblable en termes de qualité et de couverture. Les résultats négatifs (s'il y en a) ont été atténués.
<input checked="" type="checkbox"/>	<b>B</b>	L'outcome sera atteint avec quelques minimales restrictions ; les effets négatifs (s'il y en a) n'ont pas causé beaucoup de tort.
<input type="checkbox"/>	<b>C</b>	L'outcome ne sera atteint que partiellement, entre autres en raison d'effets négatifs auxquels le management n'est pas parvenu à s'adapter entièrement. Des mesures correctives doivent être prises pour améliorer la probabilité de la réalisation de l'outcome.
<input type="checkbox"/>	<b>D</b>	Le projet n'atteindra pas son outcome, à moins que d'importantes mesures fondamentales soient prises.
3.2 Les activités et les outputs sont-ils adaptés sur la base des résultats atteints dans l'optique de réaliser l'outcome (objectif spécifique) ?		
<input checked="" type="checkbox"/>	<b>A</b>	Le projet réussit à adapter ses stratégies/activités et outputs en fonction de l'évolution des circonstances externes dans l'optique de réaliser l'outcome. Les risques et hypothèses sont gérés de manière proactive.
<input type="checkbox"/>	<b>B</b>	Le projet réussit relativement bien à adapter ses stratégies en fonction de l'évolution des circonstances externes dans l'optique de réaliser l'outcome. La gestion des risques est relativement passive.
<input type="checkbox"/>	<b>C</b>	Le projet n'est pas totalement parvenu à adapter ses stratégies en fonction de l'évolution des circonstances externes de façon appropriée ou dans les temps. La gestion des risques a été plutôt statique. Une modification importante des stratégies s'avère nécessaire pour garantir au projet la réalisation de son outcome.
<input type="checkbox"/>	<b>D</b>	Le projet n'est pas parvenu à réagir à l'évolution des circonstances externes ; la gestion des risques a été insuffisante. Des changements considérables sont nécessaires pour réaliser l'outcome.

3. DURABILITÉ POTENTIELLE : le degré de probabilité de préserver et reproduire les bénéfices d'une intervention sur le long terme (au-delà de la période de mise en œuvre de l'intervention).		
<i>Procédez comme suit pour calculer la note totale du présent critère Q : Au moins 3 'A, pas de 'C' ni de 'D' = A ; Maximum 2 'C', pas de 'D' = B ; Au moins 3 'C, pas de 'D' = C ; Au moins un 'D' = D</i>		
3.1 Durabilité financière/économique ?		
<input type="checkbox"/>	<b>A</b>	La durabilité financière/économique est potentiellement très bonne : les frais liés aux services et à la maintenance sont couverts ou raisonnables ; les facteurs externes n'auront aucune incidence sur celle-ci.
<input checked="" type="checkbox"/>	<b>B</b>	La durabilité financière/économique sera vraisemblablement bonne, mais des problèmes peuvent survenir en raison notamment de l'évolution de facteurs économiques externes.

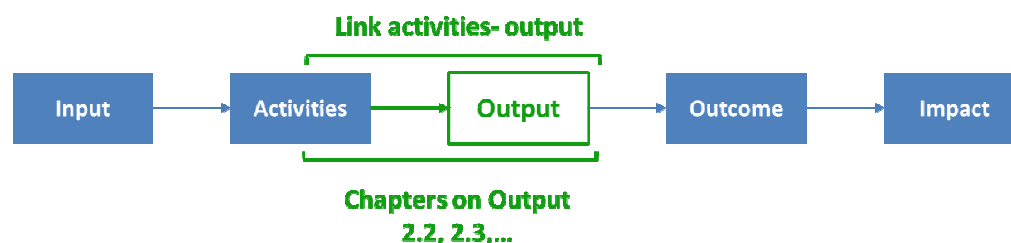
<input type="checkbox"/>	<b>C</b>	Les problèmes doivent être traités en ce qui concerne la durabilité financière soit en termes de frais institutionnels ou liés aux groupes cibles, ou encore d'évolution du contexte économique.
<input type="checkbox"/>	<b>D</b>	La durabilité financière/économique est très discutable, à moins que n'interviennent des changements majeurs.
<b>4.2 Quel est le degré d'appropriation du projet par les groupes cibles et persistera-t-il au terme de l'assistance externe ?</b>		
<input checked="" type="checkbox"/>	<b>A</b>	La SMCL et d'autres structures locales pertinentes sont fortement impliquées à tous les stades de la mise en œuvre et s'engagent à continuer à produire et utiliser des résultats.
<input type="checkbox"/>	<b>B</b>	La mise en œuvre se base en grande partie sur la SMCL et d'autres structures locales pertinentes, impliquées elles aussi, dans une certaine mesure, dans le processus décisionnel. La probabilité d'atteindre la durabilité est bonne, mais une certaine marge d'amélioration est possible.
<input type="checkbox"/>	<b>C</b>	Le projet recourt principalement à des arrangements ponctuels et à la SMCL et d'autres structures locales pertinentes en vue de garantir la durabilité. La continuité des résultats n'est pas garantie. Des mesures correctives sont requises.
<input type="checkbox"/>	<b>D</b>	Le projet dépend totalement des structures ponctuelles n'offrant aucune perspective de durabilité. Des changements fondamentaux sont requis pour garantir la durabilité.
<b>4.3 Quel est le niveau d'appui politique fourni et le degré d'interaction entre le projet et le niveau politique ?</b>		
<input checked="" type="checkbox"/>	<b>A</b>	Le projet bénéficie de l'appui intégral de la politique et des institutions, et cet appui se poursuivra.
<input type="checkbox"/>	<b>B</b>	Le projet a bénéficié, en général, de l'appui de la politique et des institutions chargées de la mettre en œuvre, ou à tout le moins n'a pas été gêné par ceux-ci, et cet appui se poursuivra vraisemblablement.
<input type="checkbox"/>	<b>C</b>	La durabilité du projet est limitée par l'absence d'appui politique. Des mesures correctives sont requises.
<input type="checkbox"/>	<b>D</b>	Les politiques ont été et seront vraisemblablement en contradiction avec le projet. Des changements fondamentaux s'avèrent nécessaires pour garantir la durabilité du projet.
<b>4.4 Dans quelle mesure le projet contribue-t-il à la capacité institutionnelle et de gestion ?</b>		
<input checked="" type="checkbox"/>	<b>A</b>	Le projet est intégré aux structures institutionnelles et a contribué à l'amélioration de la capacité institutionnelle et de gestion (même si ce n'est pas là un objectif explicite).
<input type="checkbox"/>	<b>B</b>	La gestion du projet est bien intégrée aux structures institutionnelles et a contribué d'une certaine manière au renforcement des capacités. Une expertise supplémentaire peut s'avérer requise. Des améliorations sont possibles en vue de garantir la durabilité.
<input type="checkbox"/>	<b>C</b>	Le projet repose trop sur des structures ponctuelles plutôt que sur des institutions ; le renforcement des capacités n'a pas suffi à garantir pleinement la durabilité. Des mesures correctives sont requises.
<input type="checkbox"/>	<b>D</b>	Le projet repose sur des structures ponctuelles et un transfert de compétences vers des institutions existantes, qui permettrait de garantir la durabilité, est improbable à moins que des changements fondamentaux n'interviennent.

Critères	Note
<b>Pertinence</b>	A
<b>Efficacité</b>	A
<b>Durabilité</b>	A
<b>Efficiency</b>	B

En général le programme estime que les critères de qualité sont bien couverts avec une attention particulière pour renforcer l'efficacité particulièrement au niveau des districts

## 2.3 Output 1: L'Equipe Intégrée de Gestion(DHMT) du Système de Santé au niveau du District est renforcée

Évaluer la probabilité de l'atteinte de l'output en question et la dynamique entourant l'évolution de cet output.



### 2.3.1 Analyse des progrès réalisés

Output/Résultat 1: L'Equipe Intégrée de Gestion(DHMT) du Système de Santé au niveau du District est renforcée							
Indicateurs	Valeur de la <i>Baseline</i>	Progrès année N-1	Progrès année N	Cible année N	Cible finale	Commentaires	
Réunions réglementaires régulières (DHMT, CA, COGE, COSA, Coordination des CS) sur les réalisations et les défis; les prises de décisions et leur suivi			N/A			Indicateur non inclus dans DTF mais identifié durant la planification 20012-2013. Sera mesuré fin 2013	
Number of DHMT/DHU operational					30 (2015)	New indicator HSSPIII	
Number of DHMT Quarterly meetings					30 (2015)	New indicator HSSPIII	
État d'avancement des <u>principales</u> activités <sup>10</sup>			État d'avancement :				
			A	B	C	D	Commentaires (uniquement si C ou D comme valeur)
1 Elaboration du Plan Stratégique des Districts				X			
2 Acquisition des équipements de bureau				X			
3 Acquisition Motocyclette				X			
4 Acquisition des outils de gestion de la Mutuelle de Santé				X			
5 Réunion mensuelles de coordination pour analyse des données				X			
6 Voyage d'étude à Karongi sur les tontines des Mutuelles de Santé						X	Retard par manque de disponibilité du DHMT. L'activité reste planifiée
Analyse des progrès réalisés par rapport à l'output :							
<i>Lien entre les activités et l'output. (Comment) les activités contribuent-elles (toujours) à l'atteinte de l'output</i>			Lien évident entre les activités et le résultat : les bureaux des directeurs chargés de la Santé au niveau des districts ont été équipés, ce qui a permis				

<sup>10</sup> A : Les activités sont en avance  
 B : Les activités sont dans les délais  
 C : Les activités sont retardées ; des mesures correctives doivent être prises.  
 D : Les activités ont pris un sérieux retard (plus de 6 mois). Des mesures correctives majeures sont requises.



<i>(ne pas discuter des activités en tant que telles ?) :</i>	l'amélioration de l'environnement et du cadre de travail, l'acquisition des motocyclettes a facilité dans la supervision des centres de santé. L'acquisition des outils de gestion de la mutuelle de santé a contribué dans l'amélioration de la gestion de cette dernière.
<i>Progrès réalisés par rapport à l'atteinte de l'output (sur la base d'indicateurs) :</i>	Les réunions mensuelles de coordination des Centres de Santé par les hôpitaux de district et l'unité Santé du District, sont un cadre d'échange sur les réalisations tant cliniques qu'administrative et managériale. C'est un forum de discussion sur les défis rencontrés et propositions de voie de solutions. Les réunions du DHMT ne sont pas encore régulières mais ont été favorisées par le processus participatif de développement des plans stratégiques
<i>Difficultés qui se sont présentées, facteurs d'influence (positive ou négative) :</i>	Facteur négatif : Non institutionnalisation du guide pour le DHMT, Révision de la planification à plusieurs reprises Facteur positif : Processus de planification inclusif et participatif
<i>Résultats inattendus (positifs ou négatifs) :</i>	

### 2.3.2 Exécution budgétaire

Budget total	Dépenses année N	Solde	Taux de décaissement total
295 000	29 905	222 716	25%

NB : Taux encore faible du fait des retards de validation de la note conceptuelle sur le DHMT

### 2.3.3 Critères de qualité

Critères	Note
Efficiences	B
Efficacité	C
Durabilité	A

La mise en œuvre du DHMT et son appui seront une priorité pour 2013.

## 2.4 Output 2 La disponibilité des Ressources Humaines Compétentes et Motivées au niveau local est améliorée

### 2.4.1 Analyse des progrès réalisés

Output/Résultat 2 : La disponibilité des Ressources Humaines Compétentes et Motivées au niveau local est améliorée							
Indicateurs	Valeur de la Baseline	Progrès année N-1	Progrès année N	Cible année N	Cible finale	Commentaires	
Ratio medical doctor	1/17 473	1/17 240	NA		1/10 000(2018)	Source : HSSP III draft 2	
Ration of qualified nurses A1, A0, Masters		1/1 294	NA		1/1 000 (2018)	Source : HSSP III drift 2	
% of Health facilities with a Midwife present			NA		1/50 000 pop (2015)	156 midwives in country in 2011 (DHS 2010)	
% of Health staff outside of Kigali (in Selected Districts)			78% (2010)				
État d'avancement des <u>principales</u> activités				État d'avancement :		Commentaires (uniquement si C ou D comme valeur)	
				A	B		C
1 Mentorship par les Médecins spécialistes					X		
2 Bourses d'études (Masters pour 2 personnes)					X		
3 Formations de courte durée en Séméiologie, Echographie et en principes de gestion des ressources					X		
4 Acquisition des tenues pour les Infirmiers et Médecins					X		
Analyse des progrès réalisés par rapport à l'output :							
Lien entre les activités et l'output. (Comment) les activités contribuent-elles (toujours) à l'atteinte de l'output (ne pas discuter des activités en tant que telles ?) :		<p>Les activités réalisées ont fortement contribué à l'atteinte du résultat. La formation sur le tas des médecins généralistes par les médecins spécialistes a permis de réduire de façon remarquable le nombre de transferts vers les hôpitaux de référence, surtout pour les cas de gynécologie et de chirurgie, dans la conduite des consultations curatives et la pose des diagnostics, ceci grâce aux formations en Séméiologie et en Echographie. Ce qui fut extrêmement bénéfique pour les bénéficiaires (malades et leurs familles) par la réduction des coûts relatifs aux transferts et l'accessibilité aux soins du niveau supérieur rendu à leur proximité. Pour les médecins généralistes, ils ont bénéficié de l'expertise des spécialistes dans les domaines variés. L'hôpital de district y voit son image améliorée et augmentation du taux d'utilisation de ses services</p> <p>La formation pour les niveaux de maîtrise, respectivement du Directeur de Santé du District de Rulindo et de la Directrice de l'hôpital de Rutongo (formation en cours) est sûrement un acquis pour le renforcement du domaine de la Santé publique au niveau décentralisé</p> <p>La formation en principes de gestion vient épauler les services cliniques pour rendre les prestations plus efficaces. L'acquisition des tenues de travail constitue également un facteur de motivation du personnel soignant</p>					
Progrès réalisés par rapport à l'atteinte de l'output (sur la base d'indicateurs) :		<p>La formation sur le tas est une valeur ajoutée pour les médecins généralistes qui reçoivent le mentorship des spécialistes</p> <p>Réduction du nombre de transfert vers les hôpitaux universitaires</p>					

<i>Difficultés qui se sont présentées, facteurs d'influence (positive ou négative) :</i>	Certaines de ces activités n'ont pas été financées par le programme suite à la révision des plans d'action de mi-avril 2012. Il faut noter que les activités non retenues pour financement lors de la révision du plan d'action d'Avril 2012 rentraient plus dans le fonctionnement des hôpitaux et ou unité de Santé du District. Ces derniers les ont repris dans leur gestion de routine, pour dire qu'il n'y a pas eu d'impact négatif au fonctionnement et ou a la relation Programme-Niveau décentralisé, mais cela a plutôt témoigné de l'appropriation par le niveau décentralisé
<i>Résultats inattendus (positifs ou négatifs) :</i>	

### 2.4.2 Exécution budgétaire

Budget total	Dépenses année N	Solde	Taux de décaissement total
485 000	48 250	374 297	23%

Les plans des districts pour 2013 incluent un alignement aux formations prioritisées par le niveau central et le programme prévoit une accélération de la mise en œuvre sur cette ligne

### 2.4.3 Critères de qualité

Critères	Note
Efficienc	A
Efficacité	A
Durabilité	B

## 2.5 Output 3 L'équité dans l'accessibilité des services de Santé est amélioré, en tenant en considération les normes et les besoins au niveau local

### 2.5.1 Analyse des progrès réalisés

<b>Output /Résultat 3 : L'équité dans l'accessibilité des services de Santé est amélioré, en tenant en considération les normes et les besoins au niveau local (couverture sanitaire)</b>							
Indicateurs	Valeur de la <i>Baseline</i>	Progrès année N-1	Progrès année N	Cible année N	Cible finale	Commentaires	
% of Districts with 1 HC per Sector		5%(sectors without HC)		2,5%(2015)	100%coverage	HSSPIII- draft2	
% of Health Facilities with the full package of activities (PMA, PCA)		80			100%	HSSPIII- draft2	
% of population living within less than a1h or 5km walking distance of a Health facility		87			100%	HSSPIII- draft2	
% of District with operational SAMU			100%		100%		
% of facilities offering the mental health package at all levels	118( HC)				100%	HSSPIII- draft2 (number instead of %)	
% of women 15-49 using modern contraceptives		NA	45%			DHS 2010(ce pourcentage fait seulement référence aux femmes mariées)	
% of districts implementing MWMP (added)							
% of CBHW involved in CBEHP (added)			100%	100%	100%		
État d'avancement des <u>principales</u> activités			État d'avancement :				Commentaires (uniquement si C ou D comme valeur)
			A	B	C	D	
1 Rénovation, réhabilitation et extension des infrastructures					X		Retard dans les procédures de passation de marches
2 Acquisition des équipements médicaux					X		Retard dans les procédures de passation de marches
3 Acquisition des panneaux solaires					X		Retard dans les procédures de passation de marches
4 Acquisition véhicule de supervision et Bateau Ambulance					X		Retard dans les procédures de passation de marches
5 Construction des incinérateurs, fosses septiques et latrines publiques					X		Retard dans les procédures de passation de marches
6 Intégration et renforcement de la Santé Mentale					X		Erreur de traduction du budget y alloue dans le système financier informatique du District
<b>Analyse des progrès réalisés par rapport à l'output :</b>							
<i>Lien entre les activités et l'output. (Comment) les activités contribuent-elles (toujours) à l'atteinte de l'output (ne pas discuter des activités en tant que telles ?) :</i>		Oui, les activités ci-haut reprises concourent a la facilitation des formations sanitaires dans la démarche vers l'atteinte des normes et standards en termes d'infrastructures pour la provision du PMA et ou PCA. Ces activités consistent aussi dans la construction des postes de santé et acquisition d'un bateau ambulance devant contribuer à l'accessibilité géographique. Il va sans oublier l'acquisition des équipements médicaux devant contribuer à l'amélioration de la qualité des soins					
<i>Progrès réalisés par rapport à l'atteinte de l'output (sur la base</i>		Dans la zone d'intervention du Programme MS4, les services de santé mentale sont					

<i>d'indicateurs) :</i>	<p>disponibles à tous les niveaux de prestations de soins, les formations sont organisées à l'intention des prestataires de soins au niveau des centres de Santé et hôpitaux, tandis que le public est informé à travers les campagnes de sensibilisations et formations des animateurs de santé communautaires. Le Programme contribue aussi financièrement dans l'achat des produits psychotropes pour les hôpitaux de districts</p> <p>Concernant la couverture sanitaire en termes de formations sanitaires, chaque secteur administratif du District de Bugesera est doté d'un Centre de Santé, seulement trois secteurs sur 19 du District Gakenke ne disposent pas de Centre de Santé, pendant que 4 Secteurs du District d Rulindo n'ont pas encore eu de CS chacun</p> <p>C'est ainsi que les postes de santé ont été construits afin de rapprocher l'accessibilité aux soins de santé de base</p>
<i>Difficultés qui se sont présentées, facteurs d'influence (positive ou négative) :</i>	<p>Retard lié aux difficultés et retards observés dans les procédures de passation des marchés au niveau des Districts et hôpitaux de district.</p> <p>Facteur positif :</p> <p>Intégration dans SPIU qui va apporter un appui direct à la gestion des marchés et aux formations en gestion des marchés pour les districts</p>
<i>Résultats inattendus (positifs ou négatifs) :</i>	

### 2.5.2 Exécution budgétaire

Budget total	Dépenses année N	Solde	Taux de décaissement total
2 160 000	409 011	1 316 700	39%

### 2.5.3 Critères de qualité

Critères	Note
Efficienc	C
Efficacité	C
Durabilité	B

Les critères sont qualifiés « C » au vu des retards de mise en œuvre et de gestion des marchés.

## 2.6 Output 4 La gestion des ressources des formations Sanitaires est rationnelle et améliorée

### 2.6.1 Analyse des progrès réalisés

Résultat 4 : La gestion des ressources des formations Sanitaires est rationnelle et améliorée,						
Indicateurs	Valeur de la <i>Baseline</i>	Progrès année N-1	Progrès année N	Cible année N	Cible finale	Commentaires
% of HF with electricity and water	81% HC and 98% DH	85% HC and 100% DH	N/A			Source: HSST
% of HF with a maintenance tracking system			NA		100	HSSPIII- draft 2
% of HF submitting pharmacovigilance reports			NA		100%	HMIS
% of HF with a stockout of essential drugs per quarter		45%			5%	HSSPIII- draft 2
<b>État d'avancement des principales activités</b>			<b>État d'avancement :</b>		<b>Commentaires</b> (uniquement si C ou D comme valeur)	
			A	B	C	D
1 Maintenance des ambulances et véhicules de supervision des CS				X		
2 Maintenance des équipements médicaux et de bureau				X		
<b>Analyse des progrès réalisés par rapport à l'output :</b>						
<i>Lien entre les activités et l'output. (Comment) les activités contribuent-elles (toujours) à l'atteinte de l'output (ne pas discuter des activités en tant que telles ?) :</i>	Les activités contribuent à l'atteinte du résultat. Ceci consiste dans la gestion régulière et rigoureuse des ambulances et véhicules de supervision. La contribution du Programme a permis aux hôpitaux de district d'assurer l'entretien, la réparation et la maintenance des ambulances et véhicules de supervision. Ce qui a permis le fonctionnement de ce charroi automobile toute l'année et la mise en œuvre des activités dans les délais requis.					
<i>Progrès réalisés par rapport à l'atteinte de l'output (sur la base d'indicateurs) :</i>	Il est sans nul doute que les activités menées ont contribué à l'atteinte du résultat, mais les indicateurs tel que ci-haut repris semblent difficilement appropriés pour mesurer la contribution spécifique du programme au résultat numéro 4. Les indicateurs d'activités montrent une mise en œuvre adéquate.					
<i>Difficultés qui se sont présentées, facteurs d'influence (positive ou négative) :</i>						
<i>Résultats inattendus (positifs ou négatifs) :</i>						

### 2.6.2 Exécution budgétaire

Budget total	Dépenses année N	Solde	Taux de décaissement total
1 005 000	79 225	787 954	22%

Le plan d'action 2012-13 inclut des activités supplémentaires qui accéléreront la mise en œuvre et les réalisations de cette ligne budgétaire

### 2.6.3 Critères de qualité

Critères	Note
Efficiences	A
Efficacité	A
Durabilité	A

## 2.7 Output 5 La qualité des soins est améliorée d'une façon continue

### 2.7.1 Analyse des progrès réalisés

Output 5 : La qualité des soins est améliorée d'une façon continue						
Indicateurs	Valeur de la <i>Baseline</i>	Progrès année N-1	Progrès année N	Cible année N	Cible finale	Commentaires
% of health facilities covered by the whole package of PBF	NA		96%			
% of HF adhering to the EDL, standard Treatment Guidelines and national formulary	NA	NA	100%			
<b>État d'avancement des <u>principales</u> activités <sup>11</sup></b>			<b>État d'avancement :</b>		<b>Commentaires</b> (uniquement si C ou D comme valeur)	
			A	B		
1 Encadrement technique des CS par les hôpitaux de district				X		
2						
3						
<b>Analyse des progrès réalisés par rapport à l'output : Analyser la dynamique entre les activités et l'atteinte probable de l'output (voir Guide de rapport des résultats).</b>						
<i>Lien entre les activités et l'output. (Comment) les activités contribuent-elles (toujours) à l'atteinte de l'output (ne pas discuter des activités en tant que telles ?) :</i>			Les supervisions formatives des CS consistent aux consultations des patients sur place et aux séances explicatives des cas retrouvés sur place par les médecins venus des hôpitaux visiter infirmiers des centres de santé visité. Ces formations sur terrain, contribuent à l'amélioration des la qualité de soins au niveau des centres de santé sous forme de formation continue.  Il faut aussi noter que les différentes activités reprises sous les résultats 1, 2, 3 et 4 concourent aussi de manière directe et ou indirecte à l'amélioration de la qualité des soins.			
<i>Progrès réalisés par rapport à l'atteinte de l'output (sur la base d'indicateurs) :</i>			Il y a eu des mentoring des CS et les audits ponctuels des décès dans les hôpitaux en cas de décès. Le programme va faire le suivi de l'impact de ces audits sur les décès en 2013.			
<i>Difficultés qui se sont présentées, facteurs d'influence (positive ou négative) :</i>			Facteurs positifs  La politique nationale de prime basé sur le score de performance (PBF) contribue à maintenir la qualité de soins dans les hôpitaux et CS.			
<i>Résultats inattendus (positifs ou négatifs) :</i>						

<sup>11</sup> A : Les activités sont en avance  
 B : Les activités sont dans les délais  
 C : Les activités sont retardées ; des mesures correctives doivent être prises.  
 D : Les activités ont pris un sérieux retard (plus de 6 mois). Des mesures correctives majeures sont requises.



### 2.7.2 Exécution budgétaire

Budget total	Dépenses année N	Solde	Taux de décaissement total
160 000	27 739	124 128	22%

Les activités concernant l'appui à la qualité des soins vont être renforcées dans l'année 2013 (cfr plan d'action)

### 2.7.3 Critères de qualité

Critères	Note
Efficienc	A
Efficacité	A
Durabilité	B

## 2.8 Output 6 Les connaissances sont développées d'une façon systématique

### 2.8.1 Analyse des progrès réalisés

Output 6 : Les connaissances sont développées d'une façon systématique						
Indicateurs	Valeur de la <i>Baseline</i>	Progrès année N-1	Progrès année N	Cible année N	Cible finale	Commentaires
# de dossier des recherches action élaboré et valide techniquement	NA	NA				Indicateur non repris de façon systématique. Remplacé par: # research proposals accepted% GOR budget dedicated to research # annual publications in national/ inter-national journals, Rwandan as first author
<b>État d'avancement des <u>principales</u> activités <sup>12</sup></b>			<b>État d'avancement :</b>		Commentaires (uniquement si C ou D comme valeur)	
			A	B		
1 Réunion d'identification des thèmes de recherches entre l'ESP/UNR et les districts de la zone d'intervention				x		
2						
<b>Analyse des progrès réalisés par rapport à l'output :</b>						
<i>Lien entre les activités et l'output. (Comment) les activités contribuent-elles (toujours) à l'atteinte de l'output (ne pas discuter des activités en tant que telles) :</i>		Pour autant que les réunions soient suivies de mise en œuvre des recherches et de leurs résultats, les activités contribueront au résultat. On a observé que les districts et hôpitaux s'approprient d'avantage à la démarche recherche – action. Cependant l'agenda et les modalités doivent être validés par MOH, ESP et le programme afin de déterminer les besoins en termes d'appui scientifique				
<i>Progrès réalisés par rapport à l'atteinte de l'output (sur la base d'indicateurs) :</i>		Des réunions d'identification des thèmes de recherche sont programmées en 2013 et l'ESP est entrain d'organiser les sessions de formation sur la méthodologie de recherche.				
<i>Difficultés qui se sont présentées, facteurs d'influence (positive ou négative) :</i>		Il y a un besoin de formation dans la méthodologie de recherche action au niveau décentralisé pour accélérer les recherches et alimenter les politiques par les documentations et évidences.  Difficulté : <ul style="list-style-type: none"> <li>Expertise et disponibilité limitées dans les districts pour développer la recherche action</li> <li>Retard de mise en œuvre : Nécessité de clarifier les modalités en termes de recherche action avec tous les acteurs (MOH, RBC, ESP)</li> </ul>				
<i>Résultats inattendus (positifs ou négatifs) :</i>						

<sup>12</sup> A : Les activités sont en avance  
B : Les activités sont dans les délais  
C : Les activités sont retardées ; des mesures correctives doivent être prises.  
D : Les activités ont pris un sérieux retard (plus de 6 mois). Des mesures correctives majeures sont requises.

### 2.8.2 Exécution budgétaire

Budget total	Dépenses année N	Solde	Taux de décaissement total
570 000	2 801	565 579	1%

Il n'y a pas encore eu de dépense sur cette ligne budgétaire car elle était désignée pour financer l'appui scientifique dans sa deuxième phase. La première phase ayant été financée par le projet PAPSDSK jusqu'au 21 février 2013. Une évaluation est prévue début 2013 pour identifier les besoins et les meilleures approches pour cette intervention

### 2.8.3 Critères de qualité

Critères	Note
Efficienc	NA
Efficacité	NA
Durabilité	NA

Analyse des critères se fera une fois les activités lancées.

## 2.9 Output 7 Les plans du secteur de la santé sont développés

### 2.9.1 Analyse des progrès réalisés

Output 7 : Les plans du secteur de la santé sont développés						
Indicateurs	Valeur de la <i>Baseline</i>	Progrès année N-1	Progrès année N	Cible année N	Cible finale	Commentaires
% of costed, implemented and monitored action plans	100%	100%	100%			
# plan élaborés d'une façon participative et intégrée	N/A	X	100%			
<b>État d'avancement des principales activités</b> <sup>13</sup>			<b>État d'avancement :</b>		<b>Commentaires</b> (uniquement si C ou D comme valeur)	
			A	B		
1 Support of the DHME Officers' salaries				X		
2 Support data quality and use at central level					x	L'activité sera achevée après l'adoption et approbation du document de « Accountability Framework » au niveau national
3 Development of M&E plan					x	Ce plan sera finalisé après la validation du HSSP III
<b>Analyse des progrès réalisés par rapport à l'output :</b>						
<i>Lien entre les activités et l'output. (Comment) les activités contribuent-elles (toujours) à l'atteinte de l'output (ne pas discuter des activités en tant que telles ?) :</i>		Toutes les activités contribuent au renforcement du système de planification, de collecte et utilisation des données de qualité tant au niveau central qu'au niveau décentralisé.				
<i>Progrès réalisés par rapport à l'atteinte de l'output (sur la base d'indicateurs) :</i>		Les reportages des M&E Officers dans tous les districts du pays contribuent à la disponibilité des données fiables, et leur utilisation dans la prise des décisions tant au niveau central qu'au niveau décentralisé.				
<i>Difficultés qui se sont présentées, facteurs d'influence (positive ou négative) :</i>		La validation tardive du HSSPIII influence négativement et l'adoption du plan de M&E.				
<i>Résultats inattendus (positifs ou négatifs) :</i>		La présence des M&E Officers dans les districts a contribué à l'élaboration des plans basés sur les données chiffrées.				

### 2.9.2 Exécution budgétaire

Budget total	Dépenses année N	Solde	Taux de décaissement total
238 243	201 992	23 898	90%

<sup>13</sup> A : Les activités sont en avance  
 B : Les activités sont dans les délais  
 C : Les activités sont retardées ; des mesures correctives doivent être prises.  
 D : Les activités ont pris un sérieux retard (plus de 6 mois). Des mesures correctives majeures sont requises.

### 2.9.3 Critères de qualité

<b>Critères</b>	<b>Note</b>
<b>Efficienc</b>	B
<b>Efficacit</b>	B
<b>Durabilit</b>	A

## 2.10 Output 8 La coordination et la gestion du secteur sont faites de façon globale et intégrée

### 2.10.1 Analyse des progrès réalisés

Output 8 : La coordination et la gestion du secteur sont faites de façon globale et intégrée						
Indicateurs	Valeur de la <i>Baseline</i>	Progrès année N-1	Progrès année N	Cible année N	Cible finale	Commentaires
% of DP's signed up to SWAp MoU	32%	95%	NA			No information
% of Districts with operational SWAp		100%	100%			All Districts have a DJAF
<b>État d'avancement des principales activités</b> <sup>14</sup>			<b>État d'avancement :</b>			Commentaires (uniquement si C ou D comme valeur)
			A	B	C	
1 Participation dans le TWG du SWAp au MoH sur le développement des guidelines sur le SWAp au niveau du district				X		
2 Financement d'un staff de l'unité SWAP				X		
3 Participation aux TWG HSS, HR, Decentralisation, Planning M&E, santé mentale, maintenance biomédicale, qualité				X		
<b>Analyse des progrès réalisés par rapport à l'output :</b>						
<i>Lien entre les activités et l'output. (Comment) les activités contribuent-elles (toujours) à l'atteinte de l'output (ne pas discuter des activités en tant que telles) :</i>		L'appui par un staff supplémentaire a permis à l'unité SWAP du MOH de renforcer ses performances en termes de coordination avec les partenaires et développement de guide pour le SWAP au niveau des districts. Cela a permis entre autres une analyse de la situation dans les districts d'intervention sur les principes du SWAp lors de l'atelier				
<i>Progrès réalisés par rapport à l'atteinte de l'output (sur la base d'indicateurs) :</i>		Draft guide pour le SWAP au niveau des districts, contributions au développement des plans national de ressources humaines, des normes et standards, du processus d'accréditation, de la note sur le DHMT, de la conférence internationale en santé mentale				
<i>Difficultés qui se sont présentées, facteurs d'influence (positive ou négative) :</i>		Certains TWG sont moins actifs				
<i>Résultats inattendus (positifs ou négatifs) :</i>						

### 2.10.2 Exécution budgétaire

Budget total	Dépenses année N	Solde	Taux de décaissement total
958 052	176 116	734 841	23%

Le budget de cette ligne a été ajusté (augmenté) lors du CdC pour répondre aux planifications de la focalisation pour le volet décentralisation et planification. Ceci explique le faible taux d'exécution

<sup>14</sup> A : Les activités sont en avance  
 B : Les activités sont dans les délais  
 C : Les activités sont retardées ; des mesures correctives doivent être prises.  
 D : Les activités ont pris un sérieux retard (plus de 6 mois). Des mesures correctives majeures sont requises.

### 2.10.3 Critères de qualité

<b>Critères</b>	<b>Note</b>
<b>Efficienc</b>	B
<b>Efficacit</b>	B
<b>Durabilit</b>	B

## 2.11 Output 9 Les ressources humaines sont renforcées suivant le plan

### 2.11.1 Analyse des progrès réalisés

Output 9 : Les ressources humaines sont renforcées suivant le plan							
Indicateurs	Valeur de la Baseline	Progrès année N-1	Progrès année 2011	Progrès année 2012	Cible finale	Commentaires	
Ratio of medical doctor	1/17.473	1/17.240	N/A		1/15000 (2015)	Source: HSSPIII	
Ratio of qualified nurse A1, A0, Masters	1/1405	1/1294	N/A		1/1100 (2015)	Source: HSSPIII	
% of Health Facilities with a midwife present	49 midwives		N/A		1/50000 pop (2015)	156 midwives in 2011 1/66749 Pop Source: DHS 2010	
% of Health Staff outside of Kigali	Nurses 62.8%	Nurses 78%	N/A			Source: website MINISANTÉ	
État d'avancement des <u>principales</u> activités <sup>15</sup>				État d'avancement :		Commentaires (uniquement si C ou D comme valeur)	
				A	B		C
<b>ECOLE DE SANTÉ PUBLIQUE</b>							
Bourses d'étude aux Programme de Masters en santé publique (1) et de PHD (1) à travers l'Ecole de Santé Publique de l'UNR							
Mise en œuvre du plan d'action selon accord exécution							
<b>SANTÉ MENTALE</b>							
1. Mise en place d'un 3 <sup>ème</sup> cycle en psychiatrie pour augmenter le personnel qualifié en Santé mentale							
2. Bourse d'étude d'une personne en pédopsychiatrie							
3. Bourse d'étude de maîtrise en Santé Mentale pour 1 personne							
<b>MMC (MEDICAL MAINTENANCE CENTER)</b>							
1. Mettre à jours les guidelines et les procédures d'approvisionnement des équipements médicaux et la gestion des pièces de rechange							
2. Mettre à jour les régulations concernant la donation et l'utilisation des équipements, les normes et standards pour les équipements bio médicaux (y compris les ambulances) pour s'assurer de l'assurance qualité dans les FOSA à différents niveaux et Finalisation et validation des guidelines et le plan stratégique de maintenance							
3. Renforcer l'analyse des équipements au sein des infrastructures sanitaires en termes des priorités (base des données, la maintenance préventive et l'identification des gaps)							
4. Renforcer le MMC et le MPDD/RBC dans l'approvisionnement des équipements médicaux							

<sup>15</sup> A : Les activités sont en avance  
 B : Les activités sont dans les délais  
 C : Les activités sont retardées ; des mesures correctives doivent être prises.  
 D : Les activités ont pris un sérieux retard (plus de 6 mois). Des mesures correctives majeures sont requises.



<b>Analyse des progrès réalisés par rapport à l'output :</b>	
<i>Lien entre les activités et l'output. (Comment) les activités contribuent-elles (toujours) à l'atteinte de l'output (ne pas discuter des activités en tant que telles ?) :</i>	Oui il y a un lien entre les activités et le résultat. Les activités telles que les formations classiques et académiques permettent d'augmenter le personnel de santé en quantité et en qualité. Les activités de ce plan viennent compléter un plan stratégique de renforcement des ressources humaines dans le secteur santé « Human Resources for Health program »
<i>Progrès réalisés par rapport à l'atteinte de l'output (sur la base d'indicateurs) :</i>	Ces activités sont directement liées au résultat et non aux indicateurs qui sont généraux/globaux. En effet, la contribution de ces activités est très manifeste dans le sens que les différentes formations (classique et académique) renforcent les capacités des ressources humaines, leur motivation et par conséquent, le turn over du staff diminue. En outre, l'approvisionnement et la maintenance des équipements médicaux modernes (par le MMC), augmentent la performance des ressources humaines tout en améliorant leurs conditions de travail
<i>Difficultés qui se sont présentées, facteurs d'influence (positive ou négative) :</i>	<p>Le retard d'exécution de l'accord avec l'Ecole de Santé Publique a fait que l'exécution des activités sous cet accord connaisse aussi un retard remarquable.</p> <p>L'approbation du curriculum de troisième cycle en psychiatrie a pris un délai plus long que prévu, ce qui ralentit le plan de renforcement de ressources humaines par la formation académique.</p> <p>Pour le MMC, le TWG HTM s'est peu réuni en 2012 et beaucoup de membres ont quitté le programme (ex. GIZ)</p> <p>Souvent, la problématique de maintenance n'est pas considérée comme une priorité dans les budgets de santé</p> <p>L'insuffisance du staff au MMC joue aussi un rôle dans le retard de certaines activités</p>
<i>Résultats inattendus (positifs ou négatifs) :</i>	

### 2.11.2 Exécution budgétaire

Budget total	Dépenses année N	Solde	Taux de décaissement total
1 839 337	61 925	1 135 874	38%

Le budget a été révisé à la hausse suite au réajustement budgétaire lié à la focalisation.

### 2.11.3 Critères de qualité

Critères	Note
Efficiency	B
Efficacité	B
Durabilité	B

## 2.12 Output 10 La gestion financière est assurée de façon efficace suivant les normes et standards nationaux et internationaux

### 2.12.1 Analyse des progrès réalisés

Output 10 : La gestion financière est assurée de façon efficace suivant les normes et standards nationaux et internationaux						
Indicateurs	Valeur de la <i>Baseline</i>	Progrès année N-1	Progrès année N	Cible année N	Cible finale	Commentaires
Public Health expenditure as % of GoR total expenditure	10.2% (2009-2010)	N/A				Les activités de ce résultat terminées et clôturées en 2011 (focalisation)
% Population covered by health insurance	86%					Source : Website MINISANTÉ
% of eligible hospital bills reimbursed by District Pooling Risk	N/A					Donnée non disponible à ce stade
<b>État d'avancement des principales activités</b>			<b>État d'avancement :</b>			Commentaires (uniquement si C ou D comme valeur)
			A	B	C	
1 Les activités de ce résultat sont terminées et ont été clôturées en 2011 (focalisation)						
2						
<b>Analyse des progrès réalisés par rapport à l'output :</b>						
<i>Lien entre les activités et l'output. (Comment) les activités contribuent-elles (toujours) à l'atteinte de l'output (ne pas discuter des activités en tant que telles ?) :</i>	NA					
<i>Progrès réalisés par rapport à l'atteinte de l'output (sur la base d'indicateurs) :</i>	NA					
<i>Difficultés qui se sont présentées, facteurs d'influence (positive ou négative) :</i>	NA					
<i>Résultats inattendus (positifs ou négatifs) :</i>	NA					

### 2.12.2 Exécution budgétaire

Budget total	Dépenses année N	Solde	Taux de décaissement total
85 515	5 970	0	100%

### 2.12.3 Critères de qualité

<b>Critères</b>	<b>Note</b>
<b>Efficienc</b>	NA
<b>Efficacit</b>	NA
<b>Durabilit</b>	NA

Pas d'analyse de ces critères du fait que les activités ont été finalisées en 2011

## 2.13 Output 11 Un système intégré et performant de suivi et évaluation est mis en place et opérationnel

### 2.13.1 Analyse des progrès réalisés

Output 11 : Un système intégré et performant de suivi et évaluation est mis en place et opérationnel						
Indicateurs	Valeur de la Baseline	Progrès année N-1	Progrès année N	Cible année N	Cible finale	Commentaires
% of Health facilities reporting according to existing HMIS norms	N/A	x	100% x		100%	MOH report
<b>État d'avancement des principales activités</b>			<b>État d'avancement :</b>		<b>Commentaires</b> (uniquement si C ou D comme valeur)	
			A	B		
1 Aucune activité sous ce résultat n'était financée en 2012						
<b>Analyse des progrès réalisés par rapport à l'output :</b>						
<i>Lien entre les activités et l'output. (Comment) les activités contribuent-elles (toujours) à l'atteinte de l'output (ne pas discuter des activités en tant que telles ?) :</i>		Même si il n'y a pas eu d'activité financée en 2012, le programme a donné un appui continu au TWG planning M&E, au développement du plan M&E de HSSPIII et au suivi M&E dans les districts. Le Ministère poursuit sa vision d'un système de gestion d'information unique afin d'éviter les duplications et l'inefficience dans la gestion des données				
<i>Progrès réalisés par rapport à l'atteinte de l'output (sur la base d'indicateurs) :</i>						
<i>Difficultés qui se sont présentées, facteurs d'influence (positive ou négative) :</i>		Retard de validation du plan M&E pour HSSPIII				
<i>Résultats inattendus (positifs ou négatifs) :</i>						

### 2.13.2 Exécution budgétaire

Budget total	Dépenses année N	Solde	Taux de décaissement total
50 000	384	7 447	85%

### 2.13.3 Critères de qualité

Critères	Note
Efficiency	NA
Efficacité	NA
Durabilité	NA

## 2.14 Output 12 Les services et les soins délivrés sont de qualité suivant les normes et standards

### 2.14.1 Analyse des progrès réalisés

Output 12 : Les services et les soins délivrés sont de qualité suivant les normes et standards							
Indicateurs	Valeur de la <i>Baseline</i>	Progrès année N-1	Progrès année N	Cible année N	Cible finale	Commentaires	
% of facilities involved in accreditation system (only absolute number because there are very few)	(3)	(5) labs	9	9		Rapport MoH	
% of accredited facilities	0		1	2	7 (2015)	Rapport MOH	
État d'avancement des <u>principales</u> activités				État d'avancement :		Commentaires (uniquement si C ou D comme valeur)	
				A	B		C
<b>SERVICES CLINIQUES</b>							
1. Elaboration des protocoles cliniques de traitement					X		
2. Finalisation des politiques, les procédures et les guides					X		
<b>SANTÉ MENTALE</b>							
3. Formation des infirmiers de CS en santé mentale				X			
1. Supervision des HD et Structures de référence					X		
2. Programme de sensibilisation de la population sur les problèmes de santé mentale				X			
3. interventions de prise en charge psychologiques lors de commémorations du deuil national					X		
4. Organisation de la troisième conférence internationale de santé mentale					X		
<b>Analyse des progrès réalisés par rapport à l'output :</b>							
<i>Lien entre les activités et l'output. (Comment) les activités contribuent-elles (toujours) à l'atteinte de l'output (ne pas discuter des activités en tant que telles ?) :</i>		<p>L'élaboration des protocoles, normes et standards sont des activités préliminaires à la phase d'évaluations pour l'accréditation et leur application contribuera directement à l'amélioration des services et des soins de santé</p> <p>L'ensemble des activités de santé mentale figurent dans le plan stratégique national de mise en œuvre de la politique nationale de santé mentale et le programme dès lors offre un appui significatif et pertinent</p> <p>La formation des infirmiers de CS vise au renforcement de l'intégration des soins de santé mentale et l'augmentation de l'accessibilité aux soins de SM</p> <p>La supervision formative vise l'amélioration de la qualité des soins et le renforcement des capacités des équipes soignantes en santé mentale</p>					
<i>Progrès réalisés par rapport à l'atteinte de l'output (sur la base d'indicateurs) :</i>		<p>Les protocoles cliniques ont été élaborés et disséminés pour toutes les formations sanitaires</p> <p>Les 238 politiques, les procédures et les guides pour la mise en œuvre des standards pour les hôpitaux de district ont été élaborées et disséminées.</p>					
<i>Difficultés qui se sont présentées, facteurs</i>		Lors de l'élaboration des protocoles cliniques, nous avons eu le problème de la					

<i>d'influence (positive ou négative) :</i>	disponibilité des spécialistes dans leurs sociétés respectives pour prendre une décision consensuelle, ce qui a agi comme facteur d'influence négative.
<i>Résultats inattendus (positifs ou négatifs) :</i>	<p>(+) Relance d'autres actions en renforcement à la mise en œuvre de la politique nationale de santé mentale comme la nécessité de réalisation d'une loi de santé mentale au regard des recommandations de troisième conférence internationale de santé mentale</p> <p>(+) le volume et la réussite de certaines activités ont facilité un apport budgétaire significatif de la part du RBC en appui aux activités développées par la division de la santé mentale</p>

### 2.14.2 Exécution budgétaire

Budget total	Dépenses année N	Solde	Taux de décaissement total
1 703 627	366 747	1 179 089	31%

Taux d'exécution faible car un ajustement budgétaire a été effectué en 2012 et a consisté en une augmentation de budget pour répondre aux plans de focalisation

### 2.14.3 Critères de qualité

Critères	Note
Efficienc	B
Efficacité	A
Durabilité	B

## 2.15 Output 13<sup>16</sup>

### 2.15.1 Analyse des progrès réalisés

Output 13 : La recherche action développée au niveau opérationnel alimente les politiques							
Indicateurs	Valeur de la <i>Baseline</i>	Progrès année N-1	Progrès année N	Cible année N	Cible finale	Commentaires	
% of national policies and guidelines referencing research results							
État d'avancement des <u>principales</u> activités			État d'avancement :				Commentaires (uniquement si C ou D comme valeur)
			A	B	C	D	
1 Pas d'activité financée sous cette ligne							
2							
3							
4							
5							
Analyse des progrès réalisés par rapport à l'output :							
<i>Lien entre les activités et l'output. (Comment) les activités contribuent-elles (toujours) à l'atteinte de l'output (ne pas discuter des activités en tant que telles ?) :</i>		Les activités de recherche action ont été financées sous le résultat 9					
<i>Progrès réalisés par rapport à l'atteinte de l'output (sur la base d'indicateurs) :</i>							
<i>Difficultés qui se sont présentées, facteurs d'influence (positive ou négative) :</i>							
<i>Résultats inattendus (positifs ou négatifs) :</i>							

### 2.15.2 Exécution budgétaire

Budget total	Dépenses année N	Solde	Taux de décaissement total
125 000	0	125 000	0%

L'activité ne commencera qu'en 2013 selon les conclusions sur l'approche préférée pour le soutien à la recherche action et aux publications

<sup>16</sup> Si le cadre logique contient plus de 3 outputs, copier-coller le chapitre 2.4 et créer le 2.6 pour l'output 4, le 2.7 pour l'output 5, etc.

### 2.15.3 Critères de qualité

<b>Critères</b>	<b>Note</b>
<b>Efficienc</b>	NA
<b>Efficacit</b>	NA
<b>Durabilit</b>	NA



## 3 Thèmes transversaux

### 3.1 Genre

Dans sa mise en application, l'intervention du programme MS4 favorise l'amélioration des conditions de vie de la femme à travers l'obtention des infrastructures comme la maternité dans les centres de santé et hôpitaux ainsi que l'obtention des équipements pour les maternités des CS et des hôpitaux.

Autre éléments très importants :

- il ya les formations organisées en faveur des infirmiers sur la prise en charge de la mère et de l'enfant (SONU). 19 personnes à l'hôpital de Rutongo ont bénéficiés de ces formations.

- Deux bourses d'études de niveau Masters en Santé Publique ont été octroyées dans le district de Rulindo, le choix des bénéficiaires a été aussi caractérisé par le principe d'équité car les bénéficiaires sont un homme et une femme.

### 3.2 Environnement

Dans les plans respectifs des districts de la zone d'intervention, l'aspect environnement est pris en considération. Dans certains centres de santé, l'intervention a appuyé les constructions et acquisition des citernes de récupération des eaux de pluie (5 citernes pour les CS dans le district de Bugesera), les réhabilitations et construction des incinérateurs dans les hôpitaux et centre de santé ( 6 incinérateurs de Montfort ont été construit dans les CS et 1incinerateur dans l'hôpital de Nyamata, district de Bugesera). En outre, il y a eu construction de 3 fosses sceptiques dans les CS du district de Bugesera ainsi que la réhabilitation des latrines a l'hôpital de Rutongo dans le district de Rulindo.

Soulignons aussi la contribution du Programme dans la création de l'espace vert dans le district de Gakenke.

### 3.3 Economie Sociale

Les mutuelles de santé communautaire sont une composante très importante du système de la santé au Rwanda. Une bonne gestion financière tant au niveau national qu'au niveau décentralisé s'avère cruciale pour garantir la transparence et la pérennité de cette institution combien importante pour le système de santé au Rwanda. Pour appuyer le développement et la consolidation des mutuelles communautaires, le Programme Minisanté 4 a contribué aux formations des gestionnaires de mutuelle au niveau national et districts. Le programme a également disponibilisé les outils de gestion pour la mutuelle dans le district de Gakenke.

## 4 Pilotage et apprentissage

### Plan d'action

#### DECISIONS OPERATIONNELLES.

N0	Plan d'action	Source	Acteur	Date limite
	<b>Description de l'action/la décision à prendre.</b>	<b>Le sous-chapitre auquel l'action/la décision se réfère (p. ex., 2.4)</b>	<b>Le responsable de la prise de décision/action</b>	<b>p. ex., Q1, Q2, Q3 ou Q4 de l'année N+1</b>
1	Suivi rapproché des activités et appropriation par les districts : Les Districts doivent élaborer un rapport trimestriel consolidé narratif et financier à partir des rapports des FOSA (HD et CS) du District à transmettre au district avec copie au MOH, Commencer par les Districts de la Zone d'Intervention MS4	2.2.2	MOH, MS4, District	Q1 / 2013
2	Suivi rapproché des activités et appropriation par les districts : Programmer des descentes dans les districts pour discuter de la mise en œuvre des plans MS4	2.2.2	MS4	Février 2013
1	Suivi rapproché des activités et appropriation par les districts : Elaborer et communiquer au SPIU la liste de tous les marchés exécutés (en retard/ a relancé) au niveau des Districts dans le cadre du financement MS4 pour appui	2.2.2	District / MS4	Q1/2013
5	Fidèle aura une réunion avec Abdul pour régler les problèmes des rapports financiers qui bloquent les transferts des fonds	2.11	Fidèle	Q1 / 2013
6	Les Districts doit renforcer les capacités de DHMT même si le guideline est encore en révision concertée entre MOH et MINALOC	2.3.1	District	Q1 / 2013
7	Appliquer toutes les articles des Accords en rapport avec la gestion des marchés.	2.2.1	District, Niveau central	Q1 / 2013
9	Stimuler la collaboration entre MMC, MOH et KIST pour le développement de formation des techniciens biomédicaux	2.11.1	MS4	Q1 / 2013

#### DECISIONS STRATEGIQUES

N0	Plan d'action	Source	Acteur	Date limite
	<b>Description de l'action/la décision à prendre.</b>	<b>Le sous-chapitre auquel l'action/la décision se réfère (p. ex., 2.4)</b>	<b>Le responsable de la prise de décision/action</b>	<b>p. ex., Q1, Q2, Q3 ou Q4 de l'année N+1</b>
	Appuyer le dialogue intersectoriel	2.3.1	MS4/SPIU/	Q1/2013

	Minisanté – Minaloc en vue de la validation du guide pour le DHMT		Decentralisation	
3	Renforcement des capacités de gestions des marchés par les districts décentralisés : Organiser une formation sur la gestion des marchés pour les 3 districts	2.2.2	MS4/SPIU	Q1 / 2013
9	Appuyer le développement de l'agenda de recherche en santé au Rwanda	2.11	MOH, RBC/ MRC, SPH/NUR et MS4	Q1 / 2013
10	Follow up sur la discussion avec les Districts sur le thème de la recherche action	2.11	HD, M&E	Q1 / 2013

## 4.1 Enseignements tirés

*Tirer les enseignements importants de l'expérience de l'intervention. Les enseignements tirés sont de nouveaux savoirs qui doivent demeurer dans la mémoire institutionnelle de la CTB et des partenaires. Ils peuvent être tirés d'activités, d'outputs, de l'outcome (ou d'une combinaison de niveaux ou de tout autre aspect de l'intervention et de son contexte).*

Enseignements tirés	Public cible
Modèle SPIU pour un plus grand alignement, appropriation et efficience dans la gestion de programme	CTB HQ, CTB représentation, autres bailleurs
Anticipation de l'évaluation à mi-parcours avant la mi-parcours (dans notre cas à 18 mois sur 48) afin d'adresser des difficultés de mise en œuvre du programme	CTB HQ, CTB représentation, autres projets CTB, partenaire

## **5 Annexes**

### **5.1 Cadre logique d'origine**

### **5.2 Cadre logique mis à jour**

### **5.3 Aperçu des MoRe Results**

### **5.4 Rapport « Budget versus Actuels (y – m) »**

### **5.5 Ressources**

### **5.6 Décisions prises par la SMCL et suivi**

## 5.7 Cadre logique d'origine

Cadre Logique Programme RWA 08 066 01

Cadre Logique
Titre du programme: APPUI INSTITUTIONNEL AU MINISANTÉ PHASE IV

	Objectifs	Indicateurs	Moyens de vérification	Risques et hypothèses
<b>Objectif Général</b>	<b>Le Rwanda a mis en place un système de santé capable de répondre de manière appropriée aux besoins de sa population</b>			
<b>Objectif Spécifique</b>	<p><b>Objectif Spécifique 1.</b> Le système de santé de district est renforcé à travers une meilleure fonctionnalité de ses organes décentralisés et de leurs interfaces d'interaction (liés aux résultats 1-6)</p> <p><b>Objectif Spécifique 2.</b> Le niveau central assure la qualité du secteur de la santé à travers un renforcement de la planification, coordination, gestion et M&amp;E, et en se fondant sur les résultats générées par la recherche (liés aux résultats 7-13)</p>	<p>° Indicateurs du HSSP II</p> <p>° Incidence visée: par rapport à la formulation des politiques de santé sont-elles équitables (pro-pauvres) ? sont-elles efficaces (adaptés aux besoins réels) ? sont-elles efficaces ? renforcent-elles l'autonomie des personnes et des communautés locales? sont-elles développées suivant une démarche participative ? prennent-elles en compte des thèmes transversaux comme le genre et l'environnement ?</p> <p>° Incidence visée: le secteur fait preuve d'une flexibilité pour s'adapter au contexte changeant à l'extérieur et à l'intérieur du secteur ( 'contextual responsiveness') (pour détails cf. 3.5.2.2)</p>	<p>Rapports HSSP II, DHS</p> <p>Politiques de santé</p> <p>Rapports d'ateliers, PV forums de discussion, PV comité mixte de concertation local</p>	
	<b>Résultats</b>	<b>Indicateurs</b>	<b>Moyens de vérification</b>	<b>Risques et hypothèses</b>

	Objectifs	Indicateurs		Moyens de vérification	Risques et hypothèses
Résultat 1	<b>L'Equipe intégrée de gestion du district est renforcée</b>	<p>° Alignement aux indicateurs nationaux relatifs à ce résultat</p> <p>° Incidence visée: la gestion interne des équipes (en premier lieu USFPDE et HD) au niveau du district assure un environnement stimulant de travail (pour détails cf. 3.5.2.2)</p> <p>° Incidence visée: le district s'approprie les objectifs de santé et clarifie les relations, la division des rôles et des tâches entre les entités du district administratif et les structures responsables pour les services de santé (USFPDE, HD, CS) (pour détails cf. 3.5.2.2)</p>	<p>Rapports SIS Rapports annuels districts et Minisanté</p> <p>Organigrammes, description tâches, interviews personnel, entretiens de fonctionnement, plans de formation, PV réunions, PV groupes de travail, évaluations</p> <p>Ordre du jour et PV réunions avec Minaloc, Directives Minaloc, plan de développement des districts ciblés, organigramme du district, rapport annuel du district, PV comité du pilotage santé dans le district, PV réunions district 'management team'</p>	<p>H: les équipes sont sur place H: le district dans son organisation actuelle est maintenu H: l'USFPDE a un staff suffisant H: les rôles et responsabilités sont clarifiés</p> <p>R: le staff est insuffisant</p>	

	Objectifs	Indicateurs		Moyens de vérification	Risques et hypothèses
Résultat 2	<b>La disponibilité au niveau local des ressources humaines compétentes et motivées est améliorée</b>	<p>° Alignement aux indicateurs du HSSP II:  <i>Ratio of medical doctor</i>  <i>Ratio of qualified nurse A1, A0, Masters</i>  <i>% of Health Facilities with a midwife present</i>  <i>% of Health Staff outside of Kigali (in selected districts)</i></p> <p>° Incidence visée: les ateliers de formation organisés par le Ministère, les districts (ciblés) ou les Partenaires Techniques et Financiers sont orientés vers les besoins du terrain (pour détails cf. 3.5.2.2)</p>	Rapportage HSSP II	<p>H: les professionnels vont travailler dans les districts  H: le cycle de formation de sages-femmes est organisé  H: le PBF est maintenu dans les HD, CS et les agents communautaires  H: les gens formés restent</p> <p>R: la concentration des professionnels de la santé dans les zones urbaines.  R: les gens formes ne restent pas dans leur poste d'affectation</p>	
Résultat 3	<b>L'accessibilité équitable aux services de santé adaptés aux normes et aux besoins est augmentée (couverture sanitaire)</b>	<p>° Alignement aux indicateurs du HSSP II:  <i>% of districts with 1 Health Center per sector</i>  <i>% of Health Facilities with the full package of activities (PMA, PCA)</i>  <i>% of population living within less than one hour or 5 km walking distance of a Health facility</i>  <i>% of districts with operational SAMU</i>  <i>% of facilities offering the mental health package at all levels</i>  <i>% of women 15-49 using modern contraceptives</i>  <i>% of districts implementing MWMP (added)</i>  <i>% of CBHW involved in CBEHP (added)</i></p>	Rapportage HSSP II	<p>H: les moyens sont disponibles pour construire  H: les paquets sont disponibles  H: les contraceptifs sont disponibles  H: le MWMP est réaliste  H: la population se rend dans les structures de santé</p> <p>R: les moyens pour réaliser les paquets ne sont pas disponibles</p>	

	Objectifs	Indicateurs		Moyens de vérification	Risques et hypothèses
Résultat 4	<b>La gestion des ressources en vue d'une rationalisation progressive du fonctionnement interne des formations sanitaires est améliorée</b>	<p>° Alignement aux indicateurs du HSSP II:  <i>% of health facilities with electricity and water</i>  <i>% of health facilities with a maintenance tracking system</i>  <i>% of facilities submitting pharmacovigilance reports</i>  <i>% of health facilities with stock outs of essential drugs per quarter.</i></p>	Rapportage HSSP II	<p>H: l'ACM répond aux besoins  H: le plateau technique existe pour eau et électricité  H: la CAMERWA répond aux besoins  H: les systèmes de gestion sont à la portée</p> <p>R: la CAMERWA et l'ACM ne fonctionnent pas de façon optimale</p>	
Résultat 5	<b>La qualité des soins est améliorée d'une façon continue</b>	<p>° Alignement aux indicateurs du HSSP II:  <i>% of Health facilities covered by the whole package of PBF</i>  <i>% of health facilities adhering to the EDL, Standard Treatment Guidelines and National Formulary</i></p> <p>° Incidence visée: le système de supervision (niveau central -&gt; niveau de district; niveau de district -&gt; niveau de secteur) permet un bon accompagnement et une bonne communication entre les différents niveaux du secteur de santé publique (pour détails cf. 3.5.2.2)</p>	<p>Rapportage HSSP II</p> <p>Calendrier et rapports de supervision, enquêtes de satisfaction des 'supervisées', PV réunions entre superviseurs, politique de supervision</p>	<p>H: le système d'accréditation est mis en œuvre  H: le financement pour le PBF décentralisé est garanti</p> <p>R: les bailleurs ne financent plus le PBF</p>	
Résultat 6	<b>Les connaissances sont développées d'une façon systématique</b>	° nombre de dossiers de Recherche-action élaborés et validés techniquement	Dossier RA, PV réunions TWG	<p>H: l'ESP a les ressources  H: un partenaire international pour l'appui scientifique est recruté</p>	



	Objectifs	Indicateurs		Moyens de vérification	Risques et hypothèses
Résultat 7	<b>Les plans du secteur de la santé sont développés</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>° Alignement aux indicateurs du HSSP II: % of costed, implemented and monitored action plans</li> <li>° Plans élaborés d'une façon participative et intégrée</li> </ul>	Rapportage HSSP II Plan stratégique Plans opérationnels Rapports nationaux  Plan stratégique, plans opérationnels, liste participants	H: le HSSP II est validé	
Résultat 8	<b>La coordination et la gestion du secteur sont faites de façon globale et intégrée.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>° Alignement aux indicateurs du HSSP II: % of DP's signed up to SWAp MoU % of Districts with operational SWAp</li> <li>° Incidence visée: la gestion interne des équipes (en premier lieu les Directions) au niveau du Minisanité assure un environnement stimulant de travail (pour détails cf. 3.5.2.2)</li> <li>° Incidence visée: les acteurs opérationnels non-étatiques (privé, ONG) sont clairs par rapport à la vision du système de santé, leur rôle pour contribuer à réaliser cette vision, et le mode de collaboration avec le Minisanité (pour détails cf. 3.5.2.2)</li> <li>° Incidence visée: les ressources financières des partenaires techniques et financiers sont mieux planifiées et régulées afin de contribuer à une gestion du secteur plus rationnelle et à plus long terme (pour détails cf. 3.5.2.2)</li> </ul>	Rapportage HSSP II  Organigrammes, description tâches, interviews personnel, entretiens de fonctionnement, plans de formation, plan opérationnel du Minisanité, PV réunions et groupes de travail, rapports ateliers M&E, évaluations  Ordre du jour et PV des réunions, plan stratégique, convention entre Minisanité et acteurs non-étatiques, rapports annuels, comptes nationaux  inventaire interventions des PTF, déclarations PTF lors du JHSR, publications données financières, plan stratégique, rapport point focal	H: le Rwanda continue à développer l'approche SWAp H: les bailleurs s'inscrivent dans la démarche d'un appui au secteur H: la stabilité dans le pays est maintenue	

	Objectifs	Indicateurs		Moyens de vérification	Risques et hypothèses
Résultat 9	Les ressources humaines sont renforcées suivant plan	<p>° Alignement aux indicateurs du HSSP II:  <i>Ratio of medical doctor</i>  <i>Ratio of qualified nurse A1, A0, Masters</i>  <i>% of Health Facilities with a midwife present</i>  <i>% of Health Staff outside of Kigali</i></p>	Rapportage HSSP II	<p>H: le PSRH est réaliste  H: le pooled fund est opérationnel  H: les procédures pour l'utilisation du CDPF existent</p> <p>R: le démarrage du RBMC est retardé  R: les partenaires internationaux ne s'intéressent pas au RBMC</p>	
Résultat 10	La gestion financière est assurée de façon efficace suivant les normes et standards nationaux et internationaux	<p>° Alignement aux indicateurs du HSSP II:  <i>Public Health expenditure as % of GoR total expenditure</i>  <i>% Population covered by health insurance</i>  <i>% of eligible hospital bills reimbursed by District Pooling Risk</i></p> <p>° Incidence visée: les entretiens avec Minecofin résultent en un environnement plus favorable pour le développement du secteur de santé (pour détails cf. 3.5.2.2)</p>	<p>Rapportage HSSP II</p> <p>Ordre du jour et PV des réunions, rapports financiers du gouvernement et du district, document politique financière santé, marché public médicaments</p>	<p>H: les bailleurs s'alignent  H: les budgets sont on plan et on budget</p> <p>R: les effectifs manquent pour assurer la bonne gestion financière</p>	

	Objectifs	Indicateurs		Moyens de vérification	Risques et hypothèses
Résultat 11	<b>Un système intégré et performant de suivi et évaluation est mis en place et opérationnel</b>	<p>° Alignement aux indicateurs du HSSP II: <i>% of Health facilities reporting according to existing HMIS norms</i></p> <p>° Incidence visée: le Joint Health Sector Review offre une bonne guidance pour le développement des politiques (pour détails cf. 3.5.2.2)</p> <p>° Incidence visée: le système d'information à la santé répond aux besoins des acteurs à chaque niveau et est utilisé pour la prise de décision (pour détails cf. 3.5.2.2)</p>	<p>Rapportage HSSP II</p> <p>Ordre du jour JHSR, documents préparatoires, PV réunions, enquête de satisfaction à la fin du JHSR, rapport JHSR et liste de sa distribution, intégration des conclusions dans les documents politiques/ plans et directives du ministère de santé</p> <p>Politique M&amp;E, bases de données, formulaires SIS, rapports QA données, indic HSSP, dossiers RA, publications, PV réunions d'analyse</p>	<p>H: les données à monitorer sont intégrables H: le Rwanda accepte un suivi par M&amp;E</p> <p>R: la technicité pour développer un système intégré et le maintenir n'est pas disponible</p>	
Résultat 12	<b>Les services et les soins délivrés sont de qualité suivant les normes et standards</b>	<p>° Alignement aux indicateurs du HSSP II: <i>% of facilities involved in accreditation system</i> <i>% of accredited facilities</i></p>	<p>Rapportage HSSP II</p>	<p>H: le système d'accréditation est développé et intégré H: le PNSM est réaliste</p> <p>R: le système d'accréditation n'est pas opérationnel</p>	

	Objectifs	Indicateurs		Moyens de vérification	Risques et hypothèses
Résultat 13	<b>La recherche action développée au niveau opérationnel alimente les politiques</b>	<p>° Alignement aux indicateurs du HSSP II: <i>% of national policies and guidelines referencing research results</i></p> <p>° Incidence visée: les groupes de travail thématiques (TWG) au sein du secteur de santé produisent, d'une façon concertée, des propositions d'amélioration des politiques sectorielles (pour détails cf. 3.5.2.2)</p>	<p>Rapportage HSSP II</p> <p>Ordre du jour et PV réunions TWG, Documents techniques, dossiers de RA, PV forums de discussions et de décision</p>	R: les ressources pour la recherche et la publication ne sont pas disponibles.	

Dans le cadre de l'harmonisation et de l'alignement les indicateurs du HSSP II, de l'EDPRS sont privilégiés dans le cadre de cet appui institutionnel. Toutefois, afin de mieux apprécier les interactions entre les différents acteurs du système, 11 incidences visées sont ajoutées à titre expérimental

## 5.8 Cadre logique mis à jour

Le cadre logique en soi n'a pas été modifié mais l'évaluation à mi-parcours a recommandé une focalisation du programme sur cinq volets spécifiques. Cette focalisation a été approuvée par le CdC du 19 juillet 2012 et les plans d'action ont été approuvés le 13 Novembre 2012.

### Rationale for focalization

**The “Institutional Support Programme to the Ministry of Health –Phase IV” (MS-IV) aims at assisting Rwanda in providing a health system capable to respond in an appropriate way to the needs of his population. It does so through institutional strengthening both at central and decentralised level (3 rural districts), with a focus on the effective interaction between both levels.**

A comprehensive Mid Term review took place in March and April 2012. The report was provided on 22<sup>nd</sup> May. While the review noted the high relevance of the project, it also suggested the programme to specify the concrete results the programme aims to achieve by 2014 both at central and district level (MoH, MS IV, DHMTs in coordination with KV/PAPSDSK project).

The review recommended to focus on a limited number of strategic areas, such as present sector priorities (i.e. capacity building of DHMTs in management, planning, M&E; quality of care; mental health; support to and capacity building of the national maintenance centre and training in maintenance / biomedical engineering; support to MSc in hospital management; training of psychiatrists; support to provincial hospitals, etc).

The review equally recommended the programme to develop a more results oriented approach in line with the dynamics of the sector but fostering reflective action. This includes continued regular programme unit (PIU) meetings to review MS-IV progress against targets / benchmarks; identification of gaps, opportunities to adjust actions; documentation of lessons learned; decision on feedback to specific TWGs.

A high profile technical group was formed to review the above recommendations and develop priority areas for the programme to focus on in the next two years. The group involved the Director General Clinical Services, M&E and Planning Officer, Mental health Division Director, Decentralisation and Integration Coordinator, MMC Director, Health Sector research and SPIU Coordinator.

In July 2012, five focus areas were identified with the need to keep the capitalization and operational research strengthening through all areas, in reference to the Technical and Financial File of the programme. These are:

1. Planning, M&E and decentralization;
2. Clinical Services;
3. Mental Health Division;
4. MMC Division;
5. Research.

The above focus areas were approved by the Ministry of health on 16 July 2012. Units at central level as well as the three rural districts thereafter developed action plans. These plans were aligned to HSSP III priorities at both central and district level.

In the districts, there was particular attention to assist the development of the five-year District Development Plan and to ensure that the operational plan to be funded through Minisanté IV was closely aligned to district priorities.

## 1. PLANNING M&E AND DECENTRALIZATION

### EXPECTED RESULT: Capacity building of DHMTs in management, planning, M&E

SPECIFIC OBJECTIVE	STRATEGIC INTERVENTIONS
<b>Strengthen M&amp;E and data use at district level</b>	Support District Health M&E officers salaries
	Training of the District Health M&E officers on the data entry and use including the Resource tracking Tool
	Support Monitoring and Evaluation activities at the district level
<b>Strengthen leadership in the health sector at decentralized level</b>	Training of the DHMT on Leadership and SWAP
	Capacity building of the Board of directors of the decentralized institutions (Pharmacy, Mutuelles, District Hospitals etc...)
	Regular follow up of the implemented activities from board of directors and DHMT
<b>Support district health and hospital Planning</b>	Provide technical and financial support to the district and hospital planning process
<b>Promotion of documentation and capitalization</b>	Support of implementation of priority operational research in the three districts aligned to vision 2020, EDPRS II and HSSP III

**Requested budget: € 732,736**

**Support to SWAP: € 18,499**

**Support to NCM: € 15,708**

## 2. CLINICAL SERVICES :

**EXPECTED RESULT: The quality of health services in Rwanda is strengthened**

SPECIFIC OBJECTIVE	STRATEGIC INTERVENTIONS
<b>To support the operationalization of Provincial hospitals</b>	Develop the roadmap to operationalize Provincial Hospitals
	Support the roadmap implementation of two Provincial Hospitals (2013 – 2014)
	To facilitate short courses in sub specialties
	To enable long term visiting professors
	To enable specialist postings in provincial hospitals
<b>To institute the culture of quality improvement in DHs</b>	To train and operationalize structures and systems to govern quality at all levels
	To ensure that policies, procedures and guidelines as well as clinical protocols are properly used in DHs
	To rank health facilities on customer care and service delivery
	To ensure quality of care in private facilities
	To develop infection control guidelines for DHs
To train and operationalize accreditation committees in 5 DHs	
<b>To promote the documentation and capitalization</b>	Develop Health Sector research strategic plan and Health sector research agenda

**Requested budget: € 426,490**

## 3. MENTAL HEALTH DIVISION

**EXPECTED RESULT: Mental health of the Rwanda population is improved**

SPECIFIC OBJECTIVE	STRATEGIC INTERVENTIONS
<b>To strengthen the decentralization and integration of Mental Health in the general care, based on strengthened referral structures</b>	1 Clinical and formative supervision of Mental health referral structures and decentralized services at District hospitals
	2 Support to staff specialized training (psychiatry and other specialties in mental health) and support towards implementation of Third cycle training in psychiatry in Rwanda
	3 Continuous training in mental health for general practitioners, nurses, health assistants and other staff in support to mental health activities
	4 Community sensitization in Mental Health
	5 Support towards psychotropic drugs availability at decentralized level
<b>To reinforce Mental Health Division/RBC</b>	6 Permanent technical assistance and support of research through the scientific support
	7 Support MOH coordination of medico-psychological emergency activities during the annual commemoration of National Mourning
	8 Support towards equipment and functioning of the Mental Health Division/RBC

**Requested budget: € 1,121,150 (ATI excl)**

**NB This includes reliquat to be transferred € 306,279.19 and 480,000 earmarked for 3d cycle psychiatry**

## 4. MMC DIVISION

**EXPECTED RESULT: the quality of healthcare technology management is**

increased

SPECIFIC OBJECTIVE	STRATEGIC INTERVENTIONS
1. To strengthen the maintenance systems and procedures	To improve the coordination in planning of acquisition of medical equipment
	To strengthen analysis of equipment in health infrastructure in terms of priorities (database, preventive maintenance and gap identification)
	To finalize and validate the maintenance strategic plan and guidelines
	To ensure strategies to harmonize pool of equipment including medical equipment in health infrastructure and facilitate its maintenance
2. To strengthen the biomedical human resources	To strengthen the MMC and MPDD/RBC for procurement of biomedical equipments
	Support one HTM Team in each hospital for efficient maintenance and repairation of biomedical equipment.
	To train hospital HTM team in data entry and use data. To provide IT software for infrastructure and civil engineering at central level
3. To promote the documentation and capitalization	Support of implementation of priority operational research in the three districts aligned to vision 2020, EDPRS II and HSSP III

**Requested budget: € 361,371 (ATI excl)**

Note: Strengthening of HR in biomedical engineering:

- Recruit biomedical engineer to strengthen the unit until completion of training below (2 years)
- Train four electromecanic engineers into biomedical engineering (18 months training)

## **5. HEALTH SECTOR RESEARCH**

**EXPECTED RESULT: knowledge is systematically managed and developed at central level: action research is performed in the three districts and the evidences generated at local level do feed the development of policies**

SPECIFIC OBJECTIVE	STRATEGIC INTERVENTIONS
Develop and support implementation of Health research policy	Support of implementation of priority operational research in the three districts aligned to vision 2020, EDPRS II and HSSP III through capacity development in action research at district level

**Requested budget: € 87,538**

## **DISTRICT PLANS**

### **1. BUGESERA DISTRICT**

FOCUS RESULTS	SPECIFIC INTERVENTIONS
1. The DHMT is strengthened in management, coordination, planning	Strengthen the leadership and good governance at all health facilities
	Strengthen the management system of health facilities
	Strengthen M&E activities for health at district level and health facilities



<b>and M&amp;E</b>	
<b>2. Quality Health care Service delivered to population according to norms and standards</b>	Strengthen maternal and child health services at all health facilities
	Improve hygiene and sanitation conditions in general (public and HF)
	Improve the quality of infrastructures and equipment in Nyamata Hospital and catchment area
<b>3. Maintenance system and policy on management of biomedical equipments are strengthened</b>	strengthen the management system of biomedical equipment
<b>4. Mental health is developed according to strategic plan and integrated model of health care</b>	Support to acquisition of psychotrope Drug
	Reinforce the management capacity to handle MH cases at district
	Provide support during national mourning period
<b>5. knowledge is systematically managed and developed, action research is performed and the evidences generated to feed the development of policies</b>	

**Requested budget: € 337,991**

## 2. GAKENKE DISTRICT

<b>FOCUS RESULTS</b>	<b>SPECIFIC INTERVENTIONS</b>
<b>1. The DHMT is strengthened in management, coordination, planning and M&amp;E</b>	Strengthen the DHMT in management, coordination, planning and M&E
	Strengthen the health M&E system
	Support the district in area of health planning
<b>2. Quality Health care Service delivered to population according to norms and standards</b>	Strengthen the IEC/BCC in oral&dental hygiene for the population
	Improve the hygiene in health facilities and public areas
	Improve the quality of health infrastructures
	Strengthen the management of Mutuelle de Santé
	Build the capacity of personnel to improve the quality of care
<b>3. Maintenance system and policy on management of biomedical equipments</b>	Improve the Customer Care to population in all HF
	Purchase modern equipment for HF who need it most
	Ensure the maintenance of biomedical equipments, energy and water supply for health facilities

are strengthened	
<b>4. Mental health is developed according to strategic plan and integrated model of health care</b>	Support to supervision of mental health service at HC
	Support the continuous training of DH health personnel in mental health
	Support the training of HC care providers in mental health
	Provide support during national mourning period
	Sensitization of the population on mental health problems
<b>5. knowledge is systematically managed and developed, action research is performed and the evidences generated to feed the development of policies</b>	Contribute to reduction of neonatal death through action research

**Requested budget: € 836,803**

### **3. RULINDO DISTRICT**

<b>FOCUS RESULTS</b>	<b>SPECIFIC INTERVENTIONS</b>
<b>1. The DHMT is strengthened in management, coordination, planning and M&amp;E</b>	Strengthen the DHMT in good governance
	Strengthen the financial management system
	Strengthen planning, M&E of health activities
	Build the capacity of personnel
<b>2. Quality Health care Service delivered to population according to norms and standards</b>	Improve the quality of biomedical equipments
	Improve the hygiene in public areas and health facilities
	Improve the quality of health care infrastructures
	Strengthen maternal and child health services
	Strengthen the capacity to manage surgical cases
	Improve the customer care to population in health facilities
<b>3. Maintenance system and policy on management of biomedical equipments are strengthened</b>	Improve the hygiene and clean environment in health facilities
	Strengthen the management system of biomedical equipment at health facilities
<b>4. Mental health is developed according to strategic plan and integrated model of health care</b>	Strengthen the capacity of DH to handle meant health cases
	Strengthen the coordination of mental health related activities at district level
<b>5. knowledge is</b>	Develop action research

<b>systematically managed and developed, action research is performed and the evidences generated to feed the development of policies</b>	
---	--

**Requested budget: € 613,831**

## 5.9 Aperçu des MoRe Results

Résultats ou indicateurs du cadre logique modifiés au cours des 12 derniers mois ?	N/A Seuls les indicateurs d'activités ont été mis à jour. En 2013, les indicateurs HSSP III seront utilisés puisque ceux de HSSPII ne seront plus d'actualité
Rapport de <i>Baseline</i> enregistré dans PIT ?	
Planning de l'EMP	EMP faite du 2 au 16 mars 2012
Planning de l'évaluation finale	Avril-Mai 2014 (Projet)
Missions de backstopping depuis le 01/01/2012	27/02/2012 au 5/03/2012 Deuxième mission prévue en 2012 retardée suite aux journées sectorielles et remise du 10 au 17 janvier 2013

## 5.10 Rapport « Budget versus Actuels (y – m) »

*Voir fichier PDF*

## 5.11 Ressources

Actes de la conférence régionale organisée en septembre 2011 à Rubavu

## 5.12 Décisions prises par la SMCL et suivi

Décision à prendre	Période d'identification	Timing	Source	Acteur	Action	Resp.	Date limite	Suivi	Statut
Décision à prendre	Période d'identification	Timing	Source	Acteur	Action(s)	Resp.	Date limite	État d'avancement	Statut
1. Approbation du rapport annuel du Programme Minisanité IV 2011	2011	1 an	MS 4	Minisanité IV		Minisanité IV		100%	
2. Approbation du plan d'opération du Programme Minisanité IV pour le niveau central de son intervention couvrant la période de janvier 2012 à juin 2013	Janvier 2012 – juin 2013	18 mois	CTB	Minisanité IV	Plan approuvé	Minisanité IV	Juin 2013	100%	
3. Approbation de la mise à jour des plans d'opérations des districts partenaires (Bugesera, Rulindo et Gakenke) pour l'année budgétaire 2011-2012	2011-2012	1 an	CTB	Districts partenaires	Plan approuvé	Minisanité IV	Juin 2012	100%	
4. L'approbation de l'intégration de l'Unité de Gestion du Programme Minisanité IV dans SPIU (single Project implementation Unity)	18 avril 2012		CTB	Ministère de la Santé	Décision approuvée	Minisanité IV	1 juillet 2012	100%	
5. Adoption des modalités organisationnelles et financières pour l'intégration dans SPIU (organigramme du SPIU-MINISANTÉ IV, le budget lié à l'intégration de l'Unité de gestion du Programme Minisanité IV dans SPIU, description des fonctions du personnel SPIU Minisanité IV)	18 avril 2012		CTB	Minisanité IV	Décision approuvée	Minisanité IV	30 Juin 2012	100%	

6. Adoption du budget couvrant la période jusqu'en juin 2013 et une éventuelle reconduction pour la durée restante du Programme Minisanté IV sera conditionné en premier lieu par le résultat d'une évaluation de la performance et des besoins en deuxième lieu par la situation budgétaire du Programme Minisanté IV.	18 avril 2012	18 mois	CTB	Minisanté IV	Décision approuvée	Minisanté IV	1 juillet 2012	100%	
7. Lancement du processus de recrutement du nouveau personnel est autorisé	18 avril 2012	3 mois	CTB	Minisanté IV	Décision approuvée	Minisanté IV	Juillet 2012	100%	
8. Le comité de concertation approuve le projet de modification budgétaire du Programme Minisanté IV.	18 avril 2012		CTB	Minisanté IV	Décision approuvée	Minisanté IV	Juillet 2012	100%	
9. Approbation du rapport final de MTR pour le Programme Minisanté IV	19 Juillet 2012			Minisanté IV	Décision approuvée	Minisanté IV	Juin 2013	100%	
10. Approbation de la focalisation et des plans d'opération 2012-2013 suivant les recommandations de MTR (Planning, M&E and decentralization, clinical Services Mental Health Division, MMC Division. Action research)	19 Juillet 2012		CTB	Minisanté IV	Décision approuvée	Minisanté IV	Juill 2012	100%	
11. Approbation de la modification budgétaire d'après la focalisation	Novembre 2012		CTB	Minisanté IV	Décision approuvée		Déc 2012	100%	
12. Approbation de réallocation budgétaire pour les Districts (Considering the current budget execution, the project balances after 2012-2013 implementation and the fact that Rulindo now has two Districts Hospitals the committee recommended the following option : - Bugesera : 300.000 euros - Rulindo : 200.000 Euros - Gakenke : 100.000 Euros)	Novembre 2012		CTB	Minisanté IV	Reallocation approuvée	Minisanté IV	Déc 2012	100%	



<p>13. Public tender management The similar tenders must be regrouped for harmonization and efficiency under SPIU procurement management while providing appropriate procurement trainings to the districts. The committee agrees with the recruitment of procurement officer instead of the procurement filing officer.</p>	November 2012	8 mois	CTB	Minisanté IV		Minisanté IV		En cours	
<p>14. According to the extension of the health posts of Nyabuko and Marembo de District de Rulindo, the committee requested an external evaluation of the extension works at the two health posts. Following a favorable report, the committee agreed that 50% of the additional cost of RWF 22,380,140 be funded by the Minisanté IV funding and 50% be covered by the district budget. In case of unfavorable report, the district should bear the full additional cost.</p>	November 2012		CTB	Minisanté IV	évaluation en cours	Minisanté IV		En cours	