



CTB



**RAPPORT ANNUEL 2011
PROGRAMME D'APPUI INSTITUTIONNEL
A LA CONCEPTION ET LA MISE EN
ŒUVRE DU PLAN STRATEGIQUE DE
DEVELOPPEMENT SANITAIRE DE LA
VILLE DE KIGALI
RWANDA - RWA 0705911**



ABRÉVIATIONS	4
1 FICHE PROJET.....	5
2 RÉSUMÉ	6
2.1 APERÇU DE L'INTERVENTION	6
2.2 POINTS SAILLANTS	6
2.3 RISQUES CLE	8
2.4 LEÇONS APPRISSES ET RECOMMANDATIONS CLE.....	8
3 CONTEXTE	10
3.1.1 <i>Evolution du contexte</i>	10
3.1.2 <i>Ancrage institutionnel</i>	11
3.1.3 <i>Modalités d'exécution</i>	12
3.1.4 <i>Dynamique « Harmo »</i>	13
3.2 OBJECTIF SPECIFIQUE.....	14
3.2.1 <i>Indicateurs</i>	14
3.2.2 <i>Analyse des progrès réalisés</i>	14
3.2.3 <i>Risques et hypothèses</i>	16
3.2.4 <i>Critères de qualité</i>	16
3.2.5 <i>Impact potentiel</i>	16
3.2.6 <i>Recommandations</i>	17
3.3 RESULTAT 1.....	18
3.3.1 <i>Indicateurs</i>	18
3.3.2 <i>Bilan activités</i>	18
3.3.3 <i>Analyse des progrès réalisés</i>	19
3.3.4 <i>Risques et hypothèses</i>	19
3.3.5 <i>Critères de qualité</i>	20
3.3.6 <i>Exécution budgétaire</i>	20
3.3.7 <i>Recommandations</i>	20
3.4 RESULTAT 2.....	21
3.4.1 <i>Indicateurs</i>	21
3.4.2 <i>Bilan activités</i>	22
3.4.3 <i>Analyse des progrès réalisés</i>	22
3.4.4 <i>Risques et hypothèses</i>	23
3.4.5 <i>Critères de qualité</i>	23
3.4.6 <i>Exécution budgétaire</i>	23
3.4.7 <i>Recommandations</i>	24
3.5 RESULTAT 3.....	25
3.5.1 <i>Indicateurs</i>	25
3.5.2 <i>Bilan activités</i>	31
3.5.3 <i>Analyse des progrès réalisés</i>	31
3.5.4 <i>Risques et hypothèses</i>	32
3.5.5 <i>Critères de qualité</i>	33
3.5.6 <i>Exécution budgétaire</i>	33

3.5.7	<i>Recommandations</i>	33
3.6	RESULTAT 4	34
3.6.1	<i>Indicateurs</i>	34
3.6.2	<i>Bilan activités</i>	35
3.6.3	<i>Analyse des progrès réalisés</i>	35
3.6.4	<i>Risques et hypothèses</i>	36
3.6.5	<i>Critères de qualité</i>	37
3.6.6	<i>Exécution budgétaire</i>	37
3.6.7	<i>Recommandations</i>	37
3.7	RESULTAT 5	38
3.7.1	<i>Indicateurs</i>	38
3.7.2	<i>Bilan activités</i>	39
3.7.3	<i>Analyse des progrès réalisés</i>	39
3.7.4	<i>Risques et hypothèses</i>	40
3.7.5	<i>Critères de qualité</i>	40
3.7.6	<i>Exécution budgétaire</i>	40
3.7.7	<i>Recommandations</i>	41
4	THÈMES TRANSVERSAUX	42
4.1	GENRE.....	42
4.2	ENVIRONNEMENT	42
5	DÉCISIONS PRISES PAR LA SMCL & SUIVI	44
6	LEÇONS APPRISES	45
7	ANNEXES	46
7.1	CADRE LOGIQUE.....	47
7.2	ACTIVITES M&E.....	52
7.3	BENEFICIAIRES.....	53
7.4	PLANIFICATION OPERATIONNELLE Q1-2011	55
7.5	RAPPORT "BUDGET VERSUS ACTUELS (Y – M)	66

Abréviations

ASC	Agent Santé Communautaire
AJ	Assistant Junior
ATI	Assistant Technique International
CHUK	Centre Hospitalier Universitaire de Kigali
CS	Centre de Santé
CTB	Coopération Technique Belge
CBR	Coopération Belgo Rwandaise
DHS	Demographic Health Survey
DHMT	District Health Management Team
FOSA	Formation Sanitaire
HD	Hôpital de District
HMIS	Health Management Information System
HMK	Hôpital Militaire de Kanombe
HPK	Hôpital de la Police de Kacyiru
HSSP II	Health Sector Strategic Plan II du Ministère de la Santé
ICT	Information and Communication Technology
IEC	Information, Education et Communication
JADF	Joint Action Development Forum
KHI	Kigali Health Institute
MDG	Millenium Development Goals
MTR	Mid Term Review
MVK	Mairie de la Ville de Kigali
M&E	Monitoring and Evaluation
Mineduc	Ministère de l'Education
Minaloc	Ministère des Affaires Locales
Minisanté	Ministère de la Santé
Minirena	Ministère de l'Environnement et des ressources naturelles
PAPSDSK	Programme d'Appui au Plan stratégique de Développement Sanitaire de la Ville de Kigali
PBF	Performance Based Financing
PCA	Paquet Complémentaire d'Activités
PMA	Paquet Minimum d'Activités
PSE	Plateforme Santé Environnement
PSDSK	Plan Stratégique de Développement Sanitaire de la Ville de Kigali
PSE	Plateforme Santé Environnement
PV	Procès Verbal
SDU	Schéma Directeur Urbain
SIS	Système d'Information Sanitaire
SMCL	Structure Mixte de Concertation Locale
USE	Unité Santé & Environnement
VK	Ville de Kigali
VM	Vice Maire

1 Fiche projet

Nom Project	Programme d'appui institutionnel à la conception et la mise en œuvre du Plan Stratégique de Développement Sanitaire de la Ville de Kigali (PAPSDSK)
Code Projet	RWA0705911
Zone d'intervention	Ville de Kigali
Budget	15.000.000 €
Personnes clés	Dr Blaise Uhagaze et Dr Willy Janssen
Instance Partenaire	Mairie de la ville de Kigali
Date Convention de mise en œuvre	22/01/2009
Durée (mois)	48 mois
Groupes cibles	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
Objectif Globale	L'environnement sanitaire de la ville de Kigali est adapté à l'évolution des besoins de la population
Objectif Spécifique	La Ville de Kigali développe et met en œuvre le Plan Stratégique de Développement Sanitaire de la Ville de Kigali (PSDSK) de façon concertée avec ses partenaires
Résultats attendus	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
	R2 : Le PAPSDSK est élaborée et développé en coordination avec l'ensemble des partenaires santé et environnement de la Ville de Kigali
	R3 : L'offre de soins est complétée et augmentée pour répondre aux besoins de la population de Kigali
	R4 : La qualité de l'ensemble des soins et services de santé de la Ville de Kigali est améliorée
	R5 : La perception des soins chez les usagers et l'adhésion aux programmes de santé environnement dans la communauté sont améliorés

2 Résumé

2.1 Aperçu de l'intervention

Logique d'intervention	Efficienc	Efficacité	Durabilité
Objectif Spécifique : La Ville de Kigali développe et met en œuvre le Plan Stratégique de Développement Sanitaire de la Ville de Kigali (PAPSDSK) de façon concertée avec ses partenaires	B	B	B
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	B	A	B
Résultat 2 : Le PAPSDSK est élaborée et développée en coordination avec l'ensemble des partenaires santé et environnement de la Ville de Kigali	B	B	C
Résultat 3 : L'offre de soins est complétée et augmentée pour répondre aux besoins de la population de Kigali	A	A	C
Résultat 4 : La qualité de l'ensemble des soins et services de santé de la Ville de Kigali est améliorée	B	B	B
Résultat 5 : La perception des soins chez les usagers et l'adhésion aux programmes de santé environnement dans la communauté sont améliorés	B	B	B

Budget €	Dépense € 2009	Dépense € 2010	Dépense € 2011	Dépenses totales € (31/12/2011)	Solde budget €	Taux d'exécution
15.000.000	819.307	3.264.318	3.570.085	7.653.212	7.346.788	51 %

2.2 Points saillants

Fin 2010, les instances de la Ville de Kigali ont approuvé l'intégration de l'USE, appuyé par le programme (PAPSDSK), dans son cadre organique. Après les élections mi 2011, la Ville de Kigali connaît un nouveau Maire et Vice Maire des affaires sociales.

Ceci implique que les acteurs clés au moment de l'identification et la formulation du présent programme ainsi que le personnel au niveau institutionnel ne sont plus là.

Les aspects environnementaux sont bien tenu en compte par la composition de l'équipe de l'USE où collabore un personnel de 4 personnes chargées de l'environnement avec les autres experts de

l'équipe.

Dans le but d'élaborer un plan stratégique de développement sanitaire dans la ville de Kigali (PSDSK) d'une manière concertée, une démarche participative des acteurs clés tout en créant un climat de confiance et de dialogue ouvert entre toutes les parties intéressées s'est installée à partir du mi 2011. Le Conseil de la Ville de Kigali à travers son USE, et ses districts municipaux en étroite collaboration avec le Minisanté ont été les acteurs moteurs de la conception de ce plan.

Ce processus participatif d'élaboration du PSDSK a pu clarifier les rôles et les responsabilités des uns des autres dans la gestion de la santé en zone urbaine.

Le PSDSK ne remplace pas le plan stratégique HSSP II ou les réformes en cours. Le PSDSK a mis essentiellement en lumière les défis majeurs en matière de santé urbaine avec émission des recommandations pour des réformes supplémentaires et la création de la plateforme santé environnement (PSE) pour l'opérationnalisation, le suivi et de l'évaluation du plan à partir de 2012.

L'ambivalence de fonctionnalité et de responsabilité entre la Mairie et la gestion du système de santé urbain (Minisanté) a été analysée et résolue avec les acteurs concernés lors de l'évaluation mi parcours (MTR) du programme et du processus d'élaboration du PSDSK.

Afin de rendre l'USE plus opérationnel, il sera utile de distinguer et éventuellement séparer les deux fonctions : la fonction « environnement » et la fonction « santé ».

Une grande partie des activités du programme a été destinée à la préparation des études préalables et des démarches nécessaires pour les travaux de construction et réhabilitation des structures sanitaires, ainsi que pour l'achat des équipements bio médicaux. Le CHUK et les hôpitaux de district ont été dotés avec du matériel bio médical et d'autre équipement nécessaire pour leur fonctionnement. Le personnel national et international compétent a été en mesure de bien gérer les activités et les processus de passation de marchés.

Un grand progrès a été réalisé dans le domaine de la santé scolaire grâce à la collaboration avec le Mineduc et le Minisanté. Les ATI du programme ont activement contribué à la formation et le transfert des compétences dans les domaines cliniques et bio maintenance dans le CHUK et les HD. Le partenariat secteur privé public se met progressivement en place tout en collaboration avec le Minisanté et une partie importante des prestataires privés (environ 70 %) envoient maintenant les informations sur le volume de leurs activités à la Mairie et le Minisanté.

Le programme a renforcé la capacité de réponse aux besoins environnementaux par des études, des investissements importants et des campagnes de sensibilisation et de promotion de l'hygiène et l'assainissement.

L'axe stratégique de santé environnementale dans le PSDSK donne des orientations stratégiques pour résoudre les problèmes environnementaux

dans la Ville de Kigali.

Une instance de concertation (CBR-santé) a été mise en place début 2011 dans le cadre de l'appui scientifique aux programmes de la Coopération Belgo Rwandaise afin d'assurer une coordination efficace de l'appui Belge et un échange d'information avec tous les acteurs impliqués dans la mise en œuvre des interventions de la Coopération Belgo Rwandaise.

2.3 Risques clé

- L'intérêt des partenaires pour le PSDSK.
- Disponibilité des ressources humaines et financières pour le fonctionnement de l'USE après l'intervention.
- Les partenaires santé environnement de la ville adhèrent à la plateforme santé environnement (PSE) pour la validation et la mise œuvre du PSDSK.
- Des soumissionnaires pour les travaux de construction exécutent les chantiers selon le calendrier prévu.
- Un nombre significatif de dispensaires privés sont ouverts à l'intégration dans le programme de captation et au partenariat public privé.
- Disponibilité de techniciens bio médicaux compétents pour assurer la maintenance des équipements.
- Disponibilité des ressources nécessaires pour le fonctionnement du CHUK.

2.4 Leçons apprises et recommandations clé

- Créer et assurer des mécanismes d'articulation, mobilisation et la concertation de tous les partenaires intéressés en santé urbaine par la création/tenue de la plate forme santé environnement (PSE).
- Accélérer l'approbation du PSDSK dans la PSE afin de sensibiliser les partenaires leur contribution à la mise en œuvre et le suivi du PSDSK
- Renforcer la collaboration inter sectorielle dans la Mairie afin de bien mettre en œuvre le PSDSK tout en impliquant les autres partenaires de la santé.
- La gestion des deux fonctions (santé et environnement) au sein de la Maire à travers l'USE, nécessite un renforcement des ressources humaines et la création des conditions de dialogue et interfaces fonctionnelles avec tous les partenaires
- Assurer la disponibilité des ressources humaines et financières nécessaires pour le fonctionnement de l'USE après la fin de l'intervention
- Compléter le PCA à l'hôpital de Muhima selon les scénarios élaborés dans le plan directeur
- Suivre les chantiers des travaux de construction (CS, stations

- d'épuration, réhabilitation de Muhima e. a.)
- Explorer les modalités d'un appui financier pour les activités prévues dans le CHUK et HD qui ne peuvent plus être couvertes par le programme
 - Continuer la consultation et l'échange avec le secteur privé pour améliorer le partenariat public privé afin d'améliorer l'offre et la qualité
 - Institutionnaliser la sante scolaire et la protection de l'environnement par le développement d'un programme national
 - Distribuer la documentation de l'expérience du programme à tous les partenaires pour alimenter les échanges

3 Contexte

3.1.1 Evolution du contexte

Les chiffres de la dernière enquête démographique et sanitaire (DHS 2010) montrent des résultats impressionnants dans le domaine de la santé. Par rapport à la dernière DHS, en 2005, le taux de fécondité en zone urbaine a baissé de 4.9 à 3.4. Des accouchements assistés ont passé de 39 % à 69 %. La proportion d'enfants complètement vaccinés de 75 % à 90 %. La disponibilité de la MII dans les ménages a changé de 15 % à 82 % et la sous-5-mortalité a été réduit de moitié de 152 à 76 pour mille.

Ces indicateurs montrent un progrès rapide en matière de santé dans le pays et à l'atteinte des objectifs du MDG.

Néanmoins une étude réalisée par le PNUD sur la Gouvernance de la réponse au VIH dans les Villes de l'Afrique de l'Est et du Sud a montré que malgré une réelle implication de l'autorité locale dans la lutte contre le VIH, la prévalence du VIH est beaucoup plus élevée en Ville qu'a la campagne (ex : Ville de Kigali 7% et milieu rural 2,2%).

La nécessité d'un plan stratégique de lutte contre le VIH dans ces Villes a été ressentie et recommandée.

Après les élections mi 2011, la Ville de Kigali connaît un nouveau Maire et Vice Maire des affaires sociales.

Ceci implique que les acteurs clés au moment de l'identification et la formulation du présent programme ainsi que le personnel au niveau institutionnel ne sont plus là.

Néanmoins le nouveau Vice Maire des affaires sociales s'est bien informé sur les objectifs du programme pour la santé de la Ville de Kigali et appuie entièrement les résultats à atteindre du programme. Les instances de la Municipalité restent plus sensibles aux activités d'hygiène et assainissement, de santé environnementale et de mobilisation de la population

Le Ministre de la Santé a exprimé son souhait qu'une vraie communication et concertation entre le PAPSDSK et le Minisanté soit établie afin d'assurer que le programme de la Mairie s'aligne aux orientations du Minisanté et d'améliorer la collaboration et la concertation.

Plusieurs réunions se sont tenues en 2011 entre le Minisanté et la ville de Kigali, sous la présidence de la Vice Maire de la Ville de Kigali pour échanger en détail sur les activités exécutées et planifiées par le programme et pour clarifier les différentes questions soulevées.

Dans le but d'élaborer un plan stratégique de développement sanitaire dans la ville de Kigali (PSDSK) d'une manière concertée, une démarche

participative des acteurs clés tout en créant un climat de confiance et de dialogue ouvert entre toutes les parties intéressées s'est installée à partir du mi 2011. Le processus participatif d'élaboration du PSDSK a pu clarifier les rôles et les responsabilités des uns des autres dans la gestion de la santé en zone urbaine.

Le nouveau plan stratégique pour les ressources humaines (2011-2016) élaboré par le Minisanté inclut le besoin d'augmenter la qualité et la quantité des médecins (spécialistes inclus) distribués dans le pays, notamment par le renforcement de la qualité de la formation de base des médecins ainsi que par la mise en place d'une stratégie de formation continue et l'encadrement clinique par des spécialistes. Pour ce renforcement, la création de l'hôpital provincial où seront postés des spécialistes qui joueront un double rôle de cliniciens et formateurs sera cruciale.

L'hôpital de district de Kibagabaga a été désigné d'être un hôpital provincial et la logique veut que cet hôpital puisse être appuyé par le programme.

Une dizaine de spécialistes sont nécessaires au niveau de l'hôpital provincial. Ils ne semblent pas disponibles pour le moment.

La Ville de Kigali avait élaboré un Master plan pour un District sur les trois de la Ville. Les Master plan des deux autres districts sont en développement et toute infrastructure future devra se conformer à ce schéma directeur dans la Vision 2012-2050.

3.1.2 Ancrage institutionnel

Score: (Très approprié, Approprié, Peu approprié, Pas du tout approprié)

Fin 2010, les instances de la ville de Kigali ont approuvé l'intégration de l'USE appuyé par le programme (PAPSDSK) dans son cadre organique. Le programme (PAPSDSK) est effectivement identifié maintenant avec l'USE et l'ancrage du programme y est même physique et donc avec l'administration de la Ville.

Un des résultats du programme est de veiller à l'amélioration de la qualité des soins dans les formations sanitaires à tous les niveaux.

Les structures de prestation des soins de santé disponibles et prévus dans la Ville se situent dans différentes catégories selon leurs responsabilités et leurs positions hiérarchiques. Les soins de santé primaires (centres et postes de santé) et les hôpitaux de district relèvent de l'administration locale (district). L'hôpital de référence (CHUK) relève du Minisanté.

Il y a donc un risque potentiel de malentendu et confusion permanente entre la Mairie et le Minisanté pour savoir qui doit avoir le leadership et qui sera responsable des activités et de la prise de décision.

L'ambivalence de fonctionnalité et de responsabilité entre la Mairie et la gestion du système de santé urbain (Minisanté) a été analysée et résolue avec les acteurs concernés lors de l'évaluation mi parcours (MTR) du programme et du processus d'élaboration du PSDSK à partir de mi 2011. De façon générale, des conditions doivent être créées pour les interfaces fonctionnelles et le dialogue permanent entre le Minisanté, la Ville de Kigali, les districts et le programme (PAPSDSK).

3.1.3 Modalités d'exécution

Score: (Très approprié, Approprié, Peu approprié, Pas du tout approprié)

Une grande partie des activités sous le résultat R3 du programme est de doter le CHUK et les hôpitaux de district avec du matériel bio médical et d'autre équipement nécessaire. Est il alors le programme et par la signature du secrétaire exécutif de l'administration municipale de la Ville qui décide de l'achat pour le CHUK et les hôpitaux qui sont sous la tutelle du Minisanté ?

En termes de « logique de gestion de programme », la réponse serait probablement oui, mais de nombreux acteurs perçoivent que cela est contraire à la « logique institutionnelle ».

Il est aussi évident que l'environnement est un facteur déterminant de la santé et il est également clair que la prestation de soins de santé efficace est un facteur déterminant de la santé. Par conséquent, il semble logique de faire la gestion de ces deux aspects dans un organe de coordination au niveau de la Ville à travers l'USE.

Bien que ce raisonnement ne soit pas nécessairement fondamentalement vicié, elle ne tient pas compte du fait que ces deux aspects (la gestion de l'environnement et l'utilisation du système de santé) nécessitent généralement des approches de gestion tout à fait différentes.

La gestion de l'environnement est essentiellement ; a) une tâche de gestion territoriale, judicieusement située dans le panier des responsabilités de l'administration politique locale ; b) basé sur l'application des procédures essentiellement normatifs et régulatrices.

Bien que ces procédures puissent être plus compliquées que pensées, elles peuvent être implémentées à l'instar d'une bureaucratie de commandement et de contrôle.

De l'autre coté, la régulation et l'optimisation de l'accès aux soins de santé comprend: a) des relations de complémentarité (peut-être aussi concurrence) dans le plus vaste système national de santé, ce qu'il les situe au moins dans une large mesure dans les responsabilités du Minisanté et b) beaucoup d'action personnelle et de comportement, y compris les jugements personnels, les relations interpersonnelles et interinstitutionnelles.

Les deux formes de gestion nécessitent une structure de coordination et

de consultation qui est beaucoup plus participatif et plus souple, afin de gérer une approche multi-institutionnelle complexe.
Afin de rendre l'USE plus opérationnel, il sera utile de distinguer et éventuellement séparer les deux fonctions : la fonction « environnement » et la fonction « santé ».

3.1.4 Dynamique « Harmo »

La gestion pour les résultats et la responsabilité mutuelle ne semblent pas être des zones de problème majeur.
L'appropriation pourrait devenir problématique si les conflits institutionnels de l'attribution/compétence ne sont pas résolus (3.1.3).

Dans le but d'élaborer un plan stratégique (PSDSK) concerté, une démarche participative des acteurs clés s'est concrétisée à travers une analyse documentaire, des discussions dans les groupes de discussions thématiques et des interviews individuels avec des acteurs clés impliqués dans la gestion de la santé et l'environnement dans la ville de Kigali. Un séminaire de planification de deux jours qui a réuni des participants venus de la Ville de Kigali, des trois districts de la VK, du Minisanté, des centres de santé, des hôpitaux de districts, des projets de santé de la CBR et du secteur privé a été organisé.

Des séances de restitution pour la validation et l'appropriation du plan stratégique ont suivi ce séminaire.

Une instance de concertation (CBR-santé) a été mise en place début 2011 dans le cadre de l'appui scientifique aux programmes de la Coopération Belgo Rwandaise afin d'assurer une coordination efficace de l'appui Belge et un échange d'information avec tous les acteurs impliqués dans la mise en œuvre des interventions de la Coopération Belgo Rwandaise.

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

3.2 Objectif spécifique

3.2.1 Indicateurs

Objectif spécifique: La Ville de Kigali met en œuvre le plan stratégique de Développement Sanitaire de Kigali (PSDSK) de façon concertée avec ses partenaires						
Indicateurs	Valeur 'Baseline' 2009	Progrès année 2010	Progrès année 2011	Valeur Cible année 2011	Valeur cible finale	Commentaires
Disponibilité d'un PSDSK mis à jour	Il n'existe pas un plan stratégique sanitaire de développement sanitaire de la Ville de Kigali. Par contre, chaque District dispose d'un plan de développement du District 2008-2012	Le processus d'élaboration du plan stratégique sanitaire de Kigali lancé.	Processus abouti à un PSDSK	PSDSK disponible	PSDSK disponible	Le plan stratégique de développement Sanitaire de Kigali a été 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	Plan stratégique existe et budgétisé	Budget consolidé connu	Budget consolidé connu	Les engagements de tous les partenaires seront mentionnés dans le PSDSK. Un cadre de suivi du budget sera mis en place en 2011.
Disponibilité des plans d'action annuels à tous les niveaux	Les plans d'actions annuels de mise en œuvre du PSDSK existent à tous les niveaux.	Pas encore	Pas disponible	Pas disponible	Plan d'action existe	Les plans d'actions sont basés sur le HSSP II du Minisanté et il reste de les adapter aux orientations stratégiques du PSDSK à partir de 2012
Evolution du nombre de partenaires actifs dans la mise en œuvre du Plan	Pas d'actualité	Partenaires actifs connus	Liste des partenaires	Liste des partenaires	Liste actualisée	Actualisation trimestrielle de la liste des partenaires par District.

3.2.2 Analyse des progrès réalisés

Il y a cinq résultats attendus qui devraient déboucher à l'atteinte de l'objectif spécifique.

Le résultat 1 (La Ville et les districts créent des structures de gestion approprié pour la santé et l'environnement) et le résultat 2 (le PSDSK est élaboré et mis en œuvre dans une action concertée avec tous les partenaires) contiennent des innovations institutionnelles plutôt radicales et contribuent directement à l'atteinte de l'objectif spécifique.

L'USE a été créé et sa position institutionnelle au sein de l'organigramme officielle de la Ville a été approuvée par le Conseil municipal dans le dernier mois de 2010. Cet unité est structurellement soutenue par le PAPSDSK et les diverses ressources du programme sont des intrants importants pour le fonctionnement de l'USE.

Le Conseil de la Ville de Kigali à travers son USE, et ses districts municipaux en étroite collaboration avec le Minisanté ont été les acteurs moteurs de la conception et la mise en œuvre du PSDSK avec l'appui du PAPSDSK.

Le PSDSK a été le résultat d'un consensus d'un ensemble de partenaires intéressés au développement de l'environnement sanitaire de Kigali Ville. Ce processus d'élaboration du PSDSK a été initié par deux consultants avec une longue expérience dans l'administration de la Ville de Kigali et bonne maîtrise du processus de décentralisation et de gouvernance en particulier dans la ville de Kigali.

Une démarche participative des acteurs clés s'est concrétisée à travers différentes étapes d'analyse, de discussion avec des acteurs clés impliqués dans la gestion de la santé et l'environnement et de restitution pour la validation et l'appropriation du plan stratégique.

Ce processus et la finalisation du plan stratégique de santé urbaine en tant que document de travail commun a facilité la mise en place d'un climat de confiance et de dialogue ouvert entre toutes les parties intéressées, ainsi qu'une meilleure compréhension des rôles et responsabilités des uns des autres, sous la direction du Vice Maire en charge des affaires sociales à la Mairie de Kigali.

Le but d'élaboration du PSDSK n'était pas de remplacer le plan stratégique HSSP II ou les réformes en cours. Le PSDSK, finalisé en décembre 2011, a mis essentiellement en lumière les défis majeurs en matière de santé urbaine avec émission des recommandations pour des réformes supplémentaires et la création de la plateforme santé environnement (PSE) pour l'opérationnalisation, le suivi et de l'évaluation du plan à partir de 2012.

Le résultat 3 (L'augmentation de l'offre des soins de santé afin de répondre aux besoins croissants), le résultat 4 (Améliorer et renforcer la qualité des soins et des services) et le résultat 5 (Améliorer la perception des soins et l'adhésion aux programmes communautaires en santé et environnement) reflètent clairement l'historique précédent du présent programme et sont en large mesure la continuation de projets antérieurs. Ils peuvent être considérés comme des résultats qui contribuent plutôt à réalisation des orientations stratégiques du HSSP II du Minisanté et pas directement à l'atteinte de l'objectif spécifique.

La volonté manifeste et expresse du Minisanté, de la Mairie et des districts pour que le programme assure des investissements nécessaires (équipements, réhabilitations, constructions...) a remis l'importance de l'élaboration d'un PSDSK en deuxième place que prévu initialement dans le DTF.

3.2.3 Risques et hypothèses

Risque (décrire)	Probabilité (score)	Incidences potentielles		Niveau de Risque (score)
		Décrire	Score	
La Mairie maintient l'intérêt politique pour le développement continu et la mise en œuvre du PSDSK	Faible	Leadership politique nécessaire pour l'appropriation et la mise du PSDSK est absent	Elevé	B
L'intérêt des partenaires pour le PSDSK se concrétise	Moyenne	La mise en œuvre du PSDSK n'est pas concrétisée par manque d'intérêt des partenaires	Elevé	C
La concertation (PSE) avec les partenaires est mise en place	Faible	Manque d'opérationnalisation, de suivi et d'évaluation du PSDSK	Elevé	B
Le montage institutionnel de l'USE est maintenu	Faible	Faible gestion de la santé et environnement dans la VK	Elevé	B

3.2.4 Critères de qualité

Critères	Score	Commentaires
Efficience	B	Des réaménagements budgétaires ont été nécessaires afin de couvrir certains investissements planifiés
Efficacité	B	La mise en œuvre du PSDSK se fera en 2012
Durabilité	B	PSDSK approprié par les autorités municipales mais validation par le conseil urbain nécessaire suivi d'une mobilisation des ressources et partenaires autour ce plan dans un PSE
Pertinence	B	Pour le Minisanté, l'USE vient en appui pour le développement des activités de santé en zone urbaine et le PSDSK est complémentaire au HSSPII en ce concerne les autres déterminants de la santé (environnement, gouvernance et accessibilité de la santé)

3.2.5 Impact potentiel

La conception et la mise en œuvre d'un plan stratégique de développement sanitaire dans un contexte urbain en évolution rapide comme la ville de Kigali doit être considéré comme un objectif pertinent et utile.

Ceci implique que les Autorités de la Ville ont été considérées comme la principale institution de « conduire » la dynamique de la planification et la mise en œuvre, avec le plein appui du projet PAPSDSK, un choix qui a été

fait en 2008 (et confirmé dans l'accord spécifique entre les gouvernements rwandaises et belges)

Une hypothèse qui peut avoir été quelque peu oublié est que le terme « plan stratégique » devra être bien compris par tous les partenaires pour être « traduisible » pour les exécuteurs de la Ville de Kigali en quelque chose de réalisable. La réflexion sur le contenu du PSDSK ainsi que les rôles et responsabilités des uns des autres pour sa mise en œuvre ont été largement discutés pendant le processus d'élaboration de ce plan. Les orientations stratégiques du plan sont bel et bien complémentaires à d'autres plans existants.

La théorie du programme repose sur l'hypothèse selon laquelle il est préférable de créer une structure formelle (USE) tout d'abord (R1), comme une condition préalable pour le processus de formulation et de mise en œuvre d'un « plan stratégique de développement sanitaire » (R2) plutôt que l'inverse.

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 pour sa réalisation. Avec les difficultés structurelles mentionnées, il est compréhensible que la conception du plan stratégique de santé de la ville ait pris du temps.

3.2.6 Recommendations

Recommandations	Source	Acteur	Deadline
Créer et assurer des mécanismes d'articulation, mobilisation et la concertation de tous les partenaires intéressés en santé urbaine par la création/tenu de la plate forme santé environnement (PSE)	3.2.3	VM des affaires sociales et l'USE	Fin Q1 2012
Renforcer la collaboration inter sectorielle dans la Mairie afin de bien mettre en œuvre le PSDSK tout en impliquant les autres partenaires de la santé	3.2.3	VM des affaires sociales et l'USE	Q1 2012

3.3 Résultat 1

3.3.1 Indicateurs

Résultat 1: 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						
Indicateurs	Valeur 'Baseline' 2009	Progrès année 2010	Progrès année 2011	Valeur Cible année 2011	Valeur cible finale	Commentaires
Existence effective de l'Unité Santé Environnement (USE) positionnée dans l'organigramme de la Mairie	Il n'existe pas une USE dans la Mairie	Approbation par le conseil urbain en cours	USE fonctionnelle	USE fonctionnelle	USE fonctionnelle	Le suivi de l'USE est assuré par la VM Affaires Sociales
Rôles et fonctions des différents postes de l'USE sont établis	Pas définis	Rôles et fonctions des différents postes de l'USE sont définis.	Rôles et fonctions des différents postes de l'USE sont définis.	Rôles et fonctions des différents postes de l'USE sont définis.	Rôles et fonctions des différents postes de l'USE sont définis.	Rôles et fonctions des différents postes de l'USE sont définis.
Nb de postes pourvus par rapport au nombre prévu à la Mairie	5/5 des postes prévus ont été pourvus pour le démarrage du programme,	Tous les postes sont occupés.		Tous les postes sont occupés.	Tous les postes sont occupés.	
Nb postes des responsables SIS des districts urbains couverts (1/3 des responsables SIS était couvert).	Il n'existait pas de responsable SIS dans les Districts de Nyarugenge et de Gasabo	3/3 couverts	3/3 couverts	3/3 couverts	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		Plan d'action basé sur DTF et HSSP II	Plan d'action basé sur DTF et HSSP II	Plans d'action traduisant le PSDSK établie pour USE	Plans d'action traduisant le PSDSK pour USE	Les plans d'action sont basés sur le HSSP et à partir de 2012 sur le PSDSK

3.3.2 Bilan activités

Activités <i>(Voir lignes directrices pour l'interprétation des scores)</i>	Déroulement				Commentaires (uniquement si la valeur est C ou D)
	A	B	C	D	
Le cadre institutionnel et organisationnel des instances de gestion de la mairie et des districts est adapté pour rencontrer les défis du PSDSK	x				
Les instances de gestion de la ville sont dotées du soutien matériel, humain et technique nécessaires à leur fonctionnement.	x				
Les compétences des instances de gestion nécessaires	x				

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.		x			Plan d'action établi pour l'USE mais l'opérationnalisation prévue pour 2012
Les possibilités de synergie avec d'autres secteurs et partenaires sont identifiées, et les stratégies de mise en œuvre soutenues.	x				Voir PSDSK

3.3.3 Analyse des progrès réalisés

La position institutionnelle de l'USE au sein de l'organigramme officiel de la Ville a été approuvée par le Conseil municipal en décembre 2010. L'USE est structurellement soutenue par le programme (PAPSDSK) et les diverses ressources de programme sont des intrants importants pour l'unité.

Les aspects environnementaux sont bien tenu en compte par la composition de l'équipe de l'USE où collabore un personnel de 4 personnes chargées de l'environnement avec les autres experts de l'équipe.

Les trois unités de santé de District ont été renforcées par des gestionnaires de données pour le renforcement du HMIS. La nomination de ce personnel dans les unités de santé de district a effectivement améliorée la disponibilité et l'utilisation de l'information sanitaire. Une partie importante des prestataires privés (environ 70 %) envoient maintenant les informations sur le volume de leurs activités.

3.3.4 Risques et hypothèses

Risque (décrire)	Probabilité (score)	Incidences potentielles		Niveau de Risque (score)
		Décrire	Score	
Le conseil urbain confie à l'USE le leadership opérationnel pour la coordination de la santé et l'environnement	Faible	Manque d'appui politique pour le leadership opérationnel et technique	Elevé	B
Les autres secteurs dans la Mairie s'engagent pour appuyer l'USE dans son rôle de coordination santé environnement	Moyenne	Manque de concertation intersectorielle en santé	Moyenne	B
Disponibilité des ressources humaines et financières pour le fonctionnement de l'USE	Moyenne	Manque des ressources pour le fonctionnement de l'USE	Elevé	C

3.3.5 Critères de qualité

Critères	Score	Commentaires
Efficienc	B	La mise en place de l'USE sur le plan institutionnel et en termes de personnel a été un processus long et laborieux
Efficacité	A	Structures en place
Durabilité	B	Problème éventuel de disponibilité des ressources nécessaires après la fin de l'intervention

3.3.6 Exécution budgétaire

L'exécution budgétaire pour ce résultat est de 73 %. Les dépenses sont principalement liées au fonctionnement de l'USE.

3.3.7 Recommandations

Recommandations	Source	Acteur	Deadline
L'USE effectue son rôle de coordination multisectorielle en santé	3.3.4	VM affaires sociales et USE	Q1 2012
Assurer la disponibilité des ressources humaines et financières nécessaires pour le fonctionnement de l'USE après la fin de l'intervention	3.3.4	Mairie/ CBR	Q4 2012

3.4 Résultat 2

3.4.1 Indicateurs

Résultat 2: Le PSDSK est développé, adapté et mis en œuvre en coordination avec l'ensemble des partenaires santé et environnement de la Ville de Kigali						
Indicateurs	Valeur 'Baseline' 2009	Progrès année 2010	Progrès année 2011	Valeur Cible année 2011	Valeur cible finale	Commentaires
Le Plan Stratégique (2009-2012) est validé	0	La réflexion sur le processus d'élaboration du PSDSK est initiée	Le PSDSK 2012-2016 développé	PSDSK validé	PSDSK validé et mise en œuvre	Le Plan Stratégique sera validé par l'ensemble des partenaires et approuvés par les autorités de la Ville de Kigali et le Minisanté début 2012
La Plate forme SE est fonctionnelle	Au niveau de la Ville, il n'existe pas une plate forme Santé environnement.	La mise en place du cadre de pilotage du plan stratégique (Comité technique) avec les termes de référence clairs.	Le comité technique est opérationnel.	Comité technique opérationnel	La Plate Forme SE est fonctionnelle	Autres plate formes intersectorielles existent au niveau des districts (JAF) qui sont un forum d'échanges et de partage d'informations entre partenaires de tous les secteurs confondus. La 1 ^{ère} Plate Forme SE validera le PSDSK
Un panel d'indicateurs d'entrée, de processus et de résultat est élaboré pour le suivi du PSDSK	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.	BONC (déficit à - 1,8) Plan directeur des HD finalisé Inventaire réalisé	Restitution faite Restitution faite	Panel d'indicateurs pour le suivi du PSDSK est élaboré	Panel d'indicateurs pour le suivi du PSDSK est élaboré	Les différents rapports (BONC, plan directeur ...) de 2010 ont servi comme base pour l'élaboration du PSDSK
Les Groupes de travail technique ad hoc fonctionnels	Les GTT n'existaient pas en 2009 au niveau de la Ville de Kigali.	Le choix des GT et les TDR élaborés	GT santé scolaire, partenariat public privé, réseautage fonctionnels	GT santé scolaire, partenariat public privé, réseautage fonctionnels		GTT mis en place en fonction des besoins.
Suivi annuel de l'évolution des indicateurs source de	Voir 3.7.1	Voir 3.7.1	Voir 3.7.1	Voir 3.7.1	Voir 3.7.1	

l'environnement sanitaire de la ville de Kigali						
---	--	--	--	--	--	--

3.4.2 Bilan activités

Activités <i>(Voir lignes directrices pour l'interprétation des scores)</i>	Dérroulement				Commentaires (uniquement si la valeur est C ou D)
	A	B	C	D	
Le PSDSK est conçu, développé et adapté par l'USE en fonction des enjeux et évolutions du contexte, et des engagements attendus des partenaires.		x			
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.		x			
Les financements de l'ensemble des partenaires intéressés à la réalisation du PSDSK sont pilotés via un cadre d'investissement issu de la PSE.			x		La PSE sera organisée en Q1 2012
La compréhension des enjeux du développement de l'environnement sanitaire est renforcée par des études ad hoc.	x				
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.		x			

3.4.3 Analyse des progrès réalisés

La mise à jour des renseignements de base pour l'élaboration du PSDSK a continué en 2011, et le système d'information géographique (SIG) a été actualisé.

En juin 2011, deux consultants ayant une vaste expérience dans l'administration de la ville de Kigali ont été embauchés pour approfondir la réflexion sur le développement du plan stratégique de santé avec tous les partenaires. Une démarche participative des acteurs clés s'est concrétisée à travers les étapes de l'analyse documentaire, les discussions dans les groupes de discussions thématiques suivant un canevas préétabli et les interviews individuels avec des acteurs clés impliqués dans la gestion de la santé et l'environnement dans la ville de Kigali. Un séminaire de planification a été organisé tout en réunissant des participants de la Ville de Kigali, des trois Districts de la VK, des Centres de santé, des hôpitaux de Districts, des projets de santé et du secteur privé, suivi des séances de restitution pour la validation et l'appropriation du plan stratégique.

Le comité technique présidé par le VM des affaires sociales s'est réuni une fois tous les trois mois. Ce comité avec tous les intervenants et les représentants du Ministère de la Santé porte sur les activités du

programme et initiatives, afin de vérifier si elles sont conformes aux orientations du Ministère de la Santé et de la Ville de Kigali. Le comité fournit une sorte de « pré validation » technique avant de passer à la phase de validation par ce qui était prévu pour être la PSE, mais qui jusqu'à maintenant est limitée à la réunion SMCL deux fois par an. La dite PSE sera fonctionnelle en 2012 autour laquelle les partenaires seront invités à contribuer pour la mise en œuvre et le suivi PSDSK élaboré.

3.4.4 Risques et hypothèses

Risque (décrire)	Probabilité (score)	Incidences potentielles		Niveau de Risque (score)
		Décrire	Score	
Les partenaires santé environnement de la ville adhèrent à la plateforme santé environnement (PSE)	Moyenne	La PSE comme structure de concertation des partenaires pour la mise en œuvre du PSDSK n'est pas fonctionnelle	Elevé	C
Les responsables institutionnels soutiennent activement le PSDSK	Faible	Problème de mise en œuvre du PSDSK	Elevé	B

3.4.5 Critères de qualité

Critères	Score	Commentaires
Efficience	B	L'approche participative de tous les partenaires à toutes les étapes du PSDSK a renforcé l'appropriation du PSDSK par ceux qui vont le mettre en œuvre.
Efficacité	B	L'USE a le soutien de l'autorité de la Ville de Kigali pour préparer la mise sur place de la PSE
Durabilité	C	La mobilisation suffisante des fonds en période de crise financière mondiale pour la Mise en œuvre du PSDSK

3.4.6 Exécution budgétaire

Taux d'exécution pour ce résultat est de 33 %. Il s'agit ici des activités « software » qui ne nécessite pas le budget prévu dans le DTF.

3.4.7 Recommandations

Recommandations	Source	Acteur	Deadline
Accélérer l'approbation du PSDSK dans la PSE afin de sensibiliser les partenaires	3.4.4	Conseil urbain et VM	Q1 2012
Sensibilisation des partenaires pour leur contribution à la mise en œuvre et le suivi du PSDSK	3.4.4	USE, VM affaires sociales	Q1 2012
Acquérir des ressources financières nécessaires pour la mise en œuvre du PSDSK	3.4.5	USE, VM affaires sociales	Q1 2012

3.5 Résultat 3

3.5.1 Indicateurs

Résultat 3: L'offre de soins est complétée et augmentée pour répondre aux besoins de la population de Kigali						
Indicateurs	Valeur 'Baseline' 2009	Progrès année 2010	Progrès année 2011	Valeur Cible année 2011	Valeur cible finale	Commentaires
Plans d'investissements disponibles sur le CHUK, les HD, les CS et les investissements environnementaux	Il n'existe pas de manière spécifique des plans d'investissements et investissements environnementaux exhaustifs.	Actualisation des plans d'investissements environnementaux sur le CHUK, les HD et les CS	Disponibilité des plans d'investissements et investissements environnementaux	Disponibilité des plans d'investissements et investissements environnementaux	Idem	Le programme a appuyé l'actualisation d'un plan d'investissements par niveau de soin.
Investissements effectivement réalisés sur le CHUK, les HD, CS et investissements environnementaux	La centrale d'épuration du CHUK a été réhabilitée par la précédente intervention de la CTB.	Achat de pièces de rechange pour l'entretien des incinérateurs des hôpitaux de Muhima et de Kibagabaga Entretien et réparation des incinérateurs des hôpitaux	Investissements bio médicaux réalisées, études stations d'épuration à l'hôpital de Kanombe et de Kibagabaga. Etude sur la radioprotection dans tous les hôpitaux de Kigali. Consultance en cours sur l'élaboration d'un plan de gestion des déchets solides dans la ville de Kigali. Etude technique sur la construction d'une centrale d'épuration à Kibagabaga et Muhima en cours. Déplacement de l'incinérateur de Kibagabaga planifié pour 2012.			La remise en état des incinérateurs existants était une priorité dans les hôpitaux de District de Kibagabaga et de Muhima.

<p>Degré de complétude du Paquet complémentaire d'Activités des hôpitaux de District</p>	<p>L'Hôpital de Muhima n'offre actuellement que les services de Gynéco/obstétrique, Néonatalogie et la Pédiatrie.</p> <p>Les services de médecine interne et de la chirurgie générale sont inexistants</p> <p>L'Hôpital de Kibagabaga offre les services de Médecine interne, Pédiatrie + Néonatalogie, Chirurgie Générale et Gynéco-obstétrique.</p> <p>Les équipements pour l'urgence et la chirurgie sont insuffisants</p>	<p>Elaboration des plans Directeurs des HD de Muhima et de Kibagabagaga.</p> <p>Détermination et validation des priorités</p> <p>Commande passée d'équipements et de matériel médical pour les HD et CHUK</p> <p>Commande passée du scanner (64 coupes) pour le CHUK.</p>	<p>Etudes techniques pour la réhabilitation du service des urgences et l'extension de la maternité de Muhima.</p> <p>Marché public pour les travaux de réhabilitation des urgences et de l'extension de la maternité</p> <p>Livraison du matériel et équipements aux hôpitaux.</p> <p>Elaboration des plans d'action annuels des hôpitaux</p> <p>Etudes techniques en cours pour la construction des services de médecine interne et de la chirurgie générale</p>	<p>2 HD avec PCA</p> <p>2 HD avec PCA</p>	<p>Deux études techniques étaient planifiées : phase1 de la mise en œuvre du plan directeur (réhabilitation des urgences et extension de la maternité) ; phase2 (construction des services de la maternité et de la chirurgie).</p> <p>Avant ces travaux, il n'est pas possible de compléter le PCA à Muhima.</p> <p>L'hôpital devrait jouer le rôle de l'hôpital de district lorsque tous ces gros investissements seront réalisés.</p> <p>Avec un reliquat du programme santé mentale, la construction des services SM sera initiée à l'hôpital Kibagabaga en 2012</p>
<p>Plan actualisé de formation du personnel médical et paramédical des hôpitaux</p>	<p>Les HD ne disposent pas d'un plan détaillé de formation du personnel</p>	<p>Le CHUK dispose d'un plan de formation du personnel actualisé.</p> <p>Elaboration d'un plan d'action annuel des HD incluant le plan de formation.</p>	<p>60 médecins et infirmiers formés sur ETAT+</p> <p>35 instructeurs (médecins et infirmiers) formés sur ETAT+</p> <p>Bourses post graduâtes</p>		<p>Les programmes et projets devraient suivre le plan de formation du Minisanté.</p>
<p>Ratio de lits/population par District</p>	<p>District de Nyarugenge : HD Muhima : 131 lits, CS : 112 lits. Ratio= 234/ 283 636 = 0,82</p> <p>District de Gasabo : HD Kbgga : 195 lits, CS : 228 lits. Ratio= 423/ 383602 = 1 ,10</p> <p>District de Kicukiro : KMH : 260 lits, CS :</p>	<p>District de Nyarugenge : 0,80</p> <p>District de Gasabo : 1,07</p> <p>District de Kicukiro : 1,72</p>	<p>District de Nyarugenge (CS + HD) : 0,95</p> <p>District de Gasabo (CS+ HD) =1,15</p> <p>District de Kicukiro (CS+ KMH+ Masaka)</p>	<p>1 lit /1000</p>	<p>>1/1000</p> <p>Le nombre de lits disponibles dans les établissements de soins privés est de 367 (67 à Nyarugenge, 196 à Gasabo et 104 à Kicukiro).</p> <p>En considérant le nombre de lits dans le privé, le ratio</p>

	123 lits. Ratio= 384/248723 = 1,54		= 1,98			lits/population dans les trois se présente comme suit : 1,17 à Nyarugenge ; 1,64 à Gasabo et 2,39 à Kicukiro. Le CHUK et KFH ne sont pas inclus dans ses statistiques. L'hôpital de Masaka avec 80 lits a ouvert ses portes en 2011 dans le District de Kicukiro.
Taux d'occupation des lits	HD Muhima: 105 % HD de Kibagabaga: 123% KMH: 87%	HD Muhima: 41 % HD de Kibagabaga: 57% KMH: 37%	HD Muhima: 64 % HD de Kibagabaga: 65% KMH: 54%	90 %	< 90%	Une analyse détaillée des causes du faible taux d'occupation des lits est envisagée.
Taux de mortalité intra-hospitalière	HD Muhima: 0,1% HD de Kibagabaga: 2,20% KMH: 2,4%	Muhima : 0,1% Kibagabaga : 1,9% KMH : 1,6%	Muhima : 0,1% Kibagabaga : 2,2% KMH : 1,7%			Nous suivons cet indicateur seulement dans les hôpitaux de district de la ville.
Duré moyenne de séjour	HD Muhima: 2,3 jrs Kibagabaga: 4.3 jrs KMH: 20,4 jrs	Muhima : 2,1 jrs Kibagabaga : 4,2 jrs KMH : 5,9 jrs	Muhima : 2,3 jrs Kibagabaga : 2,9 Jrs Kanombe : 4,2Jrs			
% de césariennes par rapport aux accouchements par hôpital	Hôpital de Muhima : 23% Hôp de Kbga : 30,6% KMH : 38,4% Cliniques/polycl : 35,2% Ville de Kigali : 19%	Muhima 25,8% Kibagabaga : 32,8% KMH : 32,4% Cliniques/polyc :	Muhima : 30% Kibagabaga : 26,9% KMH : 32,5% Cliniques/polyc : 64%			La proportion des césariennes est trop élevée dans les cliniques/polycliniques privées (64%). Une analyse de cette pratique dans le secteur est envisagée.
Taux de césariennes pour 100 naissances attendues	District de Nyarugenge = 2514/11629= 21,6% District de Gasabo = 1140 /15728= 7,2% District de Kicukiro = 1270/10198= 12,4%	District de Nyarugenge : 16,1% District de Gasabo : 6% District de Kicukiro : 8,6%	District de Nyarugenge : 20,3% District de Gasabo : 23,8% District de Kicukiro : 9,6%	10%	>10%	Les données du privé couvrent seulement l'année 2011 avec une contribution de 28% dans la prise en charge des césariennes. La contribution du privé par district est de : Nyarugenge : 115 césariennes (Bien

						<p>Naitre et Médico-sociale).</p> <p>Gasabo : 1720 césariennes (Croix du Sud).</p> <p>Kicukiro : 214 césariennes (Carrefour).</p> <p>L'augmentation du Tx de césariennes à Gasabo est liée au nombre élevé de césariennes faites par la Croix du Sud.</p> <p>Les données du CHUK et KFH ne sont pas incluses.</p>
Evolution du taux de couverture sanitaire des Districts urbains	<p>24/35 secteurs disposent d'au moins 1 centre de Santé (69% de couverture) ; soit 10/15 à Gasabo ; 7/10 à Kicukiro et 8/10 à Nyarugenge.</p> <p>28% de la population de Kigali n'est pas couverte par 1 centre de santé (18% à Nyarugenge ; 30% à Kicukiro et 32% à Gasabo).</p> <p>La population moyenne couverte par 1CS est de 39.684.</p> <p>23/29 CS ont un service d'hospitalisation fonctionnel.</p> <p>22/29 CS développent des activités de planning familial</p> <p>(6/8 à Nya, 4/8 à Kic et 13/13 à Gas).</p> <p>22/29 CS ont intégré la PCIME clinique (5/8 à Nya, 4/8 à Kic et 13/13 à Gas).</p>	<p>Consensus sur la définition des priorités d'implémentation des CS.</p> <p>Etude technique pour la construction de 7 nouveaux centres de santé.</p> <p>Actualisation du mapping de tous les dispensaires et cliniques privées par secteur.</p>	<p>Ouverture de 2 centres de santé agréés (Avega et Salace Ministries).</p> <p>Construction du CS de Nyarugunga par World vision.</p> <p>Construction de 4 nouveaux CS en cours par la CTB.</p> <p>Ouverture de 4 postes de santé dans le district de Gasabo.</p> <p>Commande des équipements médicaux pour les nouveaux CS et le CS de Nduba.</p>			<p>Collecte et analyse des données essentielles pour l'élaboration du plan de couverture détaillé de la Ville.</p> <p>Actualisation en cours de la cartographie sanitaire avec le GIS depuis fin 2010</p>
Nb de CS qui ont développé des activités d'accouchement	<p>District de Nyarugenge: 5/8 (63%)</p> <p>District de Gasabo:</p>	<p>Travaux de réhabilitation et de l'extension de la maternité du CS de</p>	<p>Intégration de la maternité dans les CS de Cor-unum, Bethsaida et de Nyarugunga</p>	Tous les CS	Tous les CS	<p>Trois centres de santé furent ciblés pour intégrer la maternité.</p>

	11/13 (85%) District de Kicukiro:5/8 (63%) Ville de Kigali: 21/29 (79%).	Bethsaida.	Commande des équipements médicaux pour les services de la maternité de tous les CS de la Ville de Kigali.			
Réseau inter hospitalier fonctionnel	<p>Il n'existait pas un réseau inter hospitalier structuré dans la Ville de Kigali.</p> <p>Pas de cadre formel de concertation, de collaboration, d'échanges d'informations cliniques et d'expertises cliniques.</p>	<p>Mise en place groupe technique de travail sur la thématique « Réseau inter hospitalier »</p> <p>Elaboration des termes de référence du Groupe technique.</p> <p>Elaboration du concept note sur le réseau inter hospitalier</p> <p>Tenue d'un atelier sur le réseau inter hospitalier</p> <p>Tenue des réunions de groupe technique « RIH »</p> <p>Evaluation de « Open Clinic. Suite à celle-ci un comité de pilotage est mis en place pour coordonner l'E-Health.</p> <p>Finalisation de l'étude sur les besoins obstétricaux non couverts dans la ville de Kigali.</p>	<p>Etude sur la pénitence des références de gynéco-obstétriques entre les hôpitaux de District et le CHUK</p> <p>Elaboration d'un protocole d'étude élargie sur la pertinence des références entre tous les HD et le CHUK.</p> <p>Finalisation du cadre de documentation thématique « RIH » dans le cadre de l'appui scientifique.</p> <p>Tenue des réunions de coordination du groupe thématique.</p> <p>Appui à l'élaboration des termes de référence du comité de pilotage d'E-Health au CHUK.</p> <p>Soutien à l'hôpital de Ndera en matériel informatique</p>	1	1	<p>L'idée de réseau inter hospitalier est novatrice pour le Rwanda. La compréhension du sens du concept a pris du temps.</p> <p>L'étude sur les références entre les HD et le CHU a été proposée par le groupe thématique pour avoir une base solide de collaboration afin de développer des actions concrètes d'intérêt commun. Cette étude est en cours de préparation.</p> <p>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.</p> <p>Pour cette raison, le projet a connu du retard dans l'informatisation du dossier médical au niveau des hôpitaux de District.</p>
L'ensemble des hôpitaux connectés au système central informatique est fonctionnel	<p>Pas de système central informatique. Pour l'instant chaque Institution de soins garde ses données à son niveau.</p> <p>Lettre du Ministère de la santé demandant l'arrêt de développement de tout logiciel.</p>	Mise en place d'un programme continu de formation en « Open Clinic » au CHUK.	Poursuite des formations continues en « Open Clinic »			

% des formations sanitaires privées intégrées dans le SIS	Voir 3.6.1	Voir 3.6.1	Voir 3.6.1	Voir 3.6.1	Voir 3.6.1	Discussions en cours avec le Minisanté
Evolution du nombre de pannes et incidents techniques survenus au CHUK et dans les hôpitaux de la ville	<p>Etat des lieux sur la maintenance biomédicale dans les hôpitaux de Kigali (CHUK, KMH, Muhima et Kibagabaga.</p> <p>Commande d'urgence des pièces détachées.</p> <p>Maintenance des équipements existants.</p> <p>Elaboration des contrats de maintenance biomédicale.</p>	<p>Inventaire exhaustif (quantité et qualité) des équipements biomédicaux dans les hôpitaux de Muhima, Kibagabaga, KMH et CHUK.</p> <p>Démarrage des Interventions techniques inter hospitalières (échanges d'expertises techniques).</p> <p>Des appels d'offres de pièces détachées biomédicales pour les hôpitaux de Muhima, Kibagabaga et le CHUK.</p> <p>Formation sur GMAO</p>	<p>Commande des pièces pour équipements médicaux d'urgence.</p> <p>Formation des techniciens en maintenance biomédicale et GMAO.</p> <p>Divers appels d'offre lancés.</p>			<p>Les problèmes de gestion persistent dans chaque structure pour l'acquisition des pièces détachées.</p> <p>Quatre hôpitaux de la ville sont ciblés pour la maintenance biomédicale : Muhima, Kibagabaga, KMH et le CHUK.</p>
Nb de personnel médical et paramédical formés par rapport à la prise en charge des fistules vésico-vaginales						Programme effectué par d'autres partenaires
Nb de patients avec fistule vésico-vaginales pris en charge au niveau du réseau interhospitalier		Prise en charge des fistules par des campagnes de formation et traitement de masse à Kibagabaga et au CHUK	Prise en charge des fistules dans l'hôpital de Kibagabaga			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)		Etude en préparation (fait objet d'une thèse pour la spécialisation Gyn&Ob))	Rapport a été distribué et discuté			Développer une stratégie opérationnelle 2011 sur base de l'étude besoins obstétricaux non-couverts
% 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				Analyse en profondeur du ratio déficit par secteur à faire
Formations suivies et	Formations en	Formations en	Formation ETAT (pédiatrie	Formati on ETAT		En collaboration

amélioration de la qualité de soins et des services	fonction des besoins	fonction des besoins	&urgences)	finalisé dans tous les HD		avec les experts de Kenya (KEMRI)
---	----------------------	----------------------	------------	---------------------------	--	-----------------------------------

3.5.2 Bilan activités

Activités <i>(Voir lignes directrices pour l'interprétation des scores)</i>	Déroulement				Commentaires (uniquement si la valeur est C ou D)
	A	B	C	D	
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.	x				
Compléter les équipements biomédicaux existants dans le CHUK et les HD	x				
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 (extension bloc maternité Muhima)			x		Deux études techniques sont planifiées pour Muhima pour assurer le PCA Avant ces travaux, il n'est pas possible de compléter le PCA à Muhima.
L'accès de la population aux formations sanitaires de premier échelon offrant le paquet minimum d'activités est augmenté (construction des nouveaux CS)	x				
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.(réunions de coordination)		x			
L'efficacité des services hospitaliers de la ville de Kigali est renforcée via le développement d'activités communes au sein du Réseau Inter Hospitalier.		x			
Une capacité de réponse aux besoins environnementaux et aux besoins d'intervention additionnels est créée (construction des stations d'épuration dans les formations sanitaires)	x				
Formations post graduées	x				

3.5.3 Analyse des progrès réalisés

En regardant le tableau 3.5.1 sur les indicateurs, beaucoup d'activités sont attendu pour produire le résultat.

Malgré la charge de travail pour le programme, il n'y a pas eu de difficultés majeures avec l'atteinte de ce résultat. Ceci ne signifie pas que le progrès pour ce résultat a été obtenu sans effort, mais un personnel national et international compétent semble être en mesure de gérer les activités et les processus de passation de marchés.

Parmi les réalisations nous retenons : des investissements dans la réhabilitation des HD et CS ; l'équipement médical pour les formations

sanitaires existants, y compris la formation ; l'élaboration de plans directeurs pour les hôpitaux de District de Muhima et Kibagabaga ; un soutien clinique et spécialiste en formation dans le CHUK et les HD ; une assistance pour le CHUK pour obtenir l'accréditation internationale ; les activités de recherche sur les besoins obstétricaux non couverts ; étude sur la référence et contre référence ; un soutien continu dans l'informatisation de la gestion hospitalière au CHUK; un soutien à l'atelier de maintenance centrale (ACM) ; des contrats de maintenance biomédicale pour les hôpitaux de district et le CHUK ; soutien financier et matériel pour le fonctionnement des hôpitaux de district ; des études d'architecture pour la construction de 4 nouveaux CS ; le démarrage des travaux de construction de 4 CS ; des études techniques et le démarrage de la construction des réseaux de drainage et de traitement des eaux usées dans les hôpitaux de district ; la cartographie de la couverture des soins de santé (offre) des services publics et privés, y compris un système détaillé d'information géographique (SIG); la création et le soutien d'un groupe de travail de collaboration et de consultation entre les hôpitaux de Kigali (réseau inter hospitalier), afin de pouvoir partager l'expérience clinique et technique et le partage de matériel et équipement .

3.5.4 Risques et hypothèses

Risque (décrire)	Probabilité (score)	Incidences potentielles		Niveau de Risque (score)
		Décrire	Score	
Le CHUK est intégré avec les autres hôpitaux dans le Réseau Inter hospitalier et nomme un responsable chargé de cette coordination	Faible	Les HD et le CHUK continuent à fonctionner séparément	Elevé	B
Des soumissionnaires pour les travaux de construction exécutent les chantiers selon le calendrier prévu	Moyenne	Délai dans la réalisation des travaux prévus	Elevé	C
Un nombre significatif de dispensaires privés sont ouverts à l'intégration dans le programme de captation	Moyenne	Les dispensaires privés ne sont pas intégrés dans le programme de captation	Elevé	C
Les centres de santé agréés qui ne font pas d'accouchements acceptent d'en faire.	Faible	Les CS offrent un paquet d'activités incomplet	Elevé	B
Intérêt des formations sanitaires pour le réseautage, & volonté des hôpitaux pour le RIH.	Faible	Manque d'échange d'expertise clinique et technique entre les hôpitaux de la VK	Elevé	B
Disponibilité de techniciens bio médicaux compétents	Elevé	Faible maintenance bio médicale et capacité de réparation	Elevé	D

Disponibilité des ressources nécessaires pour le fonctionnement du CHUK	Elevé	Problème de fonctionnement du CHUK après l'intervention	Elevé	D
---	-------	---	-------	---

3.5.5 Critères de qualité

Critères	Score	Commentaires
Efficienc	A	
Efficacité	A	
Durabilité	C	Problème de financement du CHUK et HD (Muhima)

3.5.6 Exécution budgétaire

Le R3 est un résultat avec plusieurs composantes et activités et prend déjà 2/3 du budget total de 15 M € du DTF, c. à d. 11 M € maintenant. Une augmentation budgétaire a été approuvée par le SMCL pour un montant d'environ de 780 000 € afin de couvrir les dépenses envisagées pour réaliser les activités et dépenses imprévues (voir PV du SMCL décembre 2012, en bref : nécessité de matériel et d'équipement pour les nouveaux centres de santé et d'augmentation des dépenses pour la construction des CS à niveau).

Le taux d'exécution pour le R3 s'élève à 48 %, mais le solde de 52 % a été presque complètement engagé déjà en 2011 pour être dépensé en 2012.

3.5.7 Recommandations

Recommandations	Source	Acteur	Deadline
Compléter le PCA à l'hôpital de Muhima selon les scénarios élaborés dans le plan directeur	3.5.2	USE	Q4 2012
Le réseau inter hospitalier devrait mettre l'accent plus sur l'optimisation de la complémentarité et la distribution des cas entre les hôpitaux de différents niveaux	3.5.2	USE, CHUK, HD, KMH	Q1 2012
L'assistance technique dans le domaine de la maintenance biomédicale pourrait être plus formellement et fermement orientée sur la formation et le transfert de compétences des techniciens	3.5.4	USE	Q1 2012
Suivre les chantiers des travaux de construction initiés	3.5.4	USE, Mairie	Q1 2012
Explorer les modalités d'un appui financier pour les activités prévues dans le CHUK et HD qui ne peuvent pas être couvertes par le programme	3.5.5	USE, Minisanté	Q1 2012
Etablir et consolider le partenariat « public privé »	3.5.4	USE, Minisanté	Q1 2012

3.6 Résultat 4

3.6.1 Indicateurs

Résultat 4: La qualité des soins et des services de santé de la Ville de Kigali est améliorée						
Indicateurs	Valeur 'Baseline' 2009	Progrès année 2010	Progrès année 2011	Valeur Cible année 2011	Valeur cible finale	Commentaires
Plan annuel de formation de la Ville disponible	Il n'existe pas un plan de formation du personnel de la Ville.	Plan de formation des formations sanitaires (CHUK et autres) disponible	Formation selon les besoins identifiés	Formation selon les besoins identifiés		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	Voir le rapport annuel des formations sanitaires		Formation selon les besoins identifiés	Formation selon les besoins identifiés		
Taux de réalisation des supervisions programmées mensuelles et trimestrielles des FOSA (Publiques et privées)	100 % PBF	Les supervisions régulières dans le cadre du PBF	100 %	100 %		
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	1 p	3 p	3 p	3 p	3p	
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 Début suivi systématique en décembre : 33% des fosas privées transmettent le rapport.	Répartition d'une lettre officielle du maire de district en janvier. Identification et visite de 154 fosas privées pour la création d'une base de données Formation de 103 représentants	70%	100 %	Le programme travaillera en collaboration avec le Minisanté pour relever ces défis du secteur privé lucratif.

			des fosas privées en mars. Suivi systématique du rapportage. Pour toute l'année : le pourcentage de rapportage mensuel est à 71%.			
Taux de complétude (GESIS et rapports hospitaliers)	100%	100 %	100 %	100 %	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).	100 %	100 %	100 %	100 %	La transmission des rapports à l'USE n'est pas encore formalisée.
Evolution du score (accréditation) du CHUK	43 %	59 %		70 %	100 %	Le financement de l'accréditation et la facilitation est à disposition pour garantir l'attente des résultats

3.6.2 Bilan activités

Activités <i>(Voir lignes directrices pour l'interprétation des scores)</i>	Déroutement				Commentaires (uniquement si la valeur est C ou D)
	A	B	C	D	
Un programme de renforcement des compétences du personnel est appliqué aux différents niveaux du système de santé de la ville de Kigali.		x			
La politique d'amélioration de la performance est renforcée et étendue dans les services de santé de la ville (fonctionnement HD).		x			
Les circuits de l'information sont renforcés pour une meilleure analyse des données dans la prise de décisions. (intégration des données du secteur privé)		x			
L'utilisation de l'Assurance Qualité est étendue et adaptée aux besoins des différents types d'établissements de santé de la ville.		x			

3.6.3 Analyse des progrès réalisés

Dans ce résultat, le programme appuie principalement les mécanismes existants de qualité, renforcé en principe par un soutien scientifique, fourni

par l'Ecole de Santé Publique (ESP/UNR) et l'Université Libre de Bruxelles (ESP/ULB), depuis mi 2011. Cet appui scientifique pour l'ensemble des programmes santé de la CBR devrait assister les acteurs rwandais et les AT pour la mise en place d'une méthodologie scientifique et documentée, adaptée aux objectifs respectifs de chacune des interventions concernées afin de renforcer la prise de décisions opérationnelles et d'améliorer la qualité des services de santé.

Les autres mécanismes pour l'amélioration de la qualité se concentrent sur la formation, l'appui à la supervision, le rapportage et l'utilisation de l'information sanitaire.

Parmi les réalisations dans ce résultat afin d'améliorer la qualité nous retenons : l'identification et mise en place des thèmes de recherche action plus spécifiques (public-privé, santé scolaire, réseautage inter hospitalier, référence contre référence, les audits cliniques systémiques etc. ...) ; la formation thématiques spécifiques par les ATI/cliniciens pour les équipes de l'hôpital du district et le CHUK, y compris ETAT (Triage-évaluation et de traitement des urgences pour les enfants et les nouveau-nés) ; l'attribution des bourses post graduâtes, un appui aux activités de supervision par les équipes de l'hôpital de district ; un appui au fonctionnement des HD, un soutien à la gestion du PBF; un soutien pour rendre opérationnelle le HMIS dans les 3 districts, y compris le secteur privé (environ 70 % des établissements privés enregistrés participent actuellement au rapportage régulier.

Le programme appuie également la nouvelle cellule du Minisanté qui s'occupe des relations avec le secteur privé afin de renforcer le partenariat public privé.

3.6.4 Risques et hypothèses

Risque (décrire)	Probabilité (score)	Incidences potentielles		Niveau de Risque (score)
		Décrire	Score	
La formation des agents de santé, en particulier par l'octroi des bourses améliorera la qualité si ce personnel est contractuellement lié aux services de santé de la ville	Faible	Le personnel formé quitte les services après la formation	Faible	A
L'appui scientifique se réalise à temps voulu suivant les clauses du contrat et les besoins du programme CBR	Moyenne	Les actions de la CBR ne sont pas documentées et mis en œuvre selon une méthodologie de travail scientifique et basée sur l'évidence	Elevé	C

3.6.5 Critères de qualité

Critères	Score	Commentaires
Efficienc	B	Le staff technique a été formé dans des domaines prioritaires du Minisanté, du CHUK et des HD au moindre cout pour des formations de qualité
Efficacité	B	La qualité s'améliore dans les services ou le staff a été formé
Durabilité	B	Un contrat de retour au service a été signé entre le Ministre et le candidat boursier financé par la CTB

3.6.6 Exécution budgétaire

Taux d'exécution pour ce résultat est de 55 % et la plupart des activités (bourses, formation, appui scientifique) sont couverts par des lignes budgétaires dans les autres résultats

3.6.7 Recommandations

Recommandations	Source	Acteur	Deadline
Continuer la consultation et l'échange avec le secteur privé pour améliorer le partenariat public privé afin d'améliorer l'offre et la qualité	3.6.2	USE, Minisanté	Q1 2012
Revoir les modalités de la mise en œuvre de l'appui scientifique selon les besoins du terrain	3.6.4	CBR	Q1 2012

3.7 Résultat 5

3.7.1 Indicateurs

Résultat 5: La perception des soins chez les usagers et l'adhésion aux programmes de santé environnement dans la communauté sont améliorés.						
Indicateurs	Valeur 'Baseline' 2009	Progrès année 2010	Progrès année 2011	Valeur Cible année 2011	Valeur cible finale	Commentaires
Nb de cas critiques discutés (ASQ) par District par an et nombre auquel une solution a été trouvée	Voir rapport PBF et audit des décès maternelle et infantile à tous les niveaux au (rapport Minisanté)	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.	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	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 %	93%	97%	100%	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	-	produit par le Mineduc	Le manuel validé par le groupe de travail (mairie, ESP, Minisanté et Mineduc)	Manuel disponible		Le manuel est encore à distribuer et mettre en œuvre
Nb de formations et participants parmi les éducateurs (Santé scolaire)	-	pas de formations	La documentation en rapport avec l'étude, le protocole et l'outil (questionnaire médical et fiche de screening médical) ont été élaborés		Etude réalisée	Etude sur la collaboration entre les CS et les écoles précède la formation
Nb d'écoles touchées par le programme par district et avec un plan d'action pour la santé scolaire	-	pas encore de programme introduit	pas encore de programme introduit			Programme à développer

Impact des projets d'associations communautaires appuyées par le programme documenté	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 moyenne à 70%.	Niveau d'hygiène=73%	85%	100%	Le présent programme documentera toutes les expériences sur les projets d'associations communautaires.
Résultats disponibles des enquêtes de satisfaction annuelles menées par les HD (urgences, hospitalisations et consultations)		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	56 % (ESD 2008)	68%	87%	93%	100%	ESD 2011
% of health facilities with safe handling disposal of health care waste	55 % (ESD 2008)	63%	79%	95%	100%	ESD 2011

3.7.2 Bilan activités

Activités <i>(Voir lignes directrices pour l'interprétation des scores)</i>	Déroutement				Commentaires (uniquement si la valeur est C ou D)
	A	B	C	D	
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.		x			
Des stratégies de santé scolaire sont testées pour favoriser la détection précoce des maladies et améliorer l'éducation sanitaire des enfants et des jeunes.		x			
L'environnement sanitaire est amélioré par des programmes communautaires d'hygiène et d'assainissement et la recherche de synergies intersectorielles.	x				

3.7.3 Analyse des progrès réalisés

Ce résultat porte sur la perception des usagers des services et l'adhésion des usagers aux programmes communautaires de santé environnementale. Le programme a appuyé des activités communautaires, y compris la santé scolaire, et la majorité des indicateurs dans le tableau 3.7.1 pointent dans cette direction. En pratique, le programme a contribué aux initiatives de la Mairie d'appui

aux agents de santé communautaires dans leur mission de promotion et de sensibilisation à l'hygiène, propreté dans la communauté et l'élimination des déchets dans les écoles, les structures de santé et les quartiers. Des supervisions formatives dans les établissements publics et privés et au sein des différentes coopératives ont été organisées. Une enquête pour la collecte de données sur la gestion des déchets solides à Kigali a été élaborée en 2011. L'enquête se déroulera en 2012. Un grand travail a été réalisé dans le domaine de la santé scolaire avec un progrès remarquable grâce à la collaboration avec le MINEDUC et le Minisanté. La documentation en rapport avec une étude proposée sur la santé des écoliers, le protocole et l'outil (questionnaire médical et fiche de screening médical) ont été élaborés. L'outil sera testé sur le terrain (dans les écoles) en 2012.

3.7.4 Risques et hypothèses

Risque (décrire)	Probabilité (score)	Incidences potentielles		Niveau de Risque (score)
		Décrire	Score	
Chaque district appuie le programme communautaire et reflète son adhésion par des consignes précises d'appui aux responsables des secteurs.	Faible	Le programme communautaire sur la santé environnementale n'est pas mis en œuvre	Elevé	B
Le MINEDUC appuie le programme et donne des instructions de collaboration à ses cadres dans les écoles de Kigali	Faible	La santé des écoliers n'est pas documentée à travers l'outil (fiche de screening médical)	Elevé	B

3.7.5 Critères de qualité

Critères	Score	Commentaires
Efficience	B	La perception de la responsabilité de la communauté sur la protection de l'environnement s'accroît régulièrement grâce à un leadership fort et motivant
Efficacité	B	Les déchets solides et liquides sont de mieux en mieux gérés par les communautés et ne polluent pas l'environnement
Durabilité	B	La culture de la protection l'environnement est appropriée par les Jeunes.

3.7.6 Exécution budgétaire

Taux d'exécution est de 26 % mais le budget pour ce résultat par rapport au budget total est très mineur (2 % du budget total).

3.7.7 Recommandations

Recommandations	Source	Acteur	Deadline
Institutionnaliser la sante scolaire et la protection de l'environnement par le développement d'un programme national	3.7.2	Mineduc et Minisanté	2012

4 Thèmes Transversaux

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.

4.1 Genre

Nous citons 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 (R3) ; la présence (jusqu'à Juillet 2011) d'un Assistant Technique en Gynécologie et Obstétrique (R3) 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 ;

4.2 Environnement

La connexion avec l'aspect environnement se fait d'abord dans l'équipe de l'USE par sa composition où collabore le personnel (4 personnes) chargé de l'environnement avec les autres experts de l'équipe (R1).

Un plan stratégique (R2) de développement sanitaire de la Ville de Kigali (PSDSK) a été élaboré en 2011. Le processus d'élaboration de ce PSDSK a permis aux différents acteurs en matière de santé et environnement dans la ville de Kigali, d'analyser ensemble les enjeux et de proposer des solutions à y apporter. La santé environnementale a été identifiée dans la Ville comme un des plus grands déterminants de la santé surtout pour la prévention des maladies qui trouvent leur origine dans le manque d'hygiène publique et/ou communautaire, la mauvaise gestion des déchets solides et liquides, la pollution de l'environnement physique.

Les problèmes identifiés touchent surtout : a) la décharge de Nyanza qui doit être fermée car ne elle ne répond pas aux normes ; b) le système de collecte et de transport des déchets solides ; c) le traitement des eaux usées ; d) la pollution issue de la zone industrielle et des véhicules à moteur ; e) la collecte des eaux de pluie et ; f) la mise à jour du cadre légal de gestion des déchets.

Les différentes solutions à ces problèmes devront privilégier l'implication des communautés à travers les clubs villageois d'hygiène et le renforcement des capacités des agents de santé communautaires (ASC) qui sont les leviers indispensables d'une action de sensibilisation et du processus de communication pour un changement des comportements. L'axe stratégique de santé environnementale dans le PSDSK donne des orientations stratégiques pour résoudre ces problèmes.

Le programme a participé en plus au développement d'une ville saine et moins polluée par un soutien aux campagnes de promotion, sensibilisation à l'hygiène et propreté dans la communauté et l'élimination des déchets (R5).

Des formations et ateliers sur la gestion des déchets et les questions liées à l'environnement ont été soutenu par le programme dans le cadre de renforcement des programmes communautaires d'hygiène et d'assainissement (R5).

Le programme a renforcé la capacité de réponse aux besoins environnementaux par des études et des investissements importants (R3) dans le domaine. Des études pour le traitement des eaux usées dans les hôpitaux de Kibagabaga et KMH ont été finalisées en 2011. Les marchés pour la construction des stations d'épuration ont été conclus et le démarrage des travaux est prévu pour 2012. Aussi pour les 4 nouveaux centres de santé en construction des systèmes de traitement des eaux usées ont été prévus.

Une enquête avec la collecte de données sur la gestion des déchets solides à Kigali a été développée ensemble avec une note succincte sur la stratégie de collecte des déchets. L'enquête sera faite en 2012, afin de développer la cartographie en SIG pour la gestion des déchets.

Une consultance pour l'élaboration d'un plan gestion des déchets solides de la VK a été conclue en 2011 et la mission est prévue pour 2012.

L'ATJ participe activement dans le groupe de travail technique sur la santé environnementale au sein du Ministère de la Santé.

5 Décisions prises par la SMCL & Suivi

Décisions	Source	Acteur	Timing de décision	État
Création d'un mécanisme de consultation et de dialogue afin d'être mieux aligné avec les stratégies et les politiques du ministère de la santé	Rapport annuel 2010	VM affaires sociales, Minisanté et CBR	Mars 2011	Fait
Approbation préalable du Minisanté pour les candidats des bourses d'études et des formations post graduat	Minisanté	USE	Mars 2011	Fait
Prolongation du contrat du gynécologue	CBR	Minisanté	Mars 2011	Fait
Planification des principales activités et le budget 2012 approuvée par les membres de la SMCL	SMCL	USE	Déc. 2011	Fait
Modifications budgétaires présentés sont approuvées par les membres de la JLCB.	SMCL	USE	Déc. 2011	Fait
Un Comité technique sera organisé le plus tôt possible avec le Ministère de la santé pour explorer un soutien financier pour les activités prévues dans le CHUK et HD qui ne peuvent pas être couvertes par le programme	Rapport CHUK et HD	USE, CHUK, HD	Déc. 2011	En cours
Les mesures prises par le programme suivant les recommandations de la vérification d'audit financier sont approuvés par les membres de la JLCB	Audit financier	USE	Déc. 2011	Fait
Les recommandations du rapport MTR présentés sont approuvées par les membres de la SMVL	Rapport MTR	USE, CBR, VM affaires sociales	Déc. 2011	En cours
Harmonisation des résultats attendus de deux programmes santé de la CB et présentation dans la prochaine SMCL prévue Q1 2012	Rapport MTR et BS	USE, Minisanté IV	Déc. 2011	En cours
Une plate-forme « santé et environnement » pour valider le plan stratégique sera organisé par la ville de Kigali et le programme le 31 janvier 2012	PSDSK	USE et VM affaires sociales	Déc. 2011	Fait
Les AT/CTB (ingénieur, pédiatre et spécialiste de la santé publique) sont redéployées sur les 2 programmes de la CBR et TOR révisés en Q1 2012	Rapport MTR et BS	USE	Déc. 2011	En cours
La PAPSDSK continuera la location de bureau jusqu'à la construction du nouveau bureau finalisé	Rapport annuel 2010 et audit financier	USE	Déc. 2011	En cours
La Ville de Kigali recrute une secrétaire administrative et chauffeur pour le directeur du programme le plus tôt possible	DTF	Mairie	Déc. 2011	Fait
Le programme devrait distribuer toutes les études et rapports aux différents acteurs dans le domaine de la santé	Minisanté	USE	Déc. 2011	En cours

6 Leçons Apprises

Leçons apprises	Public cible
<p>La santé et l'environnement sont deux concepts distincts, même s'ils doivent être gérés ensemble.</p> <p>La gestion des deux fonctions au sein de la Maire à travers l'USE, nécessite un renforcement des ressources humaines et la création des conditions de dialogue et interfaces fonctionnelles avec tous les partenaires</p>	PAPSDSK, la Mairie
<p>Des mécanismes formels doivent être créés pour que les interfaces fonctionnelles et le partenariat effectif entre les différents secteurs se mettent en place (Ministère de la santé, la Ville, le Minaloc, Minirena, les Districts et le programme de la CTB).</p> <p>La possibilité d'un projet d'accord formel (convention spécifique multi sectorielle) devrait être envisagée au moment de la formulation et la signature de la convention spécifique.</p>	Formulateurs, DGCD
<p>La création d'une unité en charge de la santé urbaine (santé et hygiène publique) est une grosse opportunité pour encourager une dynamique de collaboration intersectorielle et pour faire face aux défis de la santé en milieu urbain.</p> <p>L'USE doit aider le Minisanté et les autres Ministères à définir une politique de gestion de la santé urbaine.</p>	USE, Minisanté
<p>Il semble être une compréhension différente du rôle et l'attribution de l'USE dans la gestion de la santé et l'environnement.</p> <p>Rôle et responsabilités doivent être définis et adaptés continuellement</p>	USE, Mairie
<p>La clarification du rôle et des responsabilités de la Ville par rapport à ses districts et au Minisanté fut un exercice difficile et enrichissant.</p> <p>Elle a permis de résoudre certains problèmes liés à la gestion des services de santé dans la Ville.</p> <p>Néanmoins, il reste encore à clarifier le rôle de la ville par rapport aux hôpitaux de référence et spécialisés qui se trouvent dans la ville et la gestion des urgences et catastrophes</p>	Minisanté, Mairie
<p>Une dynamique positive de collaboration entre le secteur public et privé de la santé s'est installée dans la ville de Kigali grâce à l'impulsion du programme. Une relation de confiance est entrain de se construire, mais elle devra être renforcée dans le temps dans une vision de complémentarité dans l'offre de soins à la population.</p>	PAPSDSK, Minisanté

7 Annexes

7.1 Cadre Logique

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

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

<p>Résultat 3</p>	<p>L'offre de soins est complétée et augmentée pour répondre aux besoins de la population de Kigali.</p> <p>BTC, Belgian development agency</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Plans d'investissements disponibles sur le CHUK, les HD, les CdS et les investissements environnementaux, - Investissements effectivement réalisés sur le CHUK, les HD, les CDS et les investissements environnementaux. - Evolution du nombre de pannes et incidents techniques survenus au CHUK et dans les hôpitaux de la ville. - Degré de complétude du paquet d'activités par rapport au paquet attendu pour les hôpitaux de district et de référence nationale (CHUK). - Plan actualisé de formation du personnel médical et paramédical des hôpitaux. - Amélioration des indicateurs de performance sanitaire, parmi lesquels : n° de lits/population, taux d'occupation, taux d'hospitalisation, taux de mortalité, taux de césariennes, n° d'actes chirurgicaux, rapport entre accouchements eutociques/dystociques, n° de fistules vésico-vaginales prises en charge... - N° de nouveaux centres de santé fonctionnels (un min. de staff disponible, pas des ruptures de stock...). - Taux de couverture sanitaire des districts - N° de centres de santé qui ont développé des activités d'accouchements (et n'en avaient pas auparavant) - Réseau Interhospitalier fonctionnel (n° réunions, n° d'hôpitaux de la ville intégrés, projets communs élaborés, rapports annuels produits). - L'ensemble des hôpitaux connectés au système central informatique est fonctionnel. - Volume d'activités de maintenance et évolution du nombre de pannes et incidents techniques. - Nombre global de jours d'échanges de spécialistes entre les hôpitaux de la ville - Formations suivies & amélioration de la qualité des soins et des services (voir 4 & 4.4) - Nombre de personnel médical et paramédical formés par rapport à la prise en charge des fistules vésico-vaginales - Etude Technique et Architecturale pour les services SM en appui à la concrétisation du schéma directeur existant - Degré de complétude du Paquet Complémentaire d'Activités de l'hôpital de Kibagabaga en ce qui concerne la santé mentale - Amélioration des indicateurs de performance sanitaire, parmi lesquels : n° de lits SM/population, taux d'hospitalisation, taux d'occupation... 	<ul style="list-style-type: none"> - Rapport d'activités du CHUK - Plan de formation, - Plan d'investissement - Rapport d'activités des HDU de Muhima et Kibagabaga (Masaka ?) - Rapports de supervision - Rapports IS des hôpitaux - Rapports d'activité de l'USE et des USFPE, - Rapport RIH - Rapports annuels des activités du RIH - Compte rendu des plate-formes de concertation et planification 	<ul style="list-style-type: none"> - Le CHUK dispose de spécialistes compétents dans tous ses services. - Le CHUK est intégré avec les autres hôpitaux dans le Réseau Interhospitalier et nomme un responsable chargé de cette coordination. - Les spécialistes formés restent au CHUK après leur formation - Les hôpitaux de district disposent de personnel en suffisance pour exercer leurs fonctions, y inclus le personnel de santé mentale. - 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.
-------------------	--	--	---	---

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

<p>Résultat 5</p>	<p>La perception des soins chez les usagers et l'adhésion aux programmes de santé environnement dans la communauté sont améliorés.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre de participants & nombre d'ateliers méthodologiques organisés pour les agents de santé communautaire et leaders locaux - Nombre de cas critiques discutés (ASC) par district par an et nombre auxquels une solution a été trouvée. - Les études sur l'impact des mutuelles sont disponibles; - Santé Scolaire : Nombre de formations et participants parmi les éducateurs. N° d'écoles touchées par le programme par district et avec un plan d'action pour la santé scolaire - Impact des projets d'associations communautaires appuyées par le programme correctement documenté : (rapports d'activités, n° de participants, volume de déchets traités, résultats atteints, n° d'emplois créés, enquêtes dans la communauté sur l'action, etc.) - Evolution positive des indicateurs principaux de l'enquête baseline sur la perception sur l'offre de soins par la population & autres études. - Résultats disponibles des enquêtes de satisfaction annuelles menées sur les HDU (services des urgences, hospitalisations et consultations). 	<ul style="list-style-type: none"> - Rapport des USFPE de district - Rapports des Enquêtes de satisfaction des usagers dans les HDU - Rapports de formation, - Etudes d'impact des mutuelles - mention des référence dans les SIS des CS et hôpitaux - Enquête dans les écoles - Rapport d'activités des associations appuyées. - Rapports des ASC et de chaque USFPE de district. 	<ul style="list-style-type: none"> - 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
--------------------------	---	--	--	--

7.2 Activités M&E

SMCL: approbation du rapport d'activités et budget du programme (mars et décembre 2010)

Comité technique (concertation des partenaires) chaque trimestre 2011

Audit financière en juin 2011

JHSR en mars et septembre 2011

Mission de consultance de courte durée sur des sujets spécifiques :

- 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
- Radioprotection dans les formations sanitaire VK
- Inventaire des services et équipements maternité dans la VK

Elaboration d'un plan stratégique de développement sanitaire de la VK

Midterm Review et Backstopping en Juin 2011

Enquête cognitive et comportementale dans un nombre des écoles

Enquête SIS dans les structures de santé privées

Appui scientifique = ULB/ESP en collaboration avec ESP/UNR

Atelier régional en septembre 2011 sur le renforcement des systèmes de santé

7.3 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 existe 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 a été organisé 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.

7.4 Planification opérationnelle Q1-2011

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
1.1. Le cadre institutionnel et organisationnel des instances de gestion de la Mairie et des Districts est adapté pour rencontrer les défis du PSDSK	1.1.1. 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	-												
	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
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
	1.2.2 Primes - membres du personnel - MVK	Primes des agents : 2 Hygiène/Env., 1SIS, 1 ICT manager	14 400												14 400

	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
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											
	1.3.2. Participer à d'autres formations prioritaires	Formations diverses au Rwanda selon les priorités	-												
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							
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
			169 710	13 680	11 430	12 30	11 730	11 730	13 130	11 730	11730	12130	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

<i>Activités par résultat</i>	<i>Sous-activités</i>	<i>Action</i>	<i>Coût total annuel en euros</i>	<i>J</i>	<i>F</i>	<i>M</i>	<i>A</i>	<i>M</i>	<i>J</i>	<i>J</i>	<i>A</i>	<i>S</i>	<i>O</i>	<i>N</i>	<i>D</i>
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									
	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	-												
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	Etudes complémentaires ad hoc (GIS,...)	9 900		3 300	3 300	3 300								
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	-												
	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				
			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															

<i>Activités par résultat</i>	<i>Sous-activités</i>	<i>Action</i>	<i>Coût total annuel en euros</i>	<i>J</i>	<i>F</i>	<i>M</i>	<i>A</i>	<i>M</i>	<i>J</i>	<i>J</i>	<i>A</i>	<i>S</i>	<i>O</i>	<i>N</i>	<i>D</i>	
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 néonatal et pédiatrie	330 000										330 000			
		Equipement Département Urgence CHUK	300 000											300 000		
		Consommables CT Scan	80 000							80 000						
	3.1.3. Appuyer les formations en pédiatrie	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	4 000
		3.1.3. Appuyer les fonctions additionnelles du CHUK	Contrats de maintenance biomédicale: PHILIPS	22 500						7 500				7 500		7 500
	Contrat de maintenance logiciel gestion (Sage)		20 000					20 000								
	Facilitation d'Accréditation Utilisation reliquat 2010: 69 000 Euros															
	Avenant réparation centrale production oxygène		30 000			30 000										
	Contrat de maintenance centrale production oxygène		10 500										5 250			5 250
	Contrat Radiologie		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 Réseau 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					
		Travaux d'extension du bloc maternité et néonatalogie MUHIMA	96 000										96 000		
		Doter l'hôpital MUHIMA d'un groupe électrogène	80 000								80 000				
		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
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										
	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	-												
	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	-												

	3.3.4. Doter des Equipements complémentaires de Maternité aux 25 FOSA de Kigali	Equipements de maternité	240 000						240 000					
	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								
		Construction de nouveaux CS (Paieement de 30% de départ).	400 000										400 000	
	3.3.6 Appui à l'intégration du privé et supports divers	Préparations, négociations et définitions des modalités de collaboration avec le secteur privé	-											
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 coordination interdistricts (convention)	1 000					500					500	
		Réunions bimestrielles de coordination intra-districts (convention)	-											
3.5 .L'efficience des services hospitaliers de la Ville de Kigali est renforcée via le développement d'activités communes	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						

au sein du RIH	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 Euro	-											
	3.5.3. Informatisation du dossier médical dans les HD de Muhima et Kibagabga	Renforcement Open Clinic à Kibagabaga et Muhima	40 000				40 000							
	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				
	3.5.4. Coordination et concertation dans le cadre du RIH	Réunions de coordination du RIH	1 000					1 000						
	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						
	3.5.6. Elaborer les contrats divers	Contrat de Maintenance Labo dans le cadre du RIH	9 000				4 500						4 500	
		Contrat de Maintenance Imagerie dans le cadre du RIH	10 500		3 500			3 500				3 500		
		Consultance Radioprotection (CHUK, Kibagabaga, Muhima, Kanombe)	31 000		15 000	16 000								
3.5.7. Renforcer la capacité des utilisateurs en informatique	Formation 52 personnes en Informatique médical: KIST E-Health	42 900	32 175	10725										
3.7. Une capacité de réponse aux besoins	3.7.1. Fonds d'investissements	Etude Besoins Morgue	-											

environnementaux et aux besoins d'intervention additionnels est en place	(environnement et hygiène)	Etude Epuration Kanombe	15 000				15 000								
		Construire la station d'épuration de Kanombe	120 000									40 000		80 000	
		Construire la station d'épuration de l'hôpital de Kibagabaga	150 000								30 000		60 000		60 000
		Réparation incinérateur kibagabaga	20 000						20 000						
		formation agents hygiène équipements de contrôle qualité des eaux	5 000				5 000								
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	
3.9. Formations (Régie)	3.9.1 Appuyer les formations	Formation en assistance Biomédical: Mr Francois NIRINGIYIMANA	18 300	11 800	1 300	1 300	1 300	1 300	1 300						
		Radiologie - Dr Louise - CHUK	12 000	2 000	2 000	2 000	2 000	2 000	2 000						
		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	
		Formation Anésthésiste 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	
			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
Résultat 4: La qualité d'ensemble des soins et des services de santé de la ville de Kigali est améliorée															

4.1. Un programme de renforcement des compétences du personnel est appliqué aux différents niveaux du système de santé de la ville de Kigali	4.1.1. un plan de renforcement des compétences	Formations thématiques et de routine	-											
		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	
	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	
			153 000	37 000	-	-	37 000	5 000	-	37 000	-	-	37 000	-
Résultat 5. La perception des soins chez les usagers et l'adhésion aux programmes de santé environnement dans la communauté sont améliorés														

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
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
			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
MOYENS GENERAUX															
01. Frais de fonctionnement	Assistance Technique		385 644	32137	32137	32137	32137	32137	32137	32137	32137	32137	32137	32137	32137
	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
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
Z 03 02:Frais de Fonctionnement Véhicule	Achat carburant	Acheter du carburant	16 875	5 625				5 625				5 625			
	Assurance véhicule	Payement 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

Z 03 03: Communication	Frais de communication (Téléphone et internet)		7 200	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
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
			477 726	42 799	40 924	41 174	37 174	42 799	37174	40 924	37 174	42 799	42174	37 174	35 437
04. Audit, suivi & Evaluation			-												
	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	-
TOTAL			3 878 546	175 709	140 044	170 019	150 319	150 144	421 419	247 409	296 219	193 994	957 719	615 719	359 832

Légende

 Déroulement de l'activité

7.5 Rapport “Budget versus actuels (y – m)

PDF file annexé

Budget vs Actuals (Year to Month, Last 5 Years) 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 : **E1**

Year to month : 31/12/2011

Currency : **EUR**

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

	Status	Fin Mode	Amount	Start to 2007	2008	2009	2010	Expenses	Total	Balance	% Exec
A L'ENVIRONNEMENT SANITAIRE DE LA VILLE DE			12.802.924,9			568.666,97	2.833.079,66	2.917.456,31	6.319.202,93	6.483.722,03	49%
01 La ville de Kigali et ses districts adaptent			879.584,96			40.300,43	373.896,43	230.153,52	644.350,37	235.234,59	73%
01 Le cadre institutionnel de la mairie et des		COGES	8.831,96					2,49	2,49	8.829,47	0%
02 Soutien matériel, humain et technique aux		COGES	812.034,00			40.300,43	369.855,29	196.885,63	607.041,35	204.992,65	75%
03 Les compétences des instances de gestion		COGES	49.300,00				4.041,13	29.663,55	33.704,68	15.595,32	68%
04 Traduction des orientations de PSDSK dans		COGES	5.929,00					3.359,32	3.359,32	2.569,68	57%
05 Synergies intersectorielles et stratégies de		COGES	3.490,00					242,53	242,53	3.247,47	7%
02 Le PSDSK est développé, adapté et mis en			111.167,00			0,00		36.994,44	36.994,44	74.172,56	33%
01 Le PSDSK est conçu, développé et adapté		COGES	12.403,00					10.269,81	10.269,81	2.133,19	83%
02 Les orientations stratégiques sont revues et		COGES	10.470,00					9.824,27	9.824,27	645,73	94%
03 Les financements des partenaires sont		COGES	0,00			0,00		2,49	2,49	-2,49	??%
04 La compréhension des enjeux est renforcée		COGES	58.300,00					13.151,59	13.151,59	45.148,41	23%
05 Documentation des résultats		COGES	9.329,00					2,49	2,49	9.326,51	0%
06 Organisation de conférences internationales		REGIE	20.665,00					3.743,79	3.743,79	16.921,21	18%
03 L'offre de soins est complétée et augmentée			11.258.560,0			528.366,54	2.342.517,26	2.499.404,14	5.370.287,94	5.888.272,06	48%
01 CHUK renforce et développe les soins en		COGES	3.364.000,00			421.118,06	1.436.679,48	431.390,06	2.289.187,60	1.074.812,40	68%
02 Hôpitaux 2nd échelon assurent le PCA et		COGES	1.240.844,00				620.861,21	112.271,51	733.132,72	507.711,28	59%
03 Accès aux FOSA offrant le PMA est		COGES	3.350.000,00				5.160,67	1.573.326,53	1.578.487,20	1.771.512,80	47%
04 L'intégration de l'ensemble du système est		COGES	1.647,00					2,49	2,49	1.644,51	0%
05 Réseau inter-hospitalier		COGES	502.125,00				77.070,44	87.991,15	165.061,59	337.063,41	33%
		REGIE	2.951.340,02			355.144,67	574.839,81	736.386,33	1.666.370,81	1.284.969,21	56%
		COGEST	?			464.163,23	2.689.478,29	2.833.200,31	5.986.841,82	6.061.818,16	50%
		TOTAL	?			819.307,90	3.264.318,10	3.569.586,64	7.653.212,63	7.346.787,37	51%



Budget vs Actuals (Year to Month, Last 5 Years) 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 : **E1**

Year to month : 31/12/2011

Currency : EUR

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

	Status	Fin Mode	Amount	Start to 2007	2008	2009	2010	Expenses	Total	Balance	% Exec
06 Réseaux inter-hospitalier Formations en		REGIE	93.000,00				8.664,58	0,00	8.664,58	84.335,42	9%
07 Fonds d'investissements environnementset		COGES	1.806.944,00				130,05	11.124,00	11.254,05	1.795.689,95	1%
08 AT cliniques (gyné, pédiatre, anesth-réa)		REGIE	600.000,00			104.748,48	161.822,11	204.857,22	471.427,81	128.572,19	79%
09 Formations		REGIE	300.000,00			2.500,00	32.128,72	78.441,18	113.069,90	186.930,10	38%
04 La qualité des soins et des services de			421.597,00				94.755,04	138.839,41	233.594,45	188.002,55	55%
01 Un programme de renforcement des		COGES	135,00					2,49	2,49	132,51	2%
02 La politique d'amélioration de la performance		COGES	409.692,00				94.755,04	138.831,94	233.586,98	176.105,02	57%
03 Les circuits de l'information sont renforcés		COGES	0,00					2,49	2,49	-2,49	??%
04 L'utilisation de l'assurance qualité est		COGES	11.770,00					2,49	2,49	11.767,51	0%
05 La perception des soins chez les usagers et			132.016,00				21.910,93	12.064,80	33.975,73	98.040,27	26%
01 Les fonctions de représentations des patients		COGES	906,00					2,49	2,49	903,51	0%
02 Les missions de communication et d'actions		COGES	388,00					212,87	212,87	175,13	55%
03 Documenter les mécanismes de financement		COGES	0,00					2,49	2,49	-2,49	??%
04 Des stratégies de santé scolaires sont		COGES	23.587,00					20,49	20,49	23.566,51	0%
05 Programme communautaire hygiène &		COGES	94.000,00				21.910,93	5.011,84	26.922,77	67.077,23	29%
06 La satisfaction, les connaissances et		COGES	13.135,00					6.814,62	6.814,62	6.320,38	52%
Z MOYENS GÉNÉRAUX			2.197.075,04			250.640,93	431.238,44	652.130,33	1.334.009,70	863.065,34	61%
01 Frais de personnel			1.543.200,00			201.253,10	383.589,54	409.682,62	994.525,26	548.674,74	64%
01 Assistants techniques		REGIE	1.500.000,00			201.253,10	363.441,88	388.201,03	952.896,01	547.103,99	64%
02 Responsable administratif et financier		COGES	43.200,00				20.147,66	21.481,59	41.629,25	1.570,75	96%
		REGIE	2.951.340,02			355.144,67	574.839,81	736.386,33	1.666.370,81	1.284.969,21	56%
		COGEST	?			464.163,23	2.689.478,29	2.833.200,31	5.986.841,82	6.061.818,16	50%
		TOTAL	?			819.307,90	3.264.318,10	3.569.586,64	7.653.212,63	7.346.787,37	51%



Budget vs Actuals (Year to Month, Last 5 Years) 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 : **E1**

Year to month : 31/12/2011

Currency : EUR

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

	Status	Fin Mode	Amount	Start to 2007	2008	2009	2010	Expenses	Total	Balance	% Exec
02 Investissements			61.000,00			40.275,78	286,33	7.775,36	48.337,47	12.662,53	79%
01 Véhicules		REGIE	45.000,00			40.275,78	275,78	773,20	41.324,76	3.675,24	92%
02 Fournitures & équipements de bureau		COGES	6.000,00				10,55	6.999,67	7.010,22	-1.010,22	117%
03 Matériel & équipement de bureau		COGES	10.000,00					2,49	2,49	9.997,51	0%
03 Frais de fonctionnement UGP			180.250,00			1.501,24	1.245,72	66.575,92	69.322,89	110.927,11	38%
01 Réhabilitation & entretien des bureaux USE		COGES	31.000,00					11.705,91	11.705,91	19.294,09	38%
02 Frais de fonctionnement véhicules		REGIE	49.050,00			1.992,60	250,67	11.186,88	13.430,15	35.619,85	27%
03 Communications		COGES	41.000,00				989,72	17.835,42	18.825,14	22.174,86	46%
04 Fournitures de bureau		COGES	19.600,00					8.136,43	8.136,43	11.463,57	42%
05 Autres frais de fonctionnement		COGES	39.600,00			-491,36	5,33	17.711,28	17.225,26	22.374,74	43%
04 Audit, suivi & évaluation			412.625,00			3.956,96	8.111,89	50.975,45	63.044,30	349.580,70	15%
01 Suivi scientifique continu par institutions		REGIE	234.600,00				118,08	28.828,81	28.946,89	205.653,11	12%
02 Suivi scientifique continu par institutions		COGES	69.000,00					3.045,07	3.045,07	65.954,93	4%
03 Evaluation finale		REGIE	49.425,00					4.597,14	4.597,14	44.827,86	9%
04 Expertise internes CTB		REGIE	27.600,00			3.956,96	7.993,81	-3.280,97	8.669,80	18.930,20	31%
05 Audit		REGIE	32.000,00					17.785,40	17.785,40	14.214,60	56%
05 TVA			0,02			2.581,83	37.458,06	115.340,19	155.380,08	-155.380,06	776900
01 TVA		COGES	0,01			2.225,25	37.458,06	114.257,76	153.941,07	-153.941,06	153941
02 TVA		REGIE	0,01			356,58		1.082,43	1.439,01	-1.439,00	143901
06 Frais divers			0,02			1.072,02	546,90	1.780,79	3.399,70	-3.399,68	169985
		REGIE	2.951.340,02			355.144,67	574.839,81	736.386,33	1.666.370,81	1.284.969,21	56%
		COGEST	?			464.163,23	2.689.478,29	2.833.200,31	5.986.841,82	6.061.818,16	50%
		TOTAL	?			819.307,90	3.264.318,10	3.569.586,64	7.653.212,63	7.346.787,37	51%



Budget vs Actuals (Year to Month, Last 5 Years) 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 : **E1**

Currency : **EUR**

YtM :

Year to month : 31/12/2011

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

	Status	Fin Mode	Amount	Start to 2007	2008	2009	2010	Expenses	Total	Balance	% Exec
01 frais administratifs et bancaires		COGES	0,01			1.010,85	402,72	1.610,57	3.024,13	-3.024,12	302413
02 frais administratifs et bancaires		REGIE	0,01			61,17	144,18	170,22	375,57	-375,56	375570
99 Conversion rate adjustment			0,00				0,00	0,00	0,00	0,00	?%
98 Conversion rate adjustment		REGIE	0,00				0,00	0,00	0,00	0,00	?%
99 Conversion rate adjustment		COGES	0,00					0,00	0,00	0,00	?%

REGIE	2.951.340,02		355.144,67	574.839,81	736.386,33	1.666.370,81	1.284.969,21	56%
COGEST	?		464.163,23	2.689.478,29	2.833.200,31	5.986.841,82	6.061.818,16	50%
TOTAL	?		819.307,90	3.264.318,10	3.569.586,64	7.653.212,63	7.346.787,37	51%

