



**CTB**

**AGENCE BELGE  
DE DÉVELOPPEMENT**

# **RAPPORT ANNUEL 2010**

**PROGRAMME D'APPUI INSTITUTIONNEL À  
LA CONCEPTION ET LA MISE EN ŒUVRE DU  
PLAN STRATÉGIQUE DE DÉVELOPPEMENT  
SANITAIRE DE LA VILLE DE KIGALI  
RWANDA  
RWA 0705911**



# Table des matières

<b>1 FICHE PROJET .....</b>	<b>4</b>
<b>2 RÉSUMÉ.....</b>	<b>5</b>
<b>2.1 APERÇU DE L'INTERVENTION .....</b>	<b>5</b>
<b>2.2 POINTS SAILLANTS.....</b>	<b>5</b>
<b>2.3 LEÇONS APPRISSES ET RECOMMANDATIONS.....</b>	<b>6</b>
<b>3 EVOLUTION DU CONTEXTE.....</b>	<b>7</b>
<b>4 ANALYSE DE L'INTERVENTION .....</b>	<b>9</b>
<b>4.1 ANCRAGE INSTITUTIONNEL ET MODALITÉS D'EXÉCUTION .....</b>	<b>9</b>
<b>4.2 OBJECTIF SPÉCIFIQUE.....</b>	<b>10</b>
4.2.1 Indicateurs.....	10
4.2.2 Analyse des progrès réalisés.....	11
4.2.3 Risques & hypothèses .....	12
4.2.4 Critères de qualité .....	13
4.2.5 Impact .....	13
4.2.6 Leçons apprises et recommandations .....	13
<b>4.3 RÉSULTAT 1 .....</b>	<b>15</b>
4.3.1 Indicateurs.....	15
4.3.2 Bilan activités .....	15
4.3.3 Analyse des progrès réalisés.....	16
4.3.4 Risques et hypothèses.....	16
4.3.5 Critères de qualité .....	16
4.3.6 Exécution budgétaire .....	16
4.3.7 Leçons apprises et recommandations .....	17
<b>4.4 RÉSULTAT 2 .....</b>	<b>18</b>
4.4.1 Indicateurs.....	18
4.4.2 Bilan activités .....	18
4.4.3 Analyse des progrès réalisés.....	19
4.4.4 Risques et hypothèses.....	19
4.4.5 Critères de qualité .....	20
4.4.6 Exécution budgétaire .....	20
4.4.7 Leçons apprises et recommandations .....	20
<b>4.5 RÉSULTAT 3 .....</b>	<b>21</b>

4.5.1 Indicateurs.....	21
4.5.2 Bilan activités .....	23
4.5.3 Analyse des progrès réalisés.....	24
4.5.4 Risques et hypothèses.....	26
4.5.5 Critères de qualité.....	26
4.5.6 Exécution budgétaire .....	27
4.5.7 Leçons apprises et recommandations .....	27
<b>4.6 RÉSULTAT 4 .....</b>	<b>28</b>
4.6.1 Indicateurs.....	28
4.6.2 Bilan activités .....	28
4.6.3 Analyse des progrès réalisés.....	29
4.6.4 Risques et hypothèses.....	29
4.6.5 Critères de qualité.....	29
4.6.6 Exécution budgétaire .....	30
4.6.7 Leçons apprises et recommandations .....	30
<b>4.7 RÉSULTAT 5 .....</b>	<b>31</b>
4.7.1 Indicateurs.....	31
4.7.2 Bilan activités .....	32
4.7.3 Analyse des progrès réalisés.....	32
4.7.4 Risques et hypothèses.....	33
4.7.5 Critères de qualité.....	33
4.7.6 Exécution budgétaire .....	33
4.7.7 Leçons apprises et recommandations .....	33
<b>5 BÉNÉFICIAIRES .....</b>	<b>35</b>
Les bénéficiaires indirects.....	36
<b>6 SUIVI DES DÉCISIONS PRISES PAR LA SMCL ET LE « BACKSTOPPING » .....</b>	<b>37</b>
<b>7 ANNEXES.....</b>	<b>38</b>

# 1 Fiche projet

## Programme d'appui institutionnel à la conception et la mise en œuvre du Plan Stratégique de Développement Sanitaire de la Ville de Kigali (PAPSDSK)

<b>Objectif général</b>		<b>Secteur (CAD)</b>	Santé
L'environnement sanitaire de la ville de Kigali est adapté à l'évolution des besoins de la population		<b>Localisation géogr. du projet</b>	Kigali - Rwanda
<b>Objectif spécifique</b>		<b>Bénéficiaires</b>	Population des trois districts de la Mairie de Kigali (Nyarugenge, Kicukiro et Gasabo) Personnel de santé des formations sanitaires de la mairie de Kigali Mouvements associatifs et communautaires
La Ville de Kigali développe et met en œuvre le Plan Stratégique Développement Sanitaire de la Ville de Kigali (PSDSK) de façon concertée avec ses partenaires		<b>Régie (1)/ cogestion (2) /mixed (3)</b>	Mixed (3)
R1 : La ville de Kigali et ses districts adaptent efficacement leurs instances de gestion chargées de la santé et de l'environnement pour répondre à son rapide développement		<b>Ministère de tutelle</b>	MINALOC/ MAIRIE de la VILLE de KIGALI
R2 : Le PAPSDSK est élaborée et développé en coordination avec l'ensemble des partenaires santé et environnement de la Ville de Kigali		<b>Contrepartie exécutante</b>	Mairie de la Ville de Kigali
<b>Résultats attendus</b>	R3 : L'offre de soins est complétée et augmentée pour répondre aux besoins de la population de Kigali	<b>Personnes en charge de la gestion du projet</b>	DI + DELCO
	R4 : La qualité de l'ensemble des soins et services de santé de la Ville de Kigali est améliorée	<b>Composition de SMCL</b>	Mairie de la Ville de Kigali, MINISANTE, MINAFFET, MINECOFIN CTB
	R5 : La perception des soins chez les usagers et l'adhésion aux programmes de santé environnement dans la communauté sont améliorés		
<b>Budget (EUR)</b>	15.000.000 €		
<b>Durée du projet</b>	4 ans		
<b>Signature convention spécifique/démarrage/fin</b>	22/01/2009 - 21/01/2013		
<b>Dépenses globales au 31/12/2010 (EUR)</b>	4.089.707 €		
<b>Taux d'exécution financière (%)</b>	27 %		

## 2 Résumé

### 2.1 Aperçu de l'intervention

Logique d'intervention	Effizienz	Efficacité	Durabilité
<b>Objectif Spécifique</b> : La Ville de Kigali développe et met en œuvre le Plan Stratégique de Développement Sanitaire de la Ville de Kigali (PSPDSK) de façon concertée avec ses partenaires	C	C	B
<b>Résultat 1</b> : La ville de Kigali et ses districts adaptent efficacement leurs instances de gestion chargées de la santé et de l'environnement pour répondre à son rapide développement	C	C	B
<b>Résultat 2</b> : Le PAPSDDSK est élaborée et développée en coordination avec l'ensemble des partenaires santé et environnement de la Ville de Kigali	B	C	B
<b>Résultat 3</b> : L'offre de soins est complétée et augmentée pour répondre aux besoins de la population de Kigali	B	A	B
<b>Résultat 4</b> : La qualité de l'ensemble des soins et services de santé de la Ville de Kigali est améliorée	B	B	B
<b>Résultat 5</b> : La perception des soins chez les usagers et l'adhésion aux programmes de santé environnement dans la communauté sont améliorés	B	B	B

Budget €	Dépenses € 2009	Dépenses € 2010	Dépenses totales € (31/12/2010)	Solde budget €	Taux d'exécution %
15.000.000	819.277	3.270.430	4.089.707	10.910.292	27

### 2.2 Points saillants

Equipe USE en place début 2010.

Taux d'exécution des activités planifiées du PAPSDDSK pour 2010 est de 97 %.

L'approbation de l'USE par le comité exécutif et le conseil urbain fin 2010.

La création d'un comité technique, sous la présidence du Vice maire comme plateforme de concertation des partenaires.

L'enthousiasme pour la création et le fonctionnement d'un groupe de travail « Réseautage inter hospitalier ».

L'affectation des chargés d'information sanitaire dans les districts pour la collecte et l'analyse des données.

La finalisation des Plans directeur pour les hôpitaux de Muhima et de Kibagabaga.

L'audit du système d'informatisation de la gestion hospitalière au CHUK.

Le lancement d'une étude architecturale pour la construction de sept centres de santé.

Finalisation de l'étude besoins obstétricaux non couverts (BONC) dans la ville de Kigali.

L'achat d'un CT scan 64 coupes pour le CHUK qui servira la Ville de Kigali et le pays.

Campagne de « Beautifying my Kigali ».

Campagne de sensibilisation de la population « Green, Clean and Secure City ».

L'organisation de « Open Health Day » fin 2010 avec participation active du Hon Ministre de la Santé, Dr Richard SEZIBERA.

Création d'une rubrique « santé » sur le site web de la Ville de Kigali : voir

<http://www.kigalicity.gov.rw/>

## 2.3 Leçons apprises et recommandations

Recommandations :

Renforcer la collaboration sectorielle dans l'intervention visant la santé (Minisanté-Minaloc-Mineduc).  
Elaborer une convention tripartite Mairie/Minisanté/BTC (collaboration intersectorielle) officielle.  
Etablir un partenariat secteur public/privé avec intégration du secteur privé (avec une réelle finalité publique) dans le PSDSK.  
Créer des mécanismes d'articulation technique entre le Minisanté et la Mairie.  
Clarifier et développer les responsabilités respectives des instances municipales et ministérielles chargées de la santé et de l'environnement.  
Accélérer l'élaboration d'un PSDSK.  
Formaliser le réseau inter hospitalier.

Leçons apprises :

Nécessité dès le démarrage du programme d'un ancrage bien défini ainsi qu'une clarification/précisions des obligations du partenaire.  
Clarifier la mode de gestion du programme (cogestion) au partenaire.  
Créer des mécanismes de concertation et séances de travail techniques régulières entre l'USE, la Mairie et le Minisanté pour la programmation/approbation de l'ensemble des activités.  
Clarifier les rôles et responsabilités de l'USE, de la Mairie et du Minisanté le plutôt possible.  
Clarifier le type et le contenu spécifique d'un plan stratégique santé urbain par rapport au plan stratégique du Minisanté (HSSP).

### 3 Evolution du contexte

Le retard de la part de la Mairie dans le recrutement et la mise en place du personnel d'appui (personnel arrivé début Janvier 2010 avec période d'apprentissage pendant Q1) a freiné l'exécution de certaines activités.

Le cadre organique changeant au niveau des entités décentralisées : deux en 2 ans (suppression de la Direction Sante et Handicap au niveau de la Mairie de la Ville de Kigali et de la Direction Sante Famille et Protection de l'Enfant au niveau des Districts remplacées par des chargés de la Santé et de l'Hygiène, avec moins de pouvoir de décision quoi qu'ayant les mêmes responsabilités) a retardé la collaboration effective avec ces entités.

La réorganisation administrative de la Mairie et les modifications des structures qui fixent le cadre de travail du programme nécessitent une réflexion, approbation, et décision sur le montage institutionnel du programme au sein de la Mairie ainsi que sur l'adaptation nécessaire des instances de gestion de la Mairie. L'USE n'a actuellement aucune existence légale (non inscrite à l'agenda du Minaloc). Les démarches qui formalisent la relation entre l'USE et les autres directions de la Mairie, ainsi que les unités dans les districts ont été entreprises.

L'ancrage institutionnel de l'USE dans l'organigramme de la Ville de Kigali a nécessité au niveau du Comité Exécutif, puis du Conseil Urbain de la Ville de Kigali une longue période de > 1 an de réflexion/approbation/décision sur le montage institutionnel. L'ancrage de cet unité et la modification du cadre organique de la Ville de Kigali afin d'y insérer l'Unité de coordination des activités de Santé Publique, d'hygiène et de Santé environnementale a été approuvé fin 2010/début 2011.

Les hôpitaux sous tutelle directe du Minisanté prestent des services dans la zone géographique placée sous la responsabilité de la Mairie. Les responsabilités des uns des autres, la prise de décision ne sont pas encore tout à fait claires ni formalisées dans une convention, sauf que la Mairie comme maître d'ouvrage reste maître de la décision finale.

Le manque d'Accord Tripartite entre La CTB, la Ville de Kigali et le Ministère de la Sante pour permettre une bonne description des rôles et des modalités de collaboration, et la prise de décision a handicapé le programme et freiné ses réalisations.

Les périodes électorales (Parlementaires : Octobre 2009, Présidentielles Juillet à Aout 2011) n'ont pas permis une disponibilité suffisante des partenaires et autorités.

L'entrée du Rwanda dans la communauté des états de l'Afrique de l'Est demande maintenant à ce que la planification et calendrier d'activités s'adapte à son année budgétaire (du Juillet 2010 à Juillet 2011).

Plus de 80% du montant total de la planification 2010 a été constitué par des activités qui ont requis préalablement une procédure de passation de marchés à travers les différentes entités de passation de marchés des partenaires/institutions.

A l'occasion d'une réunion de concertation, le Ministre de la Santé a expliqué son point de vue général sur la répartition du budget du programme : le budget de 15 millions € devrait être dépensé sur les réalisations importantes, durables, qui sont efficaces et efficientes pour le développement et l'amélioration des services de santé de la ville, plutôt que d'être fragmenté.

Suite aux changements du contexte (la santé est située dans 2 entités MINALOC/Minisanté bien distinctes ; un cadre organique changeant de la Mairie (MINALOC) ; des nouvelles priorités techniques du Minisanté) par rapport au contexte décrit dans le DTF, le programme a du s'adapter au nouveau contexte et aux priorités qui diffèrent de celles du DTF lors de la formulation.

Sous l'initiative du Représentant Résident de la BTC, un mécanisme de coordination d'appui belge au secteur santé a été mis en place afin d'améliorer les résultats à atteindre par chaque ATI individuellement dans son projet, et collectivement par la Belgique (influence sur la vision politique locale). Cette coordination assurera un bon échange d'information, et une bonne collaboration, entre les personnes en charge de ces projets, y compris l'Attaché.

## 4 Analyse de l'intervention

### 4.1 Ancrage institutionnel et modalités d'exécution

Peu approprié

A plusieurs occasions (entretiens avec le Vice maire, missions de backstopping, mission d'appui technique continu) le problème de l'ancrage institutionnel a été discuté. En effet, le programme se centre sur l'amélioration de la qualité des soins dans les formations sanitaires à tous les niveaux, mais est ancré auprès de la Mairie de Kigali, qui ne dispose pas de compétences spécifiques dans le domaine des services de santé et de la gestion des formations sanitaires.

Il y a donc un risque potentiel de malentendu et confusion permanente entre le Minaloc/Mairie et le Minisanté pour savoir qui doit avoir le leadership et qui sera responsable des activités et de la prise de décision. Cette situation handicape le programme et freine ses réalisations, ainsi que l'appropriation par le partenaire.

Il y a encore à mettre au point des mécanismes pour une articulation plus claire entre le Minisanté et la Mairie.

Le double ancrage institutionnel (Mairie/Minaloc – Districts) avait été pensé lors de la formulation du programme, au moment où le pays s'était lancé dans une décentralisation rapide mais sans en prévoir certains conflits de responsabilité.

La décentralisation administrative étant un processus toujours en cours (passage de la phase II à phase III) (+ MINALOC) a des implications pour le secteur santé qui ne sont pas tout à fait clarifiées encore.

Il serait souhaitable que la structure de coordination de la santé dans la Ville de Kigali soit complémenté par l'indication des interrelations : expliciter les lignes d'autorité entre les diverses structures, à qui chacune de ces structures rapportent-elles leur performance.

L'importance d'une unité de coordination santé urbaine reste valable mais une clarification des responsabilités des uns des autres s'avère nécessaire, officialisé dans une convention tripartite.

Fin 2010, les instances de la ville de Kigali ont accepté l'intégration de l'USE appuyé par le programme (PAPSDSK) dans son cadre organique, mais restent néanmoins plus sensibles aux activités d'hygiène et assainissement, de santé environnementale et de mobilisation de la population.

Le mode de gestion (la cogestion) n'est pas perçu de la même manière par le partenaire (la Mairie). Le non compréhension du principe de cogestion par le partenaire ralentit la prise de décision.

## 4.2 Objectif spécifique

### 4.2.1 Indicateurs

<b>Objectif spécifique</b> : La Ville de Kigali met en œuvre le plan stratégique de Développement Sanitaire de Kigali de façon concertée avec ses partenaires					Progrès :	C
Indicateurs	E	G	Baseline 2009	Progrès année 2010	Commentaires	
Disponibilité d'un PSDSK mis à jour	x	x	Il n'existe pas un plan stratégique sanitaire de développement sanitaire de la Ville de Kigali. L'étude HERA donne des orientations pour le Plan stratégique. Par contre, chaque District dispose d'un plan de développement du District 2008-2012	<p>Le processus d'élaboration du plan stratégique sanitaire de Kigali lancé.</p> <p>La collecte et analyse des données de routine se poursuit.</p> <p>La définition du chronogramme des étapes à suivre pour élaborer le Plan stratégiques sanitaire de Kigali à savoir : la Vision de la santé urbaine à l'horizon 2020, la mise en place du cadre de pilotage du plan (Comité technique), études complémentaires de Baseline, définition des priorités, élaboration des stratégies, mise en œuvre du plan et enfin le monitoring et évaluation du plan.</p> <p>Les études suivantes pour le Baseline sont en cours de finalisation : Plan Directeur des hôpitaux de Muhima et Kibagabaga, Evaluation fonctionnelle de 'Open Clinic', les besoins obstétricaux non couverts, l'inventaire des équipements biomédicaux, Radioprotection, système d'information géographique (SIG), etc</p>	Le plan stratégique de développement Sanitaire de Kigali sera élaboré de manière concertée avec tous les acteurs.	
Budget consolidé/alloué de l'ensemble des partenaires pour la mise en œuvre du plan stratégique			Il n'existe pas dans la Ville de Kigali un SWAP santé. Le Plan stratégique sera l'outil de travail commun pour l'ensemble des partenaires de la Ville de Kigali.	Pas valide actuellement	Les engagements de tous les partenaires seront mentionnés dans le PSDK. Un cadre de suivi du budget sera mis en place.	
Disponibilité des plans d'action annuels à tous les niveaux	x	x	Les plans d'actions annuels de mise en œuvre du PAPSISK existent à tous les niveaux.		Les plans d'actions sont basés sur le HSSP du Minisanté et reste de les adapter aux orientations stratégiques du PSDSK	
Evolution du nombre de partenaires actifs dans la mise en œuvre du Plan			Pas d'actualité		Actualisation trimestrielle de la liste des partenaires par District.	

## 4.2.2 Analyse des progrès réalisés

La préoccupation du programme (PAPSDSK) de renforcer d'avantage le système de santé (renforcement structurel des institutions) a été au centre de la planification 2010 du programme, tout en reflétant fidèlement les priorités de la stratégie de lutte contre la pauvreté (PRSP), du Plan Stratégique du Minisanité (HSSP), de la politique nationale de santé et de la vision 2020.

Les équipes (USE mairie et USE district) ont été renforcées en capacité (3 chargés de SIS, 1 chargé de santé primaire, et 3 chargés d'environnement et hygiène).

Malgré le fait qu'un plan stratégique spécifique de santé urbaine (PSDSK), qui traite les défis de santé urbaine, n'existe pas encore, le programme a pu appuyer la mise en œuvre du HSSP au niveau des districts et des formations sanitaires tout en tenant compte de la logique de la décentralisation qui laisse une autonomie aux districts dans leurs prises de décision et ceci dans les limites fixés dans l'objectif du programme.

Pour le moment nous ne pouvons qu'avancer des hypothèses sur le résultat de développement. La mise en œuvre du PSDSK va donner une réponse aux défis urbains de santé qui n'avaient pas de réponse approprié et/ou spécifique dans le Plan Stratégique du Minisanité (HSSP). Nous citons comme exemple : l'amélioration de l'accès au soins par l'intégration du privé dans les mutuelles de santé (collaboration avec les structures de soins privés et les pharmacies privées), la collaboration entre hôpitaux (RIH) qui peut améliorer l'accès aux soins spécialisés en permettant la mobilité de l'expertise pour être plus proche des bénéficiaires.

Les conditions dans lesquelles le programme a démarré n'a pas permis de développer rapidement un PSDSK. Par ailleurs, la priorité du programme était d'appuyer les partenaires (CHUK, Muhima, Kibagabaga, Districts, Ville de Kigali) qui n'avaient plus d'appui depuis plus de 12 mois, afin d'assurer la continuité avec l'appui antérieur de la CTB tout en gardant les acquis de cet appui et de regagner la confiance de ces partenaires.

La volonté manifeste et expresse du Minisanité, de la Mairie et des Districts pour que le Programme commence par des investissements nécessaires (équipements, réhabilitations, constructions...) a remis l'intérêt pour un PSDSK en deuxième place. Les ressources affectées en 2010 ont été destinées principalement au développement/ renforcement du système de soins de santé à tous les niveaux permettant d'assurer la continuité des programmes antérieurs tout en cohérence avec les principes tels que définis dans le HSSP. Ceci a pris du temps suite à la lourdeur des procédures en vigueur.

Surtout le CHUK a occupé une place importante dans cet appui en quantité et qualité. Il a été renforcé par des investissements importants, des formations 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> cycle par les ATI experts, l'octroi de bourses et l'amélioration de la qualité dans le cadre de l'accréditation.

Un comité technique qui rassemble les partenaires afin de valider les stratégies et les activités a été créé sous la présidence du Vice Maire et se réunit régulièrement maintenant.

Le Minisanté a aussi encouragé la concertation entre les acteurs santé d'une même agence de coopération. A la fin 2010, il est mis sur pied une cellule mixte belgo-rwandaise de suivi des programmes de santé financés par le Royaume de Belgique dans le souci de créer des synergies et de faciliter le rapportage vers le Minisanté, mais aussi de garder un alignement sur les stratégies et les priorités du Minisanté.

Les deux thèmes « Genre » et « Environnement » et leur intégration est incontournable d'autant plus qu'ils font parties des orientations stratégiques de la République du Rwanda.

Nous citerons comme actions : L'amélioration de la Santé Mère-Enfant par le développement de maternités dans toutes les structures de santé publiques et agréées de premier niveau et l'inventorisation de leur équipement ; la présence d'un Assistant Technique en Gynécologie et Obstétrique qui est chargé de coordonner la formation en gynécologie et obstétrique à la faculté de la Médecine ; l'encouragement des candidatures féminines pour le recrutement des candidats spécialistes en gynécologie et obstétrique ; l'appui aux coopératives mixtes des Animateurs de Santé et Coopératives de collecte des déchets domestiques.

La participation du programme au développement d'une Ville saine et moins polluée affecte toute la population, femmes et hommes.

La connexion avec l'aspect environnement se fait aussi dans l'équipe USE par sa composition où collabore le personnel chargé dans ce domaine avec les autres experts de l'équipe.

Dans le cadre des initiatives d'harmonisation avec d'autres acteurs de développement les ATI et ATJ participent dans les groupes de travail au niveau central (la santé reproductive avec sous groupe la santé scolaire, la décentralisation et la gestion et maintenance de l'équipement biomédical)

### 4.2.3 Risques & hypothèses

C : élevé

Risques & hypothèse	Commentaires
Maintien de l'intérêt politique (Mairie) pour le développement d'un modèle urbain	Intérêt de la Mairie se limite au niveau de sa compétence c.à.d. hygiène et assainissement.  Néanmoins avec le développement du PSDSK axée sur les défis urbains en matière de Santé et Environnement, nous espérons que la Ville de Kigali y verra son intérêt et soutiendra sa mise en œuvre.
Concrétisation de l'intérêt des partenaires pour le PSDSK	Confusion sur l'appropriation et la conception d'un PSDSK et le plan stratégique existant du Minisanté. Il faudra mettre l'accent sur les spécificités urbaines tout en s'alignant sur la politique et la stratégie du Minisanté ainsi que ses priorités
La décentralisation administrative est un processus toujours en cours (passage de la phase II à phase III) (+ MINALOC) :	Implications pour le secteur santé pas tout à fait clarifiées encore Changement des responsabilités et des postes
Acceptation du montage institutionnel proposé pour le programme d'appui	En cours de décision par le conseil urbain (fin déc. 2010)

Le non existence de textes légaux donnant autorité décisionnelle à la mairie de la ville de Kigali en matière de santé	
--	--

#### 4.2.4 Critères de qualité

	Score	Commentaires
<b>Efficacité</b>	C	Le PSDSK n'a pas été développé suite aux explications précédentes, néanmoins des activités de recherche, de Baseline ont été menées et les étapes pour l'élaboration ont été fixées ( premier draft PSDSK disponible fin juin 2011).
<b>Efficiéce</b>	B	
<b>Durabilité</b>	B	Pour le Ministère de la Sante, l'USE vient en appui pour le développement des activités de Sante Urbaine (cf. Discours du Ministre au « Health Open Day » pour la Ville de Kigali).
<b>Pertinence</b>	B	

#### 4.2.5 Impact

Une nette distinction s'impose entre le plan stratégique de développement sanitaire de la ville de Kigali (PSDSK) et la mise en œuvre du présent programme d'appui institutionnel (PAPSDSK).

La préoccupation du programme (PAPSDSK) de renforcer d'avantage le système de santé (renforcement structurel des institutions) a été au centre de la planification 2010 du programme.

L'objectif spécifique traduit une conception d'un programme axé sur le renforcement d'un environnement constructif de dynamique qui stimule tous les acteurs à s'inscrire dans une vision commune d'ici 2020.

La volonté des différents partenaires à y participer s'est exprimé dans l'événement « Health open Day » organisé à la fin d'année, où le Ministre de la Santé s'est prononcé sur les défis de santé en zone urbaine et l'importance d'une vision globale et de la coordination (voir extrait du discours dans 5).

Le principe d'appui à deux niveaux (au niveau de la Mairie et au niveau district (opérationnel) ou le double ancrage, avec création d'un lien dynamique, a permis une circulation de données pertinentes pour la prise de décision.

Le développement de l'implication communautaire en renforçant les capacités des associations des agents de santé communautaire dans le domaine de l'environnement et hygiène.

Manque de synergie intersectorielle

#### 4.2.6 Leçons apprises et recommandations

Décisions prises	Source	Qui	Temps	Etat
Faire approuver à temps l'existence de l'USE et la	4.1	La Mairie	Q4	En cours

composition par le comité exécutif et le conseil urbain				
La création d'un comité technique de concertation et de coordination	4.2.2	Vice Maire	Q2	Fait

Recommandations	Source	Qui	Deadline
Elaborer une convention tripartite (collaboration intersectorielle) officielle	4.2	Mairie/Minisanté/CTB/Ambabel	Après l'évaluation mi parcours 2011
Intégration du secteur privé (avec une réelle finalité publique) dans le PSDSK	4.2	Direction PAPSDSK	Q1 2011
Créer des mécanismes d'articulation entre le Minisanté et la Mairie	4.2.2	Vice maire	Q1 2011
Renforcer la collaboration sectorielle dans les interventions CTB visant la santé (Minisanté-Minaloc-Mineduc)	4.2.2	Minisanté	Q1 2011

Leçons apprises	Public	Capitalisation dans le cycle du projet
L'ancrage du programme dès le démarrage bien clarifié ainsi que les obligations du partenaire	Représentation/mairie	Identification, formulation et mise en œuvre
Clarifier la mode de gestion du programme (cogestion) au partenaire	Représentation	Identification, formulation et mise en œuvre
Créer de mécanismes de concertation et séances de travail techniques régulières entre l'USE, la Mairie et le Minisanté pour accorder ensemble la programmation des activités	Représentation/Mairie/Minisanté	Mise en œuvre

## 4.3 Résultat 1

### 4.3.1 Indicateurs

<b>Résultat</b> : La ville de Kigali et ses partenaires adaptent efficacement leurs instances de gestion chargées de la santé et de l'environnement pour répondre à son rapide développement					Progrès : C
Indicateurs	E	G	Baseline 2009	Progrès année 2010	Commentaires
Existence effective de l'Unité Santé Environnement positionnée dans l'organigramme de la Mairie	x	x	Il n'existe pas une unité Santé Environnement dans la Ville de Kigali.	Approbation par le conseil urbain en cours	C'est une nouvelle structure à mettre en place pour gérer les défis de la santé urbaine. Le suivi de la création de l'Unité est assuré par la Vice Maire Affaires sociales
Rôles et fonctions des différents postes de l'USE sont établis	x	x	Pas définis	Le rôle et les fonctions des différents postes de l'USE sont définis.	
Nb de postes pourvus par rapport au nombre prévu à la Mairie	x	x	5/5 des postes prévus ont été pourvus pour le démarrage du programme,	Tous les postes sont occupés. 3 chauffeurs sur 4 étaient en fonction	
Nb postes des responsables SIS des districts urbains couverts (1/3 des responsables SIS était couvert).	x	x	Il n'existait pas de responsable SIS dans les Districts de Nyarugenge et de Gasabo	3/3 couverts	
Taux d'exécution des activités prévues dans le plan d'action de l'USE et des USFPE des districts traduisant le plan stratégique	x	x			Les plans d'action sont basés sur le HSPS, pas encore sur le PSDSK

### 4.3.2 Bilan activités

Activités	Déroulement				Commentaires (uniquement si la valeur est -)
	++	+	+/-	-	
Le cadre institutionnel et organisationnel des instances de gestion de la mairie et des districts est adapté pour rencontrer les défis du PSDSK		+			
Les instances de gestion de la ville sont dotées du soutien matériel, humain et technique nécessaires à leur fonctionnement.	++				
Les compétences des instances de gestion nécessaires à la mise en œuvre du PSDSK et des politiques du MiniSanté sont renforcées.	++				
Un plan d'action opérationnel traduisant les orientations du PSDSK en actions est conçu, mis à jour, approuvé et appliqué.				-	PSDSK en cours d'élaboration et les actions sont basées sur le HSSP
Les possibilités de synergie avec d'autres secteurs et partenaires sont identifiées, et les stratégies de mise en œuvre soutenues.		+			

### 4.3.3 Analyse des progrès réalisés

Le développement progressif de la cellule santé publique et handicap en une USE est un fait maintenant. Mais l'existence de l'USE n'a été approuvée qu'à la fin 2010. Une fois l'approbation de la position de l'USE dans l'organigramme de la Mairie est officielle, il sera plus facile pour le PAPSDSK de réunir les partenaires autour de l'élaboration d'un PSDSK.

Le personnel administratif et de soutien dans l'USE a pris la fonction début 2010. Les responsabilités et les rôles de chacun dans l'USE ont été clarifiés. Le personnel dans les districts chargé pour la collecte de l'information sanitaire (public/ privé) a été affecté et doté du matériel nécessaire. C'est ainsi que l'information sanitaire arrive régulièrement au niveau des décideurs politiques (Mairie) pour la prise de décision.

La concertation entre les divers acteurs au niveau opérationnel ainsi que la coordination proactive de leurs actions se fait dans les réunions structurées de planification et de concertation au niveau de district (Joint Action Forum) et ceci dans le cadre de la décentralisation du pouvoir à ce niveau.

Les plans d'actions des districts et des formations sanitaires traduisent les orientations du HSSP et pas celles du PSDSK.

Les synergies avec le secteur environnement existent à l'intérieur de l'USE et dans la collaboration avec les partenaires à la Mairie, Minisanté et les districts.

### 4.3.4 Risques et hypothèses

C : élevé

Risques & hypothèse	Commentaires
Accord du conseil urbain de la ville et du Minaloc pour le changement administratif nécessaire et la création de l'USE	L'accord du conseil urbain a été donné fin 2010 et la proposition a été soumis au MINILOC pour approbation
Changement de leadership au niveau de la Mairie pour la coordination de la santé urbaine	Le mandat du conseil exécutif et urbain vient à échange fin février 2011.
L'intérêt des responsables non santé sont intéressés par la coordination santé urbain	

### 4.3.5 Critères de qualité

	Score	Commentaires
Efficacité	B	Fin Décembre 2010 le Conseil Urbain a décidé de reconnaître l'USE
Efficience	C	Beaucoup de temps perdu
Durabilité	B	

### 4.3.6 Exécution budgétaire

Budget versus actuals (year to month) – voir annexe

### 4.3.7 Leçons apprises et recommandations

Décisions	Source	Qui	Temps	Etat
Approbation de l'USE	4.3.1	La mairie	Q1-Q4	Fait (attente notification officielle)

Recommandations	Source	Qui	Deadline
Clarifier et développer les responsabilités respectives des instances municipales et ministérielles chargées de la santé et de l'environnement	4.3.1 et 4.3.2	Vice mairie	Q1 2011

Leçons apprises	Public	Capitalisation dans le cycle du projet
Clarifier les rôles et responsabilités le plus tôt possible	Mairie /Minisanté	Identification, formulation, mise en œuvre

## 4.4 Résultat 2

### 4.4.1 Indicateurs

Résultat : Le PSDSK est développé, adapté et mis en œuvre en coordination avec l'ensemble des partenaires santé et environnement de la Ville de Kigali					Progrès : C
Indicateurs	E	G	Baseline 2009	Progrès année 2010	Commentaires
Le Plan Stratégique (2009-2012) est validé	x	x		La réflexion sur le processus d'élaboration est initiée et l'étude Hera en cours d'actualisation (collecte de données).	Le Plan Stratégique sera validé par l'ensemble des partenaires et approuvés par les autorités de la Ville de Kigali et le Minisanté
La Plate forme SE est fonctionnelle	x	x	Au niveau de la Ville, il n'existe pas une plate forme Santé environnement.  Il existe dans chaque District le 'JAF' qui est un forum d'échanges et de partage d'informations entre partenaires de tous les secteurs confondus.	La mise en place du cadre de pilotage du plan stratégique (Comité technique) avec les termes de référence clairs. Ce comité technique est déjà opérationnel.	Autres plate formes intersectorielles existent au niveau des districts (JAF)  Plateforme inter ministérielle existe au niveau de la Mairie
Un panel d'indicateurs d'entrée, de processus et de résultat est élaboré pour le suivi du PSDSK	x		L'approche des besoins obstétricaux non couverts dans la Ville de Kigali.  Plan Directeur des hôpitaux de District de Muhima et Kibagabaga.  Inventaire des équipements biomédicaux dans les hôpitaux de la Ville de Kigali.  Analyse de la collaboration entre les écoles et les centres de santé de Kigali.  Analyse des références des hôpitaux de District vers les CHUK (Maternité, Urgences, Pédiatrie/néonatalogie, ...)  Etats des lieux sur le fonctionnement des services de Néonatalogie du CHUK, Muhima, Kibagabaga et Kanombe	BONC (déficit à - 1,8)  Plan directeur finalisé  Inventaire réalisé  Analyse faite	Rapport disponible sur le BONC, plan directeur ...      En cours  En cours
Les Groupes de travail technique ad hoc fonctionnels	x	x	Les GTT n'existaient pas en 2009 au niveau de la Ville de Kigali.	Le choix des GT et les TDR élaborés	GTT à mettre en place en fonction des besoins.
Suivi annuel de l'évolution des indicateurs source de l'environnement sanitaire de la ville de Kigali	x	x	Rapport SIS hôpitaux et CS	Rapport SIS et CS	

### 4.4.2 Bilan activités

Activités	Déroulement				Commentaires (uniquement si la valeur est -)
	++	+	+/-	-	
Le PSDSK est conçu, développé et adapté par l'USE en fonction des enjeux et évolutions du contexte, et des engagements				-	Priorité donnée à l'appui au fonctionnement des

attendus des partenaires.					structures de santé
Les orientations stratégiques du PSDSK sont régulièrement revues et validées par l'ensemble des partenaires dans un comité technique municipal, en fonction des orientations politiques nationales et municipales.			+/-		Les orientations stratégiques ont été discutées et les étapes d'élaboration du PSDSK sont en cours
Les financements de l'ensemble des partenaires intéressés à la réalisation du PSDSK sont pilotés via un cadre d'investissement issu de la PSE.				-	
La compréhension des enjeux du développement de l'environnement sanitaire est renforcée par des études ad hoc.	++				
Les résultats du PSDSK et du programme d'appui sont documentés et utilisés pour la prise de décision, et les principales leçons partagées sur la scène nationale et internationale.			+/-	-	En cours

### 4.4.3 Analyse des progrès réalisés

Contrairement à l'idée de départ, la rédaction du PSDSK n'a pas occupé les premiers mois du programme. L'installation de l'USE et l'acceptation a pris du temps. Les démarches entreprises étaient pour assurer la continuité du fonctionnement des formations sanitaires, des services santé environnement de la Mairie et des districts. Afin de préparer le PSDSK, des groupes de réflexion qui sont un forum de discussion et de synergie entre les différents acteurs sur les volets spécifiques du plan stratégique, se sont mis en place progressivement (réseau inter hospitalier, groupe bio maintenance, et santé scolaire.)

Un comité technique de concertation des partenaires techniques a été créé et sert comme interface entre le secteur santé et les partenaires santé/environnement. Afin d'éviter le chevauchement avec le JAF au niveau du district qui rassemble tous les partenaires à ce niveau, et l'existence d'un JHSR qui rassemble tous les partenaires de santé au niveau central, ce comité technique a été créé sous la présidence du Vice maire. Le comité est l'organe consultatif et consensuel pour les propositions et les prises de décision cohérentes en santé et plus tard pour tout ce qui concerne le PSDSK.

La réactualisation de l'étude HERA/SHER (Mapping sanitaire et l'évolution des besoins sanitaires) a été initiée à la fin 2010 et d'autres études (BONC) ont été réalisées.

Une institution scientifique pour l'appui technique continu afin de documenter et capitaliser les expériences a été identifiée et une mission a eu lieu fin d'année 2010 pour établir les termes de référence et d'établir un état de lieux des différentes interventions.

### 4.4.4 Risques et hypothèses

Risques & hypothèses	Commentaires
Les partenaires santé environnement de la ville adhèrent à la plateforme santé environnement	L'utilité de la plateforme est mise en cause. Au niveau des districts il ya le JAF et la mairie existe le plate forme interministérielle  Le comité technique qui se réunit chaque trimestre fonctionne comme la structure qui rassemble les partenaires
Les responsables institutionnels soutiennent activement le	

PSDSK	
Le suivi scientifique par des institutions académiques est fonctionnel dès le début du PSDSK	Le suivi scientifique se mettra s'est mis en place fin 2010

#### 4.4.5 Critères de qualité

	Score	Commentaires
Efficacité	C	
Efficience	B	
Durabilité	B	

#### 4.4.6 Exécution budgétaire

#### 4.4.7 Leçons apprises et recommandations

Décisions	Source	Qui	Temps	Etat
Accélérer les consultations pour l'élaboration d'un PSDSK	4.1.1	Représentation /direction	Q4 2010	En cours

Recommandations	Source	Qui	Deadline
Accélérer l'élaboration d'un PSDSK	4.1.1	Représentation /direction	Q2 2011

Leçons apprises	Public	Capitalisation dans le cycle du projet
Clarifier le type et le contenu spécifique d'un plan stratégique santé urbain par rapport au plan stratégique Minisanté (HSSP)	Appui scientifique	Identification, formulation et mise en œuvre

## 4.5 Résultat 3

### 4.5.1 Indicateurs

Résultat : L'offre de soins est complétée et augmentée pour répondre aux besoins de la population de Kigali					Progrès : B
Indicateurs	E	G	Baseline 2009	Progrès année 2010	Commentaires
Plans d'investissements disponibles sur le CHUK, les HD, les CDS et les investissements environnementaux	x	x	Il n'existe pas de manière spécifique des plans d'investissements et investissements environnementaux exhaustifs.	Actualisation des plans d'investissements sur le CHUK, les HDU et les CS	.
% des investissements couverts sur le CHUK, les HD, CDS et investissements environnementaux	x				
Degré de complétude du Paquet complémentaire d'Activités des hôpitaux de District	x	x	<p>L'Hôpital de Muhima n'offre actuellement que les services de Gynéco/obstétrique, Néonatalogie et la Pédiatrie.</p> <p>L'Hôpital de Kibagabaga offre les services de Médecine interne, Pédiatrie, Chirurgie Générale et Gynéco-obstétrique.</p> <p>Les équipements pour l'urgence et la chirurgie sont à compléter</p>	<p>Elaboration du plan Directeur de Muhima et de Kibagabaga.</p> <p>Commande d'équipements et de matériel médical passée pour les hôpitaux de District et du CHUK pour améliorer la qualité des soins.</p> <p>Commande scanner (64 coupes) passée pour le CHUK.</p>	<p>Le draft de l'étude sur le plan Directeur est disponible. Ce plan permettra de planifier les ressources nécessaires pour compléter de manière efficace et efficiente le Paquet complémentaire d'Activités dans les hôpitaux de District</p> <p>Ce scanner sera le premier disponible au Rwanda.</p>
Plan actualisé de formation du personnel médical et paramédical des hôpitaux	x	x	Les HDU ne disposent pas d'un plan détaillé de formation du personnel	Le CHUK dispose d'un plan de formation du personnel actualisé.	Elaboration et actualisation des plans de formation
Ratio de lits/population		x	<p>HDU Muhima: 0.5/1000 hbts (131 lits/240 792)</p> <p>HD de Kibagabaga: 0.4/1000 hbts (195 lits/487959)</p> <p>KMH: 0.7 /1000 hbts (260 lits/348635)</p>		
Taux d'occupation des lits		x	<p>HDU Muhima: 55%</p> <p>HD de Kibagabaga: 62%</p> <p>CHUK: 79%</p> <p>KMH: 87%</p> <p>KFH: 67%</p>		
Taux de mortalité intra-hospitalière			<p>HDU Muhima: 0,68%</p> <p>HD de Kibagabaga: 2,40%</p> <p>CHUK: 7,4%</p> <p>KMH: 2,41%</p> <p>KFH: 1,9%</p>		
Duré moyenne de séjour		x	<p>HDU Muhima: 2,5 jrs</p> <p>Kibagabaga: 4.17 jrs</p> <p>CHUK: 10 jrs</p> <p>KMH: 32 jours</p> <p>KFH: 4 jours</p>		

Taux de contre référence du CHUK vers les HD		x	Pas connu	Une étude a été terminée  Etude (mémoire) sur la pertinence de la réf et contre réf au CHUK faite	L'étude à compléter en incluant le service des urgences au CHUK  Présentation faite – la publication en attente
Evolution du taux de couverture sanitaire des Districts urbains		x	24/25 secteurs disposent d'au moins 1 centre de Santé (69% de couverture).  28% de la population de Kigali n'est pas couverte par 1 centre de santé.  La population moyenne couverte par 1C est de 39.684  21/29 CS ont un service de maternité fonctionnel  23/29 CS ont un service d'hospitalisation fonctionnel.  22/29 CS développent des activités de planning familial.  22/29 CS ont intégré la PCIME clinique.	Etude technique pour la construction de 7 nouveaux centres de santé.  Actualisation du mapping de tous les dispensaires et cliniques privées par secteur.	Collecte et analyse des données essentielles pour l'élaboration du plan de couverture détaillé de la Ville.  Actualisation en cours de la cartographie sanitaire avec le GIS depuis fin 2010
Nb de CS qui ont développé des activités d'accouchements		x	District de Nyarugenge: 5/8 (63%) District de Gasabo: 13/13 (100%) District de Kicukiro:5/8 (63%) Ville de Kigali: 21/29 (79%).		
Réseau inter hospitalier fonctionnel	x	x	Il n'existait pas un réseau inter hospitalier structuré dans la Ville de Kigali.  Il existait des relations de collaboration non formelles entre les hôpitaux.  Pas de cadre formel de concertation, de collaboration, d'échanges d'informations cliniques et d'expertises cliniques.	Mise en place d'un cadre de collaboration et de concertation entre les hôpitaux de la Ville de Kigali à travers un comité de pilotage du réseau.  Elaboration des termes de référence du comité de pilotage du réseau.  La coordination du réseau est assurée par le CHUK.  Adhésion des 6 hôpitaux publics de la Ville au réseau inter hospitalier de Kigali. Il s'agit des hôpitaux de Muhima, Kanombe, Police, Ndera, King Faysal hôpital, le CHUK.  Définition du concept de réseau inter hospitalier et les hypothèses de travail.  Tenue des réunions de concertation et de mise en place de deux contrats communs aux hôpitaux de Muhima, Kibagabaga, Kaombe et du CHUK de maintenance biomédicale dans l'imagerie médicale et le laboratoire.	L'idée de réseau inter hospitalier est novatrice pour le Rwanda. Peu d'expériences (documentées) sont disponibles en Afrique.  La mise en place d'un réseau informatique unifié dans la Ville de Kigali reste difficile pour le PAPSDSK  En 2009, Le Minisanté a demandé aux hôpitaux de District d'arrêter tout développement du système informatique en attendant qu'il se décide du système à utiliser.  Pour cette raison, nous avons connu du retard dans l'informatisation du dossier médical au niveau des hôpitaux de District.

				Evaluation de « Open Clinic. Suite à celle-ci un comité de pilotage est mis en place pour coordonner l'E-Health.	
L'ensemble des hôpitaux connectés au système central informatique est fonctionnel			Pas de système central informatique. Pour l'instant chaque Institution de soins garde ses données à son niveau.		
% des formations sanitaires privées intégrées dans le SIS			0		Discussions en cours avec le Minisanté
Programme et contrats de maintenance sont à jour et incluent les actions au profit des autres hôpitaux	x				
Evolution du nombre de pannes et incidents techniques survenus au CHUK et dans les hôpitaux de la ville				Démarrage des Interventions techniques inter hospitalière  Un appel d'offre commun lancé de pièces détachées biomédicales pour les hôpitaux de Muhima, Kibagabaga et le CHUK.	
Nb de personnel médical et paramédical formés par rapport à la prise en charge des fistules vésico-vaginales		x			
Nb de patients avec fistule vésico-vaginales pris en charge au niveau du réseau interhospitalier		x		Prise en charge des fistules par des campagnes de formation et traitement de masse à Kibagabaga et au CHUK	Etude présentée par un gynécologue au CHUK pour l'obtention du diplôme en gyn&ob
Indicateur traceur global d'amélioration du système : (Circuit de la femme enceinte)		x		Etude en préparation (fait objet d'une thèse pour la spécialisation Gyn&Ob)	
% des besoins en soins obstétricaux non couverts dans la ville de Kigali			Ratio déficit en IOM pour IMA : -1,8 (-677) pour la Ville de Kigali	Rapport d'étude sur les besoins obstétricaux non couverts	Développer une stratégie opérationnelle 2011 sur base de l'étude besoins obstétricaux non-couverts  Analyse en profondeur du ratio déficit par secteur à faire

#### 4.5.2 Bilan activités

Activités	Déroulement				Commentaires (uniquement si la valeur est -)
	++	+	+/-	-	
Le Centre Hospitalier Universitaire de la Ville de Kigali (CHUK) a été renforcé et développé les soins qu'il offre à la population, en accord avec son rôle d'hôpital de référence nationale.	++				
Les Hôpitaux de District Urbains ont assuré l'offre du Paquet Complémentaire d'Activité à la population et adaptent leurs services au développement du contexte urbain de la ville.		+			
L'accès de la population aux formations sanitaires de premier échelon offrant le paquet minimum d'activités est augmenté.			+/-		
L'intégration de l'ensemble de la pyramide sanitaire de la ville de Kigali est favorisée par la mise en réseau de ses trois niveaux de			+/-		

soins.					
L'efficience des services hospitaliers de la ville de Kigali est renforcée via le développement d'activités communes au sein du Réseau Inter Hospitalier.	++				
Une capacité de réponse aux besoins environnementaux et aux besoins d'intervention additionnels est créée		+			

### 4.5.3 Analyse des progrès réalisés

Le résultat implique la mise à disposition des ressources nécessaires pour compléter l'offre de services. Une grande partie de ce résultat a pris la forme d'investissements nécessaires dans les formations sanitaires de la Ville de Kigali.

Afin d'assurer ses fonctions spécifiques de troisième échelon, le CHUK a été doté de matériel bio médical, un CT scanner 64 coupes, des équipements appropriés pour la gynécologie etc.

Deux médecins spécialistes (1 gynéco et 1 pédiatre) assurent le rôle moteur de la réflexion sur de la mise en œuvre des fonctions réseau inter hospitalier ainsi que la formation 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> cycle, la formation pratique et l'amélioration de l'organisation des services au CHUK.

En concertation avec les autres partenaires une attention particulière a été accordée au problème des fistules vésico vaginales chez les femmes.

L'AT ingénieur bio médical a été impliqué dans la coordination régulière et la concertation des responsables de la maintenance des hôpitaux de la Ville (mise en place d'un réseau de techniciens hospitaliers) et activement impliqué dans les procédures d'achats des équipements biomédicaux tout en essayant de la mise en commun des procédures d'achats et de faire l'économie d'échelle ainsi que la meilleure utilisation des ressources de la Ville de Kigali.

Il a donné un appui au fonctionnement des services techniques dans les hôpitaux par l'achat des pièces détachées biomédicales dans le cadre de réseautage afin de réaliser la maintenance préventive et curatives d'urgence.

La politique du Minisanté a dans ces priorités l'amélioration continue de la qualité des services. C'est ainsi que le Minisanté avait conclu un contrat pour le CHUK avec COSHASA (une agence Sud Africaine d'accréditation des services de sante selon les Normes et Standards Internationaux). Le CHUK fait partie des 2 hôpitaux (+KFH) du pays qui sont sous le régime d'accréditation.

Le programme a soutenu le CHUK dans cet effort d'amélioration de la qualité des services par la facilitation à l'accréditation. (Financement d'un contrat avec une société de facilitation à l'accréditation).

Les fonctions spécifiques au CHUK de formation et de recherche ont été appuyées par le programme : renforcement de compétence par l'octroi des bourses (en radiologie, en gestion hospitalière, en gestion des ressources humaines). Les utilisateurs (54 personnes) du système informatique de gestion hospitalière au CHUK ont commencé une formation au KIST fin d'année.

Pour la formation en pédiatrie au CHUK, un contrat a été conclu entre le CHUK, ULB et la Faculté de Médecine (missions des professeurs visiteurs) pour quatre années et

financé par le programme.

Le programme a renouvelé des contrats de maintenance, dont la production d'oxygène et la gestion du réseau informatique et l'informatisation de la gestion hospitalière.

Tout appui au CHUK est conçu pour améliorer la performance du CHUK, certainement à documenter par l'évolution des indicateurs de morbidité et mortalité dans les services et le score obtenu dans le cadre des évaluations pour l'accréditation.

Pour les hôpitaux de district urbains le budget accordé par le programme a servi principalement à assurer leur fonctionnement (les fonctions liées à la supervision, équipements et réparations nécessaires).

Pour que les hôpitaux de district puissent jouer le rôle d'hôpital général ce qui n'est pas le cas pour l'hôpital de Muhima, une étude a été réalisée afin de développer un plan directeur de ces hôpitaux (essentiellement pour l'hôpital de Muhima afin qu'il puisse fonctionner comme hôpital de district et).

Les travaux nécessaires seront réalisés en 2011 tout en attendant un financement substantiel pour compléter les différentes phases de mise œuvre du schéma architectural de l'hôpital de Muhima.

Pour l'hôpital de Kibagabaga certains renforts (station d'épuration, salle de réunion etc.) seront nécessaires.

Un marché pour la réalisation d'une étude technique détaillée « Suivi et contrôle du réseau d'égouttage et du système de traitement des eaux usées à l'hôpital de Kibagabaga » a été lancé fin 2010, afin de respecter les normes nationales qui exigent de pas polluer la nature et affecter la population avoisinante.

Afin d'augmenter la couverture sanitaire au premier niveau (compléter le plan de couverture) et d'augmenter l'accès aux soins primaires par la population, une étude architecturale a été lancée pour la construction de 7 centres de santé. Les travaux commenceront en 2011. Les plans de ces centres de santé urbains (en étage) serviront de référence pour le Minisanté.

En ce concerne l'intégration du secteur privé dans le système de soins, des réunions ont eu lieu avec le responsable du Minisanté pour explorer les possibilités de collaboration avec le privé et l'élaboration des stratégies à suivre.

Entretemps le programme a effectué des supervisions pour la collecte des données sanitaires auprès des structures privées en Ville. Un inventaire de l'ensemble de l'offre privée sera inclus dans l'actualisation de la carte sanitaire dynamique (SIG) initié à la fin d'année.

Un accent particulier a été mis au développement de dynamique de concertation et de coordination au niveau hospitalier par la création d'un groupe de travail réseau inter hospitalier.

Le programme a appuyé le fonctionnement d'un réseau inter-hospitalier sous le leadership du CHUK, regroupant tous les hôpitaux de la ville afin d'échanger les compétences et les expériences. L'enthousiasme des différents acteurs et partenaires reflètent un grand besoin senti et garantira la continuité de cet initiative.

Le réseau inter hospitalier fut une avancée très importante. Ce réseau favorisera une économie de moyens car l'objectif est de gérer ensemble la politique, l'offre et la standardisation des soins sans oublier la maintenance et les achats en commun.

Un audit du système informatique de la gestion hospitalière au CHUK a été organisé afin d'évaluer la fonctionnalité du système mis en place et de mesurer si le système contribue à l'efficacité et l'efficience de la gestion hospitalière ainsi qu'à la gestion du malade, avant d'introduire l'outil dans autres hôpitaux du réseau.

Des recommandations intéressantes ont été émises (la mise en place d'un steering committee, la nécessité de formation, l'importance de la maintenance etc.. ) quant à l'amélioration de sa fonctionnalité.

Au sujet de renforcement des capacités ; un nombre de personnel a été appuyé pour une formation continue dans le pays ou à l'étranger (1 gestion RH, 1 radiologie, 2 en gestion hospitalière, 2 santé environnementale..)

#### 4.5.4 Risques et hypothèses

A : faible

Risques & hypothèses	Commentaires
Le CHUK dispose de spécialistes compétents dans tous ses services.	
Le CHUK est intégré avec les autres hôpitaux dans le Réseau Inter hospitalier et nomme un responsable chargé de cette coordination.	
Les spécialistes formés restent au CHUK après leur formation	
Les hôpitaux de district disposent de personnel en suffisance pour exercer leurs fonctions.	
Des soumissionnaires valables exécutent les chantiers prévus.	
Un nombre significatif de dispensaires privés sont ouverts à l'intégration dans le programme de captation	
Les centres de santé agréés qui ne font pas d'accouchements acceptent d'en faire.	
Appui du Ministère de la Santé à l'initiative du RIH et du réseautage aux autres échelons	
Intérêt des formations sanitaires pour le réseautage, & volonté des hôpitaux pour le RIH.	
Disponibilité d'informaticiens compétents	

#### 4.5.5 Critères de qualité

	Score	Commentaires
Efficacité	B	Appui conséquent en équipement biomédical contrats de maintenance (CHUK, Muhima et Kibagabaga Hospitals)

<b>Efficience</b>	B	La lourdeur des procédures de passation de marchés.
<b>Durabilité</b>	B	Le leadership et le management hospitaliers requiert plus d'effort pour le maintien des acquis.

#### 4.5.6 Exécution budgétaire

Voir en annexe

#### 4.5.7 Leçons apprises et recommandations

<b>Décisions</b>	<b>Source</b>	<b>Qui</b>	<b>Temps</b>	<b>Etat</b>
Etablissement des conventions d'exécution entre les partenaires et le programme	4.5.3	Direction du PAPSDSK, Resrep	Q1 2010	fait
Décision de construction centre de santé urbain en hauteur selon l'exigence de la mairie	4.5.3	Mairie	Q2 2010	En cours

<b>Recommandations</b>	<b>Source</b>	<b>Qui</b>	<b>Deadline</b>
Formaliser le réseau inter hospitalier	4.5.3	Direction	Q1 2011

<b>Leçons apprises</b>	<b>Public</b>	<b>Capitalisation dans le cycle du projet</b>

## 4.6 Résultat 4

### 4.6.1 Indicateurs

Résultat : La qualité des soins et des services de santé de la Ville de Kigali est améliorée					Progrès : B
Indicateurs	E	G	Baseline 2009	Progrès année 2010	Commentaires
Plan annuel de formation de la Ville disponible	x	x	Il n'existe pas un plan de formation du personnel de la Ville.	Plan de formation des formations sanitaires (CHUK et autres) disponible	Les besoins sont identifiés au fur et à mesure.
Nb de formations thématiques effectuées et de personnel formé par niveau et évaluation de l'impact réel de certaines formations	x	x	Voir le rapport annuel des formations sanitaires		
Taux de réalisation des supervisions programmées mensuelles et trimestrielles des FOSA (Publiques et privées)		x	100 % PBF	Les supervisions régulières dans le cadre du PBF	
Un système de suivi des performances des districts est disponible et utilisé			Il existe un système de suivi des performances des Districts administratifs mis en place par le Gouvernement dans tous les Districts du pays.		Le système ne concerne pas spécifiquement les chargés de santé. Le programme en collaboration avec les autres partenaires devra mettre en place un système de suivi des performances du personnel en charge de la santé au niveau des Districts
Présence d'un responsable SIS dans chaque district		x	1 p	3 p	
Degré d'intégration des données des structures privées dans le SIS			Moins de 1% des FOSA privées transmettent leurs rapports d'activités aux Districts. Aucune donnée du secteur privé n'est intégrée dans le GESIS.	Collecte des données en cours	Le programme travaillera en collaboration avec le Minisanté pour relever ces défis du secteur privé lucratif.
Taux de complétude (GESIS et rapports hospitaliers)			100%		
Taux de transmission des rapports SIS (USE et Minisanté)			100% des rapports SIS des hôpitaux sont transmis directement au Minisanté (cadre officiel de transmission des rapports SIS).		La transmission des rapports à l'USE n'est pas encore formalisée.
Nb de personnels des FOSA du programme AQ formés		x	Rapport Minisanté		En cours
Evolution du score (accréditation) du CHUK	x	x	43 %	59 %	COSHASA

### 4.6.2 Bilan activités

Activités	Déroulement				Commentaires (uniquement si la valeur est -)
	++	+	+/-	-	
Un programme de renforcement des compétences du personnel est appliqué aux différents niveaux du système de santé de la ville de Kigali.		+			

La politique d'amélioration de la performance est renforcée et étendue dans les services de santé de la ville.		+			
Les circuits de l'information sont renforcés pour une meilleure analyse des données dans la prise de décisions.		+			
L'utilisation de l'Assurance Qualité est étendue et adaptée aux besoins des différents types d'établissements de santé de la ville.			+/-		

### 4.6.3 Analyse des progrès réalisés

La performance des institutions sanitaires et la qualité du travail sont visées dans ce résultat.

Le programme a appuyé les initiatives en cours par le Minisanté par rapport à la performance (PBF) et ceci à travers un appui aux supervisions intégrées et formatives des CS par les hôpitaux et un appui au processus d'accréditation au CHUK à travers les missions de facilitation par des experts.

Les formations du personnel sous l'autorité du Minisanté ont été soutenues. La formation et l'appui au PBF/supervision visent à améliorer la qualité des services. Le processus de collecte de données dans le secteur privé a été initié en collaboration avec les responsables SIS des districts et le programme poursuivra l'actualisation des données (carte sanitaire dynamique) en 2011.

Le programme a appuyé les frais de fonctionnement des hôpitaux (conventions d'exécution signées).

Le programme à travers l'AT junior a initié la mise en commun de l'information sanitaire liée à l'offre des soins tout en collaboration avec le responsable de la Mairie et les responsables SIS des districts engagés. La synthèse mensuelle venant des districts remonte jusqu'au Minisanté mais aussi jusqu'à la Mairie.

L'information sanitaire venant du secteur privé sera incluse dès 2011. Un état de lieu du secteur privé a été initié fin d'année.

Des formations spécifiques à l'analyse des indicateurs pour les responsables ont été appuyées par le programme et ainsi renforcées les compétences du personnel.

### 4.6.4 Risques et hypothèses

B : faible

Risques & hypothèses	Commentaires
La formation des agents de santé, en particulier par l'octroi des bourses n'améliorera la qualité si ce personnel est contractuellement lié aux services de santé de la ville	
Le personnel des USE de la Mairie et de District adhèrent au programme de mesure de la performance	
Le poste de responsable de l'information sanitaire a été couvert dans chaque USFPE,	Couvert dans les 3 districts
La cellule AQ du Ministère de la Santé apporte son appui méthodologique	Ok

### 4.6.5 Critères de qualité

	Score	Commentaires

<b>Efficacité</b>	B	
<b>Efficience</b>	B	
<b>Durabilité</b>	B	Les autorités de base participent activement dans l'organisation de l'hygiène et la collecte des déchets. Le leadership de la Mairie est impliqué dans les campagnes régulières d'hygiène.

#### 4.6.6 Exécution budgétaire

Voir annexe

#### 4.6.7 Leçons apprises et recommandations

Décisions	Source	Qui	Temps	Etat

Recommandations	Source	Qui	Deadline

Leçons apprises	Public	Capitalisation dans le cycle du projet

## 4.7 Résultat 5

### 4.7.1 Indicateurs

Résultat : La perception des soins chez les usagers et l'adhésion aux programmes de santé environnement dans la communauté sont améliorés.					Progrès : B
Indicateurs	E	G	Baseline 2009	Progrès année 2010	Commentaires
Nb de participants et nombre d'ateliers méthodologiques organisés pour les agents de santé communautaires et leaders locaux	x	x			
Nb de cas critiques discutés (ASQ) par District par an et nombre auquel une solution a été trouvée		x	Voir rapport PBF et audit des décès maternelle et infantile à tous les niveaux au (rapport Mnisanté)	Discussion régulière de cas cliniques dans les FOSA ainsi que l'évaluation des suggestions des malades, mais le feedback au client n'est pas encore effectif.	Voir rapport PBF Rapport Minisanté
Les études sur l'impact des mutuelles sont disponibles		x	Quelques études diverses existent sur les mutuelles de santé au Rwanda : étude sur la satisfaction des bénéficiaires de mutuelle à Kigali, amélioration de l'accès aux services de santé, étude sur la viabilité des sections de mutuelles de santé au Rwanda....).	Taux d'adhésion à la mutuelle : 96 %	L'ESP du Rwanda à travers l'appui scientifique pourra aider à la réalisation d'études complémentaires sur l'impact des mutuelles de santé.
Manuel de santé scolaire disponible et distribué dans la majorité des écoles de la ville	x	x	-	produit par le Mineduc	le manuel est encore à valider  le manuel n'est pas bien fait: le programme inclura d'autres manuels existants dans le paquet de santé scolaire
Nb de formations et participants parmi les éducateurs (Santé scolaire)	x	x	-	pas de formations	Etude sur l'état des lieux et la collaboration entre les CdS et les écoles a été conduite avant de décider sur la formation nécessaire : en quoi? de qui? pourquoi?
Nb d'écoles touchées par le programme par district et avec un plan d'action pour la santé scolaire	x	x	-	pas encore de programme introduit	Un projet pilote sera exécuté et testé dans 30 écoles (rurales et urbaines) de la ville de Kigali
Impact des projets d'associations communautaires appuyées par le programme documenté	x	x	Plusieurs programmes communautaires ont été mis en œuvre dans les districts, malheureusement, très peu documentés.	25 cellules pilotes les plus en retard dans l'hygiène et assainissement ont été identifiées et suivies. Leur niveau d'hygiène est passé de 25%en	Le présent programme documentera toutes les expériences sur les projets d'associations communautaires.

				moyenne à 70%.	
Evolution des indicateurs principaux de l'enquête Baseline sur la perception de l'offre de soins par la population et autres études		x	L'enquête réalisée par HERA/SHER est disponible. Elle sert de Baseline sur la perception de l'offre de soins par la population. Etude santé scolaire		L'ESP à travers l'appui Scientifique donnera un appui dans la réalisation des futures enquêtes.
Résultats disponibles des enquêtes de satisfaction annuelles menées par les HDU (urgences, hospitalisations et consultations)		x		Le Minisanté a conduit une enquête sur la satisfaction du Client et l'impact des Mutuelles	
% of households using hygienic latrines and hand washing with soap	x	x	56 % (ESD 2008)		ESD 2011
% of health facilities with safe handling disposal of health care waste	x	x	55 % (ESD 2008)		ESD 2011

#### 4.7.2 Bilan activités

Activités	Déroulement				Commentaires (uniquement si la valeur est -)
	++	+	+/-	-	
Les réseaux d'agents de santé communautaire et les leaders locaux sont renforcés dans leur mission de communication et d'actions préventives pour la santé et l'environnement.		+			
Des stratégies de santé scolaire sont testées pour favoriser la détection précoce des maladies et améliorer l'éducation sanitaire des enfants et des jeunes.		+			
L'environnement sanitaire est amélioré par des programmes communautaires d'hygiène et d'assainissement et la recherche de synergies intersectorielles.		+			
La satisfaction, les connaissances et comportements de la population en matière de soins de santé sont documentés, orientent les stratégies d'action et sont exploités pour l'amélioration de la qualité des services de santé.			+/-		

#### 4.7.3 Analyse des progrès réalisés

Le programme a appuyé les agents de santé communautaire en concertation avec les responsables hygiène et environnement de la Mairie et des districts dans les activités de promotion, sensibilisation à l'hygiène et propreté dans les communautés et l'élimination des déchets.

Des campagnes d'affichages, pièces de théâtre et messages radio diffusés « Green, Clean and Secure City » ont été financé par le programme.

Une autre campagne a été lancé (Beautifying my Kigali) avec les autorités de la ville de Kigali pour la sensibilisation de la population au sujet de l'hygiène et l'assainissement.

Les activités de santé scolaire sont peu développées dans le pays et les possibilités d'une collaboration entre les écoles et les CS en ce concerne la santé scolaire ont été explorées.

Une enquête sur la disponibilité, la qualité et l'utilisation des First Aid Kits dans les écoles de Kigali a été organisée et discutée avec les concernés et les responsables au Minisanté et Mineduc.

Le responsable AT junior pour la santé scolaire a appuyé le chargé de la santé scolaire au Minisanté en participant dans le groupe de travail « santé reproductive et santé scolaire ».

Les démarches pour l'élaboration d'un guide santé scolaire avec les autres partenaires ont été entreprises, ainsi que l'élaboration des stratégies de collaboration entre les CS et les écoles (à tester à titre d'expérience pilote en 2011 avec l'aide de l'appui scientifique).

Les enquêtes de satisfaction des usagers sont menées dans cadre de la mise en œuvre du PBF dans les formations sanitaires

#### 4.7.4 Risques et hypothèses

B : modéré

Risques & hypothèses	Commentaires
Chaque District Municipal appuie le programme et reflète son adhésion par des consignes précises d'appui aux responsables des secteurs.	
Le Ministère de la Santé appuie la réalisation d'expériences pilotes alternatives.	
Le Ministère de l'Education appuie le programme et donne des instructions de collaboration à ses cadres dans les écoles de Kigali	

#### 4.7.5 Critères de qualité

	Score	Commentaires
Efficacité	B	
Efficience	B	
Durabilité	B	

#### 4.7.6 Exécution budgétaire

Voir en annexe

#### 4.7.7 Leçons apprises et recommandations

Décisions	Source	Qui	Temps	Etat

Recommandations	Source	Qui	Deadline

--	--	--	--

<b>Leçons apprises</b>	<b>Public</b>	<b>Capitalisation dans le cycle du projet</b>

## 5 Bénéficiaires

### **Population des trois districts de la mairie de Kigali:**

Les habitants des trois districts représentent les bénéficiaires immédiats de l'amélioration de l'environnement sanitaire.

Il faudra un certain temps avant que l'offre de soins s'étende et s'améliore, que la gestion de l'environnement progresse, et que cela se traduise en termes de morbidité et de mortalité.

En 2011 la population a bénéficié des campagnes de sensibilisation et d'information sur l'environnement et l'hygiène

### **Mairie de Kigali et districts de Nyarugenge, Kicukiro et Gasabo.**

Le programme envisage le renforcement structurel des entités en charge de la régulation, coordination et supervision des services de santé. L'objectif est de proposer une structure institutionnelle durable, en ligne avec la loi sur la décentralisation, mais proposant les ajustements nécessaires à la spécificité de la ville de Kigali et aux besoins du PSDSK.

Le programme a engagé du personnel pour l'USE à la Mairie et aux districts, afin de renforcer les capacités dans le domaine de l'information sanitaire.

Le chargé d'environnement à la mairie a été appuyé afin de renforcer ses compétences dans le domaine.

Un cadre de concertation a été créé entre le programme et la mairie pour la communication et l'information à la population (voir web Mairie : <http://www.kigalicity.gov.rw/> annonces et updates en santé)

### **Personnel de santé des formations sanitaires de la mairie de Kigali:**

Par son appui structurel le programme vise à améliorer des conditions de travail, et le renforcement de la capacité par la formation qui bénéficiera globalement au personnel en place.

Les soutiens à mise en œuvre du FBP et la facilitation à l'accréditation au CHUK, au fonctionnement des formations sanitaires ont joué un rôle important.

Cela touche en premier lieu les formations sanitaires publiques existantes, et s'étendra progressivement en 2011 aux privés.

La thématique liée à la santé de la mère a été appuyée spécialement par le programme, entre autres à travers la réhabilitation des maternités dans quelques centres de santé et une évaluation des besoins obstétricaux non couverts dans la Ville de Kigali afin de tirer des recommandations pour l'organisation des services et les pratiques du personnel de santé

### **Mouvements associatifs et communautaires, mutuelles de santé :**

Le programme comporte un volet communautaire, qui bâtit sur les initiatives fructueuses déjà développées par le Gouvernement du Rwanda (sensibilisation de la population à l'adhésion aux mutuelles).

Il a appuyé les agents de santé communautaire et les coopératives dans le domaine de la gestion des déchets et l'hygiène

## Les bénéficiaires indirects

### Population des autres districts du Rwanda:

Les améliorations environnementales et sanitaires des districts de Nyarugenge, Kicukiro et Gasabo bénéficieront à tous les patients qui se présentent dans les formations sanitaires, qu'ils soient ou non-résidents de la ville de Kigali.

Ceci est particulièrement vrai pour le CHUK, qui a une vocation d'hôpital de référence nationale dans son offre de soins pour l'ensemble de la population rwandaise.

### Décideurs et partenaires au niveau national et international.

La thématique – comment gérer l'enjeu de la santé urbaine – se pose de manière croissante à l'ensemble des capitales des pays à revenus faibles et moyens en Afrique et ils peuvent profiter de l'expérience du programme. (un atelier régional est prévu en septembre 2011 pour partager l'expérience avec d'autres pays avoisinants) La documentation des stratégies abordées (le réseautage inter-hospitalier, la santé scolaire, informatisation de la gestion hospitalière, intégration du secteur privé) servira à alimenter les politiques (inter)nationales.

Ces initiatives du programme pourront donner des leçons opérationnelles importantes.

### Address of the Hon Minister of Health of Rwanda (summary)

#### Health Open Day

#### Kigali City, December 17th 2010

##### 1. Health is

- not about curing diseases
- but about a **lifestyle**: we are responsible for having a lifestyle that promotes health at individual, city and national level

→ Infrastructure = health:

- consider pavements as a way to adapt a healthier lifestyle
- also creating green spaces, keeping the city clean, parks, ... promotes health

→ Good practice of medical check-ups

##### 2. Partnerships are very important

##### 3. Urbanization has become a very important phenomenon:

Kigali will grow, and with the growth of urbanization, we have to adapt our plans:

- disease patterns will change
- Demographic transition has to be taken into account:

→ who are the people that move to the city? we should think of the young and un-educated people that fall out of the economic systems: in rural areas they do have some economic support, even poor; but in urban areas, they no longer have this support any more

##### 4. Attention to **private sector** involvement in care is very welcome, especially in the city: this integration comes along with many challenges

- The city council has to take part in the discussions about integration of the private sector
- Private hospitals, clinics and pharmacies have shown an increase in quality, but there is still room for improvement
- Challenge of antibiotics: concerning the prescription of antibiotics: seeking profit is good, but it can not be at the expense of the medical profession
- Challenge of job combinations: some practitioners only deliver half services in the public sector because they combine with a more lucrative job in the private sector

Can we create a convergence between the public and the private sector?

The public sector can be a good partner for the private sector; partnerships are to be encouraged actively

##### 5. Public health in an urban setting requires **more**, not less **coordination** because of its complexity and nature:

- Coexistence of people in urban and people in rural areas
- Coexistence of private and public sector
- Tension between policy makers and implementers/partners
- Tension between the city level and the central level

## 6 Suivi des décisions prises par la SMCL et le « backstopping »

Le Ministre de la Santé a nommé deux délégués pour représenter le Ministère de la santé dans les réunions de prise de décision (SMCL).

En outre, les délégués du Minisanté peuvent rejoindre les réunions du comité technique et participer dans les différents groupes de réflexion pour la préparation du PSDSK

Les institutions partenaires comme entre autres le CHUK et les hôpitaux de districts ainsi que les responsables au niveau district et mairie participent dans les comités techniques qui précèdent les prochaines réunions de concertation

Le comité technique est composé de membres : 2 direction USE, 6 dir Hôpitaux, 3 districts, 1 Minisanté, 1 Municipalité, 1 Minaloc, 1 représ PTF, 1 représ ONG, 1 représ privé, + 1 ESP) se réunit chaque trimestre ou à la demande pour:

- préparation décisions stratégiques
- mise en œuvre des décisions du SMCL
- guidance développement et mise en oeuvre du plan stratégique
- coordination inventaire besoins prioritaires quant au développement des stratégies opérationnelles, recherche action
- création de GT et validation de leur travail (en présence de l'ESP)

La création d'une structure solide de santé au sein de la Mairie nécessite au niveau du Conseil d'administration de la Ville de Kigali une réflexion/approbation/décision sur le montage institutionnel du programme au sein de la Mairie ainsi que sur l'adaptation nécessaire des instances de gestion de la Mairie.

La direction du programme a préparé un document pour argumenter l'importance de cette structure dans l'organigramme de la Mairie de Kigali, présenté la vision au comité exécutif + commission sociale de la Mairie et ensuite au conseil urbain.

L'approbation par le comité exécutif et le conseil urbain est donnée, reste celle du MINALOC.

Des efforts ont été menés pour améliorer la communication par la création d'une structure de communication qui réunit des experts de la mairie, CTB et le programme (incl. assistant junior) en communication (et ceci sur base d'un input des techniciens en santé):

- Plan de communication global par rapport à la santé
- Clarifier la vision de la Ville sur la santé
  - Dépliants
  - Site web
  - Launching du programme en décembre 2010
- L'articulation avec les politiques nationales
- Informer la population

## 7 Annexes

### Cadre logique

	Objectif global	Indicateurs	Moyens de vérification	Risques et hypothèses
<b>Objectif Général</b>	<b>L'environnement sanitaire de la ville de Kigali est adapté à l'évolution des besoins de la population ;</b>			
<b>Objectif Spécifique</b>	<b>La Ville de Kigali met en œuvre le Plan Stratégique de Développement Sanitaire de la ville de Kigali (PSDSK) de façon concertée avec ses partenaires.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Disponibilité d'un PSDSK mis à jour</li> <li>- Disponibilité de plans d'action annuels réalistes à tous niveaux pour l'exécution du PSDSK</li> <li>- Budget alloué à la mise en œuvre du PSDSK (ensemble des partenaires) et proportion du budget effectivement exécuté</li> <li>- Evolution du nombre de partenaires actifs dans la mise en œuvre du PSDSK</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- PSDSK</li> <li>- Plans d'action annuels</li> <li>- Suivi budgétaire PSDSK</li> <li>- Rapports PSE</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Concrétisation de l'intérêt des partenaires pour le PSDSK</li> <li>- Maintien d'un intérêt politique pour le développement d'un modèle urbain</li> </ul>
<b>Résultat 1</b>	<b>La ville de Kigali et ses districts adaptent efficacement leurs instances de gestion chargées de la santé et de l'environnement pour répondre à son rapide développement.</b>	<p><u>Mairie</u> : Positionnement institutionnel de l'USE dans l'organigramme de la mairie</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rôles et fonctions des différents postes de l'USE établis.</li> </ul> <p><u>Districts</u> : Les postes du responsable de l'information de chacune des trois USFPE sont couverts.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Taux d'exécution des activités prévues dans le plan d'action (annuel) des USFPE et l'USE,</li> <li>- traduisant le Plan Stratégique.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- PSDSK</li> <li>- Plan d'action de l'USE</li> <li>- Rapports d'évaluation des supervisions &amp; formations</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Accord du Conseil Urbain de la Ville et du Minaloc pour le changement de la CSPH en une Unité Santé Environnement.</li> </ul>

	Objectif global	Indicateurs	Moyens de vérification	Risques et hypothèses
Résultat 2	<b>Le PSDSK est développé, adapté et mis en œuvre en coordination avec l'ensemble des partenaires santé environnement de la ville de Kigali.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le Plan Stratégique de DSK (2009-12) est validé.</li> <li>- La Plate-forme SE est fonctionnelle (nombre de réunions de la PSE x an et fréquentation-n° de participants)</li> <li>- Un panel d'indicateurs d'entrée, de processus et de résultat est élaboré et suivi dans l'exécution du PSDSK (Taux d'exécution financière, attractivité avec partenaires, Taux de réalisation des études...)</li> <li>- Les groupes de travail technique sont fonctionnels (nombre de réunions, nombre de thèmes traités, nombre de documents présentés à la PSE)</li> <li>- Degré d'adaptation du PSDSK aux événements par le suivi annuel de l'évolution des indicateurs source de l'environnement sanitaire de la ville (croissance démographique, taux de couverture SSP par district, n° lits et taux d'occupation des hôpitaux, taux d'accouchements assistés, n° secteurs sans solutions pour évacuation des déchets, etc.)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Acte de validation signé par la Mairie et le MiniSanté.</li> <li>- Existence de la PSE</li> <li>- Rapports d'activité annuels de l'USE</li> <li>- Existence et mesure périodique des indicateurs.</li> <li>- Rapports des études disponibles ;</li> <li>- Rapports du suivi scientifique</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les partenaires santé-environnement de la Ville, adhérent à la Plate-forme Santé Environnement.</li> <li>- Le budget prévu au programme est suffisant pour couvrir l'intégralité des questions que pose l'élaboration du PSDSK</li> <li>- Le suivi scientifique par des institutions académiques est fonctionnel dès le début du PSDSK.</li> </ul>

	Objectif global	Indicateurs	Moyens de vérification	Risques et hypothèses
Résultat 3	L'offre de soins est complétée et augmentée pour répondre aux besoins de la population de Kigali.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Plans d'investissements disponibles sur le CHUK, les HD, les CdS et les investissements environnementaux,</li> <li>- Investissements effectivement réalisés sur le CHUK, les HD, les CDS et les investissements environnementaux.</li> <li>- Evolution du nombre de pannes et incidents techniques survenus au CHUK et dans les hôpitaux de la ville.</li> <li>- Degré de complétude du paquet d'activités par rapport au paquet attendu pour les hôpitaux de district et de référence national (CHUK).</li> <li>- Plan actualisé de formation du personnel médical et paramédical des hôpitaux.</li> <li>- Amélioration des indicateurs de performance sanitaire, parmi lesquels : n° de lits/population, taux d'occupation, taux d'hospitalisation, taux de mortalité, taux de césariennes, n° d'actes chirurgicaux, rapport entre accouchements eutociques/dystociques, n° de fistules vésico-vaginales prises en charge...</li> <li>- N° de nouveaux centres de santé fonctionnels (un min. de staff disponible, pas des ruptures de stock...).</li> <li>- Taux de couverture sanitaire des districts</li> <li>- N° de centres de santé qui ont développé des activités d'accouchements (et n'en avaient pas auparavant)</li> <li>- Réseau Interhospitalier fonctionnel (n° réunions, n° d'hôpitaux de la ville intégrés, projets communs élaborés, rapports annuels produits).</li> <li>- L'ensemble des hôpitaux connectés au système central informatique est fonctionnel.</li> <li>- Volume d'activités de maintenance et évolution du nombre de pannes et incidents techniques.</li> <li>- Nombre global de jours d'échanges de spécialistes entre les hôpitaux de la ville</li> <li>- Formations suivies &amp; amélioration de la qualité des soins et des services (voir 4 &amp; 4.4)</li> <li>- Nombre de personnel médical et paramédical formés par rapport à la prise en charge des fistules vésico-vaginales.</li> <li>- Nombre de patients avec une fistule vésico-vaginale pris en charge au niveau du réseau inter hospitalier à Kigali.</li> <li>- Volume des achats groupés réalisés et suivi des gains d'efficience (si possible).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rapport d'activités du CHUK</li> <li>- Plan de formation,</li> <li>- Plan d'investissement</li> <li>- Rapport d'activités des HDU de Muhima et Kibagabaga (Masaka ?)</li> <li>- Rapports de supervision</li> <li>- Rapports IS des hôpitaux</li> <li>- Rapports d'activité de l'USE et des USFPE,</li> <li>- Rapport RIH</li> <li>- Rapports annuels des activités du RIH</li> <li>- Compte rendu des plate-formes de concertation et planification</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le CHUK dispose de spécialistes compétents dans tous ses services.</li> <li>- Le CHUK est intégré avec les autres hôpitaux dans le Réseau Interhospitalier et nomme un responsable chargé de cette coordination.</li> <li>- Les spécialistes formés restent au CHUK après leur formation</li> <li>- Les hôpitaux de district disposent de personnel en suffisance pour exercer leurs fonctions.</li> <li>- Des soumissionnaires valables exécutent les chantiers prévus.</li> <li>- Un nombre significatif de dispensaires privés sont ouverts à l'intégration dans le programme de captation.</li> <li>- Les centres de santé agréés qui ne font pas d'accouchements acceptent d'en faire.</li> <li>- Appui du Ministère de la Santé à l'initiative du RIH et du réseautage aux autres échelons</li> <li>- Intérêt des formations sanitaires pour le réseautage, &amp; volonté des hôpitaux pour le RIH.</li> <li>- Disponibilité d'informaticiens compétents.</li> </ul>

	Objectif global	Indicateurs	Moyens de vérification	Risques et hypothèses
			Rapport annuel de l'USE	
<b>Indicateur Traceur global d'amélioration du système</b> : Analyse du circuit de la femme enceinte dans les différents niveaux de soins, identification des lacunes sur base des incidents critiques. . Note : les soins maternels sont également un des OMD)				
<b>Résultat 4</b>	<b>La qualité des soins et des services de santé de la Ville de Kigali est améliorée.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Plan Annuel de Formation de la ville disponible, à partir de la 2ème année.</li> <li>- Nombre de formations thématiques effectuées et de personnel formé par niveau.</li> <li>- Evaluation positive du degré d'application des capacités reçues par niveaux (échantillonnage)</li> <li>- Taux de réalisation des supervisions programmées mensuelles et trimestrielles des FOSA (publics et privés),</li> <li>- Un système de suivi de la performance pour les USFPE des districts est disponible et mesurée périodiquement.</li> <li>- degré d'intégration des données des structures privées dans le SIS,</li> <li>- Taux de complétude (GESIS et rapports hospitaliers),</li> <li>- Taux de transmission (USE et MiniSanté)</li> <li>- n° d'atelier de révision de l'IS semestriels réalisés</li> <li>- le personnel de toutes les formations sanitaires du programme AQ a été formé.</li> <li>- n° d'équipes qualité créées et fonctionnelles par établissement pilote,</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Plan de Formation</li> <li>- Rapports de formation</li> <li>- Document d'évaluation (réalisé en collaboration entre la USE, les USFPE et les hôpitaux.</li> <li>- Rapports de supervision</li> <li>- Rapport mensuel des districts et semestriel de l'USE</li> <li>- Rapports GESIS et IS des hôpitaux</li> <li>- Rapport d'activité des USFPE</li> <li>- Rapports d'activité des hôpitaux de district et des Centres de santé inclus dans le programme AQ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les variantes pour l'AC sont approuvées par le Ministère de la Santé.</li> <li>- Le personnel des USFPE et les Mairie de District adhèrent au programme de mesure de la performance.</li> <li>- Le poste de responsable de l'information sanitaire a été couvert dans chaque USFPE,</li> <li>- La cellule AQ du Ministère de la Santé apporte son appui méthodologique.</li> </ul>
<b>Indicateur Traceur global</b> : Degré d'application de la recherche action effective dans les actions prévues du programme (sujets traités effectivement, nombre de rapports disponibles, acceptés par le suivi scientifique, valorisation globale de celui-ci, etc.)			Rapports du responsable du suivi scientifique.	

	Objectif global	Indicateurs	Moyens de vérification	Risques et hypothèses
Résultat 5	La perception des soins chez les usagers et l'adhésion aux programmes de santé environnement dans la communauté sont améliorés.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nombre de participants &amp; nombre d'ateliers méthodologiques organisés pour les agents de santé communautaire et leaders locaux</li> <li>- Nombre de cas critiques discutés (ASC) par district par an et nombre auxquels une solution a été trouvée.</li> <li>- Les études sur l'impact des mutuelles sont disponibles;</li> <li>- Santé Scolaire : Nombre de formations et participants parmi les éducateurs. N° d'écoles touchées par le programme par district et avec un plan d'action pour la santé scolaire</li> <li>- Impact des projets d'associations communautaires appuyées par le programme correctement documenté : (rapports d'activités, n° de participants, volume de déchets traités, résultats atteints, n° d'emplois créés, enquêtes dans la communauté sur l'action, etc.)</li> <li>- Evolution positive des indicateurs principaux de l'enquête baseline sur la perception sur l'offre de soins par la population &amp; autres études.</li> <li>- Résultats disponibles des enquêtes de satisfaction annuelles menées sur les HDU (services des urgences, hospitalisations et consultations).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rapport des USFPE de district</li> <li>- Rapports des Enquêtes de satisfaction des usagers dans les HDU</li> <li>- Rapports de formation,</li> <li>- Etudes d'impact des mutuelles</li> <li>- mention des référence dans les SIS des CS et hôpitaux</li> <li>- Enquête dans les écoles</li> <li>- Rapport d'activités des associations appuyées.</li> <li>- Rapports des ASC et de chaque USFPE de district.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Chaque District Municipal appuie le programme et reflète son adhésion par des consignes précises d'appui aux responsables des secteurs.</li> <li>- Le Ministère de la Santé appuie la réalisation d'expériences pilotes alternatives.</li> <li>- Le Ministère de l'Education appuie le programme et donne des instructions de collaboration à ses cadres dans les écoles de Kigali</li> </ul>

## **Activités M&E**

*SMCL (La structure mixte de concertation locale) : approbation du rapport d'activités du programme*

*Comité technique (concertation des partenaires)*

*Audit financière en juin 2010*

*JHSR en octobre 2010*

*Baseline*

*Missions de consultance de courte durée sur des sujets spécifiques :*

- *BONC comme indicateur de fonctionnement des services de santé*
- *Plan directeur des hôpitaux de Muhima et Kibagabaga*
- *Functional evaluation of Open clinic, medical system at CHUK, Kigali*
- *SIG (carte sanitaire dynamique)*
- *Inventaire des équipements dans les hôpitaux de Kigali*
- *Inventaire des services et équipements maternité dans la ville de Kigali*

*Backstopping en avril 2010*

*Enquête cognitive et comportementale dans un nombre des écoles*

*Enquête SIS dans les structures de santé privées*

*Appui scientifique = ULB (déc 2010) et ESP*

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

***Planification opérationnelle Q1-2011***

# Budget vs Actuals (Year to Month) of RWA0705911

Project Title : **Appui institutionnel à la Conception et la Mise en oeuvre du Plan Stratégique de Développement sanitaire de la ville de Kigali**

Budget Version: **D01**

Currency : **EUR**

Year to month : 31/12/2010

YtM : **Report includes all closed transactions until the end date of the chosen closing**

	Status	Fin Mode	Amount	Start to 2009	Expenses 2010	Total	Balance	% Exec
<b>A L'ENVIRONNEMENT SANITAIRE DE LA VILLE DE KIGALI EST</b>			12.862.924,96	568.984,03	<b>2.839.966,52</b>	3.408.950,55	9.453.974,41	<b>27%</b>
<b>01 La ville de Kigali et ses districts adaptent efficacement</b>			868.584,96	40.617,49	<b>374.671,33</b>	415.288,82	453.296,14	<b>48%</b>
01 Le cadre institutionnel de la mairie et des districts est		COGES	22.831,96	0,00	<b>0,00</b>	0,00	22.831,96	0%
02 Soutien matériel, humain et technique aux instances de		COGES	774.034,00	40.617,49	<b>370.630,20</b>	411.247,69	362.786,31	53%
03 Les compétences des instances de gestion sont		COGES	49.300,00	0,00	<b>4.041,13</b>	4.041,13	45.258,87	8%
04 Traduction des orientations de PSDSK dans un plan		COGES	5.929,00	0,00	<b>0,00</b>	0,00	5.929,00	0%
05 Synergies intersectorielles et stratégies de mise en oeuvre		COGES	16.490,00	0,00	<b>0,00</b>	0,00	16.490,00	0%
<b>02 Le PSDSK est développé, adapté et mis en oeuvre en</b>			259.167,00	0,00	<b>0,00</b>	0,00	259.167,00	<b>0%</b>
01 Le PSDSK est conçu, développé et adapté par l'USE		COGES	12.403,00	0,00	<b>0,00</b>	0,00	12.403,00	0%
02 Les orientations stratégiques sont revues et validées par la		COGES	10.470,00	0,00	<b>0,00</b>	0,00	10.470,00	0%
03 Les financements des partenaires sont pilotés dans un		COGES	0,00	0,00	<b>0,00</b>	0,00	0,00	??%
04 La compréhension des enjeux est renforcée par des		COGES	186.300,00	0,00	<b>0,00</b>	0,00	186.300,00	0%
05 Documentation des résultats		COGES	29.329,00	0,00	<b>0,00</b>	0,00	29.329,00	0%
06 Organisation de conférences internationales		REGIE	20.665,00	0,00	<b>0,00</b>	0,00	20.665,00	0%
<b>03 L'offre de soins est complétée et augmentée pour</b>			10.478.560,00	528.366,54	<b>2.348.629,22</b>	2.876.995,76	7.601.564,24	<b>27%</b>
01 CHUK renforce et développe les soins en accord avec son		COGES	3.090.000,00	421.118,06	<b>1.443.914,95</b>	1.865.033,01	1.224.966,99	60%
02 Hôpitaux 2nd échelon assurent le PCA et adaptent l'offre		COGES	1.540.844,00	0,00	<b>620.861,21</b>	620.861,21	919.982,79	40%
03 Accès aux FOSA offrant le PMA est augmenté		COGES	2.550.000,00	0,00	<b>5.160,67</b>	5.160,67	2.544.839,33	0%
04 L'intégration de l'ensemble du système est favorisé par la		COGES	21.647,00	0,00	<b>0,00</b>	0,00	21.647,00	0%
05 Réseau inter-hospitalier		COGES	755.125,00	0,00	<b>77.070,44</b>	77.070,44	678.054,56	10%
06 Réseaux inter-hospitalier Formations en régie		REGIE	120.000,00	0,00	<b>8.664,58</b>	8.664,58	111.335,42	7%
07 Fonds d'investissements environnements et autres		COGES	1.500.944,00	0,00	<b>130,05</b>	130,05	1.500.813,95	0%
		<b>REGIE</b>	2.951.340,02	355.114,67	<b>573.716,30</b>	928.830,97	2.022.509,05	31%
		<b>COGEST</b>	12.048.659,98	464.163,23	<b>2.696.713,75</b>	3.160.876,98	8.887.783,00	26%
		<b>TOTAL</b>	15.000.000,00	819.277,90	<b>3.270.430,05</b>	4.089.707,95	10.910.292,05	27%



# Budget vs Actuals (Year to Month) of RWA0705911

Project Title : **Appui institutionnel à la Conception et la Mise en oeuvre du Plan Stratégique de Développement sanitaire de la ville de Kigali**

Budget Version: **D01**

Currency : **EUR**

Year to month : 31/12/2010

YtM : **Report includes all closed transactions until the end date of the chosen closing**

	Status	Fin Mode	Amount	Start to 2009	Expenses 2010	Total	Balance	% Exec
08 AT cliniques (gyné, pédiatre, anesth-réa)		REGIE	600.000,00	104.748,48	<b>161.001,36</b>	265.749,84	334.250,16	44%
09 Formations		REGIE	300.000,00	2.500,00	<b>31.825,96</b>	34.325,96	265.674,04	11%
<b>04 La qualité des soins et des services de santé de la ville</b>			<b>948.597,00</b>	<b>0,00</b>	<b>94.755,04</b>	94.755,04	853.841,96	<b>10%</b>
01 Un programme de renforcement des compétences du		COGES	387.135,00	0,00	<b>0,00</b>	0,00	387.135,00	0%
02 La politique d'amélioration de la performance est renforcée		COGES	439.692,00	0,00	<b>94.755,04</b>	94.755,04	344.936,96	22%
03 Les circuits de l'information sont renforcés		COGES	0,00	0,00	<b>0,00</b>	0,00	0,00	??%
04 L'utilisation de l'assurance qualité est étendue et adaptée		COGES	121.770,00	0,00	<b>0,00</b>	0,00	121.770,00	0%
<b>05 La perception des soins chez les usagers et l'adhésion</b>			<b>308.016,00</b>	<b>0,00</b>	<b>21.910,93</b>	21.910,93	286.105,07	<b>7%</b>
01 Les fonctions de représentations des patients sont		COGES	30.906,00	0,00	<b>0,00</b>	0,00	30.906,00	0%
02 Les missions de communication et d'actions préventives		COGES	60.388,00	0,00	<b>0,00</b>	0,00	60.388,00	0%
03 Documenter les mécanismes de financement de la		COGES	0,00	0,00	<b>0,00</b>	0,00	0,00	??%
04 Des stratégies de santé scolaires sont testées		COGES	53.587,00	0,00	<b>0,00</b>	0,00	53.587,00	0%
05 Programme communautaire hygiène & assainissement +		COGES	100.000,00	0,00	<b>21.910,93</b>	21.910,93	78.089,07	22%
06 La satisfaction, les connaissances et comportements de la		COGES	63.135,00	0,00	<b>0,00</b>	0,00	63.135,00	0%
<b>Z MOYENS GÉNÉRAUX</b>			<b>2.137.075,04</b>	<b>250.293,87</b>	<b>430.463,53</b>	680.757,40	1.456.317,64	<b>32%</b>
<b>01 Frais de personnel</b>			<b>1.543.200,00</b>	<b>201.223,10</b>	<b>383.589,54</b>	584.812,64	958.387,36	<b>38%</b>
01 Assistants techniques		REGIE	1.500.000,00	201.223,10	<b>363.441,88</b>	564.664,98	935.335,02	38%
02 Responsable administratif et financier sectoriel national		COGES	43.200,00	0,00	<b>20.147,66</b>	20.147,66	23.052,34	47%
<b>02 Investissements</b>			<b>91.000,00</b>	<b>40.275,78</b>	<b>286,33</b>	40.562,11	50.437,89	<b>45%</b>
01 Véhicules		REGIE	45.000,00	40.275,78	<b>275,78</b>	40.551,56	4.448,44	90%
02 Fournitures & équipements de bureau		COGES	6.000,00	0,00	<b>10,55</b>	10,55	5.989,45	0%
03 Matériel & équipement de bureau		COGES	40.000,00	0,00	<b>0,00</b>	0,00	40.000,00	0%
		<b>REGIE</b>	<b>2.951.340,02</b>	<b>355.114,67</b>	<b>573.716,30</b>	928.830,97	2.022.509,05	31%
		<b>COGEST</b>	<b>12.048.659,98</b>	<b>464.163,23</b>	<b>2.696.713,75</b>	3.160.876,98	8.887.783,00	26%
		<b>TOTAL</b>	<b>15.000.000,00</b>	<b>819.277,90</b>	<b>3.270.430,05</b>	4.089.707,95	10.910.292,05	27%



# Budget vs Actuals (Year to Month) of RWA0705911

Project Title : **Appui institutionnel à la Conception et la Mise en oeuvre du Plan Stratégique de Développement sanitaire de la ville de Kigali**

Budget Version: **D01**

Currency : **EUR**

Year to month : 31/12/2010

YtM : **Report includes all closed transactions until the end date of the chosen closing**

	Status	Fin Mode	Amount	Start to 2009	Expenses 2010	Total	Balance	% Exec
<b>03 Frais de fonctionnement UGP</b>			117.250,00	1.501,24	<b>1.245,72</b>	2.746,96	114.503,04	<b>2%</b>
01 Réhabilitation & entretien des bureaux USE		COGES	25.000,00	0,00	<b>0,00</b>	0,00	25.000,00	0%
02 Frais de fonctionnement véhicules		REGIE	49.050,00	1.992,60	<b>250,67</b>	2.243,27	46.806,73	5%
03 Communications		COGES	24.000,00	0,00	<b>989,72</b>	989,72	23.010,28	4%
04 Fournitures de bureau		COGES	9.600,00	0,00	<b>0,00</b>	0,00	9.600,00	0%
05 Autres frais de fonctionnement		COGES	9.600,00	-491,36	<b>5,33</b>	-486,03	10.086,03	-5%
<b>04 Audit, suivi &amp; évaluation</b>			385.625,00	3.956,96	<b>8.111,89</b>	12.068,85	373.556,15	<b>3%</b>
01 Suivi scientifique continu par institutions académiques		REGIE	234.600,00	0,00	<b>118,08</b>	118,08	234.481,92	0%
02 Suivi scientifique continu par institutions académiques par		COGES	69.000,00	0,00	<b>0,00</b>	0,00	69.000,00	0%
03 Evaluation finale		REGIE	22.425,00	0,00	<b>0,00</b>	0,00	22.425,00	0%
04 Expertise internes CTB		REGIE	27.600,00	3.956,96	<b>7.993,81</b>	11.950,77	15.649,23	43%
05 Audit		REGIE	32.000,00	0,00	<b>0,00</b>	0,00	32.000,00	0%
<b>05 TVA</b>			0,02	2.264,77	<b>36.683,15</b>	38.947,92	-38.947,90	<b>19473</b>
01 TVA		COGES	0,01	1.908,19	<b>36.683,15</b>	38.591,34	-38.591,33	38591
02 TVA		REGIE	0,01	356,58	<b>0,00</b>	356,58	-356,57	35658
<b>06 Frais divers</b>			0,02	1.072,02	<b>546,90</b>	1.618,92	-1.618,90	<b>80946</b>
01 frais administratifs et bancaires		COGES	0,01	1.010,85	<b>402,72</b>	1.413,57	-1.413,56	14135
02 frais administratifs et bancaires		REGIE	0,01	61,17	<b>144,18</b>	205,35	-205,34	20535
<b>99 Conversion rate adjustment</b>			0,00	0,00	<b>0,00</b>	0,00	0,00	<b>??</b>
98 Conversion rate adjustment		REGIE	0,00	0,00	<b>0,00</b>	0,00	0,00	??
99 Conversion rate adjustment		COGES	0,00	0,00	<b>0,00</b>	0,00	0,00	??
		<b>REGIE</b>	2.951.340,02	355.114,67	<b>573.716,30</b>	928.830,97	2.022.509,05	31%
		<b>COGEST</b>	12.048.659,98	464.163,23	<b>2.696.713,75</b>	3.160.876,98	8.887.783,00	26%
		<b>TOTAL</b>	15.000.000,00	819.277,90	<b>3.270.430,05</b>	4.089.707,95	10.910.292,05	27%

Projet : PAPSDSK  
Code : RWA 0705911

PLAN D'ACTION CONSOLIDE 2011

Objectif spécifique du Projet:																
La Ville de Kigali met en œuvre le Plan Stratégique de Développement Sanitaire de la Ville de Kigali de façon concertée avec ses partenaires																
Résultat 1: La Ville de Kigali et ses Districts adaptent efficacement leurs instances de gestion chargées de la santé et de l'environnement pour répondre à son rapide développement																
Activités par résultat	Sous-activités	Action	Coût total annuel en euros	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	Responsable
1.1. Le cadre institutionnel et organisationnel des instances de gestion de la Mairie et des Districts est adapté pour rencontrer le défi du PSDSK	1.1.1. Organiser des réunions entre Mairie et Ministères (Santé, Minaloc, éducation, environnement, etc).	2 réunions regroupant chacune 10 personnes pendant une demi-journée pour clarifier les rôles et les modalités de collaboration	-													DI & DELCO
	1.1.2. Organiser des activités de communication et d'information sur les activités de la santé urbaine	Préparation et diffusion mensuelle des émissions radiodiffusées. Développement d'outils de communication	3 000			300	300	300	300	300	300	300	300	300	300	DI & DELCO
1.2. Les instances de gestion de la sont dotées du soutien matériel, humain et technique nécessaire à son fonctionnement	1.2.1 Personnel UGP - PAPSDSK	Salaires du personnel UGP	133 900	10 300	10 300	10 300	10 300	10 300	10 300	10 300	10 300	10 300	10 300	10 300	20 600	DI & DELCO
	1.2.2 Primes - membres du personnel MVK	Primes des agents : 2 Hygiène/Env, 1SIS, 1 ICT manager	14 400												14 400	DI & DELCO
	1.2.3. Appuyer les équipes SIS des trois Districts Urbains	Salaires et primes des chargés de SIS à Nyarugenge et Gasabo et Kicukiro (prime seulement)	13 560	1 130	1 130	1 130	1 130	1 130	1 130	1 130	1 130	1 130	1 130	1 130	1 130	DI & DELCO
1.3. Les compétences des instances de gestion nécessaires à la mise en œuvre du PSDSK et des politiques du Minisanté sont renforcées	1.3.1. Participer aux ateliers de formation	Frais de Participation aux ateliers régionaux	2 250	2 250												DI & DELCO
	1.3.2. Participer à d'autres formations prioritaires	Formations diverses au Rwanda selon les priorités	-													DI & DELCO + DAF
1.4. Un plan d'action opérationnel traduisant les orientations du PSDSK en actions est conçu, mis à jour, approuvé et appliqué	1.4.1 Organiser des réunions de planification USE-Districts-FOSAS	Réunion de planification 2011 - 2012	1 000						1 000							DI & DELCO + DAF
1.5. Les possibilités de synergie avec d'autres secteurs et partenaires sont identifiées, et les stratégies de mise en œuvre soutenues.	1.5.1 Organiser les Réunions trimestrielles du Comité Technique santé de Kigali	Réunion de 40 personnes pendant une journée	1 600			400			400			400		400		Vice Maire en charge des affaires sociales
			169 710	13 680	11 430	12 130	11 730	11 730	13 130	11 730	11 730	12 130	11 730	11 730	36 830	
Résultat 2 : Le PSDSK est développé, adapté et mis en œuvre en coordination avec l'ensemble des partenaires santé environnement de la ville de Kigali																
Activités par résultat	Sous-activités	Action	Coût total annuel en euros	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	Responsable
2.1. Les orientations stratégiques du PSDSK sont régulièrement revues et validées par l'ensemble des partenaires dans un comité technique, en fonction des orientations politiques nationales et municipales	2.1.1. Organiser des réunions et d'ateliers de concertation avec tous les partenaires sur les orientations stratégiques et l'élaboration du plan stratégique	Atelier de concertation avec les partenaires Ville de Kigali	2 000			2 000										DI & DELCO
	2.1.2. Elaborer les stratégies de mise en œuvre du Plan stratégique dans les groupes techniques de travail ad hoc avec l'appui des AT et la facilitation par l'ESP	Frais de participation des groupes techniques de travail	-													DI & DELCO
2.2. La compréhension des enjeux du développement de l'environnement sanitaire est renforcée par des études ad hoc	2.2.1. Organiser des études complémentaires ad hoc pour la compréhension des enjeux	Études complémentaires ad hoc (GIS,...)	9 900		3 300	3 300	3 300									DI & ATs
2.4. Le PSDSK est conçu, développé et adapté par l'USE en fonction des enjeux et évolutions du contexte, et des engagements attendus des partenaires	2.3.1. Drafter le plan stratégique sanitaire de développement de Kigali	Rédaction du draft	-													DI & DELCO
	2.3.2. Valider et diffuser le plan stratégique	Réunion de validation du draft du plan stratégique et reproduction du document	1 000								1 000					DI & DELCO

		12 900	-	3 300	5 300	3 300	-	-	-	1 000	-	-	-	-	-		
Résultat 3 : L'Offre de Soins est complétée et augmentée pour répondre aux besoins de la population de Kigali																	
Activités par résultat	Sous-activités	Action	Coût total annuel en euros	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	Responsable	
3.1. Le CHUK a renforcé et développé les soins qu'il offre à la population, en accord avec son rôle d'hôpital de référence nationale	3.1.1. Compléter les équipements biomédicaux existants	Equipement Département neonat et pediatrie	330 000										330 000			AT BIOMED + AT PEDIA + CHUK	
		Equipement Département Urgence CHUK	300 000										300 000			AT BIOMED et CHUK AT BIOMED et CHUK	
		Consommables CT Scan	80 000							80 000							
	3.1.3. Appuyer les formations en pediatrie	Formation en pédiatrie (3ème cycle)+ Néonatalogie + Gyn/Obs (AT)	40 000			4 000	4 000	4 000	4 000	4 000	4 000	4 000	4 000	4 000	4 000	DI, DELCO & AT PEDIA	
	3.1.3. Appuyer les fonctions additionnelles du CHUK	Contrats de maintenance biomédicale: PHILIPS	22 500							7 500			7 500		7 500		AT BIOMED& DAF
		Contrat de maintenance logiciel gestion (Sage)	20 000						20 000								AT BIOMED& DAF
		Facilitation d'Accréditation Utilisation reliquat 2010: 69 000 Euros															
		Avenant réparation centrale production oxygène	30 000			30 000											AT BIOMED& DAF
		Contrat de maintenance centrale production oxygène	10 500										5 250			5 250	AT BIOMED& DAF
		Contrat Radiologue	36 000	3 000	3 000	3 000	3 000	3 000	3 000	3 000	3 000	3 000	3 000	3 000	3 000	3 000	
Appel d'Offres Reseau de Distribution d'Oxygène		100 000									100 000						
3.2. Les hôpitaux de district urbains ont assuré l'offre du PCA à la population et adaptent leurs services au développement du contexte urbain	3.2.1. Renforcer les fonctions de base et additionnelles des hôpitaux de District de Muhima et Kibagabaga	Etude Travaux d'extension du bloc maternité et néonatalogie MUHIMA	15 000								15 000					DI & DELCO	
		Travaux d'extension du bloc maternité et néonatalogie MUHIMA	96 000												96 000		DI & DELCO
		Doter l'hôpital MUHIMA d'un groupe électrogène	80 000									80 000					AT BIOMED& DAF
		Formation TRIAGE (Pédiatrie)	39 000			10 000				10 000			10 000			9 000	
		Travaux d'extension KIBAGABAGA en tenant compte du plan directeur	280 000								56 000				112 000	112 000	Hôpital Kibagabaga
		Réhabilitation de la maternité de Bethsaida	20 250			20 250											AT SP & AT GYN
3.3. L'accès de la population aux formations sanitaires de premier échelon offrant le PMA est augmenté :	3.3.2. Finaliser la réhabilitation de la maternité de Bethsaida	Réhabilitation de la maternité de Bethsaida (en cours)	20 250			20 250										AT SP & AT GYN	
	3.3.3. Former les infirmiers des CS de Bethsaida et Cor Unum sur les activités de la maternité	Stage pratique dans les hôpitaux et formation théorique	-													Directeur HD de Nyarugenge	
	3.3.3. Introduire les activités de maternité dans le CS de Nyarugunga et trouver des alternatives pour les CS de Biryogo et Gikondo	Concertation avec les CS de Nyarugunga, Biryogo et Gikondo pour les activités d'introduction de la maternité	-													AT SP & AT GYN & Districts	
	3.3.4. Doter des Equipements complémentaires de Maternité aux 25 FOSA de Kigali	Equipements de maternité	240 000						240 000							AT BIOMED& DAF	
	3.3.5. Construire 4 nouveaux Centres de santé pour augmenter l'offre des services dans la ville	Finalisation Etude et concertation partenaires (MINSAN,VdK,CTB)	15 000			15 000											DI, DELCO & DAF
		Construction de nouveaux CS (Païement de 30% de départ).	400 000												400 000		DI, DELCO & DAF
3.3.6 Appui à l'intégration du privé et supports divers	Préparations,négociations et définitions des modalités de collaboration avec le secteur	-														DI, DELCO & AT SP	

3.4. L'intégration de l'ensemble de la pyramide sanitaire de la ville de Kigali est favorisée par la mise en réseau de ses trois niveaux de soins	3.4.1. la tenue des réunions de coordination dans les districts et au niveau de la Ville	Forum:réunions semestrielles de de coordination inter-districts (convention)	1 000						500					500		DI & AT SP
		Réunions bimestrielles de coordination intra-districts (convention)	-													Chargé SSP et les chargés de santé dans les districts
3.5 L'efficacité des services hospitaliers de la Ville de Kigali est renforcée via le développement d'activités communes au sein du RIH	3.5.1.Assurer la maintenance ICT "Open Clinic" au CHUK, Kibagabaga et Muhima	Contrat de maintenance d'assistance en ICT (MXS) du CHUK, Muhima et Kibagabaga	28 000						28 000							DELCO, DI, DAF et DG du CHUK
	3.5.2. Installer au CHUK un système central pour la centralisation des informations cliniques des hôpitaux du RIH	Open Clinic datacenter edition (VPN VK) (budget total 120 000 Eur	-													DELCO, DAF et DG du CHUK
	3.5.3.Informatisation du dossier médical dans les HD de Muhima et Kibagabaga	Renforcement Open Clinic à Kibagabaga et Muhima	40 000						40 000							DELCO, DAF et DG du CHUK
	3.5.4. Appuyer l'archivage des dossiers médicaux dans les HD de Muhima et Kibagabaga et CHUK	Medical record archiving	80 000									80 000				DELCO, DAF et DG du CHUK
	3.5.4. Coordination et concertation dans le cadre du RIH	Réunions de coordination du RIH	1 000							1 000						DI & AT SP
	3.5.5. Appuyer le partage d'expertises cliniques existantes entre les hôpitaux de Kigali	Prise en charge des frais spécialistes	3 000							3 000						AT GYN,AT PEDIA
	3.5.6. Elaborer les contrats divers	Contrat de Maintenance Labo dans le cadre du RIH		9 000					4 500						4 500	AT BIOMED
		Contrat de Maintenance Imagerie dans le cadre du RIH		10 500		3 500				3 500				3 500		AT BIOMED
		Consultance Radioprotection (CHUK,Kibagabaga,Muhima,Kanombe)		31 000		15 000	16 000									AT BIOMED
	3.5.7. Renforcer la capacité des utilisateurs en informatique	Formation 52 personnes en Informatique médical:KIST E-Health	42 900	32 175	10725											DI & les Directeurs des hopitaux
3.7. Une capacité de réponse aux besoins environnementaux et aux besoins d'intervention additionnels est en place	3.7.1. Fonds d'investissements (environnement et hygiène)	Etude Besoins Morgue	-													
		Etude Epuration Kanombe	15 000				15 000									
		Construire la station d'épuration de Kanombe	120 000										40 000		80 000	DI & DELCO
		Construire la station d'épuration des hôpital de Kibagabaga	150 000								30 000		60 000		60 000	DI & DELCO
		Réparation incinérateur kibagabaga	20 000						20 000							AT BIOMED
3.8 AT Cliniques			171 300	25 000	25 000	25 000	10 700	10 700	10 700	10 700	10 700	10 700	10 700	10 700	DI	
3.9. Formations (Régie)	3.9.1 Appuyer les formations	Formation en sistance Biomédical:Mr Francois NIRINGIYIMANA	18 300	11 800	1 300	1 300	1 300	1 300	1 300							AT BIOMED&DAF
		Radiologie - Dr Louise - CHUK	12 000	2 000	2 000	2 000	2 000	2 000	2 000							DI, DELCO & DG/CHUK
		Critical care: Infirmier Gédéon MUTABAZI	16 200	5 200	1 000	1 000	1 000	1 000	1 000	1 000	1 000	1 000	1 000	1 000	1 000	
		Formation Anésésiste Dr Willy KIVIRI	4 500			1 500	1 500	1 500	-	-						
		Marianne MUNYARUGERERO Formation RH	8 260	1 055	615	615	615	615	615	1 055	615	615	615	615	615	615
			2 941 210	80 230	82 390	109 415	44 115	88 615	336 115	155 755	244 315	122 065	864 815	527 815	285 565	
<b>Résultat 4: La qualité d'ensemble des soins et des services de santé de la ville de Kigali est améliorée</b>																
4.1. Un programme de renforcement des compétences du personnel est appliqué aux différents niveaux du système de santé de la ville de Kigali	4.1.1. un plan de renforcement des compétences	Formations thématiques et de routine	-													Hopitaux & Districts Urbains
		Voyage d'études au Rwanda ou sous région (Dir CHD Pédiatrie Kenya)	5 000						5 000							
4.2. La politique d'amélioration de la performance est renforcée et étendue dans les services de santé de la ville	4.2.1. Appuyer le fonctionnement des hôpitaux de districts de Kibagabaga et Muhima	Budget de frais de fonctionnement pour les HD de Muhima et Kibagabaga (Convention)	80 000	20 000			20 000			20 000			20 000			DELCO & DI

	4.2.2. Appuyer le fonctionnement des Districts	Budget de frais de fonctionnement des équipes de District (convention)	68 000	17 000			17 000			17 000			17 000				DELCO & DIR
			153 000	37 000	-	-	37 000	5 000	-	37 000	-	-	37 000	-	-		
<b>Résultat 5. La perception des soins chez les usagers et l'adhésion aux programmes de santé environnement dans la communauté sont améliorés</b>																	
5.4.Des stratégies de Santé Scolaires sont testées dans les trois districts urbains de Kigali pour favoriser la détection précoce des maladies et améliorer l'éducation sanitaire des enfants et des jeunes.	5.4.1. Tester des stratégies de santé scolaires dans les écoles de Kigali	Ateliers et séminaires de démarrage du projet pilote. Coûts divers liés à la mise en œuvre du projet pilote. Appui technique AT Junior	14 400	1 200	1 200	1 200	1 200	1 200	1 200	1 200	1 200	1 200	1 200	1 200	1 200	1 200	DI & AT SP
5.5. L'environnement sanitaire est amélioré par des programmes communautaires d'hygiène et d'assainissement et la recherche de synergie intersectorielle	5.5.1. Renforcer les programmes communautaires d'hygiène et d'assainissement	Mise en place des approches communautaires de santé - environnement. Inspections d'hygiène	9 600	800	800	800	800	800	800	800	800	800	800	800	800	800	DI & Insp. Hygiène
			24 000	2 000	2 000	2 000	2 000	2 000	2 000	2 000	2 000	2 000	2 000	2 000	2 000	2 000	
<b>MOYENS GENERAUX</b>																	
<b>01. Frais de fonctionnement</b>	Assistance Technique		385 644	32137	32137	32137	32137	32137	32137	32137	32137	32137	32137	32137	32137	32137	DAF & DELCO
	RAFS		19 107	1 737	1 737	1 737	1 737	1 737	1 737	1 737	1 737	1 737	1 737	1 737	1 737	1 737	DAF & DELCO
Z 02 03: Matériel et équipement de bureau	Achat du Mobilier de Bureau		4 000			4 000											
Z 03:Frais de Fonctionnement UGP			-														
			-														
Z 03 01:Réhabilitation &Entretien de bureaux			18 000	1 500	1 500	1 500	1 500	1 500	1 500	1 500	1 500	1 500	1 500	1 500	1 500	1 500	
Z 03 02:Frais de Fonctionnement Véhicule	Achat carburant	Acheter du carburant	16 875	5 625				5 625					5 625				
	Assurance véhicule	Payment assurance 5 véhicules	5 000										5 000				
	Entretien véhicules	Entretien véhicules	2 400	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	
Z 03 03: Communication	Frais de communication (Téléphone et Internet)		7 200	600	600	600	600	600	600	600	600	600	600	600	600	600	
Z 03 04: Fournitures de bureau et autres consommables	Acquérir les fournitures de bureau et consommables		7 500		3 750					3 750							
	Entretien - matériel informatique	Entretien matériel informatique	6 000	500	500	500	500	500	500	500	500	500	500	500	500	500	
Z 03 05: Autres frais de fonctionnement	Autres frais de fonctionnement		6 000	500	500	500	500	500	500	500	500	500	500	500	500	500	
			477 726	42 799	40 924	41 174	37 174	42 799	37 174	40 924	37 174	42 799	42 174	37 174	35 437		
<b>04. Audit, suivi &amp; Evaluation</b>																	
	Mid term review		15 000										15 000				
	Audit 2009-2010		15 000				15 000										
	Suivi scientifique continu par une institution académique		70 000						33 000					37 000			
			100 000	-	-	-	15 000	-	33 000	-	-	15 000	-	37 000	-		
<b>TOTAL</b>			<b>3 878 546</b>	<b>175 709</b>	<b>140 044</b>	<b>170 019</b>	<b>150 319</b>	<b>150 144</b>	<b>421 419</b>	<b>247 409</b>	<b>296 219</b>	<b>193 994</b>	<b>957 719</b>	<b>615 719</b>	<b>359 832</b>		

Legende

Déroulement de l'activité