

DOSSIER TECHNIQUE ET FINANCIER

**« APPUI INSTITUTIONNEL AU MINISTÈRE DE LA SANTÉ
PHASE IV »**

RWANDA

**CODE DGCD: 3006009
CODE NAVISION: RWA 08 066 11**



TABLE DES MATIERES

TABLE DES MATIÈRES	2
ABRÉVIATIONS - ACRONYMES	4
EXECUTIVE SUMMARY	6
FICHE ANALYTIQUE DE L'INTERVENTION	8
1. ANALYSE DE LA SITUATION	9
1.1. Le Rwanda: données générales.....	9
1.2. Politique nationale de réduction de la pauvreté.....	10
1.3. La Décentralisation et la réduction de la pauvreté.....	11
1.4. La Santé et la réduction de la pauvreté.....	13
1.5. L'appui belge et le secteur de la santé.....	15
1.6. Analyse des défis majeurs au sein du secteur de la santé.....	19
2. ORIENTATIONS STRATÉGIQUES	28
2.1. Le renforcement du système de sante au niveau opérationnel (district).....	28
2.2. Le renforcement du système global de sante.....	31
2.3. Le lien entre le système de santé au niveau local et au niveau global.....	34
3. PLANIFICATION OPÉRATIONNELLE	37
3.1. Objectif général.....	37
3.2. Objectif spécifique.....	37
3.3. Résultats attendus.....	37
3.4. Activités à mettre en œuvre.....	39
3.5. Indicateurs et sources de vérification.....	63
3.6. Acteurs intervenant dans la mise en œuvre.....	71
3.7. La localisation de l'intervention.....	71
4. RESSOURCES	73
4.1. Ressources financières.....	73
4.2. Ressources humaines – expertise internationale.....	73
4.3. Budget.....	74
5. MODALITÉS D'EXÉCUTION	76
5.1. Cadre légal et responsabilités administratives.....	76
5.2. Structures d'exécution et de suivi.....	76
5.3. Modalités financières.....	77
5.4. Rapportage technique et financier.....	88
5.5. Mécanisme d'appropriation des adaptations au DTF.....	90
5.6. Suivi et évaluation.....	90
6. THEMES TRANSVERSAUX	92
6.1. Environnement.....	92
6.2. Genre.....	92

6.3.	Economie Sociale	92
6.4.	Droits de l'Enfant.....	92
6.5.	HIV / SIDA.....	93
7.	ANNEXES.....	94
7.1.	Cadre logique.....	95
7.2.	Chronogramme.....	112
7.3.	TdR personnel long terme international.....	113
7.4.	Profil de poste personnel national	117
7.5.	Organigramme Ministère de la Santé.....	119

ABREVIATIONS - ACRONYMES

AC	Approche Contractuelle
BTC	Belgian Technical Cooperation
CAAC	Cellule d'Appui à l'Approche Contractuelle
CAMERWA	Centrale d'Achat de Médicaments du Rwanda
CBEHP	Community-Based Environmental Health Program
CBHW	Community Based Health Worker
CDPF	Capacity Development Pooled Fund
CDC	Comité de Concertation
CS	Centre de Santé
CHUB	Teaching Hospital University Butare – Centre Hospitalier Universitaire Butare
CHUK	Teaching Hospital University Kigali - Centre Hospitalier Universitaire Kigali
CNPV	Centre National de PharmacoVigilance
CTB	Coopération Technique Belge
DHS	Demographic and Health Survey
DTF	Dossier Technique et Financier du projet/programme
DP	Direction du Programme
EDPRS	Economic Development and Poverty Reduction Strategy
ESP	Ecole de Santé Publique
EU	European Union
GoR	Government of Rwanda
GTZ	German Technical Cooperation
HIV	Human Immunodeficiency Virus
HMIS	Health Management Information System
HRH	Human Resources for Health
HSCG	Health Sector Cluster Group
HSSP	Health Sector Strategic Plan
ICT	Information and Communication Technology
IEC	Information, Education and Communication
JAF	Joint Annual Forum
JAWP	Joint Annual Work Plan
KAP	Knowledge Attitude Practice (survey)
M&E	Monitoring and Evaluation
MCH	Maternal and Child Health
MDG	Millennium Development Goal
MinAffEt	Ministère des Affaires Etrangères et de la Coopération
Minaloc	Ministère de l'Administration locale et des Affaires Sociales
Minecofin	Ministère des Finances et de la Planification Economique
MOH	Ministry of Health/Minisanté
MTEF	Medium Term Expenditure Framework
MTR	Mid Term Review
NHA	National Health Accounts
NUR	National University of Rwanda
PAE	Plan d'Action Environnemental
PBF	Performance-Based Financing

PBM	Performance Based Management
PCA	Paquet Complémentaire d'Activité
PMA	Paquet Minimum d'Activité
PNSM	Programme National de Santé Mentale
PNLP	Programme National de Lutte contre le Paludisme
POSM	Pôle Opérationnel Santé Mentale
PSDSK	Plan Stratégique de Développement Sanitaire de la ville de Kigali
PSRH	Plan Stratégique Ressources Humaines
PMTCT	Prevention of Mother To Child Transmission (of HIV)
PRSP	Poverty Reduction Strategy Paper
QA	Quality Assurance
RAFS	Responsable Administratif et Financier Sectoriel
RBMC	Rwanda Bio Medical Centre
RwF	Rwandan Franc
SBS	Sector Budget Support
STI	Sexually Transmitted Infection
SWAp	Sector Wide Approach
TdR	Termes de Référence
TWG	Technical Working Group
UN	United Nations
USAID	United States Agency for International Development
USD	US Dollar
USFPDE	Unité Santé promotion de la Famille et Protection des Droits de l'Enfant
VCT	Voluntary Counselling and Testing (for HIV)
WB	World Bank
WHO	World Health Organisation

EXECUTIVE SUMMARY

The program RWA0806611 “Appui au Minisanité phase 4” is a 12 million euro intervention of the Belgian Cooperation in the Health Sector.

The global objective is: Rwanda has put in place a health system capable to respond in an appropriate way the needs of his population.

The proposed program starts in the following context:

- The National Poverty Reduction Strategies known as PRSP, Vision 2020 and the most recent EDPRS
- The decentralisation: set up after the PRSP, this decentralisation has become a key element in the poverty reduction, and the effective administrative reform of the country.
- The Health sector Strategic development plans: based on the national health policy, the HSSP I covered the 2005-2009 period, in 2009 the HSSP II was approved covering the 2009-2012 period.
- The Belgian bilateral cooperation progressing towards more programmatic and sector wide approaches, leaving behind the project approach. In that context, the actual cooperation program for 2007-2010, maintained three important programs:
 - o A budget support of 13.000.000 €
 - o A program supporting the development of the health system of Kigali
 - o The “appui au Minisanité phase 4”

The strategic orientations of the actual program are structured on three important dimensions to be strengthened:

- The local health system (district) as the operational unit;
- The global health system (ministry – the sector) as the policy and strategy defining unit for the whole sector;
- The interactions between both levels.

These strategic orientations are directly orienting the two specific objectives of the program:

- Objective 1: the local health system is strengthened through a better functionality of his institutions and their overall interactions
- Objective 2: the central level assures quality of the health sector through better planning, coordination, management and monitoring and evaluation, based on evidences generated by research.

The development of the local health system is articulated around 6 areas:

- The strengthening of the local management teams
- The promotion of human resources
- The equitable access to health services
- The transparent and efficient use of resources
- The development of quality services
- The knowledge management

The strengthening of the central level focuses on

- The development of integrated planning of sound quality;
- The development of appropriate management, coordination and communication;
- The human resources development;
- The strengthening of the financial management;
- The improvement of monitoring and evaluation tools

It is crucial to realise that all strategic areas completely fit with the national strategies: the national health policy, the HSSP II, the decentralisation and the EDPRS.

The operational workout of the retained strategies for both local and global level in the program concentrates on a set of activities, grouped under 13 results to be achieved: 6 results for the local system, and 7 for the global system:

Result 1: the integrated district management teams are strengthened

Result 2: competent and motivated human resources are available at local level

Result 3: equitable access to quality health services is guaranteed

Result 4: resources management is improved through progressive rationalisation of the internal functioning

Result 5: quality of care is continuously improved

Result 6: knowledge is systematically managed and developed

Result 7: health sector plans are developed

Result 8: coordination and management are global and integrated

Result 9: Human resources are developed according to the elaborated plans

Result 10: financial management is assured in an efficient way according to national and international standards

Result 11: a performant system of integrated M&E is put in place

Result 12: quality norms and standards are developed and implemented

Result 13: action research is performed and the evidences generated at local level do feed the development of policies.

Result 1 to 6 as said above focus on the local system, result 7 to 13 on the global system.

Out of the 12 000 000 euro budget, 4675000 will be used for the strengthening of the local system, the global system has been allocated a budget of 4.938.750 €. The remaining 2.258.400 € are general means.

3 international experts will be deployed in the actual program, a master in public administration with a background of economics, and two public health experts, one of both to be located at the local level.

The duration of the program will be of 4 years.

FICHE ANALYTIQUE DE L'INTERVENTION

N° d'intervention DGDC	3006009
Navision code BTC	RWA/08 066 11
Institution partenaire	Ministère de la Santé
Durée de la Convention spécifique	60 mois
Date de démarrage prévue	01/11/2009
Contribution locale	Mise à disposition des locaux nécessaires à la mise en oeuvre de l'intervention ainsi que du personnel local aux fins de mettre en oeuvre les activités du projet
Contribution belge	12.000.000 EUR
Secteur	Santé – Politique de la Santé et Gestion administrative (code CAD 12110)
Objectif global	Le Rwanda a mis en place un système de santé capable de répondre de manière appropriée aux besoins de sa population
Objectifs spécifiques ¹	<p>Objectif Spécifique 1. Le système de santé de district est renforcé à travers une meilleure fonctionnalité de ses organes décentralisés et de leurs interfaces d'interaction.</p> <p>Objectif Spécifique 2. Le niveau central assure la qualité du secteur de la santé à travers un renforcement de la planification, coordination, gestion et M&E, et en se fondant sur les résultats générés par la recherche.</p>
Résultats attendus	<p>Pour l'objectif spécifique 1:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. l'équipe intégrée de gestion du district est renforcée 2. la disponibilité au niveau local des ressources humaines compétentes et motivées est améliorée 3. l'accessibilité équitable aux services de santé adaptés aux normes et aux besoins est augmentée (couverture sanitaire) 4. la gestion des ressources en vue d'une rationalisation progressive du fonctionnement interne des formations sanitaires est améliorée 5. la qualité des soins est améliorée de façon continue 6. les connaissances sont développées d'une façon systématique <p>Pour l'objectif spécifique 2:</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. les plans du secteur de la santé sont développés 8. la coordination et la gestion du secteur sont faites de façon globale et intégrée 9. les ressources humaines sont renforcées suivant le plan 10. la gestion financière est assurée de façon efficace suivant les normes et standards nationaux et internationaux 11. un système intégré et performant de suivi et évaluation est mis en place et opérationnel 12. Les services et les soins délivrés sont de qualité suivant les normes et standards 13. la recherche action et les analyses développées au niveau opérationnel alimentent les politiques

¹ Objectifs spécifiques modifiés par rapport à la fiche d'identification.

1. ANALYSE DE LA SITUATION

Ce premier chapitre fait un bref survol des éléments importants qui aideront à mieux comprendre le contexte.

Le paragraphe 1.1 « Le Rwanda: données générales » présente quelques données géographiques, socio-démographiques et économiques.

Le paragraphe 1.2 « Politique nationale de réduction de la pauvreté » s'intéresse brièvement aux politiques Rwandaises pour éradiquer la pauvreté: PRSP, Vision 2020 et EDPRS.

Le paragraphe 1.3 « La Décentralisation et la réduction de la pauvreté » est la suite logique du paragraphe 1.2. L'Actuelle intervention se déroulera dans un contexte d'un pays en voie de décentralisation, qui trouve ses origines dans le PRSP de 2002.

Le paragraphe 1.4 « La Santé et la réduction de la pauvreté, » développe en profondeur les stratégies récentes en santé: Le volet Santé tel que développé dans l'EDPRS, et le HSSP II, qui au moment de la formulation était en phase d'être finalisé.

Paragraphe 1.5 « L'appui belge et le secteur de la santé » décrit les interventions récentes belges dans le secteur de la santé, secteur ayant bénéficié de la part du partenaire belge d'une attention particulière. Afin de profiter au maximum des leçons apprises dans le cadre des interventions précédentes, les formulateurs ont tenu à participer au débriefing de l'évaluation finale de 2 interventions importantes, et ce DTF tiendra par la suite pleinement compte des recommandations des évaluateurs. Ce paragraphe ensuite documentera les trois grandes interventions du dernier programme indicatif de coopération, le PIC 2007-2010 et tracera les spécificités et complémentarités des 3 programmes.

Le Paragraphe 1.6 « Analyse des défis majeurs au sein du secteur de la santé » finalement apporte l'analyse qui sera à l'origine de la réalisation opérationnelle de l'intervention.

1.1. LE RWANDA: DONNÉES GÉNÉRALES

Le Rwanda s'étend sur une superficie de 26.338 km². Le pays a une population estimée à 9,3 millions d'habitants en 2007, dont 52% sont de sexe féminin et environ 45% sont âgés de moins de 15 ans.

La croissance annuelle de la population est de 2,7%, avec un taux de fertilité de 5,4 enfants par femme. L'espérance de vie à la naissance s'est améliorée ces dernières années et atteint actuellement 53 ans.²

La densité de la population est l'une des plus élevées dans le monde et atteint 349 habitants sur un km², le taux d'urbanisme est l'un des plus faibles en Afrique. De fait, 83% de la population vit encore en milieu rural et cette forte pression démographique sur le territoire se traduit par une forte parcellisation des terres: plus de 60% des ménages cultivent moins de 0,7 ha de terres. Cela aggrave les problèmes liés à la pauvreté dans le monde rural puisque 89% de la population vit de l'agriculture.

² Le DHS 2007 contient toute l'information détaillée sur la démographie et la santé.

Malgré des efforts réalisés en matière de développement socio-économique du pays depuis 1994, le Rwanda reste l'un des pays les plus pauvres du monde, avec 56,9% de la population vivant en dessous du seuil de pauvreté, estimé à 1 Usd par jour. Le PIB/habitant est égal à 272 Usd en 2006 et l'extrême pauvreté touche 37% des ménages, particulièrement dans les zones rurales et les nombreux foyers dirigés par les femmes. Le taux d'investissement dans l'économie nationale reste faible: 15% du PIB en 2006, l'objectif étant d'atteindre 30% du Produit Intérieur Brut à l'horizon 2020.

Toutefois, l'économie nationale a connu un essor indéniable depuis quelques années. Sur la période de 2001 à 2006, l'économie rwandaise a été caractérisée par un taux moyen de croissance qui atteint 6,4% par an. Ces performances sont dues à la montée du secteur des services dans la structure du Produit Intérieur Brut, et cela au détriment de la production agricole qui était traditionnellement prédominante. De fait, la moyenne annuelle sur cette période 2001-2006 pour le secteur tertiaire s'élevait à 43,8% du PIB, tandis que le secteur agricole et l'industrie représentaient respectivement 36,4% et 14,2% de la richesse nationale.

1.2. POLITIQUE NATIONALE DE RÉDUCTION DE LA PAUVRETÉ

Etant un des pays les plus pauvres au monde, le Rwanda a fait de la réduction de la pauvreté une priorité: les documents stratégiques tels que vision 2020, PRSP³, EDPRS⁴ reflètent la volonté du pays de réduire rapidement et considérablement la pauvreté dans le pays.

L'instrument le plus récent et le plus important dans le cadre de l'intervention, est l'EDPRS. Il est la référence pour le pays en matière de planification stratégique à moyen terme pour réaliser la croissance économique, la réduction de la pauvreté et le développement humain. L'EDPRS couvre la période 2008-2012. Les trois priorités sont:

1. l'augmentation de la croissance économique ;
2. le ralentissement de la croissance démographique ;
3. l'efficacité dans la réduction de la pauvreté, avec un impact sur la diminution de l'extrême pauvreté de la population.

Ces priorités de l'EDPRS sont contenues dans trois programmes phares du gouvernement, à savoir:

1. la croissance durable pour les emplois et les exportations ;
2. la vision 2020 Umurenge (un programme de développement rural intégré et hautement décentralisé, avec comme objectif d'accélérer la réduction de l'extrême pauvreté) ;
3. la bonne gouvernance.

Pour éradiquer l'extrême pauvreté et la faim d'ici 2020 (objectif ODM n°1), plusieurs objectifs socio-économiques à atteindre ont été fixés, notamment:

ODM n°1: Eradiquer l'extrême pauvreté et la faim	1. Le Produit Intérieur Brut (PIB/H)	900 Usd
	2. Le taux de croissance annuelle du PIB	8%
	3. La population vivant en dessous du seuil de pauvreté	30%
	4. Le taux de croissance annuelle du secteur agricole	6%
	5. Le taux de croissance annuelle du secteur Industriel	12%
	6. Le taux de croissance annuelle du secteur des services	11%
	7. Le taux d'investissement annuel nationale	30% du PIB
	8. Le nombre d'emplois hors agricoles	2,5 millions

³ PRSP: Poverty Reduction Strategic Paper, 2002

⁴ EDPRS: Economic Development and Poverty Reduction Strategy, finalisé en 2008, remplace l'ancien PRSP

	9. La proportion de la population agricole active	50%
	10. Le taux d'utilisation d'engrais parmi les ménages	50%

L'EDPRS vient remplacer le Plan Stratégique pour la Réduction de la pauvreté, PRSP, qui, lui, avait été finalisé en 2002, et qui était à l'origine d'un autre développement clé, décrit sous le chapitre suivant 1.3 « La Décentralisation et la réduction de la pauvreté ».

1.3. LA DÉCENTRALISATION ET LA RÉDUCTION DE LA PAUVRETÉ

Le choix politique pour la décentralisation relève d'une volonté de fonder la reconstruction de l'Etat et du pays en promouvant depuis la base une gouvernance démocratique et en responsabilisant les populations à la gestion de leurs affaires. Ce choix a été posé comme une priorité politique pour le développement durable et fait à ce titre partie intégrante du PRSP initié en juin 2000 et finalisé en juin 2002. La décentralisation y est clairement présentée comme un programme phare en vue de la réduction de la pauvreté « par l'amélioration de la qualité de la gouvernance dans le pays, la mobilisation et la participation de la population dans la détermination de son bien-être ».⁵

La stratégie de mise en œuvre du processus de décentralisation s'articule sur une approche prudente et progressive. Après une première phase qui a permis la mise en place des institutions décentralisées et des procédures y relatives, le processus en est à une deuxième phase axée sur le développement et le renforcement des Districts et qui vise à promouvoir la participation effective des acteurs locaux aux processus de prise de décision (planification du développement local, réalisation des programmes de développement, etc.) et à favoriser une meilleure répartition des ressources sur le territoire et une meilleure prestation de services.

Après 2010, une troisième phase devrait permettre de porter le processus de décentralisation effective jusqu'au niveau des Secteurs. Un outil de financement du développement local et des investissements des collectivités territoriales a été mis en place, le Fonds Commun de Développement (CDF).

Dans le cadre de la décentralisation, le Rwanda a modifié son organisation territoriale.

⁵ MinaLoc, August 2007, Rwanda Decentralization Strategic Framework. Towards a sector-wide approach for decentralization implementation. Kigali, Republic of Rwanda

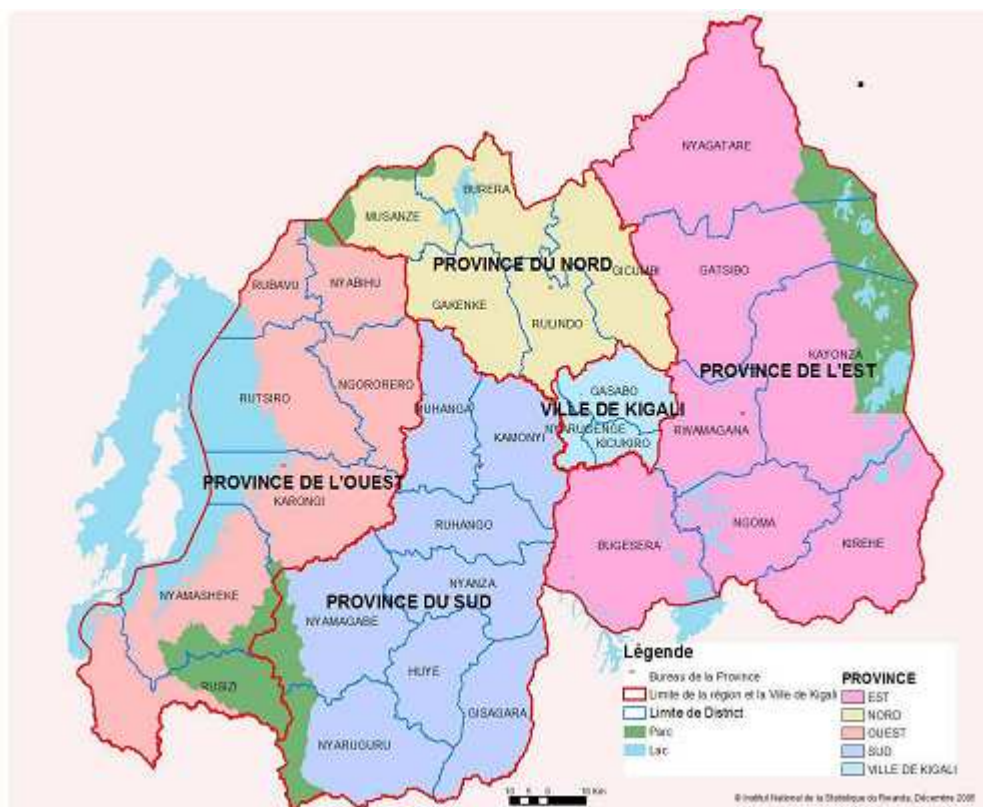


Figure 1: la nouvelle carte administrative du Rwanda, janvier 2006

Cette nouvelle organisation du territoire s'articule autour de 5 Provinces (y compris la Ville de Kigali) qui sont des circonscriptions administratives, 30 Districts et villes, 416 Secteurs administratifs et 2.148 Cellules elles-mêmes composées de 14.876 Imidugudu (villages administratifs) qui sont, aux différents échelons territoriaux des collectivités territoriales, décentralisées et administrées par des organes élus. Le Gouvernement Central (Ministères) formule les politiques et le cadre réglementaire et appuie les Gouvernements Locaux (GL) dans le renforcement de leurs capacités, leur financement, suivi et évaluation.

Les rôles et responsabilités majeurs de ces différentes entités administratives sont:

- La Province: elle est responsable de la coordination, supervision et suivi/évaluation de l'application des plans de développement des Districts ;
- Les Districts: ils sont chargés du développement local et de la fourniture des services publics et ils constituent le niveau de planification du développement local, d'exécution des programmes de développement du Gouvernement et de la coordination des actions des partenaires locaux ;
- Le Secteur: il est le point focal où la population reçoit des services et où s'organise la participation communautaire, avec la collecte de l'information;
- La Cellule: elle est responsable de l'évaluation des besoins et de leur priorisation ainsi que de la mobilisation des actions communautaires ;
- Finalement, l'Umudugudu: il est chargé de la construction de la coopération et de la solidarité entre les membres de la communauté.

La mise en place et le développement de ce dispositif est piloté par le MINALOC, mais ces entités sont unies et engagées dans cette dynamique avec l'ensemble des ministères et des institutions nationales.

1.4. LA SANTÉ ET LA RÉDUCTION DE LA PAUVRETÉ,

Tout comme la décentralisation, les politiques nationales en santé doivent être vues dans un contexte global de lutte contre la pauvreté: *PRSP et EDPRS*.

En ligne avec le PRSP de 2002, signalons que le GoR a approuvé en 2005 une *Politique nationale de santé*. Elle fixe les grands objectifs qui guident toute intervention dans le domaine de la santé, à savoir:

1. améliorer la disponibilité des ressources humaines
2. améliorer la disponibilité de médicaments, consommables et vaccins de qualité
3. améliorer l'accessibilité géographique aux services de santé
4. améliorer l'accessibilité financière aux services de santé
5. améliorer la qualité des services dans le contrôle des maladies
6. renforcer les hôpitaux de référence et les centres de recherche et traitement
7. renforcer les capacités institutionnelles

Le *Plan stratégique du secteur de la santé* (PSSS-I ou Health Sector Strategic Plan – HSSP I) traduisait cette politique en un plan de mise en œuvre à moyen terme pour la période 2005-2009.

Pour la durée de l'actuelle intervention, les documents de référence seront l'EDPRS qui développe les grands objectifs de santé, la Politique nationale de Santé, et le HSSP II.

1.4.1 La santé dans l'EDPRS

En 2008 le gouvernement a développé une nouvelle stratégie intermédiaire de réduction de la pauvreté, **EDPRS (Economic Development Poverty Reduction Strategy) pour la période 2008 –2012**. Une attention particulière est accordée à un développement équitable et durable avec un accent sur la réduction de la pauvreté. Les grands objectifs de santé de l'EDPRS sont entre autres:

1. Améliorer l'offre et augmenter l'utilisation des méthodes modernes de planification familiale
2. Renforcer les services de santé communautaire de base
3. Améliorer l'accessibilité financière via l'augmentation des affiliations aux assurances maladie
4. Améliorer et étendre l'approche contractuelle (Performance based management)
5. Améliorer l'accessibilité et la distribution des médicaments essentiels à tous les niveaux
6. Améliorer l'accessibilité aux médicaments et consommables essentiels non couverts par les mutuelles spécialement pour les problèmes majeurs de santé publique (malaria, HIV/AIDS, TB, PF)
7. Assurer aux centres de santé et hôpitaux de districts ruraux le personnel et les équipements nécessaires.

Les principaux indicateurs d'impact de santé à atteindre d'ici la fin de l'EDPRS sont les suivants:

1. Réduire le taux de mortalité infantile de 86 à 37‰ naissances vivantes
2. Réduire le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans de 152 à 66 ‰ naissances vivantes
3. Réduire le taux de mortalité maternelle de 750 à 353/100 000 naissances vivantes
4. Réduire le taux de fertilité de 6.1 à 4.5
5. Réduire la prévalence du HIV parmi les jeunes de 1.0 à 0.5%
6. Réduire le pourcentage des enfants de moins de 5 ans avec malnutrition chronique de 45% à 20%
7. Réduire l'anémie parmi des femmes en âge de procréer (15-49) de 33 à 20%.

Le budget de l'EDRPS nécessaire au scénario le moins ambitieux qui cible les interventions prioritaires reste élevé (12.8\$/hab.). Toutes les ressources doivent s'aligner sur l'EDPRS, avec le souci de cibler les groupes les plus vulnérables. L'EDPRS définit les possibilités de collaboration et de partenariat entre tous les secteurs en vue de la réalisation de ces objectifs et le rôle des actions de chaque Ministère, District, Agence, le secteur privé et la société civile.

Certaines contraintes limitent l'atteinte de ces objectifs:

- La décentralisation nécessite des ressources humaines (en qualité et quantité) que le Rwanda n'a pas.
- Certains organismes de planification, de régulation (NTB, contrôle de qualité médicaments, direction pharmacie du MOH, secteur privé...), d'approvisionnement (centrale d'achat nationale) nécessitent un appui.
- Les mutuelles de santé (financées entièrement par leurs membres) et le pooling risk (financé par Etat et bailleurs) n'arrivent pas à honorer le financement des soins de santé, entraînant ainsi les centres de références dans de graves difficultés financières.
- La faible implication de la société civile et du secteur privé dans les prises de décision et dans l'exécution.

1.4.2 Le HSSP II 2009 – 2012.

Au moment de la formulation, le HSSP II est finalisé.

L'objectif global du HSSP II est: «Healthier lifestyles adopted and rational utilisation of health services at all levels increased». ⁶

Le Plan HSSP II reprend 7 programmes stratégiques et 3 objectifs stratégiques qui sont:

Les **programmes stratégiques**: améliorer ou renforcer

1. la capacité institutionnelle ;
2. les ressources humaines pour la santé ;
3. l'accessibilité financière ;
4. l'accessibilité géographique ;
5. la disponibilité de médicaments, vaccins et consommables ;
6. l'assurance qualité ;
7. les services spécialisés, les hôpitaux de référence et la recherche.

Les **objectifs stratégiques** traitent de/des:

1. la santé de la mère et de l'enfant, le planning familial, la santé reproductive et la nutrition ;
2. le traitement et le contrôle des maladies ;
3. la prévention et la promotion de la santé.

⁶ Texte copié du dernier draft, tel que transmis lors de la mission de formulation.

1.5. L'APPUI BELGE ET LE SECTEUR DE LA SANTÉ

1.5.1 Stratégie globale de la Coopération belge.

Les principes de l'appui de la Coopération belge en Santé, décrits dans la nouvelle note politique de santé de la Coopération belge et le cadre conceptuel de la plate-forme Because Health⁷, peuvent se résumer à deux piliers:

1. La qualité de l'interaction et du dialogue entre tous les partenaires et acteurs concernés par la santé au sein et en dehors du secteur de la santé en vue du renforcement global du système de santé dans son ensemble. Ceci est basé sur une vision constructiviste qui prône que la réalité se « construit » à travers le dialogue.
2. Le développement endogène qui vise l'appui à l'élaboration des politiques de santé appropriées aux différents niveaux du système de santé, et des stratégies à finalité publique adaptées aux besoins des bénéficiaires et aux services de santé opérationnels. Pour cette raison, la Belgique maintient la spécificité d'un appui technique et une présence sur le terrain qui sont pertinentes au moment où le pays s'est lancé dans l'appui budgétaire.

Dans ce sens, la Coopération belge rejoint la Déclaration de Paris, tout en insistant sur l'importance que les principes de cette Déclaration ne s'appliquent pas seulement au niveau national mais aussi au niveau opérationnel: l'alignement des politiques et stratégies sectorielles aux besoins du terrain, l'appropriation, la gestion axée sur les résultats et la responsabilité au niveau local, l'harmonisation entre acteurs au niveau décentralisé, tout cela renforçant l'efficacité de l'aide.

1.5.2 L'appui belge au secteur de la santé au Rwanda du PIC 2004-2006.

Présente depuis des décennies au Rwanda, la Belgique œuvre dans le domaine de la santé sous forme de multiples projets:

1. Appui aux districts de la ville de Kigali ;
2. Appui au Centre Hospitalier Universitaire de Kigali ;
3. Appui institutionnel au Ministère de la Santé ;
4. Appui au programme national de lutte contre le Paludisme ;
5. Appui au programme national de la Santé Mentale ;
6. Appui aux écoles de sciences infirmières du Rwanda ;
7. Appui aux districts de Kigali Ngali ;
8. Appui au district de Kabgayi.

5 projets nous intéressent à l'occasion de l'actuelle formulation car le programme « Appui institutionnel au Minisanté phase IV » se bâtit en partie sur ces 5 projets. Tout en développant son approche originale et unique, l'appui institutionnel s'inscrit dans une logique de continuité d'un appui belge au secteur de la santé et dans une préoccupation d'en garder les acquis. Les projets en question sont:

1. Le projet RWA0301113: « Appui institutionnel au Ministère de la Santé – phase 3 »

Le Projet « Appui Institutionnel au Minisanté, Phase 3 », d'un montant total de 4.467.105 € s'est réalisé utilement depuis 2005 et se terminera en mai 2009.

2. Le projet RWA0302911 « Programme d'appui aux districts de santé du Rwanda: Appui aux districts de santé de Kigali Ngali »

⁷ Note Politique ; Le droit à la Santé et aux soins de santé. 24 novembre 2008.

3. Le projet RWA0302811 « Programme d'appui aux districts de santé du Rwanda: appui au district de santé de Kabgayi ».

Il s'agit des interventions sur le « performance based financing - PBF » ou l'approche contractuelle - AC, d'un budget total de 5.508.283 € et de 2.607.259 € respectivement, qui ont officiellement débuté le 9 octobre 2003.

Initialement conçu pour appuyer les districts sanitaires de Kigali Ngali et de Kabgayi, les interventions ont été revues en fonction du nouveau découpage des districts administratifs⁸ et continuent à appuyer les CS, les hôpitaux (dans toutes leurs fonctions) ainsi que les unités USFPDE. (l'opérationnalisation de la décentralisation ayant mené à la disparition du district sanitaire et la création du district administratif, l'USFPDE est en fait l'unité dans le district administratif en charge de la santé. Elle remplace l'équipe cadre de district de l'ancien district sanitaire)

L'objectif de deux interventions est de contribuer à rendre fonctionnels les services de santé des Districts et à renforcer des soins de santé primaires de qualité au niveau des hôpitaux de district et des centres de santé.

L'appui est aussi un renforcement institutionnel des niveaux décentralisés de la santé, notamment les directions de santé des districts.

Pour contribuer à ce que la qualité des soins au niveau des centres de santé et de l'hôpital de district soit améliorée et les soins soient plus accessibles, les interventions ont développé l'AC comme une stratégie pouvant contribuer à cet objectif. L'AC introduite au Rwanda en janvier 2001 a été identifiée comme une stratégie pour améliorer l'utilisation des services de santé, l'accessibilité financière aux soins et l'amélioration de la qualité de soins. L'essentiel de l'AC consiste en la signature d'un contrat de performance entre le prestataire de soins (Centre de Santé, Hôpital, CBHW) et le gouvernement, dans lequel les engagements de toutes les parties sont décrites, ainsi que les performances attendues, les indicateurs et les financements allouables. Souvent l'AC est également appelé Performance Based Financing, intitulé qui met plus en avant les aspects de financement basé sur les performances. Il s'agit bien de la même approche.

Le financement de l'AC dans le projet représente environ 30 à 35 % des budgets initialement prévus et inclut: un appui technique, le paiement des subventions AC, et un appui financier à l'encadrement des activités de l'AC (sous forme d'une Cellule de Gestion de l'AC prévue au niveau de l'intervention RWA03029011 qui chapeaute les interventions dans les 6 districts et les districts de la ville de Kigali).

4. RWA0403112: « Appui au programme national Santé mentale - phase 2 »

La deuxième phase du programme d'appui au programme national de santé mentale a commencé le 29/11/2004 pour une durée de 72 mois, et a un budget de 2.760.046 €.

Le programme vise la décentralisation et l'intégration des soins de santé mentale dans le système national de santé, par la création de 6 « pôles opérationnels en santé mentale » appuyés sur des structures de référence nationale renforcées.

Le projet vise également la consolidation de la politique générale des soins de santé mentale avec pour effets recherchés: le renforcement des capacités opérationnelles de la direction du programme national de santé mentale ; la formation d'un noyau initial de spécialistes rwandais en psychiatrie ; la formation en santé mentale de diverses catégories d'agents de santé ; la conduite d'activités de recherche ; la disponibilité de psychotropes dans les hôpitaux de district ; et la sensibilisation de la population à la santé mentale.

Ces objectifs tiennent compte de l'expérience et du niveau de développement du pays en santé mentale ainsi que du contexte d'un passé marqué par la survenue de psychotraumatismes de masse. Une évaluation à mi-parcours est programmée pour le deuxième trimestre 2009.

⁸ Ce redécoupage administratif s'inscrit dans le processus de décentralisation comme décrit sous le point 1.3

5. RWA0503913: « Appui au Programme National intégré de lutte contre le paludisme au Rwanda – phase 3 »

La troisième phase d'appui au PNILP a commencé en octobre 2006 et prendra fin en octobre 2009. Le budget total est de 3.262.878 € dont 447.745 € sont apportés par le Rwanda.

L'intervention met l'accent sur le renforcement des capacités de l'unité ainsi que la décentralisation des activités, la qualité de la prise en charge et de la prévention. L'appui à un système de sites sentinelles et la recherche opérationnelle devraient guider le pays à atteindre, d'ici 2012, la phase de pré-élimination du paludisme.

Ces dernières années, des budgets très importants (Global Fund et PMI) ont contribué à la forte réduction de l'incidence du paludisme dans le pays à travers des distributions massives des moustiquaires imprégnés, des campagnes de pulvérisation intradomiciliaire ou encore d'initiatives de traitement à base communautaire avec des médicaments contenant de l'artémisinine. Les défis pour les années à venir restent énormes. Une réduction continue de l'incidence du paludisme à travers des stratégies à grande échelle doit être couplée à une stratégie de détection (et réponse) précoce des épidémies éventuelles. Ceci nécessitera une combinaison des activités très verticalisées et un renforcement global des services sanitaires intégrés (de base).

Au moment de la formulation de l'actuelle intervention, les formulateurs ont pu assister aux débriefings des évaluations finales des projets RWA0301113 et RWA0302911.

1.5.3 L'appui belge au secteur de la santé du PIC 2007-2010: spécificités et complémentarités des interventions.

Progressivement l'aide belge au Rwanda évolue vers de nouvelles modalités d'aide: appui budgétaire d'une part, et des programmes intégrés au niveau central ou périphérique d'autre part. D'appuis ponctuels sous forme de projets, la Belgique a donc évolué vers une approche programme, mettant l'accent sur plus de coordination, recherche de complémentarités, double ancrage.

Ainsi, dans le domaine de la santé, la Commission Mixte d'octobre 2006 a défini trois programmes dans le cadre du PIC 2007-2010.

Les deux premières interventions ont démarré au moment de l'actuelle formulation, le dernier fait l'objet de l'actuel dossier.

1. Health Sector Budget support

Budget disponible: 13.000.000 €

Il vise principalement à compléter le budget de l'état pour satisfaire les besoins non couverts pour les services aux pauvres, dans les districts ruraux. C'est de l'aide budgétaire orientée vers les priorités qui devraient être définies dans le cadre du « dialogue politique ». Ce programme n'a pas comme vocation première d'améliorer la fonctionnalité des services de santé, mais plutôt de mener un dialogue politique à partir des informations fournies par les deux autres programmes de ce PIC, et de ceux d'autres bailleurs. « Dialogue politique » susceptible de convaincre le MOH d'appuyer le travail d'innovation et de recherche mené au niveau de ces deux programmes, et aussi de généraliser à l'ensemble du pays les résultats des recherches menées à ce niveau.

2. Appui au développement sanitaire de la ville de Kigali

Budget disponible: 15.000.000 €

C'est un projet qui vise des innovations importantes, dont le développement de districts urbains, le développement d'un réseau hospitalier avec une meilleure définition de la place et du rôle des hôpitaux de troisième niveau et une division améliorée du travail clinique entre les trois échelons de soins présents dans la ville de Kigali (CS, Hôpitaux de District et hôpitaux de 3eme échelon dont le CHUK). Il vise également la complémentarité opérationnelle entre les hôpitaux et le

premier échelon dans le cadre d'un système de santé intégrant le public et le secteur privé. Cette démarche n'est pas différente de ce qui doit se passer au niveau des districts ruraux. Ce travail, bien conduit, va produire des informations « stratégiques » importantes sur la façon dont le projet va justement trouver des solutions aux divers problèmes d'intégration administrative et opérationnelle, de rationalisation des activités, d'intégration des privés exerçant dans la ville, de meilleure définition des normes...etc.

3. Appui Institutionnel au Ministère de la Santé, phase IV

Budget disponible: 12.000.000 €

La mission du Ministère de la santé étant de garantir des soins de qualité aux populations, l'appui institutionnel doit permettre au Ministère de mieux remplir ses fonctions d'élaboration de politiques et stratégies, normes et règlements, financement, etc., ceci pour permettre au niveau central de remplir sa mission. Pour remplir ses divers objectifs, ce programme doit pouvoir bénéficier d'informations importantes venant de la périphérie (ville de Kigali et districts ruraux) ainsi que d'informations pertinentes venant des programmes.

Les trois interventions du PIC 2007-2010 tout en ayant leurs spécificités, sont pleinement complémentaires et une attention particulière doit être donnée à la coordination au sein de ce programme de coopération PIC 2007-2010. Les différentes directions des interventions œuvreront ensemble tout comme les experts déployés en leur sein en vue d'une amélioration globale du système de santé pour le pays entier. La Figure 2 donne un aperçu schématique des différents appuis.

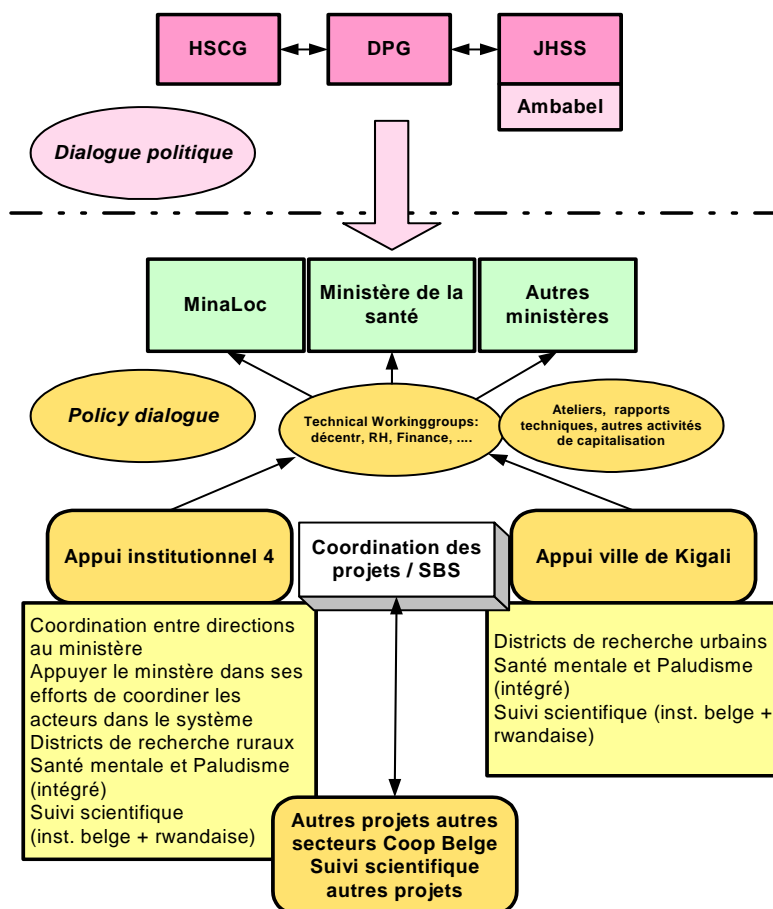


Figure 2: interactions et complémentarités des différentes interventions belges dans le secteur de la santé

1.6. ANALYSE DES DÉFIS MAJEURS AU SEIN DU SECTEUR DE LA SANTÉ

Cette analyse est basée sur:

- Les évaluations finales du projet ‘appui au Minisanté3’ (RWA030113) et les projets ‘appui aux districts’ (RWA0302911-0302811) ;
- Les réflexions conjointes faites dans les groupes de travail ensemble avec le Minisanté et d’autres acteurs concernés durant la première mission de formulation sur base des questions de débat ;
- L’évaluation du ‘M&E in the Rwanda health sector’, BOS-PRSP 2008.
- Les analyses du Joint Health Sector Review;
- Les cadres analytiques utilisés durant la formulation (voir chapitre 4) ;
- La note politique santé de la coopération belge ;

Dans le chapitre 3.4 dans la planification opérationnelle, les pistes d’action prioritaires sont élaborées en relation avec cette analyse..

1.6.1 Défis au niveau du système local de santé

Le secteur de la santé au Rwanda a fait des progrès spectaculaires ces dernières années. Il est clair qu’il reste des défis importants. Cette analyse porte sur ces défis dans un contexte de réalisations importants: les progrès dans la couverture mutuelle et l’amélioration générale de la performance dans les services de santé ne sont que quelques exemples des progrès réalisés.

Par rapport à la gestion du système local

1° le renforcement du concept de ‘district sanitaire’ et de sa cohésion demande une attention particulière:

- La première phase de la décentralisation (vers le district administratif) a résulté en un éclatement des attributions de l’ancienne équipe-cadre du district sanitaire entre l’USFPDE et l’hôpital de district. Cela risque de poser des sérieux problèmes de coordination et de compétences. En effet, la plupart du personnel de santé qui formait l’ancienne équipe-cadre du district a regagné l’hôpital, ce qui donne à celui-ci un pool de compétences et une expérience très importante pour mener son rôle de supervision du premier échelon. Par contre, les postes dans les USFPDE ont été couverts par un personnel non spécifiquement sanitaire et parfois moins expérimenté, ce qui, de facto, rend leur autorité faible devant les responsables des hôpitaux et centres de santé qu’ils sont chargés gérer. Les USFPDE sont basés au siège du District Municipal, qui se trouve souvent éloigné de l’hôpital de district. Cela ne facilite pas les échanges entre ces deux équipes, qui partagent pourtant la responsabilité d’un système de santé de district vital pour la prise en charge de 95% des problèmes de santé de la population.
- La phase de la décentralisation vers le secteur (voir 1.3) augmente davantage la pression sur la cohésion interne du système de santé local. Elle risque également de compliquer le flux des patients et de l’information entre le 1° et le 2° échelon au sein de ce système ainsi que sa gestion rationnelle des ressources.
- Il y a également la politique par rapport à la santé communautaire. Elle a l’objectif louable d’augmenter l’accessibilité aux soins. Là où cela concerne la santé communautaire au sens strict (soins préventifs et promotionnels par exemple dans le domaine de la malnutrition ou l’environnement) cette démarche est amplement justifiée. Cela à condition que les stratégies soient développées avec l’implication active des communautés locales et donc

contextualisées, ce qui ne semble pas encore être le cas. Par contre, là où cela concerne les soins curatifs, le développement de cet échelon additionnel (composé des CBHWs et des Postes de Santé) aux échelons déjà existants (CS - HD) risque paradoxalement de créer davantage des délais par rapport à l'accès du patient aux soins adaptés⁹. L'articulation de l'approche santé communautaire avec les niveaux de CS et les HD mérite donc être explorée davantage.

- Les programmes de lutte contre les maladies spécifiques (en particulier VIH, Paludisme, Tuberculose, ...) risquent parfois aussi de perturber le bon fonctionnement interne du système local de santé. Ces programmes ont leur agenda spécifique (entre autres des supervisions non-intégrées) qui ne s'articule pas optimalement avec le plan de travail de l'USFPDE. De ce fait l'USFPDE ne peut pas jouer son rôle de pivot pour les activités de santé dans le district. Ces programmes drainent en plus des ressources humaines, financières, matérielles. Il manque quelque part un dialogue approfondi sur comment les services de santé de base et les programmes spécifiques peuvent se renforcer mutuellement (intégration ou meilleure coordination).
- Finalement la place et les rôles attendus des autres structures autonomes du district (Pharmacie de district, mutuelle de santé, comité de district de lutte contre le SIDA) et les autres acteurs (le secteur privé lucratif et/ou non-lucratif) sont insuffisamment clairs.. Il manque également des forums d'échange et de réflexion.

2° La décentralisation administrative est en pleine évolution mais:

- Le rôle, les tâches et les articulations entre le USFPDE et son comité de pilotage et le district administratif ne sont pas encore définies ;
- La compréhension par le niveau décentralisé des principes de leadership et management est faible.
- Les PDD (Plan de Développement de District), élaboré pour 5 ans, et leurs plans opérationnels annuels sont à harmoniser avec le plan stratégique pour la santé
- Les moyens financiers sont insuffisants.

Par rapport à la gestion des ressources humaines

En gestion des ressources humaines, 3 facteurs sont importants: les ressources humaines doivent être disponibles, compétentes et motivées¹⁰.

3° Les ressources humaines nécessaires ne sont pas suffisamment disponibles au niveau des districts ruraux:

Il existe une inadéquation entre les besoins en personnel en quantité et qualité suffisante et la capacité de production des écoles de formation: un bon exemple par exemple est la faculté de médecine, qui produit un nombre de médecins qui est très insuffisant par rapport aux besoins.

Les postes au niveau rural sont plus difficiles à remplir en comparaison avec les postes au niveau urbain.

⁹ Voir littérature internationale par rapport aux expériences antérieures

¹⁰ 1 FTE (Full Time Equivalent) = disponibilité x compétence x motivation du staff

4° Les équipes au niveau décentralisé (USFPDE, HD, CS, Comité de Pilotage) ont un déficit par rapport aux compétences systémiques, aux compétences managériales et techniques et aux relations interpersonnelles:

- Un déficit majeur se situe au niveau des capacités systémiques: les capacités de travail en réseau, les capacités de gestion d'une équipe, les capacités d'accompagnement du personnel, les capacités de communication et le lobbying auprès du niveau central. Ce sont avant tout ces capacités qui constituent l'huile dans le fonctionnement du système. Elles sont impératives pour une bonne dynamique dans le système ;
- En ce qui concerne les capacités techniques nécessaires pour la réalisation de l'offre de soins, une attention continue pour l'amélioration des connaissances théoriques et pratiques est nécessaire et les outils pratiques pour les développer (tels que des ordigrammes, guides et instructions de référence, etc.). En plus, suivant le modèle des soins orientés vers le patient, les capacités d'écoute, d'empathie et d'accompagnement sont à renforcer ;
- En ce qui concerne les capacités de gestion, en particulier la gestion financière au niveau du USFPDE et l'HD est faible. Particulièrement pour l'HD, il manque les compétences et parfois les outils nécessaires pour un système de gestion administrative et financière de qualité (plan comptable, budget prévisionnel, bilan annuel et rapports financiers, permettant de présenter des comptes « auditables » au comité de gestion, CA, partenaire extérieur, etc. ; la visibilité des coûts réels des différentes dépenses et recettes, au regard des différentes missions attendues de l'HD)

5° Les stratégies existantes de motivation sont incomplètes:

- La stratégie PBF a augmenté la performance au niveau des services de santé. Néanmoins, il faut réaliser qu'il s'agit d'une approche qui a ses limites (approche plutôt 'mécaniste') et que la motivation est très complexe. Dans le cadre du PBF au Rwanda, la supervision formative et intégrée a été avancée comme une stratégie complémentaire de motivation.
- La stratégie PBF risque toutefois de perdre son dynamisme s'il n'y a pas d'innovation. Les points d'amélioration identifiés par l'évaluation finale du projet 'appui aux districts' sont en particulier: 1/ mécanismes de suivi actuellement trop lourd, 2/ certaines activités dans le paquet ne sont pas prises en compte avec le risque d'être négligées, 3/ manque d'indicateurs plus « cliniques » (analyse des temps d'attente, flow process audit, balance score card approach), 4/ manque de réflexion par rapport à d'autres stratégies existantes par exemple le système d'accréditation ;
- La poursuite du PBF est en danger car les financements accordés aux CS et aux HD (niveau décentralisé) et au CAAC (niveau central) ne sont pas garantis dans le budget du gouvernement.

Par rapport à l'accessibilité aux soins

6° L'accessibilité géographique aux paquets de soins de premier échelon et soins de première référence n'est pas assurée:

- Au niveau du premier échelon il y a des problèmes avec le développement ou le renforcement d'échelons additionnels (Poste de Santé, CBHWs) et leur articulation avec le CS: Voir 3.6.1.1.

¹¹ le parlement rwandais est composé > 50% de femmes

- Au niveau du HD, le PCA¹² manque une définition claire des « normes » ; le transport et la prise en charge 24/24 des urgences et des cas graves n'est pas assurée ; le plateau technique chirurgical montre des lacunes (entre autre en traumatologie et en chirurgie viscérale générale) ;
- Il manque une intégration de certains problèmes spécifiques dans le PMA¹³ et le PCA. Particulièrement la santé mentale constitue un grand besoin non couvert (manque de psychotropes, manque de prise en compte de cette problématique au niveau du PBF et de la supervision,...) ;
- Le système de référence et de contre-référence ne fonctionne pas optimalement. Ce système, conçu pour mieux coordonner le transfert de patients entre les différents échelons de soins suivant des critères et des procédures appropriées, est un outil indispensable pour une organisation efficiente et efficace du système de la santé. Un dysfonctionnement peut mener à une sur-utilisation de l'HD pour des cas étant du ressort du CDS et une surutilisation de l'hôpital de référence pour des cas étant du ressort de l'PHD. . Il est également observé que la contre-référence, en cas de retour du patient du niveau supérieur vers le niveau ayant référé, ne se fait pas d'une façon systématique et non plus dans une vision de formation continue ;
- Il manque une description claire du PTA¹⁴ et son articulation avec les niveaux de soins.

Les autres aspects de l'accessibilité (financière, psychosociale, dans le temps) sont déjà couverts sous d'autres points dans ce sous-chapitre.

Par rapport à la gestion des ressources

7° La gestion financière manque d'outils.

On peut citer à titre d'exemple les outils de gestion informatisés. Le déficit en termes de gestion financière au niveau de l'hôpital et de l'USFPDE a déjà été soulevé sous le point 4.

8° La maintenance n'est pas continuellement assurée

Il manque des procédures claires par rapport à un système de maintenance globale décrivant les responsabilités de chaque niveau. Des capacités en gestion de maintenance pour mettre en oeuvre une telle politique manquent également. La prise en compte de la composante 'environnement' n'est pas systématique.

9° La gestion des médicaments et consommables n'est pas continuellement assurée

Il manque des directives opérationnelles par rapport à la gestion rationnelle des médicaments (approvisionnement, stockage, distribution, suivi de l'utilisation, régulation et surveillance du marché privé des médicaments privé). Une faiblesse particulière concerne l'absence d'un système de contrôle adéquat de la qualité des médicaments achetés au niveau national. Dans ces conditions, le prix devient le critère prépondérant dans l'achat des médicaments. Signalons aussi l'absence de politique de gestion de médicaments et consommables périmés.

¹² PCA: Paquet Complémentaire d'activités, liste déterminant les activités et l'offre de soins à organiser dans les HD.

¹³ PMA: Paquet Minimum d'activités, définissant les activités et l'offre de soins à organiser dans les Centres de Santé.

¹⁴ PTA: paquet Tertiaire d'activités: ce paquet contient toutes les activités et l'offre de soins délivrables au niveau de référence tertiaire.

Par rapport à la qualité des soins

10° Il manque une approche « globale » relative à la qualité.

Il reste par exemple un pas à faire concernant les aspects relationnels dans les soins. Cela vaut pour les soins individuels (soins 'orientés vers le patient') mais aussi pour les soins collectifs c'est-à-dire l'interaction entre le personnel de santé et les communautés locales (attitude d'accompagnement versus attitude d'autorité). Ce modèle de relation ne reçoit pas suffisamment d'attention ni dans les écoles de formation, ni dans la formation continue, ni dans la supervision (voir modèle de rôle du superviseur comme contrôleur plutôt qu'accompagnateur), ni dans le système d'assurance qualité (voir PBF comme stratégie d'appréciation de la performance sur base d'un nombre de critères restreints et mesurables ; versus système d'assurance qualité globale).

Par rapport au développement des connaissances

11° L'approche analytique est insuffisamment exploitée:

Il manque une attitude de gestion scientifique avec, d'une part une analyse (avec l'ensemble des acteurs concernés) des données quantitatives et qualitatives et des incidents critiques (un incident critique est un événement possiblement révélateur d'un dysfonctionnement important du système, par exemple survenue de décès en couche). et d'autre part la formulation et le suivi des réponses aux problèmes identifiés.

Des capacités de formuler des hypothèses de travail pour opérationnaliser et tester les politiques de santé nationales et documenter ce processus sont peu développées. Les cadres dans le district sont en général peu familiarisés avec la démarche de la recherche-action ou de la médecine basée sur l'évidence.

Les mécanismes de feedback vers le niveau central sont insuffisamment développés que ce soit au niveau de l'existence des canaux de communication adaptés, des capacités de communication et de lobbying.

1.6.2 Défis au niveau du système global de santé

Par rapport au plan stratégique

12° Le HSSP II n'explique pas certains éléments

On peut citer par exemple:

- L'organisation du système local de santé comme le pivot du système de santé ;
- L'articulation entre les services de base et les programmes de lutte contre les maladies spécifiques ;
- La vision sur l'organisation de la santé communautaire qui prend en compte d'une part le développement des communautés locales dans leur propre contexte local, et d'autre part le modèle d'organisation des services de santé intégrés sur deux échelons ;
- La vision sur la qualité globale ;
- L'intégration des programmes comme la santé mentale dans le système de santé.

13° Le processus de développement des plans stratégiques et des plans opérationnels annuels en lien avec les plans stratégiques n'est pas optimal.

- Les acteurs du secteur de santé ne sont pas toujours impliqués de façon optimale et la prise en compte de leurs observations pas garantie. Ceci est pourtant nécessaire pour développer une vision sectorielle qui soit appropriée par l'ensemble des acteurs.
- Le lien entre d'une part les choix stratégiques et d'autre part les analyses, études, consultations, feedback du terrain, les arguments basés sur les évidences n'est pas explicite et mériterait d'être mis en évidence.
- Les plans stratégiques ne se traduisent pas toujours de façon optimale en plans opérationnels annuels cohérents avec des objectifs/indicateurs/budget communs. Au niveau du MOH ce point mérite déjà une attention importante.
- Les plans des programmes de lutte contre les maladies spécifiques sont faiblement intégrés dans les plans du Ministère.

Par rapport à la coordination et la gestion du secteur

14° Les interactions entre les acteurs du système de santé sont sous-exploitées en vue de pouvoir parler d'une vraie gestion systémique.

Des points d'amélioration se situent au niveau de:

- La représentativité des acteurs du secteur dans des espaces d'échange, de réflexion et de concertation ;
- La qualité des interactions par rapport à leur dynamique et les outputs afin de graduellement développer une vision commune entre les acteurs, clarifier et articuler/réguler les rôles de chaque acteur, offrir la possibilité à chaque catégorie d'acteur de contribuer au développement de la politique nationale ;
- La communication et la réflexion entre le niveau central et le niveau opérationnel: dans un contexte de décentralisation on pourrait s'attendre à une interaction plus intense pour expliquer les politiques nationales et les directives qui en découlent, pour écouter le feedback du terrain etc... Par exemple on constate un manque de régularité des visites de supervision du niveau central aux districts, ainsi qu'une présence aux ateliers organisés par le niveau décentralisé ;
- L'acquisition des capacités systémiques et interpersonnelles. Il y a un manque de renforcement systématique de ces capacités à travers des cycles de formation et accompagnement offert à tous les cadres du MOH.
- La gestion et la coordination interne au sein du MOH. Le nouvel organigramme doit être complété par un exercice de clarification des rôles, missions des différentes directions au sein du Ministère et leur collaboration interne.

Par rapport aux ressources humaines¹⁵

15° La disponibilité du plan stratégique des ressources humaines de qualité

Un plan stratégique des ressources humaines prenant en compte les 3 dimensions (la disponibilité du staff, sa compétence et sa motivation) n'est pas encore disponible en ce moment (il est en cours d'élaboration). Il reste à vérifier si ce plan prête attention explicite à une dimension genre.

¹⁵ (voir aussi point 3,4 et 5 dans ce sous-chapitre)

16° La création du Rwanda Biomedical Centre - RBMC pose certains défis.

Le RBMC a été créé début 2009 par un arrêté Ministériel. Sa création a comme but l'intégration dans une structure unique, sous tutelle du MOH, des universités médicales, de l'école de santé publique, du laboratoire national de référence, de la centrale d'achat nationale de médicaments 'CAMERWA', du programme santé mentale et du TRAC+. Le TRAC ou le Treatment and Research on Aids Centre étant à l'origine uniquement actif dans le domaine du VIH-SIDA a été transformé en 2006 en TRAC+, et depuis lors son champs d'action a été élargi aux autres maladies infectieuses. TRAC + compte 6 unités: l'unité VIH/SIDA, Unité Malaria, Unité Tuberculose, Unité surveillance Epidémiologique, Unité recherche et monitoring & évaluation et l'Unité d'appui

Pour ce qui en est de l'enseignement, d'importants défis se posent, entre autres:

- Le développement de réseaux inter- universitaires internationales et la réalisation du programme académique ;
- L'adéquation entre la réponse et les besoins du terrain. Dans cette perspective il faut développer une formation adaptée aux cadres au niveau du district par rapport à la gestion scientifique, la recherche-action et la médecine basée sur l'évidence ;
- Le déficit actuel en ce qui concerne des cycles de formation (avec des stages pratiques) autour du renforcement des capacités systémiques et interpersonnelles ;
- La coordination insuffisante entre les différents cycles de formation.

17° Un manque de synergie dans le domaine de la formation

Différentes structures sont impliquées dans le domaine du renforcement des ressources humaines. Certaines sont des structures nationales, s'intéressant au renforcement des capacités des cadres dans tous les secteurs, tels que HIDA (Human resources and Institutional capacity Development Agency), Mifotra, SFAR (Students Financing Agency in Rwanda), RIAM (Rwandese Institute for Administration and Managment). Dans le cadre du développement du SWAp dans le secteur de la santé, une initiative propre au MOH a été lancée, le CDPF. Il s'agit d'un Pooled Fund ou Basket, dans lequel des bailleurs internationaux mettent leur contribution financière sous forme d'un « earmarked sector budget support ». Le pooled fund ne peut être utilisé que dans le cadre du renforcement des capacités. Devant la multitude de structures, il va de soi que les rôles et attributions sont à clarifier et les synergies à développer.

Par rapport à la gestion financière

Il s'agit avant tout d'assurer la pérennité des réformes engagées:

18° Il existe une vulnérabilité par rapport aux sources de financement:

- Un déséquilibre entre les différentes sources de financement dans le secteur de la santé et une dépendance trop importante vis-à-vis des bailleurs de fonds externes.
- Budgets de plusieurs bailleurs qui ne sont pas prévisibles, pas flexibles et pas 'on budget' (avec des coûts de gestion additionnels).
- Un secteur social comme la santé est, malgré le progrès, toujours défavorisé par rapport aux secteurs économiques en termes d'allocation budgétaire gouvernemental.

19° Il manque de politiques et de procédures claires afin d'améliorer la gestion transparente des ressources financières au niveau central et décentralisé (en particulier au niveau de l'hôpital). Ceci inclut des outils appropriés par rapport à la préparation du budget, l'allocation financière en fonctions des priorités, l'exécution et le suivi budgétaire. Les faiblesses sont surtout l'absence de la comptabilité analytique, le manque de rapports financiers crédibles et remis à temps, le 'downward accountability' envers les utilisateurs, l'informatisation.

20° Les mutuelles sont à consolider:

Beaucoup de progrès ont été faits par rapport à la proportion de la population couverte ('breadth of coverage' > 80%). Néanmoins la proportion du paquet couverte ('depth of coverage'), en particulier par rapport aux soins hospitaliers, reste limitée. Aussi la proportion des coûts couverts ('height of coverage') constitue encore une barrière. Mais le point critique à court terme est la gestion financière des mutuelles (au niveau 'costing' ; 'prévision financière' ; l'établissement de plans de financement à moyen terme ; développement de la gestion actuarielle et la gestion des risques).

Par rapport au système de monitoring et évaluation

21° Il manque une politique générale et commune par rapport au système M&E ainsi qu'une clarification des rôles de chaque acteur (surtout au niveau décentralisé) dans le système.

22° L'exploitabilité des données est faible et les données n'alimentent pas assez les politiques. Par rapport à la collecte des données, plusieurs points d'amélioration ont été identifiés par le Minisanté:

- trop de données sont récoltées¹⁶
- leur fiabilité n'est pas assurée
- il y a des délais dans la récolte
- l'informatisation (avec les capacités nécessaires de programmation d'utilisation et de maintenance)
- il existe trop des systèmes parallèles (PBF, mutuelle, Tracnet, autres programmes spécifiques, pharmacie, RH,)
- des indicateurs du type 'systémiques' pour mieux apprécier le fonctionnement du système de santé manquent
- le partage de base de données est insuffisant et pas systématique
- une prise en compte insuffisante dans l'analyse des données qualitatifs, en particulier les incidents critiques
- au niveau décentralisé une analyse régulière et conjointe avec les acteurs concernés ne se fait que sporadiquement
- le fonctionnement des interfaces d'analyse au niveau central (TWG, HSCG) peut être plus efficace: trop de charge de travail, plans de travail peu fonctionnel, trop peu de coordination entre espaces de réflexion, manque de participation de certaines catégories d'acteurs en dehors du gouvernement
- l'exploitation des données à travers une démarche de documentation des expériences et de recherche-action est insuffisante
- il manque une alimentation des politiques à travers le M&E
- l'utilisation des données se fait trop souvent dans un esprit de contrôle plutôt dans une perspective formative
-

Par rapport à la qualité des soins

23° Il existe une lourdeur dans les systèmes de gestion et de contrôle de la qualité. Il manque une intégration des différents mécanismes d'assurance de la qualité (tels que PBF, accréditation)

¹⁶ 26 pages pour un CS, 36 pages pour un HD (rapport 'M&E in the Rwandan health sector', Inberg & Holvoet, BOS-PRSP, 2008.)

Par rapport au développement des connaissances

24° La collaboration entre les institutions scientifiques et le niveau décentralisé (renforcement de capacités et accompagnement en relation avec la recherche-action) et le niveau central (participation dans des groupes de travail thématiques ; la valorisation de la RA pour alimenter les politiques de santé) n'est pas optimale.

2. ORIENTATIONS STRATEGIQUES

Le chapitre 4 donne les informations sur la nature et les axes d'intervention, et sur les bénéficiaires. Les organisations partenaires sont schématiquement reprises dans la figure 5. La localisation de l'intervention est traitée sous le point 3.7 « La localisation de l'intervention »

L'analyse de la situation a relevé des défis à deux niveaux:

- le système local de santé (district)
- le système global de santé (secteur santé+ ses interactions)

Les orientations stratégiques et la planification opérationnelle seront structurées suivant ces deux pôles. Pour chacun des pôles la stratégie consiste en l'application de:

- la politique nationale
- un modèle conceptuel du système (le quoi)
- une méthodologie de renforcement du système (le comment)

Dans les orientations stratégiques le lien entre ces deux pôles est également décrit. La recherche-action sera le moteur de ce lien.¹⁷

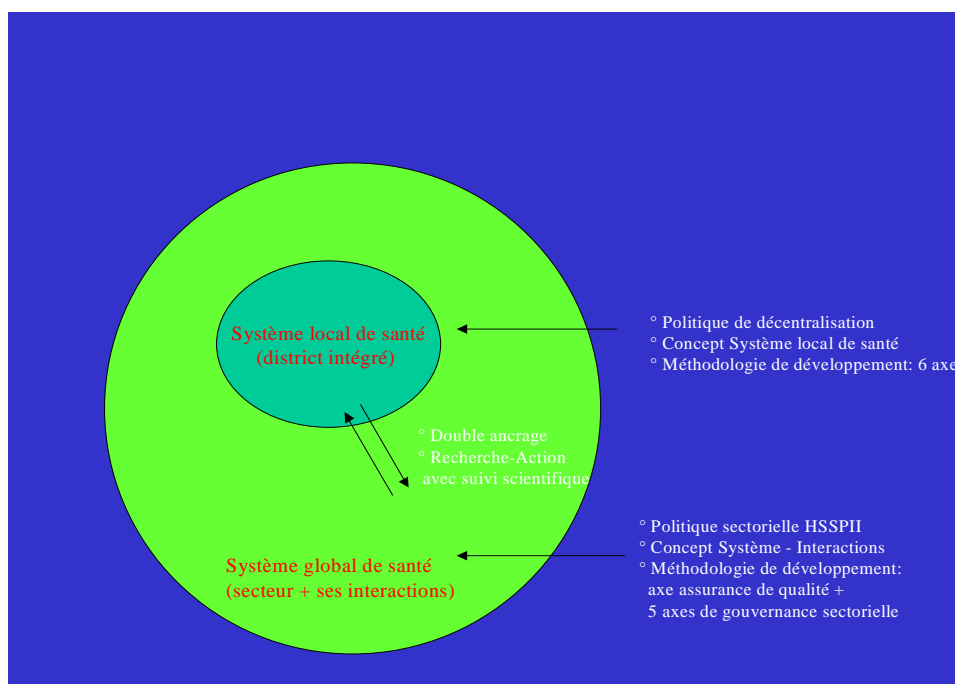


Figure 3: les niveaux d'intervention.

L'objectif est d'explicitier un cadre commun qui guidera le choix des activités à mettre en place dans le cadre de cet appui institutionnel. Ceci dans le but d'appuyer les acteurs du secteur dans la mise en œuvre rationnelle et orienté vers le terrain des politiques de santé.

2.1. LE RENFORCEMENT DU SYSTÈME DE SANTE AU NIVEAU OPÉRATIONNEL (DISTRICT)

¹⁷La recherche sur les systèmes de santé: mieux comprendre la méthodologie pour mieux agir. Author(s): Grodos D, Mercenier P. Téléchargeable gratuitement sur le <http://www.itg.be/itg/GeneralSite/generalpage.asp?wpid=391>

2.1.1 La politique nationale par rapport au processus de décentralisation comme référence

Comme décrit sous le point 1.3, la décentralisation est réalisée en plusieurs phases depuis 2006: une première phase de décentralisation vers les districts, une deuxième phase vers les secteurs. Ce contexte de décentralisation administrative a des conséquences pour la santé.

D'une part, la décentralisation affirme que c'est le système de santé local (le district avec là-dedans les secteurs) qui est la pierre angulaire du système et non pas une série de programmes verticaux. Ces derniers ont plutôt un rôle d'appui au niveau décentralisé. Ils doivent respecter le rôle pivot du district.

D'autre part, la décentralisation pose le défi comment dans ce contexte garder la fonctionnalité du système de santé au niveau opérationnel. Suivant le concept du système local de santé, le district sanitaire intégré tel qu'adopté par l'OMS, les composantes essentielles (réseau de Centres de Santé et leur aire, l'hôpital de district et l'équipe d'encadrement de district) fonctionnent comme un ensemble.

2.1.2 Un système local de santé intégré (district) – 'le quoi'

Dans ce contexte il est utile de se référer au modèle du 'système de santé local' et de rappeler ses principes de fonctionnalité.

Il s'agit d'un ensemble de structures qui assure:

- Une responsabilité sanitaire pour une population précise ;
- Une organisation des soins curatifs, palliatifs, préventifs, promotionnels et de réhabilitation par des services complémentaires afin de fournir des réponses adéquates à tous les problèmes de santé en tenant compte des ressources disponibles. Ces services doivent être coordonnés afin de pouvoir assurer une bonne accessibilité des usagers aux différents échelons (essentiellement deux) et une circulation optimale de l'information ;
- Un fonctionnement cohérent des structures de gestion et de concertation permettant une appropriation par les communautés locales, les professionnels de santé et les administrateurs du système;
- Des interactions constructives entre tous les acteurs concernés aux différents échelons du système local, à commencer par les communautés locales.

Ceci rejoint l'intention du GoR de progresser vers un SWAp décentralisé.

2.1.3 Méthodologie de développement du système local de santé – 'le comment'

On peut concevoir le développement des districts vers un système de santé intégré comme un processus continu qui évolue selon six axes. Les six axes sont progressivement renforcés avec des intensités différentes, ces intensités variant en fonction du niveau de développement et des besoins spécifiques de chacun des districts. Ces axes rejoignent les composantes identifiées dans le HSSP II (voir 4.2.1).

Développer un district signifie trouver des solutions adaptées aux problèmes qui empêchent une meilleure fonctionnalité de ce dernier. Les obstacles au développement seront abordés suivant une démarche de recherche action intégrée dans la gestion du district.

*L'axe du renforcement de l'Equipe intégrée de gestion du district*¹⁸ (USFPDE au Rwanda) doit se développer le plus précocement, car du bon fonctionnement de cette équipe dépend le développement du Système de santé de district. Il s'agit d'un renforcement des capacités techniques (entre autres la compréhension du système de santé et du modèle de district sanitaire) et

¹⁸ L'équipe intégrée du district' intègre également les gestionnaires au niveau de l'hôpital non seulement les cadres USFPDE. Les deux doivent assurer une gestion cohérente du système local de santé.

interpersonnelles (leadership, facilitation et accompagnement, travail en équipe et en réseau, capacité d'écoute et de flexibilité) suivant plusieurs dimensions:

Renforcer la cohésion interne entre les différentes composantes du système local de santé (Centres de Santé, Hôpital de district, USFPDE, programmes verticaux). Ceci afin d'assurer une bonne couverture sans trous et superpositions dans l'offre des services et d'assurer flux optimal des utilisateurs et de l'information.

Stimuler l'implication active de tous les acteurs dans le système au niveau local par rapport à l'offre et la demande de soins ainsi qu'à l'organisation des services et la collaboration dans le système de santé. Il s'agit: 1/ des communautés locales, 2/ des collectivités locales et autorités administratives (district administratif, secteur), 3/ des acteurs non-étatiques, 4/ des acteurs en dehors du secteur de la santé. Ceci à travers une bonne coordination et participation aux activités de planification/réflexion/monitoring/évaluation, une bonne régulation et un agenda technique commun.

L'axe de la promotion des ressources humaines. Cet axe implique des activités par rapport à la disponibilité, motivation et formation¹⁹ du personnel. Par exemple: la formation initiale, la formation continue, la standardisation des tâches, la supervision et l'encadrement des activités.

L'axe du développement de l'accessibilité équitable aux services de santé adaptés aux normes et aux besoins (couverture sanitaire). Cet axe contient plusieurs dimensions:

- l'accessibilité géographique: le développement des paquets de soins (PMA et PCA) adaptés au point de vue techn(olog)ique, financier, culturel et écologique ainsi que leur fonctionnalité. Il s'agit de trouver l'équilibre entre le besoin de décentralisation pour augmenter pour la population et le besoin de concentration des ressources pour réunir la masse critique de ressources. Cela en veillant à la complémentarité entre les services horizontaux et les programmes spécifiques ;
- l'accessibilité dans le temps: l'assurance d'un service 24h/24 avec le développement d'un système de garde fonctionnel ;
- l'accessibilité financière: le développement des mécanismes en tenant compte du pouvoir d'achat des différentes catégories d'utilisateurs des services ;
- l'accessibilité psychosociale: ceci cadre avec une vision globale de la qualité (cf. axe qualité) (un exemple de facteur psychosocial avec impact sur l'accessibilité est l'accueil médiocre dans les établissements de soin, qui mènera à une diminution de l'utilisation de l'offre disponible).

L'axe de la gestion rationnelle et transparente des ressources en vue d'une rationalisation progressive du fonctionnement interne des formations sanitaires. Cette gestion comprend des activités de planification, de mise en œuvre, de suivi et de l'évaluation suivant le cycle de gestion. L'hôpital, formation la plus importante, la plus complexe et la plus coûteuse, est celle qui doit être soumise en priorité à la rationalisation de ses activités. Les composantes²⁰ à considérer sont:

- La gestion des ressources financières
- La gestion des ressources matérielles: avec une politique rationnelle d'investissement et de maintenance

¹⁹ Intro Seminar Because Health 2006 'human resources' (www.be-causehealth.be)

1 Full Time Equivalent = availability x motivation x competence of staff

²⁰ la gestion des ressources humaines n'est plus reprise comme c'est développé sous l'axe 2

- La gestion des déchets
- La gestion de l'information dans ses différents aspects
- La gestion du système de référence et de contre-référence

L'axe du développement continu de la qualité de soins. Ceci selon une vision globale du développement de la qualité Il s'agit de rehausser:

- la qualité technique: le développement d'une offre optimale (pas maximale) en fonction des ressources disponibles et de l'évolution du contexte.
- La qualité relationnelle: le renforcement de l'interaction entre le soignant et le patient (pour les soins individuels 'orientés vers le patient') et de l'interaction entre le personnel de santé et les communautés locales (pour les soins collectifs dans le cadre de la promotion de la santé).

L'axe de développement des connaissances: ceci comprend les principes de la gestion scientifique et de la recherche-action avec l'implication de tous les acteurs concernés dans le système.

Cette approche renforce non seulement la mise en oeuvre du HSSP II au niveau local mais contribue aussi à la concrétisation des principes de la Déclaration de Paris au niveau local.

2.2. LE RENFORCEMENT DU SYSTÈME GLOBAL DE SANTE

2.2.1 Le HSSP II 2009-2012 comme référence

Le document HSSP II est le point de départ pour les activités développées dans le cadre de cet appui institutionnel par rapport au renforcement du secteur de la santé dans sa globalité. Elles contribueront à la mise en oeuvre rationnelle des stratégies de santé avancées dans ce document. Le HSSP II 2009-2012 vise 3 objectifs de santé et compte 7 axes transversaux(voir figure 3).

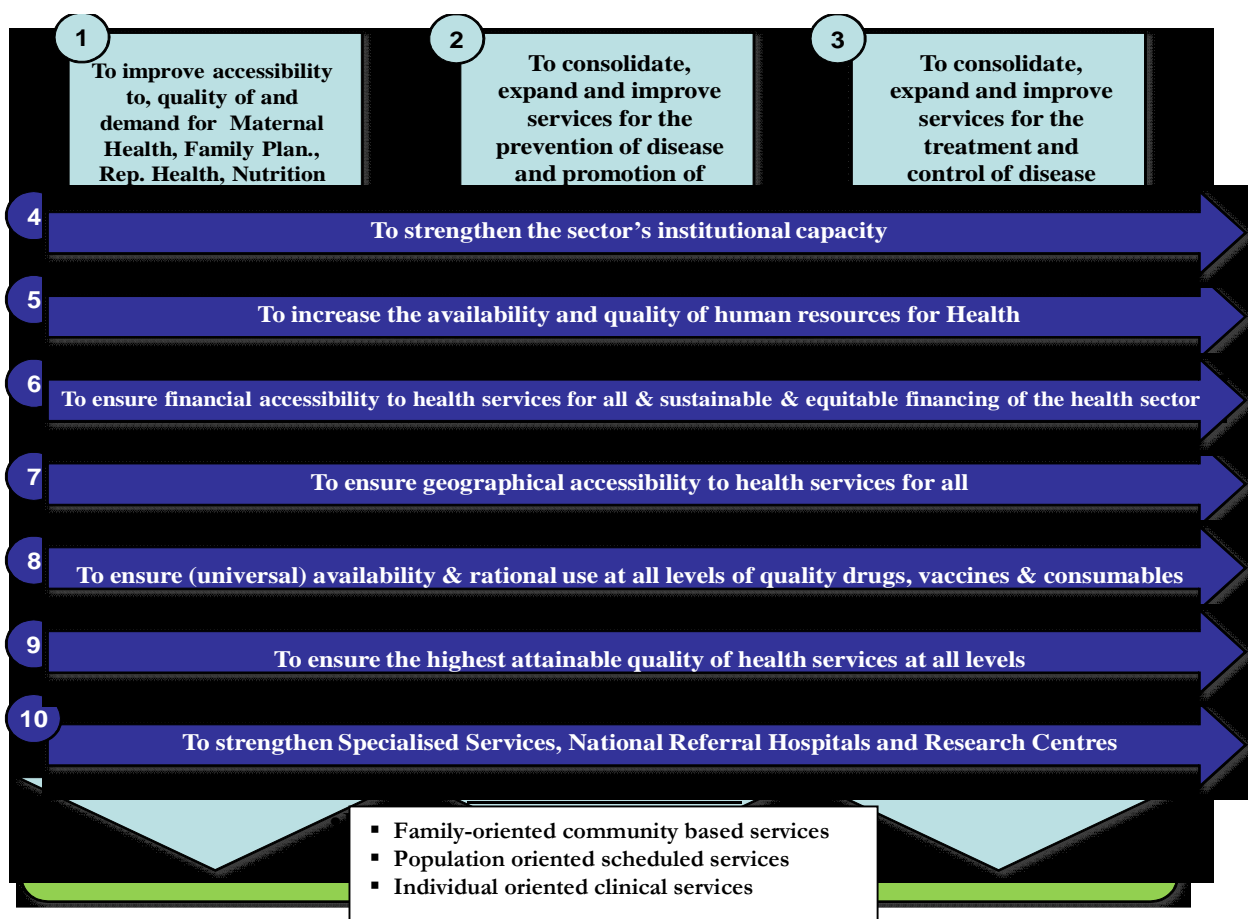


Figure 4: HSSP II – proposed strategic programs. 21

Le DTF travaillera sur les différents axes du HSSP II. Le tableau 1 démontre la cohérence entre la structure du DTF et la structure du HSSP II.

Table 1: relation des axes HSSP II et Résultats de la planification opérationnelle.

Axes HSSP II	Objectif 1: appui au niveau décentralisé	Objectif 2: appui au niveau central
<i>Strengthen institutional capacity</i>	Résultat 1	Résultat 7 (planning), Résultat 8 (coordination), Résultat 11 (M&E)
<i>Human resources</i>	Résultat 2	Résultat 9
<i>Financial and geographical accessibility</i> <i>Equitable financing</i>	Résultat 3	Résultat 10
<i>Rational use of drugs, vaccines, consumables</i>	Résultat 4	Résultat 8
<i>Quality of services</i>	Résultat 5	Résultat 12
<i>Research, specialised services</i>	Résultat 6	Résultat 13

Comme déjà indiqué dans l'analyse dans le chapitre 1, il est important de garder une approche intégrée et globale dans l'opérationnalisation du HSSP II.

²¹ Source: HSSP July 2009 – June 2012, Government of Rwanda, Ministry of Health

2.2.2 Un système global de santé (partant du secteur de santé) – ‘le quoi’

Un appui institutionnel implique un appui au système (de la santé) au-delà d'un appui au Ministère (de la santé). Un 'système' se définit comme 'une série d'éléments qui sont en interaction'. L'approche systémique consiste à jouer à la fois sur les éléments et les interactions du système de santé. En renforçant la dynamique de ces interactions et la production des résultats, la fonctionnalité du système entier s'améliorera.

Les éléments majeurs et les interactions dans le système de santé au Rwanda peuvent être présentés comme suit:

- L'organisation interne du Ministère de la santé et la collaboration entre les différentes directions au niveau central du Ministère;
- Les interactions et les lignes de communication entre le niveau central et le niveau opérationnel (district) ;
- Le partenariat entre le secteur privé/associatif et le secteur public (le privé lucratif, le privé non-lucratif, les associations, les mutuelles, le monde académique) ;
- Le partenariat entre le Ministère de la Santé et les collectivités locales ;
- La concertation entre le Ministère de la Santé et les partenaires techniques et financiers (coopérations bilatérales et multilatérales, autres);
- Le partenariat entre le Ministère de la Santé et les autres Ministères concernés par la santé (avec une attention particulière aux interactions avec Minaloc et Minecofin).

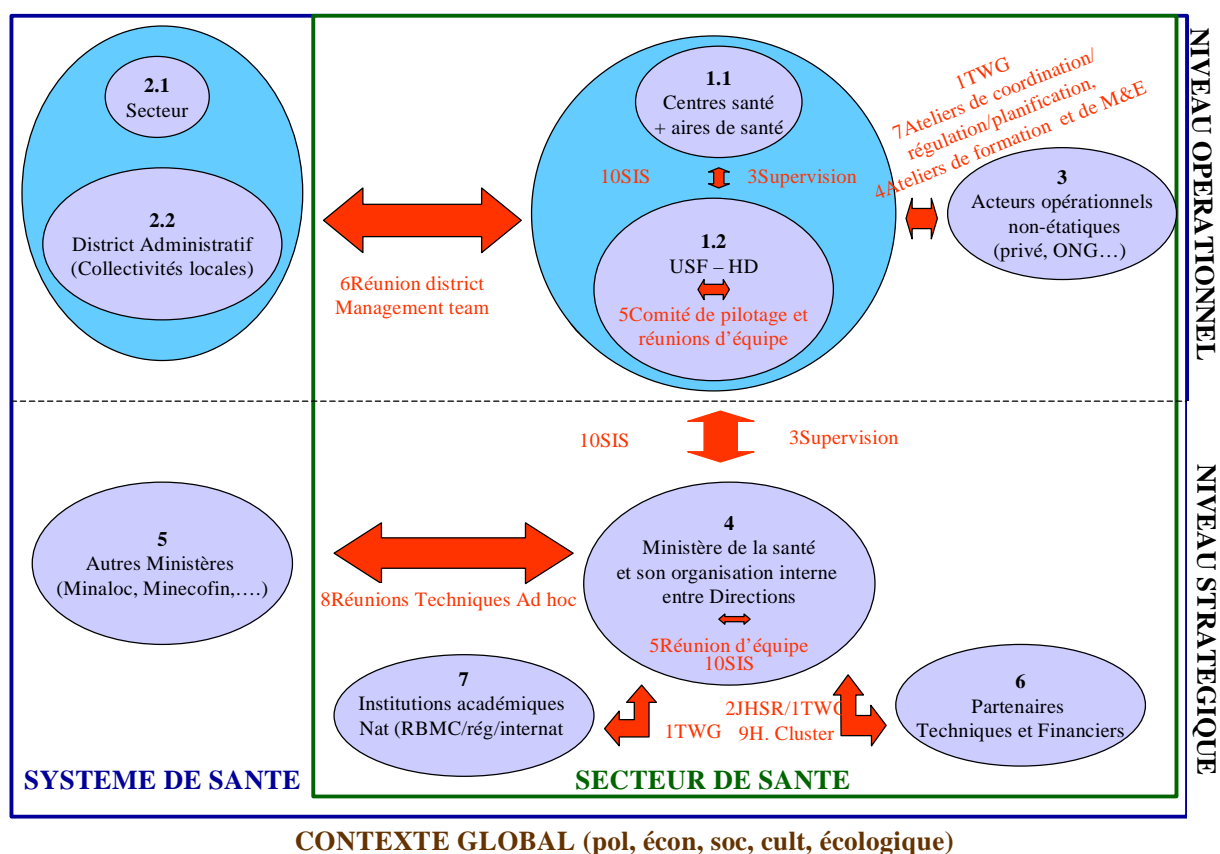


Figure 5: Les partenaires au sein du système de santé au Rwanda et les interfaces de communication les plus importants

2.2.3 Méthodologie de renforcement du système global de santé – ‘le comment’

Plutôt que de viser un appui à l’offre des services, cet appui institutionnel a comme objectif primaire le renforcement des capacités en termes de savoir, compétences et attitudes. Ainsi, la stratégie globale du programme « appui institutionnel au Minisanté phase IV – RWA1806611 » se focalisera sur un renforcement global de la gouvernance du secteur de la santé. S’inspirant d’un concept paper développé pour la Commission européenne²², cinq axes de gouvernance sectorielle ont été identifiés, qui coïncident largement avec les axes stratégiques du HSSP II, comme évoqué sous 2.2.1. Les cinq axes qui ont été retenus lors de la formulation sont:

- (1) **Planning:** La stratégie et la politique sectorielle, qui se concentrent sur l’élaboration des politiques publiques cohérentes (par ex. plans stratégiques et opérationnels) avec un intérêt particulier pour l’échange entre le niveau central et décentralisé;
- (2) **Coordination et gestion:** sous cet axe tombent les questions sur les relations et interactions dans le système de santé, sur l’échange d’information et sur les processus de prise de décision entre le niveau central et décentralisé ; un aspect spécifique de cet axe porte sur la régulation du secteur: rôles et responsabilités de tous les acteurs, limitations dans l’exercice de leurs activités ; codes éthiques et déontologiques etc.
- (3) **Renforcement des ressources humaines:** le renforcement des RH se focalise entre autres sur la formation technique, la gestion des ressources humaines et la vision stratégique de la politique RH ;
- (4) **La gestion financière:** elle comprend les différentes composantes du cycle budgétaire (planification, approbation, exécution et suivi), le système de financement du secteur (sa durabilité) et l’informatisation ;
- (5) **Monitoring et Evaluation:** le système de suivi et d’évaluation pour le secteur de la santé, qui englobe la stratégie de collecte de données, la fiabilité des données collectées et l’exploitation des données M&E.

2.3. LE LIEN ENTRE LE SYSTÈME DE SANTÉ AU NIVEAU LOCAL ET AU NIVEAU GLOBAL

Les deux pôles ne peuvent pas se développer indépendamment l’un de l’autre. Le rôle essentiel du niveau central étant de capitaliser les concepts et les expériences du niveau opérationnel, de développer des politiques de santé adaptés au terrain et de suivre leur application, la synergie entre les deux niveaux est impératif pour la fonctionnalité du système de santé dans son ensemble. Le moteur de cette stratégie de double ancrage est la démarche de la recherche-action.

2.3.1 Une stratégie de double ancrage – ‘le quoi’

L’interaction entre le niveau central et le niveau opérationnel mérite donc d’être développée davantage²³.

Pour développer des politiques adaptées, il faut prendre en compte les besoins du niveau opérationnel. Il est donc pertinent que l’appui institutionnel se concentre en même temps sur le niveau central et le niveau décentralisé, ainsi que sur l’interaction entre les deux, ce qu’on appelle une ‘stratégie à double ancrage’.

L’appui au niveau central vise à:

²² Addressing governance in sector operations

(http://www.nilsboesen.dk/uploads/docs/Addressing_Governance_in_Sector_Operations.pdf).

²³ Cela n’exclut pas l’importance des autres interactions entre différents acteurs dans le système cités plus haut (voir figure 4) sont aussi importante dans le cadre de cet appui.

- faciliter le développement et l'adaptation continue des politiques de santé nationales suivant les réalités du terrain, des analyses basées sur l'évidence, et le contexte changeant au sein et en dehors du secteur de santé ;
- assurer une stratégie de communication efficace envers les acteurs opérationnels par rapport aux politiques nationales ;
- renforcer les canaux de communication entre le niveau décentralisé et le niveau central permettant de capter les expériences et les leçons de terrain d'une façon systématique.

L'appui au niveau décentralisé vise à:

- renforcer les capacités des districts et les secteurs à mettre en œuvre des politiques de santé nationales et les adapter aux conditions locales ;
- renforcer les capacités des districts et les secteurs à présenter les expériences d'une façon systématique et de donner un feedback structuré et 'evidence-based' envers le niveau central en vue de renforcer les politiques de santé. A cet égard une gestion scientifique ('evidence-based') et une démarche recherche-action seront promues ;
- renforcer l'accessibilité et la qualité des services de santé en vue de réaliser les 'produits santé' mis en avant dans le HSSP II.

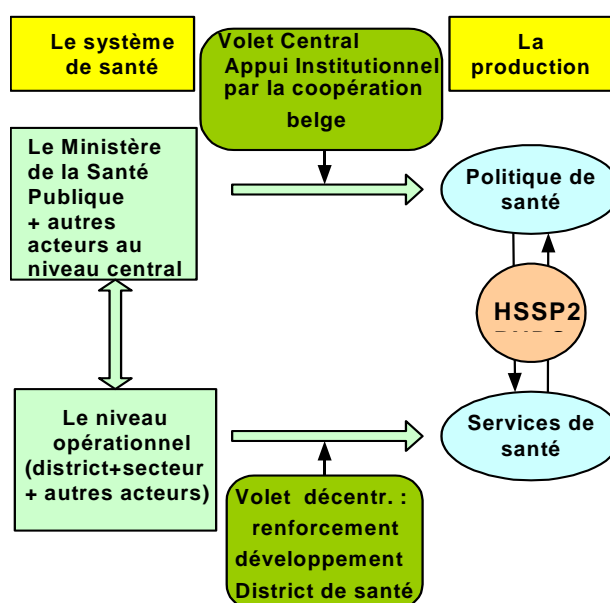


Figure 7: stratégie de double ancrage pour le développement

L'appui au niveau décentralisé vise le renforcement des capacités au-delà d'un appui aux moyens de fonctionnement des services de santé. Cela serait d'ailleurs en contradiction avec l'objectif du gouvernement rwandais de fortement réduire la dépendance du Rwanda des ressources extérieures d'ici 2020. Comme cet appui est intensif, un nombre limité de districts sera appuyé. Un des districts recevra un accompagnement plus intensif avec une orientation plus explicite vers la recherche-action.

La valorisation des expériences du terrain ne se limitera néanmoins pas uniquement aux districts appuyés dans le cadre de cet appui institutionnel, mais prendra en compte toute expérience intéressante dans d'autres districts, quelqu'en soit l'initiateur

L'appui institutionnel doit assurer les conditions optimales au niveau central pour permettre cette capitalisation. Les expériences (documentées) alimenteront aussi le dialogue politique dans le cadre de l'appui budgétaire sectoriel.

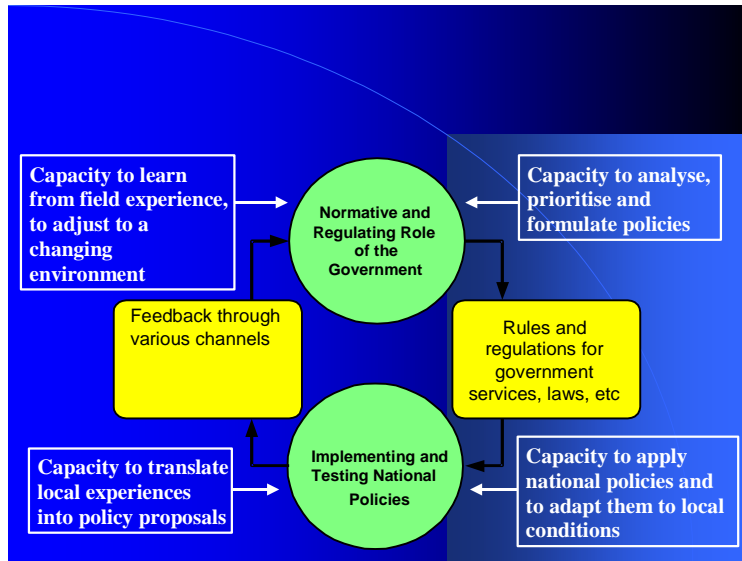


Figure 8: le renforcement des capacités

2.3.2 La recherche action qui alimente la politique nationale – ‘le comment’

L’intervention doit appuyer le Ministère de la Santé (MS) avec l’objectif de devenir « **une organisation apprenante** » c’est-à-dire une organisation qui base le développement de ses politiques, stratégies et normes sur la disponibilité et l’analyse de l’information à jour, de qualité et bien organisée (accessible) et sur la valorisation des réflexions critiques et des bonnes pratiques venant du terrain, mais aussi du niveau central (auto-évaluation, analyse des goulots d’étranglement) et des acteurs externes au MS. La stratégie spécifique pour le développement d’une organisation apprenante est l’échange sur base de groupes thématiques (‘taskforces’, ‘TWG’), alimentés particulièrement par les évidences résultant du travail de terrain, et en particulier de la recherche-action intégrée sur le développement du district.

Cette démarche exige le renforcement d’une gestion scientifique, tout d’abord au sein des Unités Santé et Famille. Ceci demande un accompagnement intensif pour familiariser ces équipes ainsi que leurs superviseurs par rapport à 1/ la logique de la gestion scientifique et la recherche-action, 2/ l’identification des hypothèses de recherche, 3/ la conduite et le suivi de la recherche-action même, et 4/ la description et la communication vers le niveau central.

Ce processus de recherche doit être accompagné par un « appui scientifique » organisé par les institutions académiques, à savoir l’ESP, intégrée dans le Rwanda Biomedical Centre, qui renforcera ainsi sa capacité de recherche et sera réalisé à travers un partenariat avec des institutions nationales, régionales et/ou internationales. Cet « appui scientifique » se concrétisera à travers des visites de terrain régulières et une participation aux groupes thématiques. Il est très important que cet « appui scientifique » parte des préoccupations et de réflexion des acteurs de terrain..

Cette recherche au niveau du district est essentielle pour l’appui institutionnel, parce qu’elle va produire des informations qui vont permettre au Ministère de mieux cerner ce qu’il faut faire pour améliorer la fonctionnalité des districts, donc avoir des meilleurs soins pour la population. Et donc adapter politiques et stratégies au niveau national

Il faut encore souligner que l’appui institutionnel vise le renforcement du système de santé dans sa globalité. Il capitalisera les expériences de tous les districts avec une démarche de recherche, qu’ils soient appuyés par la coopération belge (voir programme Kigali Ville) ou un autre acteur.

3. PLANIFICATION OPERATIONNELLE

3.1. OBJECTIF GÉNÉRAL

Le Rwanda a mis en place un système de santé capable de répondre de manière appropriée aux besoins de sa population

3.2. OBJECTIF SPÉCIFIQUE

Objectif Spécifique 1. Le système de santé de district est renforcé à travers une meilleure fonctionnalité de ses organes décentralisés et de leurs interfaces d'interaction

Objectif Spécifique 2. Le niveau central assure la qualité du secteur de la santé à travers un renforcement de la planification, coordination, gestion et M&E, et en se fondant sur les résultats générées par la recherche.

3.3. RÉSULTATS ATTENDUS

Afin d'atteindre les objectifs spécifiques, les résultats attendus avancés pour l'actuel appui institutionnel sont au nombre de 13.

Les résultats 1 à 6 portent sur l'objectif spécifique 1, visant l'amélioration de la fonctionnalité du district, comme pierre angulaire du système de santé dans un contexte de décentralisation et ses interactions avec le niveau central. Les résultats 7 à 13 portent sur l'objectif spécifique 2, visant le niveau central dans sa capacité d'assurer le développement du secteur de la santé.

Les résultats se greffent sur les axes du HSSP II (tels que documentés sous le paragraphe 1.4.2 à la page 14 et repris schématiquement dans le tableau 1).

Objectif Spécifique 1. Le système de santé de district est renforcé à travers une meilleure fonctionnalité de ses organes décentralisés et de leurs interfaces d'interaction

3.3.1 L'Equipe intégrée de gestion du district est renforcée

3.3.2 La disponibilité au niveau local des ressources humaines compétentes et motivées est améliorée

3.3.3 L'accessibilité équitable aux services de santé adaptés aux normes et aux besoins est augmentée (couverture sanitaire)

3.3.4 La gestion des ressources en vue d'une rationalisation progressive du fonctionnement interne des formations sanitaires est améliorée

3.3.5 La qualité des soins est améliorée d'une façon continue

3.3.6 Les connaissances sont développées d'une façon systématique

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

3.3.7 Les plans du secteur de la santé sont développés.

3.3.8 La coordination et la gestion du secteur sont faites de façon globale et intégrée.

3.3.9 Les ressources humaines sont renforcées suivant plan.

3.3.10 La gestion financière est assurée de façon efficace suivant les normes et standards nationaux et internationaux.

3.3.11 Un système intégré et performant de suivi et évaluation est mis en place et opérationnel.

3.3.12 Les services et les soins délivrés sont de qualité suivant les normes et standards

3.3.13 La recherche action et les analyses développées au niveau opérationnel alimentent les politiques.

3.4. ACTIVITÉS À METTRE EN ŒUVRE

Objectif Spécifique 1. Le système de santé de district est renforcé à travers une meilleure fonctionnalité de ses organes décentralisés et de leurs interfaces d'interaction

- **Un appui diversifié aux districts**

Dans le chapitre précédent, le mandat du ministère de la santé a été décrit: formuler et ajuster continuellement sa politique sectorielle de la santé et veiller à son application et à sa faisabilité. Ceci implique un processus de monitoring, d'observation intense du terrain et une communication systématique et institutionnalisée entre le niveau central et opérationnel.

Cette introduction décrit plus en détail comment un processus de recherche sur un système de santé peut être organisé et à travers quelle dynamique la politique nationale peut être améliorée en la matière.

Un programme d'appui institutionnel au MOH devra renforcer le ministère dans cette fonction. Pour le faire, le DTF propose de travailler sur un système de santé de district, intensivement encadré et suivi de façon systématique pour permettre aux expériences du terrain d'atteindre le niveau politique du Minisanté et du Minaloc pour, in fine, influencer l'ajustement de la politique sanitaire du pays.

Une telle approche implique que dans un district dit de « recherche », les normes émises par le(s) ministère(s) puissent être comprises, testées quant à leur applicabilité et, que si nécessaire, des alternatives puissent être proposées et testées.

Cette dynamique peut être créée à travers un représentant du MOH et une assistance technique qui travaillent intensivement avec une équipe de santé du district, (Unité Santé et Famille, directeur de l'hôpital de district ; titulaires des Centres de Santé).

Trois districts seront appuyés par l'actuelle intervention dans cette perspective. La proposition de choix des districts est documentée sous le point 3.7.1.

- **L'organisation de la recherche-action au niveau de district dans le cadre du Programme d'Appui Institutionnel 4 de la coopération belge**

- *Objectif de la recherche-action dans le contexte du Rwanda:*

Un district constitue un « laboratoire » pour le Minisanté et pour le Minaloc dans le cadre de la décentralisation. Il doit permettre d'étudier et de documenter les conditions de mise en œuvre des normes définies par le Minisanté et le Minaloc, les problèmes systémiques rencontrés, et les solutions trouvées ou les propositions de solution si ces dernières dépendent de compétences se trouvant ailleurs que dans le district.

Il s'agit d'un laboratoire « in vivo », donc partant de la réalité du terrain. De ce fait, la démarche de recherche-action est intégrée dans le processus gestionnaire. Il ne s'agira pas dans ce district d'appliquer aveuglément les normes, mais d'étudier la faisabilité de la planification du niveau central dans sa rencontre avec les réalités du terrain. Elle vise à rendre le district de plus en plus apte à fournir les soins de qualité destinés à répondre aux besoins fondamentaux de la population desservie.

L'utilité de ce type de recherche pour le système de santé au Rwanda réside dans la nécessité pour le pays d'atteindre un renforcement de son service de santé sur le long terme, alors qu'il se trouve pour le moment dans une situation de tension entre: d'un côté le besoin d'obtenir des résultats à court terme (objectifs du millénaire) et d'un autre côté la nécessité de mener à bien les réformes organisationnelles nécessaires à l'amélioration durable des services ; ce qui implique des hommes, et donc des changements de comportement qui ne peuvent s'inscrire que dans le long terme. Une des questions clés est effectivement la durabilité des actions, en cohérence avec la vision 2020 du gouvernement qui vise notamment un maximum d'indépendance vis-à-vis de l'extérieur pour le fonctionnement des services. L'efficacité, l'efficacités et la durabilité du système à mettre en place seront donc des aspects de la qualité que les chercheurs devront constamment avoir à l'esprit.

○ ***Démarche de la recherche-action :***

Identification des problèmes: la réalité du terrain est constituée d'une série de problèmes et d'obstacles qu'il s'agira de résoudre et de surmonter pour améliorer progressivement la fonctionnalité du système de santé de district comme l'élément le plus structurant du système de santé national. Ces problèmes peuvent résulter éventuellement de l'application de normes actuelles. Ils doivent être identifiés en commun par les partenaires et étudiés et résolus (si possible) systématiquement.

La formulation des hypothèses de solution, et leur mise en œuvre pour les tester: cette approche permettra donc de constater la validité des normes si elles s'avèrent pertinentes dans les conditions de travail, ou bien de voir en quoi la mise en œuvre des politiques et stratégies nationales est problématique et de proposer des améliorations.

La documentation du processus: qui aboutira (ou non) à une solution qui pourra être observée et utilisée localement d'abord et ensuite utilisée au niveau général (tout le pays) Il faut donc prévoir comment suivre/monitorer/évaluer les effets des décisions traduites en action. Ceci implique une documentation rigoureuse des processus:

- c'est une spécificité d'un programme qui se veut être un programme de recherche
- c'est crucial pour la capitalisation (et pour la préparation d'ateliers de diffusion)
- il faut documenter tout le processus (analyse des problèmes, planification et mise en œuvre de l'action, l'évaluation et les effets de l'action (positifs et négatifs).

La diffusion des résultats peut se faire à travers:

- des rapports analytiques des expériences menées sur le terrain
- l'organisation d'ateliers de restitution des résultats des expériences du terrain en associant les différents partenaires du secteur
- la participation dans des groupes de travail thématiques
- la participation à des ateliers nationaux et internationaux
- des publications scientifiques.

Il s'agira donc surtout de gérer des problèmes et apporter des solutions et monter des actions plutôt que d'exécuter des activités pré-programmées selon un cahier des charges bien défini. Cette approche demandera une interaction intensive entre l'assistance technique et les autorités de la santé et du Minaloc notamment à tous les niveaux.

- **Des activités pertinentes à mener dans le cadre de la recherche-action et l'amélioration de la fonctionnalité des districts-cibles suivant les 6 axes de développement du district**

Ce sous-chapitre contextualise pour les districts-cibles au Rwanda les axes à appuyer au niveau du district. Ceci suivant la méthodologie de développement du système local de santé exposée sous 2.1.3. Six axes seront ainsi développés. Elles sont également entièrement en ligne avec les objectifs et axes du HSSP II (voir 2.2.1).

Le texte ci-dessous inclut pour chaque axe des thèmes de recherche pertinents à étudier sur base des rencontres et documents lors de la formulation. Les thèmes mentionnés dans ce document sont indicatifs et devraient sortir de la réflexion locale lors de la mise en oeuvre de cet appui institutionnel. Les axes d'attention décrits ci-dessous valent aussi pour les deux autres districts-cibles bien que la composante de recherche-action n'y sera pas élaborée d'une façon systématique. Bien que cela n'empêche aucunement le questionnement et la mise en oeuvre de solutions locales pragmatiques à des problèmes rencontrés.

Les six axes sont traduits sous forme de six résultats.

Il est dorès et déjà important de préciser que le programme actuel n'appliquera pour son appui aux districts pas l'approche classique de projet. En ligne avec la déclaration de Paris, il a opté pour une approche qui sera mise en exécution après signature de **convention d'exécution**. Cette approche est amplement décrite sous le chapitre 5, « Modalités d'exécution ». Dans cette logique les activités avancées ci dessous ne sont pas limitatives, ni budgétisées. Le financement sera sous forme d'enveloppe, comme déterminé contractuellement.

Il est également important de préciser qu'il existe au moment de la rédaction du DTF pour les districts des documents de référence et études détaillées. D'importance particulière sont indéniablement les **PDD 2008-2012, Plan de Développement des Districts**. Ces plans fournissent une information importante sur les caractéristiques générales du district, détaillent la vision, mission et objectifs de développement global du district sur 5 ans, et ensuite donnent par unité une analyse technique, le listing des priorités et objectifs. L'USFPDE qui sera appuyé dans cette intervention, dispose donc déjà d'un plan stratégique quinquennal qui trace les grandes lignes de son développement.

Un deuxième document crucial par district, est l'étude « baseline » demandée par le CDPF, et réalisée par la fondation Clinton, portant sur tous les districts individuels, intitulé: District Health System Strengthening Framework Implementation Plan. Publié en 2008, ce document contient une analyse importante des besoins des districts, suivant 10 axes, une liste des activités prioritaires, avec budgétisation.

3.4.1 L'Equipe intégrée de gestion du district est renforcée

Afin d'obtenir un renforcement du système de santé du district, la première priorité doit être accordée au renforcement des différentes équipes de gestion, opérationnelles à tous les niveaux du district: USFPDE au niveau du district, les équipes de gestion au niveau des HD et des CDS. Il s'agit d'un renforcement des capacités systémiques et interpersonnelles (leadership, facilitation et accompagnement, travail en équipe et en réseau, capacité d'écoute et de flexibilité). D'habitude ce genre de 'soft skills' reçoivent peu d'attention bien qu'elles soient essentielles pour tout système en transformation continue. Le renforcement des capacités de ce type se fera à travers un accompagnement technique continu et, suivant des besoins spécifiques, des formations ciblées. Parmi les éléments importants à renforcer voici un inventaire indicatif d'activités:

Stimuler la bonne gestion et la bonne coordination (incluant la régulation) entre tous les acteurs dans le système au niveau local

Parmi ces acteurs se trouvent les communautés locales, les collectivités locales, les autorités administratives, les acteurs non-étatiques et les acteurs en dehors du secteur de la santé. Des activités importantes, dans lesquelles l'intervention pourrait jouer un rôle important, sont entre autres:

A/ les activités de clarification et documentation des rôles et responsabilités et des tâches de l'USFPDE, HD, CS avec un accent sur les articulations avec le district/secteur administratif, et avec les autres acteurs (structures autonomes telles que la pharmacie de district, mutuelle de santé ou certains programmes spécifiques ; acteurs non-étatiques ; acteurs d'autres secteurs). Comme le gouvernement veut promouvoir la santé communautaire, il faut aussi suivre comment ce volet peut s'intégrer harmonieusement dans le fonctionnement du CS qui est finalement responsable pour la santé dans son aire. Un feedback systématique au niveau central est nécessaire.

Tout ceci doit cadrer dans une approche systémique (une vision de SWAP décentralisé) au-delà d'un cadre bureaucratique et hiérarchique. Les capacités et les outils pour mettre en oeuvre un tel SWAP décentralisé doivent être développés. Une synergie avec les leçons apprises dans le cadre du projet de décentralisation à Gakenke²⁵ doit être activement recherchée.

B/ la tenue régulière des ateliers participatifs de 1/planification, de 2/réflexion, de 3/monitoring et évaluation.

Dans la *planification* il y a le plan stratégique et opérationnel pour le domaine de la santé, mais également son intégration dans (et son financement par) le plan de développement global du district. A part le contenu, le district de recherche devrait réfléchir sur une méthodologie adaptée²⁶ de planification.

Dans la *réflexion*, à l'image du niveau central, l'organisation des groupes de réflexion thématique pour approfondir les sujets techniques communs et prioritaires, est à encourager.

Dans le *monitoring et l'évaluation*, la concertation régulière est importante. Ces forums de discussion doivent capitaliser l'information existante, non seulement l'information quantitative récoltée à travers le système 'de routine' mais aussi l'information qualitative (par exemple des analyses sur base des incidents critiques, enquêtes de satisfaction...). L'objectif est avant tout de stimuler au niveau du district la réflexion, l'analyse commune et l'apprentissage ('performance analyse': le

²⁵ Projet appuyé par la coopération belge

²⁶ Outcome mapping et Comprehensive Participatory Planning and Evaluation par exemple sont des approches et méthodologies à explorer.

pourquoi) et moins de faire l'inventaire des informations et des performances ('performance stocktaking': le quoi). Il faut également veiller à faire le lien avec la planification.

C/ la communication entre le niveau de district et le niveau central. L'échange de l'information quantitative et qualitative pertinente, la remontée des réflexions et recherche-action, la participation des cadres de district dans des forums de discussion au niveau central et vice versa sont des exemples d'activités à développer.

Renforcer la cohésion interne entre les différentes composantes du système local de santé

Il s'agit de la collaboration entre les Centres de Santé, l'Hôpital de district, l'USFPDE, les programmes verticaux pour assurer un flux optimal des utilisateurs et de l'information. Ceci est particulièrement important dans un contexte de décentralisation jusqu'au niveau des secteurs qui contient un risque par rapport à une collaboration harmonieuse entre l'USFPDE /hôpital de district d'une part, et USFPDE/hôpital et CS d'autre part. Un travail est à faire par exemple par rapport à A/ la tenue des réunions entre ces composantes ainsi que la qualité de ces réunions, B/ le système de supervision au sein du district inclusif un échange régulier entre les superviseurs, C/ le système de référence et de contre-référence, D/ un système d'information sur la santé rationalisé qui vient en appui aux décisions de gestion du district.

3.4.2 La disponibilité au niveau local des ressources humaines compétentes et motivées est améliorée

Ce résultat implique des activités par rapport à la disponibilité, la motivation et la formation du personnel

Stimuler une meilleure disponibilité du personnel au niveau du district

Bien que cela relève en premier lieu du niveau central, le niveau de district peut contribuer à la stratégie de disponibilité du personnel dans le milieu rural.

Ceci d'une part à travers un inventaire des besoins en ce qui concerne les profils et le personnel nécessaire pour faire fonctionner les services administratifs et opérationnels, et un suivi des flux de personnel. En ce sens, ils peuvent être d'une grande utilité pour les écoles de formation des personnels de santé et dans les aspects normatifs pour le Ministère de la Santé (et autres concernés).

D'autre part à travers par exemple une recherche-action sur les conditions de travail et de vie dans le milieu rural pour pouvoir attirer du personnel, de préférence différenciée par catégorie.

Assurer une formation adaptée aux besoins du personnel de santé dans le district

D'abord il est important de spécifier le type de capacités à renforcer. en plus des capacités techniques et des capacités managériales, il y a aussi le renforcement des capacités systémiques et interpersonnelles (nommées 'transformationnelles') citées déjà plus haut. Cette dernière catégorie est essentielle pour générer une nouvelle dynamique de gestion des systèmes au niveau du district et pour bien mener par exemple les activités citées dans l'axe précédent. Un exemple de contenu de formation pourrait être le travail en équipe, compétence essentielle pour tout niveau.

A part le contenu, la méthodologie de formation mérite une analyse. Une formation continue et proche du terrain, orientée vers la pratique et la réflexion est importante. La façon de conduire les visites de supervision est essentielle à cet égard: elles devraient s'orienter vers l'accompagnement, l'apprentissage au lieu d'être des visites de contrôle hiérarchique. La conduite des ateliers de

formation suit la même logique. Renforcer les capacités des superviseurs et des facilitateurs à cet égard constitue une priorité. La création et l'encadrement des lieux de stages privilégiés autour des centres d'excellence sont à développer en particulier dans le district cible.

Finalement il est pertinent de mener une analyse dans le district avec une feedback aux responsables de la formation initiale pour arriver à une meilleure adéquation entre la formation des professionnels de santé et les besoins du terrain. Une réflexion sur la rationalisation des structures de santé et sur la définition du travail que chaque personnel doit y accomplir peut contribuer à cette analyse.

Renforcer la motivation du personnel dans le district

Il s'agit ici tout d'abord de mettre en œuvre les recommandations de l'évaluation finale du projet AC (Performance Based Financing). Cette évaluation a entre autres indiqué le besoin d'élargir la réflexion autour de cette approche. Ceci avec un plus grand accent sur la dimension 'qualité' par rapport à la dimension gestion et contrôle. Une action prioritaire pourrait être d'inclure l'équipe santé (USFPDE) travaillant dans le district dans ce PBF, en définissant²⁷ mieux ce que l'on attend d'eux dans le travail de « gestion » du système de santé de district. La gestion étant entendue comme « faire fonctionner ». Cela nécessite une étude pilote et les moyens pour financer ce type de PBF dans les trois districts cibles.

Il faudrait aussi étudier la synergie avec d'autres stratégies de motivation et d'encadrement global du personnel. Des nouvelles procédures d'accréditation pour les hôpitaux mises en place dans d'autres pays et /ou des audits par le COSHASA peuvent servir comme source d'inspiration.

3.4.3 L'accessibilité équitable aux services de santé adaptés aux normes et aux besoins est augmentée (couverture sanitaire)

Plusieurs activités peuvent être identifiées dans le contexte précis au Rwanda:

Mettre en place des cartes sanitaires de district

C'est une des recommandations de l'évaluation finale. Joint à ce travail, une réflexion quant aux critères d'un CS fonctionnel et la place des postes de santé serait justifiée.

Renforcer les paquets minimums, complémentaires et tertiaires d'activités

Le PMA et le PCA ont fait leurs preuves au Rwanda. Un exercice de révision des paquets de soins a été mené récemment. Comme soulevé par les évaluateurs des projets antérieurs²⁸, il convient de mettre l'accent sur la mise en œuvre des paquets disponibles et leur amélioration continue.²⁹

Dans cet exercice, il s'agit aussi de trouver l'équilibre entre le besoin de décentralisation pour la population et le besoin de concentration des ressources pour réunir la masse critique des ressources. Cela en veillant au renforcement mutuel des services horizontaux et les programmes spécifiques. Il serait utile d'étudier la faisabilité, l'utilité et l'opportunité d'une intégration (pas un but en soi) de ces programmes.

Il faut développer des lignes de conduite pratiques pour la mise en œuvre de ces nouvelles composantes (guidelines, amélioration guides thérapeutiques). Cet aspect comprend aussi les procédures dans le cadre du système de référence et de contre-référence afin d'inverser la tendance

²⁷ Voir par exemple les indicateurs 'Base administrative de District' utilisés il y a quelques années.

²⁸ Rapport définitif de l'évaluation finale, AEDES, mars 2009

²⁹ Ceci inclut une analyse critique des activités actuellement dans le paquet par exemple concernant «l'utilité d'un nombre élevé (4) de consultations prénatales

à la sur-utilisation des hôpitaux pour les soins primaires et à leur sous-utilisation pour les cas nécessitant une référence.

L'évaluation finale 'appui aux districts' a soulevé certains points à développer par rapport au PCA dans l'HD:

- Développer le Samu: l'organisation d'un service performant de transport des malades et des blessés.
- Assurer une meilleure conception de la prise en charge (24h/24) des urgences et des cas graves (provenant d'une référence ou se présentant au sein même de l'hôpital) à travers 1/la création de services spécifiques «urgences/unité de soins continus» (local et lits dédiés, équipement adéquat, formation adéquate du personnel médical et paramédical nécessaire, etc.), 2/ la mise au point d'un système de garde performant avec du personnel motivé.
- Assurer l'extension progressive du plateau technique chirurgical, afin d'assumer la prise en charge d'une gamme plus étendue de traumatologie et de chirurgie viscérale générale ; ces aspects nécessitent une analyse des besoins en infrastructures et équipements, ainsi qu'en besoin en formation continue (par exemple par la mise en place de « stratégies avancées » par certains spécialistes)

Il faudrait aussi analyser les conséquences potentielles d'une adaptation du PCA par rapport au Performance Based Financing.

Le PTA dépasse le cadre strict du district mais il est important de l'étudier dans le cadre de la référence.

Intégrer et développer les activités de santé mentale dans le PMA et PCA au niveau du district

La prise en charge des troubles psychiques à tous les niveaux est en voie d'amélioration. Un plan stratégique 2009 – 2012 est développé. Suivant ce plan, il est prévu un renforcement des activités préventives, ainsi qu'une intégration dans le PMA et PCA de la santé mentale. Une disponibilité de psychotropes de qualité sera incluse dans ce paquet. Cette stratégie prévoit aussi une intégration dans les instruments de suivi de la performance (PBF, accréditation). Cette intégration peut être testée dans les districts ciblés, avec une composante de recherche-action dans le district de recherche. Ceci en synergie avec la composante santé mentale à intégrer dans le cadre du programme 'appui au développement du PSDSK' (intégration dans les services de base et le réseau des hôpitaux de la ville de Kigali).

Il est également prévu une extension des activités. A partir de 2006, des Pôles Opérationnels de Santé Mentale (POSM) ont été créés à Ruhengeri, Nyamata, Kibongo, Nyanza, Kibuye, qui ont une mission importante de soins curatifs décentralisés, de formation et de supervisions, et la coordination. Suivant le plan 2009-2012 un total de 10 POSM devraient être opérationnels. Ceci dépasse les districts cibles.

Clarifier et assurer la complémentarité entre le volet santé communautaire et le PMA

L'interaction avec les communautés fait partie du PMA. Ce volet doit y être intégré. Une étude est à mener pour clarifier les rôles et les tâches complémentaires des agents communautaires et le CS sans créer un nouvel échelon de soins. Car ceci pourrait créer des délais dans la prise en charge des patients au niveau adéquat.

Développer une stratégie intégrée par rapport à la malnutrition au niveau du district

La malnutrition reste une cause importante de la mortalité infantile et constitue une des priorités du gouvernement. Il mérite d'être exploré comment une stratégie intégrée peut être mise en œuvre. Cette stratégie devrait être proche des familles. L'implication active des communautés locales est cruciale avec l'appui des services de santé et les autres secteurs dans le district administratif.

Contribuer à la mise en œuvre d'un plan environnemental adapté au niveau des communautés locales

Il y a tout d'abord un Community Based Environmental Health Program (CBEHP) qui est en voie d'être développé. L'intervention appuiera la réalisation par un appui à la promotion de la santé à travers le réseau des Community Based Health Workers, CBHW.

Au niveau des structures de santé l'organisation de la gestion des déchets liquides et solides mérite une attention particulière. Un Medical Waste Management Plan a été élaboré. Son implémentation est prévue dans les districts-cibles.

Finalement il faut aussi investir dans la récupération des eaux de pluie, le développement de l'énergie solaire, et d'autres technologies écologiques adaptées au contexte local.

Les actions concrètes à mener dans ce domaine seront définies en fonction des priorités non couvertes du plan au moment du démarrage de cet appui.

Suivre l'évolution de l'accessibilité financière et la renforcer

Durant le programme un monitoring régulier de l'accessibilité financière en respect du pouvoir d'achat des différentes catégories d'utilisateurs des services est pertinent. Une rétro-information au niveau central des constats sera fait systématiquement. Une recherche autour des conditions de la mise en place d'une Mutuelle viable au niveau d'un district serait intéressante.

Ce point, d'importance nationale, est également développé sous le point 3.4.10

3.4.4 La gestion des ressources en vue d'une rationalisation progressive du fonctionnement interne des formations sanitaires est améliorée

L'hôpital, formation la plus importante, la plus complexe et la plus coûteuse, est celle qui doit être soumise en priorité à la rationalisation de ses activités. La gestion au niveau de l'équipe USFPDE constitue également une priorité. Ces priorités mènent aux composantes suivantes à renforcer:

Améliorer la gestion des ressources financières

La présence dans les HD de 'Masters in Hospital Management' constitue une priorité. Le programme se propose d'appuyer l'organisation des « formations diplômantes » en gestion hospitalière.³⁰ Les formations en question seront organisées localement dans le cadre d'un partenariat international entre le Rwanda Biomedical Centre-ESP et un Institut de Formation International. Il serait pertinent d'étudier durant le programme des méthodes de rationalisation/organisation d'un hôpital. Une analyse du fonctionnement et du coût d'un centre de santé et d'un hôpital après leur rationalisation pourrait suivre.

La viabilité de la décentralisation ne peut être garantie que moyennant une bonne gestion financière au niveau des districts. Pour cette raison le programme propose un renforcement des directeurs financiers et les agents administratifs (formations, workshops, outils).

³⁰ Cette formation est financée sous l'activité 9.2 car intéressant le Rwanda Biomedical Center

Des études récentes ont démontré l'absence d'outils de gestion informatisée au niveau décentralisé. Le programme appuiera la mise en place d'un logiciel unique pour la gestion des données au niveau des hôpitaux et des districts. Il assurera la formation sur son utilisation, et le déploiement dans les districts-cibles du matériel informatique.

Améliorer la gestion des ressources matérielles particulièrement en relation avec la maintenance et les médicaments

Un appui en investissement sous forme de construction est en dehors des objectifs de cet appui institutionnel. Si nécessaire, pour assurer le fonctionnement, des investissements en équipement sont justifiés.

Par contre une priorité sera donnée au renforcement d'un système rationnel de maintenance des bâtiments et des équipements aux différents niveaux du système décentralisé. Ceci inclut la formation du personnel dans les districts ciblés. Les cadres ciblés ne sont pas nécessairement uniquement des cadres de santé mais d'autres cadres travaillant au sein du district administratif. Car le plus rationnel serait d'organiser la maintenance au niveau du district administratif. L'organisation pratique et la division des tâches reste à étudier au cours du programme d'appui institutionnel.

Un aspect particulier constitue la gestion rationnelle des médicaments. La mise en place d'un système d'approvisionnement et de distribution de médicaments essentiels de qualité au niveau décentralisé pourrait faire l'objet d'une recherche-action dans le 'district de recherche'. Sous cet angle on doit également s'intéresser à la gestion des médicaments périmés: comment sont-ils collectés, centralisés, détruits ?

Renforcer la gestion de l'information

La gestion de l'information doit être renforcée dans ses différents aspects afin d'arriver à un système d'information sanitaire intégré en appui aux décisions de gestion du district:

Tout d'abord une réflexion devrait être menée par rapport à la quantité d'information à récolter. En ce moment les districts doivent remplir 26 formats différents à remplir. L'exercice d'uniformiser et de simplifier la récolte de l'information en vue d'une meilleure prise de décision est une tâche du niveau central. Mais un district de recherche peut contribuer en faisant des propositions opérationnelles d'amélioration.

Une deuxième réflexion pourrait porter sur le type d'information dont on a besoin (voir aussi 3.5 indicateurs). A part l'information quantitative, l'information qualitative est essentielle pour une bonne prise de décision. Surtout dans la perspective d'une analyse commune par l'ensemble des acteurs concernés par la santé avec participation du niveau central, les autres secteurs et les acteurs non-étatiques. La valorisation des documents tels que par exemple les rapports de supervision, les enquêtes de satisfaction est importante. Une dynamique d'analyse systématique des incidents critiques également. La mise en place des groupes de travail thématiques à l'image du niveau central (voir chapitre des orientations stratégiques) pour analyser certaines problématiques et monter des recherches-action (avec l'appui de l'appui scientifique) pour développer le système cadre aussi avec cette dynamique.

Une autre dimension sont les supports. Un système informatique est développé au niveau central ainsi qu'une structure de support en gestion d'information sanitaire et d'épidémiologie au profit des data-managers. Ceci peut contribuer à assurer un bon niveau de qualité des analyses ainsi qu'une harmonisation méthodologique. Telle structure aidera également à assurer une continuité en cas d'indisponibilité temporaire de certains postes de data-manager. L'opérationnalité de ce système devrait être suivie dans les districts-cibles et les problèmes rapportés au niveau central.

Un support spécifique concerne les HD notamment l'application (avec appui du niveau central) d'un EMR (Electronic Medical Record) avec des ordinateurs cliniques qui visent à améliorer,

en particulier, la continuité et la coordination des soins à travers différentes disciplines et secteurs. La gestion du dossier médical serait d'ailleurs un sujet intéressant pour une recherche-action.

Un point crucial concerne le personnel dans le domaine de la gestion de l'information. Une formation des data-managers actuellement placés au niveau décentralisé dans le domaine de la récolte de l'analyse de l'information quantitative et qualitative est nécessaire. Il est à évaluer dans quelle mesure une telle formation pourra se réaliser dans le cadre du Rwanda Biomedical Center. En outre, il faut former et appuyer du personnel de soutien ICT. Ils sont nécessaires pour contrôler et soutenir l'introduction de ces nouvelles technologies aux différents niveaux dans le districts et pour appuyer les utilisateurs dans les structures de santé au niveau du district.

Finalement, dans le cadre de certaines maladies à caractère épidémique, un accent particulier continuera à être mis sur la surveillance épidémiologique (Malaria...).

3.4.5 La qualité des soins est améliorée d'une façon continue

Développer une vision globale en consensuelle sur la qualité des soins

Il faut développer une vision globale et consensuelle sur la qualité des soins avec une prise en compte des aspects techniques et des aspects relationnels des soins. Ceci vaut pour les soins individuels (c'est-à-dire les soins 'orientés vers le patient') et pour les soins collectifs où il y a une interaction entre le personnel de santé et les communautés locales (c'est-à-dire les soins dans le cadre de la promotion de la santé). L'appropriation de cette approche par les acteurs au sein des services de santé ne peut se faire qu'à travers un accompagnement continu. Plusieurs chantiers peuvent être identifiés:

La supervision intégrée et formative peut être un excellent instrument pour y arriver dans la mesure où cette supervision n'est pas confondue avec une visite de contrôle. La qualité ne se suit pas à travers des check-lists mais à travers l'observation directe des soins dispensés et l'écoute du personnel. Un accompagnement réel (style 'coaching') du personnel par rapport aux aspects techniques et relationnels est un modèle qui peut inspirer la façon dont la consultation curative devrait être conduite. Mettre au point cette approche de supervision au sein du district de recherche constituerait une recherche-action très importante et prioritaire. Les résultats pourraient également servir pour la façon dont les supervisions du niveau central vers le district sont conduites (attitude des superviseurs ; méthodologie de supervision ; intégration/synergie des supervisions des programmes contre les maladies spécifiques dans le système de supervision au niveau décentralisé). La supervision est un instrument complémentaire au mécanisme de PBF qui, si utilisé seul, risque d'aboutir à une interprétation restreinte de la performance et de la qualité. Cette recherche devrait aller de pair avec un accompagnement rapproché des superviseurs ('coach').

D'autres mécanismes de formation sur le tas peuvent être testés, tels que par exemple le peer-review (voir leçons apprises de la dynamique des POSM dans le cadre de la Santé Mentale) ou des courts stages dans des centres d'excellence. Complémentairement des ateliers de formation au sein des districts-cibles autour des aspects précis et pratiques de la qualité (après une analyse des besoins) peuvent être organisés. Ces ateliers constituent également un bon forum pour analyser des indicateurs cliniques et des incidents critiques par exemple. Des formations plus poussées (de quelques semaines ou mois dans le pays ou dans la région) peuvent être identifiées en concertation étroite avec le niveau central.

Elargir l'assurance de qualité partant de l'amélioration du mécanisme du PBF

Il s'agit d'une part d'améliorer le mécanisme même. Ceci suivant les recommandations de l'évaluation finale 'appui aux districts' (voir 1.5.3 Table 2 paragraphe 'assurer le dynamisme de l'AC') Cela pourrait éventuellement évoluer dans la direction d'un réel système d'accréditation.

D'autre part, vu les limitations du PBF, il faut le cadrer dans une approche plus large d'assurance qualité. Dans cette perspective, il faut appuyer la vision de la cellule Assurance Qualité au sein du Ministère pour combiner plusieurs instruments d'assurance qualité. Mettre en œuvre cette synergie au niveau décentralisé contient un autre défi de recherche-action.

3.4.6 Les connaissances sont développées d'une façon systématique

Au niveau des districts-cibles, les équipes de district, appuyés par un institut de recherche en collaboration avec la CTB et des partenaires internationaux, conduiront les recherches utiles. Les objectifs et la démarche ainsi que les actions à mener ont été expliqués plus haut dans l'introduction de l'objectif spécifique 1 et aussi sous le chapitre 2.3.

Dans les résultats précédents des sujets indicatifs de recherche-action ont été identifiés. Ce résultat-ci se concentre avant tout sur:

- l'encadrement nécessaire pour accompagner la conduite des RA ;
- le lien avec le niveau central pour capitaliser les RA au niveau stratégique.

Organiser la RA et la réflexion au niveau décentralisé

Plus particulièrement une attention sera prêtée aux éléments suivants:

- assurer la formation des membres de l'Equipe de santé de district par rapport à la démarche de recherche-action ;
- appuyer l'USFPDE à conceptualiser des recherches sur le système de santé (protocoles de recherches, formulation d'hypothèses de travail, identification et suivi d'indicateurs) ;
- appuyer financièrement les activités et les décisions de l'Equipe de santé dans le cadre de la recherche-action ;
- former et appuyer l'USFPDE à organiser un système de réflexion locale qui implique tous les acteurs concernés dans le système. A cet effet, au niveau décentralisé, des groupes de travail thématiques et des ateliers communs de réflexion, suivi et évaluation sont des forums d'échange à mettre en place ou à renforcer quant à leur dynamique et leur contenu.

Organiser l'appui scientifique au niveau central

Ceci doit assurer l'élaboration, la remontée et la capitalisation des dossiers de RA:

- Monter un partenariat entre un institut de recherche rwandais (un partenaire intéressant pourrait être l'ESP) et des institutions régionales et/ou internationales. La valeur ajoutée d'un tel partenariat se situe à plusieurs niveaux tels que: 1/ suivant les questions de recherche identifiées au niveau des districts, des expertises perlées et ponctuelles peuvent être mobilisées par ces institutions pour appuyer les districts, 2/ ces échanges peuvent renforcer les capacités d'encadrement de la recherche-action des institutions scientifiques nationales, 3/ cela encourage la synergie entre le Ministère et le monde scientifique pour construire des politiques de santé adaptées aux besoins, 4/ cela stimule la mise en réseau international entre instituts de recherche.

- Organiser les visites d'encadrement du district de recherche pour former l'USFPDE et suivre des initiatives et décisions prises par l'Equipe de santé. Ceci inclut aussi la participation aux forums d'échange mentionnés sous le point précédent.
- Faciliter la participation des districts avec une composante explicite de recherche aux groupes de travail thématiques au niveau central suivant les sujets discutés.

Organiser le lien entre le niveau de district et le niveau central d'une façon systématique

Des liens systématiques doivent être développés ou renforcés avec le niveau central. Il s'agit avant tout des liens avec Minisanté mais aussi avec d'autres Ministères impliqués dans la décentralisation. Dans le chapitre 3.5 des indicateurs qui mesurent les interactions entre les différents acteurs du système sont expliqués plus en détail sous point 3.5.2.2. Ce paragraphe se limite à inventorier les interfaces les plus importantes à renforcer ou à développer entre le niveau de district et le niveau central. Cette interaction ne se focalise pas exclusivement sur la recherche-action mais plus globalement sur un échange régulier d'information et de réflexions entre ces niveaux. Ceci afin d'organiser les services de santé de la meilleure façon possible, adaptée aux besoins des communautés locales et au contexte du secteur.

Les interfaces les plus importantes à développer/renforcer sont:

- les visites de supervision régulières de la part du Ministère de la santé
- la participation des cadres du niveau central aux ateliers de planification, de M&E et de formation (suivant le besoin) au niveau des districts
- l'appui scientifique
- la participation, suivant le sujet, des districts impliqués dans la RA aux TWG au niveau national: là des dossiers de RA élaborés au niveau de districts peuvent être discutés
- les réunions de coordination entre districts et Minisanté
- la participation des districts au JHSR
- l'expertise ponctuelle pour des études particulières
- la surveillance épidémiologique p.ex. paludisme
- l'accompagnement par l'équipe des assistants techniques dans le cadre de cet appui institutionnel, soit continu (AT en appui au districts cibles) ou perlé (autres AT) et surtout le travail en équipe entre ces AT et les AT des autres appuis belges.

Objectif Spécifique 2. Le niveau central assure la qualité du secteur de la santé à travers un renforcement de la planification, coordination, gestion et M&E, et en se fondant sur les résultats générées par la recherche.

3.4.7 Les plans du secteur de la santé sont développés.

Appui à la planification au niveau central - alimentée par la recherche action

Le MOH est en phase de finalisation de son HSSP II, qui au moment de la mission de formulation est encore sous forme de draft. Ce plan sera le fil rouge qui guidera le développement de tout le secteur pour les années 2009-2012.

L'élaboration rapide d'un plan d'action unique pour le ministère de la santé, intégrant les plans Stratégiques et Opérationnels pour les différents départements du ministère est de haute priorité.

Au-delà de la planification par le Ministère, dans une approche de renforcement du système de santé, il faut assurer l'implication de tous les acteurs dans le système dans le cycle de planification. Cela demande une formation des cadres du Ministère par rapport à la gestion systémique et à la facilitation d'un tel processus.

Le programme appuiera la dynamique de développement de politiques et stratégies sur base des résultats (entre autre les résultats du M&E, des groupes de travail thématiques et de la recherche). La recherche, faite au niveau central et au niveau décentralisé, alimentera le développement des politiques et stratégies. Ainsi le programme devra dès son démarrage guider la mise en œuvre du HSSP II et commencer à déterminer les futures orientations du HSSP III.

Un accent particulier sera mis sur le renforcement mutuel des programmes de lutte contre les maladies spécifiques et les services de santé horizontaux en vue d'amélioration du système de santé en évitant des démarches parallèles.

Un budget forfaitaire par an est prévu pour la réalisation des plans au niveau central (organisation workshops, impressions, diffusions entre autres). Il est capital également dans ce résultat de déployer un appui par l'expert en public administration, tel que documenté dans le paragraphe 7.3.

3.4.8 La coordination et la gestion du secteur sont faites de façon globale et intégrée.

Le développement sectoriel et le renforcement institutionnel dépendent non seulement de la qualité du planning réalisé, mais aussi de la qualité de la gestion et coordination subséquentes.

L'intervention précédente a pleinement investi dans la coordination, la communication, la régulation et la gestion. Signalons également l'importance accordée dans le HSSP II à ces aspects, sous le chapitre « gouvernance ».

Consolidation de la coordination et la communication

Le niveau central a un rôle clé à jouer dans le domaine de la coordination intra-organisationnelle et inter-organisationnelle. Tous les acteurs repris dans la figure à la page 33 sont des stakeholders importants pour le MOH, et il revient au MOH d'instaurer une coordination optimale entre tous ces acteurs.

Cette coordination est aussi devenue d'importance capitale à la lumière de multiples évolutions récentes: la décentralisation, l'évolution vers le SBS et le SWAP, la multiplication des intervenants et leur volume financier dans le budget.

La communication est l'outil par excellence pour la coordination, et sera interne et externe.

L'intervention pourra intervenir dans le renforcement de:

- La communication interne: développement et renforcement de l'intranet, site web, développement des outils de communication électronique, Internet, appui au centre de communication, plate- formes d'échanges entre différents départements et groupes de travail³¹ et taskforces.
- Un appui à l'organisation interne du ministère à travers des appuis comme par exemple l'adaptation de l'organigramme, la clarification des rôles et responsabilités, un appui au fonctionnement et coordination des taskforces, le renforcement des capacités transformationnelles (travail en équipe, attitude d'accompagnateur, négociation, travail en réseau ...
- Un renforcement de la coordination par une optimisation des groupes de travail thématiques: décrire le rôle et le fonctionnement de ces groupes afin de mieux les ancrer dans le fonctionnement du système, assurer une participation des représentants des districts et d'autres acteurs y compris le monde académique, assurer un input du terrain, assurer une bonne facilitation et dynamique de ces groupes, travailler 'result-oriented' à travers l'obligation de présenter régulièrement des résultats aux plate-formes de d'échange et de décision au niveau central (les différents clusters, WG, Taskforces par une facilitation et participation active), améliorer la circulation d'information nécessaire pour la prise de décision et l'adaptation des politiques.
- Un renforcement du dialogue avec les autres Ministères. Une attention particulière sera prêtée au dialogue avec Minecofin (dans le cadre d'un plaidoyer systématique et argumenté pour un bon équilibre entre les investissements dans le secteur social et le secteur économique) et avec Minaloc (dans le cadre du plan global de développement de district, optimiser la synergie entre le département santé et les autres départements et assurer que la santé est aussi sur l'agenda des autres départements)
- Un renforcement de l'articulation avec le secteur privé lucratif et non-lucratif et sa normatisation
- La communication externe avec les Partenaires techniques et financiers, à travers une communication structurée et formelle, une bonne préparation des dossiers, un suivi systématique des points discutés. En particulier envers les programmes spécifiques de lutte contre les maladies, le dialogue doit insister sur la complémentarité des différentes interventions et le respect du fonctionnement des services de base. Ceci afin de renforcer le système de santé et éviter le risque de déstabilisation par des structures parallèles.

Consolidation de l'appui au cadre régulateur et les associations professionnelles

Comme déjà décrit dans le chapitre 2.2.3 le niveau central a la responsabilité de veiller à ce que le secteur soit régulé: qui fait quoi, sur base de quels critères, dans quelles limites, suivant quelles normes de qualité et codes professionnels. Ceci peut être fait directement par des services du ministère ou par des organismes ayant dans leurs termes de références la régulation.

Un exemple d'une régulation par les services du ministère et l'octroi des autorisations d'ouverture et de tenue d'un dépôt pharmaceutique, actuellement délivré par les services du ministère. En octobre 2005, il a été institué un Comité National d'Implantation des établissements

pharmaceutiques par l'arrêté ministériel n° 20/11 du 03/05/2005 qui spécifie également sa composition, son organisation et son fonctionnement. Comme l'article 2 de cet arrêté le stipule, ce Comité est chargé de faire la répartition des pharmacies détaillantes et comptoirs pharmaceutiques ainsi que d'autres établissements pharmaceutiques selon les critères définis par le présent arrêté; il examine aussi les demandes d'ouverture, de transfert ou de cession et donne l'avis au Ministre ayant la Santé dans ses attributions pour décision d'autorisation. Le Comité National d'Implantation des établissements pharmaceutiques est un organe du Ministère ayant la Santé dans ses attributions et est placé sous l'autorité du Ministre.

Un exemple typique de régulation par d'organismes externes au MOH est l'ordre des médecins. Ils participent dans le développement des curricula, dans la reconnaissance des diplômes pour les nationaux et internationaux, dans le développement de structures d'appui et de contrôle pour les cadres professionnels, le développement des cadres légaux déterminant l'exercice, etc....

L'ORDRE DES MÉDECINS

L'ordre des médecins a été créé par loi en 2001, décrivant son organisation, fonctionnement et compétences. L'Ordre des Médecin est le gardien des règles déontologiques, de l'honneur et de la dignité de la profession médicale. A ce titre, il veille au maintien des principes de moralité, de probité et de dévouement indispensable à l'exercice de la médecine et à l'observation, par tous les membres, des devoirs professionnels ainsi que des règles du code de déontologie médicale."

L'Ordre des Médecins groupe obligatoirement tous les médecins ayant l'autorisation d'exercer leur art au Rwanda. Nul ne peut exercer la profession de médecin s'il n'est pas inscrit au Tableau Régional de l'Ordre du lieu où il exerce ses activités principales. La demande d'inscription est adressée au Président du Conseil National accompagnée des documents suivants:

Bien que la loi soit sortie en décembre 2001, l'ordre des Médecins au Rwanda a vu le jour le 31 Mai 2003. Depuis 2003 une structure solide et performante de régulation s'est développée: un comité de direction a été élu, des assemblées générales sont conduites annuellement, l'ordre de médecins est devenu un organe incontournable tant dans le domaine de la formation, que dans le domaine de la régulation et contrôle de la qualité des services offerts.

La phase 3 a contribué à ce succès par le financement de certains de ses activités: organisations assemblées, voyages d'études, workshops etc. La phase actuelle continuera cet appui à l'ordre par son appui technique et financier aux événements clé.

L'ORDRE DES INFIRMIERES ET AUTRES

Si la loi de 2001 portant sur la création de l'Ordre des Médecins a été suivie d'un tel succès grâce entre autres à l'appui belge, on ne peut que stimuler le développement d'autres organismes régulateurs dans le secteur. La loi portant sur la création du Nursing Council est en voie d'être approuvée et un soutien important pour mettre sur pied ce council est nécessaire. La phase 4 interviendra dans le cadre de l'organisation d'évènements importants, financement d'études et missions de soutien. Dans la liste d'autres organismes à appuyer suivant les évolutions on peut citer de façon non limitative l'ordre des pharmaciens, la commission nationale de pharmacovigilance, l'agence FDA, les différentes associations professionnelles comme l'Association des Chirurgiens du Rwanda, l'Association des pédiatres du Rwanda, etc.

Le financement des activités potentielles passera par défaut par le mécanisme de cogestion classique, en attendant que les structures soient assez matures administrativement et financièrement et en mesure de signer une convention d'exécution.

Renforcement de la gestion interne et systémique

La bonne gestion dans son ensemble est un élément clé de succès pour le bon fonctionnement du niveau institutionnel. Un accent particulier sera porté sur la gestion globale, comprenant également la gestion des ressources humaines, la gestion des biens, la gestion financière et comptable, la gestion des informations, la gestion du réseau et du système de santé et de l'environnement (gestion énergie, eaux, déchets). Pour la gestion des ressources humaines plus de détails se trouvent sous la rubrique 3.4.9.

Les compétences en gestion interne, compétences managériales et interpersonnelles (travail en équipe, leadership, accompagnement) de tous les chefs d'unité seront également renforcés.

3.4.9 Les ressources humaines sont renforcées suivant plan³².

Le renforcement des ressources humaines est un des résultats les plus importants de l'intervention, d'où également le budget important qui lui est consacré. *Il s'agit d'un enjeu capital pour le niveau local et pour le niveau central.*

Comme déjà cité sous le point 3.4.2, si nous voulons des ressources humaines performantes, il est primordial de se rendre compte que 3 éléments sont essentiels:

- Les ressources doivent être disponibles et déployées où elles sont nécessaires.
- Les ressources doivent avoir les compétences nécessaires, capables de faire ce qui est nécessaire.
- Les ressources doivent être motivées.

Optimiser les performances des ressources humaines passera impérativement par les 3 facteurs que sont la disponibilité, la compétence et la motivation

Il est évident qu'ici aussi l'intervention ne vient pas opérer sur un terrain vierge. D'importantes réflexions ont lieu et d'importants développements sont en train de se concrétiser:

1. le développement d'un Plan Stratégique Ressources Humaines, la pierre angulaire de tout développement des ressources humaines ;
2. la création d'un institut unique de formation, l'outil par excellence pour générer des ressources humaines en quantité suffisantes ;
3. l'approche de financement basé sur les performances, pour une motivation continue du personnel.

De façon complémentaire l'appui propose également de ne pas attendre la réalisation du plan stratégique pour former des personnes hautement qualifiées en gestion des ressources humaines. Un budget est réservé pour une formation de maîtrise en Human Resources Management.

Appui au développement et réalisation du PSRH

Au moment de la formulation l'élaboration du Plan Stratégique Ressources Humaines (PSRH) était en cours. Il aurait été intéressant de pouvoir s'appuyer sur ce plan, pour dégager dans le cadre de la future intervention les moyens nécessaires pour appuyer certains passages critiques de ce plan.

Pour la réalisation du PSRH, il est important de chercher les synergies avec les autres intervenants dans le domaine du renforcement des HRH, comme le Human resources and Institutional capacity

³² Au moment de la formulation la rédaction du PSRH est en cours.

Development Agency (HIDA), le Capacity Development Pooled Fund (CDPF), Mifotra, le Student Financing Agency of Rwanda (SFAR), le Rwandese Institute for Administration and Management (RIAM).

Pour la mise en œuvre, l'utilisation du CDPF offre des opportunités de renforcement du partenaire et ancrage institutionnel. La signature d'une **convention d'exécution** avec le MoH à cet effet permettra un lancement rapide des activités.

Renforcement du RBMC et de ses instituts de formation et de recherche: medical school, nursing and midwife school, dental school

Au centre des préoccupations en matière de développement des ressources humaines se trouve le renforcement des instituts nationaux dans leur capacité de former les professionnels en quantité suffisante et de qualité. La création d'un RBMC, décidé par le conseil des ministres, qui englobe entre autres les écoles médicales et paramédicales, offre une opportunité importante pour ce renforcement. Le RBMC sera la structure unique nationale ayant dans ses attributions l'organisation de toute formation de professionnels de la santé. Ceci sous-entend donc le transfert de la faculté de médecine de l'Université Nationale du Rwanda (et donc sous la responsabilité du Ministère de l'éducation) vers le nouveau RBMC sous la responsabilité du MOH.

En matière de formation, des partenariats avec des instituts internationaux sont à développer, car la pénurie en personnel enseignant reste d'actualité. Le développement de réseaux larges inter-universitaires internationaux est une condition importante pour la réussite de ce renforcement.

Un accent doit être mis d'un côté sur un renforcement de la formation du 2^{ème} cycle et 3^{ème} cycle, internship, de la formation modulaire des médecins de district, et des formations para-cliniques.

Des contrats-cadres avec un partenaire local et international devraient être conclus rapidement, afin de permettre un démarrage rapide de ce renforcement des écoles de santé.

Pour ce qui concerne la formation en gestion hospitalière, l'idée d'organiser un « Masters in Hospital Management » au Rwanda, par l'École de Santé Publique, en partenariat avec un institut de formation en gestion hospitalière étranger, a été retenue. Cette formation pourrait même être organisée pour la région, et faire bénéficier certaines personnes en provenance d'autres pays de l'Afrique de l'Est.

Un troisième accent particulier doit être mis sur le renforcement de la recherche au niveau des districts-cibles, recherche essentielle pour alimenter les politiques et le niveau décisionnel. Des partenariats entre l'ESP, intégrée dans le Rwanda Biomedical Centre et des instituts de recherche internationaux doivent être développés avec comme principal souci un renforcement considérable des capacités de recherche par le partenaire local. Le renforcement de la recherche dans le domaine de la santé nécessitera la mise en place de normes et standards nationaux pour l'enregistrement d'informations administratives, médico-administratives et médicales à tout niveau du système sanitaire. En plus, l'harmonisation et l'interfaçage des systèmes d'information sanitaire existants et futurs s'avérera impérative pour la mise en place, la maintenance et l'évaluation de toute infrastructure de recherche.

Un financement est réservé pour le développement des aspects « soft » de certaines composantes du RBMC, à savoir principalement en mettant l'accent sur l'amélioration des outils d'enseignement, sur les missions d'enseignants – professeurs invités, sur le renforcement des cadres enseignants nationaux.

Quant aux modalités de mise en œuvre, en raison du démarrage récent du RBMC, les financements passeront directement au niveau approprié, à savoir la faculté de médecine et l'École de Santé Publique suivant la cogestion classique ou suivant le système de convention d'exécution si les conditions sont réunies.

Maintient de la dynamique instaurée dans le cadre du PBF

Il va de soi que le Performance Based Financing touche à multiples domaines: Finances, HRH, Qualité.

L'approche est impulsée et soutenue par divers intervenants afin de contribuer à la rétention du personnel, à améliorer les performances de celui-ci ainsi que la qualité des services rendus à la population. Elle vise donc à « acheter » tant le qualitatif que le quantitatif. Elle est proposée pour certaines activités standardisables et mesurables par des indicateurs quantifiables. Développé depuis 2002, l'approche a fait preuve d'innovation et à montrer des résultats convaincants. L'arrêt imminent du projet qui depuis 2004 avait aidé à instaurer l'approche, risque de faire perdre les acquis de ce programme. Les financements des primes PBF au niveau décentralisé étant actuellement couverts par le SBS, un appui au niveau central à la CAAC est nécessaire vu le rôle et missions importantes qui lui sont attribuées: ³⁴

Le CAAC est un service d'appui spécialisé pour évaluer et monitorer les performances du système de santé et garantir son financement. Dans les responsabilités importantes, il y a la coordination des appuis financiers des multiples bailleurs³⁵, l'élaboration des politiques et stratégies, la gestion des contrats de performance, l'évaluation des structures mensuellement et trimestriellement, aviser et appuyer techniquement les structures de soin en finalement garantir la formation dans le domaine. Vu l'expertise belge dans le domaine, le maintien de l'appui existant au niveau central est indispensable.

En plus de cela un accent important doit être mis sur la validation critique et scientifique de l'approche. Les moyens déployés sont importants, les structures de supervision et suivi sont considérables, et il s'impose de continuer à mener des recherches dans le domaine afin de maintenir la viabilité du système.

Les recommandations de l'évaluation finale des projets antérieurs donnent des indications sur la manière de renforcer le système. De plus, le volet « accompagnement du personnel à travers une attitude d'écoute à leurs contraintes de travail », mérite d'être développé. Ceci dans la vision que le renforcement de la motivation est une stratégie complexe qui exige une approche multivariée. L'effet sur la qualité des soins devra être apprécié dès le début de l'intervention.

Une réflexion devrait être menée par rapport à l'opportunité du PBF au niveau central et sous quelles conditions.

La CAAC ayant un long historique de collaboration avec la Coopération Technique Belge, ayant également atteint une maturité administrative, il est proposé de passer cet appui sous forme d'une convention d'exécution. La hauteur de la contribution belge est équivalente au montant dépensé annuellement dans le projet précédent, à savoir 200.000 € par an. Ce montant couvre, à titre indicatif, les frais de personnel de la cellule (cadres, superviseurs), les frais liés aux supervisions, descentes sur terrain, formations, élaborations et diffusions des documents stratégiques et guidelines etc.

Développement des compétences en HR management.

La gestion des ressources humaines est une spécialité à part entière dans le domaine de la gestion.

³⁴ à l'origine le financement des districts était directement faite par des projets.

³⁵ A côté de la partie financée par le GoR, multiples partenaires de développement participent comme USAID, GTZ, CTB, Coopération Suisse, CDC, Worldbank, Global Fund, Cordaid, ...

L'intervention propose de former les compétences nécessaires pour le MOH dans ce domaine à un niveau post-universitaire (Master).

De nouveau, l'accent doit être mis sur le développement des compétences transformationnelles (accompagnement d'un système dans un contexte changeant continu) et interpersonnelles (travail en équipe, travail en réseau, gestion des conflits, capacité d'écoute, facilitation, négociation, etc...).

Le résultat 4 sera développé en étroite collaboration avec l'expert international en public administration, comme décrit sous le point 7.3.

3.4.10 La gestion financière est assurée de façon efficace suivant les normes et standards nationaux et internationaux.

La gestion financière transparente et professionnelle est un élément critique dans le développement du secteur. Il y a plusieurs champs de travail:

- Mieux maîtriser des sources de financement : orienter l'action vers un meilleur équilibre entre les différentes sources de financement.
- Inviter les bailleurs à avoir des budgets qui sont plus prévisibles, flexibles et 'on budget' en ligne avec la déclaration de Paris.
- Renforcer la mise en place de politiques claires 'health care policy financing' suivie d'une gestion professionnelle avec des outils appropriés par rapport à la préparation du budget, l'exécution et le suivi budgétaire. Tout cela requiert certaines pratiques telles que: (i) le recours à la comptabilité analytique pour mieux dégager la réalité des coûts, (ii) l'élaboration des rapports financiers fiables, confectionnés conformément aux normes internationales de transparence, et (iii) livrés dans les délais convenus. Un appui dans ce domaine est jugé pertinent et les résultats positifs attendus vont contribuer à renforcer les capacités de négociation de MOH avec Mincofin (débat secteur social versus secteur économique) et les partenaires (générer de la confiance).
- Renforcer la fiabilité de la collecte des données financières à temps, avec une transparence des liens vers les activités terrain, et le lien 'evidence-based change'.

Appui à l'amélioration de la gestion financière suivant les standards nationaux et internationaux

Le cycle de budget

La transparence et la compréhension dans la gestion financière sont essentielles dans tout secteur.

Le respect des différentes phases du cycle de budget est un point important d'amélioration. Les étapes suivantes sont élémentaires:

- Planification / phase de préparation
 - Pre-budget
 - Budget
- Phase d'implémentation
 - In-year reports
 - Mid year reports
- Phase d'évaluation
 - Year-end report
 - Audit report

Le cycle de budget fonctionnel dans le secteur, construit sur la compréhension et la transparence, délivre des documents clé tout au long de l'année financière. Ces documents contiennent les informations essentielles sur la gestion financière, nécessaires pour toutes les parties impliquées

dans le secteur. Gérer, influencer, et développer le secteur est impossible sans avoir un cycle budgétaire fonctionnel. Il est donc évident que l'appui institutionnel doit pleinement renforcer ce cycle.

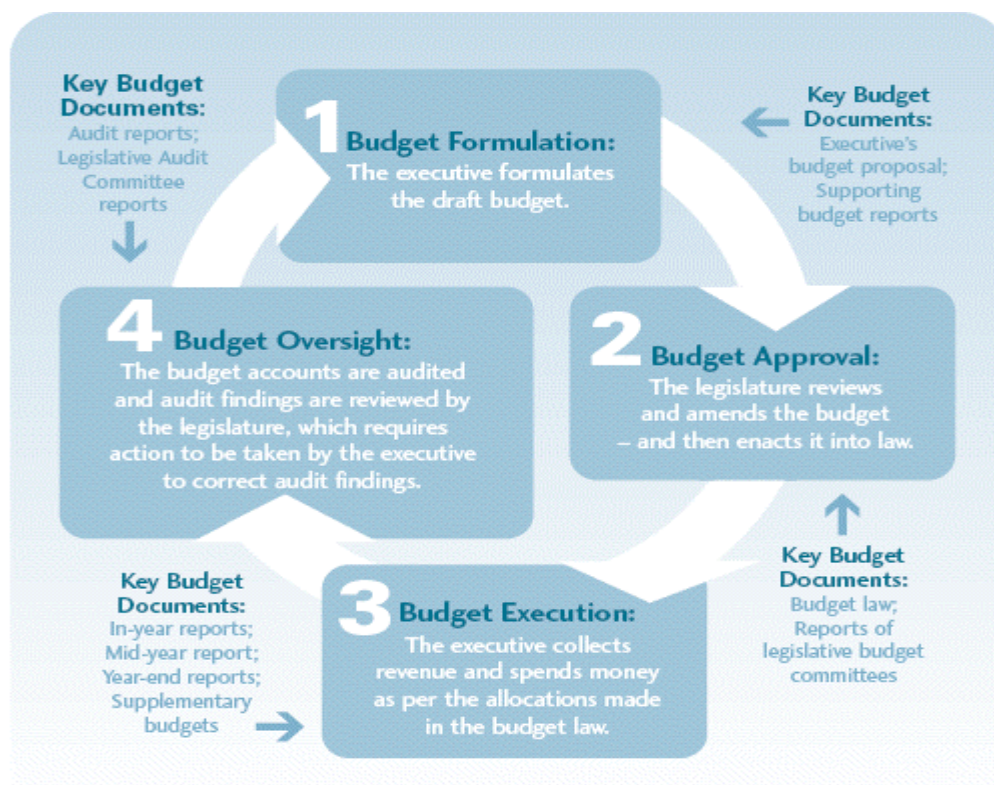


Figure 9: le cycle budgétaire, avec les phases essentielles et les documents clés.

Appui à l'élaboration du MTEF

Le SBS vers lequel le MOH du Rwanda évolue est conditionné par 3 conditions clés:

1. la présence d'un document stratégique du secteur (HSSP)
2. la disponibilité du MTEF
3. La présence de mécanisme de coordination du secteur pour le dialogue politique, planning conjoint, monitoring et évaluation.

Cet MTEF doit être déposé et validé en un document unique tous les ans, pour une durée de 3 ans. L'intervention appuiera l'élaboration de ce MTEF unique qui contiendra des informations financières uniques et approuvées.

Le MTEF connecte le HSSP II avec les plans annuels et budgets. Il est donc un document crucial dans le processus de planification et budgétisation pour le secteur de la santé. Les MTEF produites dans le secteur doivent être compréhensibles, consistants, délivrés à temps et disponibles. L'appui institutionnel se concentrera sur le renforcement de l'élaboration des MTEF.

L'intervention appuiera aussi par l'analyse et la promotion d'une meilleure balance entre les différentes sources de financement dans le secteur de la santé.

Appui à l'institutionnalisation des NHA

En ce moment, le MOH ne s'est pas pleinement approprié le processus de développer les NHA. Il requiert toujours un appui externe d'agences, d'ONG 's afin de réaliser périodiquement ses

comptes nationaux en santé. Il semble utile et urgent d'institutionnaliser les NHA au sein du MOH.

Appui à la dynamique instaurée dans le domaine de l'accessibilité financière aux soins

Les mutuelles de santé ont connu un développement spectaculaire au cours de ces dernières années au point qu'aujourd'hui, la plupart de la population rwandaise en bénéficie et participe au système. Le taux de fréquentation des services de santé a plus que doublé au cours des quatre dernières années, ce qui est à mettre en grande partie au crédit des mutuelles de santé. Par ailleurs, la loi sur les mutuelles de santé est parue en mars 2008, loi qui oblige la population de ce pays à participer à un mécanisme « d'assurance-santé ».

Parallèlement au développement économique du pays, ce mécanisme doit cependant être consolidé et étendu en termes de population et de couverture. En plus une dynamique de partenariat entre les mutuelles, les assureurs privés, les assurances des fonctionnaires et les militaires, la Caisse Sociale du Rwanda est en train de se développer.

L'intervention appuiera le processus afin d'assurer la pérennité financière et technique de cette initiative. Elle appuiera la formation en gestion des mutuelles de santé, le renforcement du Pooling-risk, l'accroissement de la couverture de protection maladies de la mutuelle de santé, le suivi et l'évaluation périodique de celles-ci. L'intervention mènera des recherches dans le domaine dans un souci de d'identifier les moyens de maintenir la viabilité financière du système.

Un travail important sur la tarification reste également à faire dans ce domaine. Les tarifs sont toujours trop compliqués, et nécessitent une simplification, surtout dans la perspective des produits d'assurances déjà développés, et l'analyse des coûts, qui n'est encore que trop faiblement conduite.

3.4.11 Un système intégré et performant de suivi et évaluation est mis en place et opérationnel.

L'évolution vers un appui budgétaire général ou sectoriel, ne peut se faire valablement et correctement qu'en présence d'un système de monitoring et d'évaluation performant, comme déjà évoqué sous le point 3.4.10. C'est donc ce qui est au centre des préoccupations du HSSP II, sous le chapitre Planning and M&E. Le HSSP II tout au long de son exécution nécessitera un suivi rigoureux dans des Joint Annual Reviews sur les indicateurs clés. En plus de cela, une étude DHS est prévue en 2010, ainsi qu'une MTR et une évaluation finale du HSSP II en 2012.

Appui au développement d'un système de monitoring et évaluation unique et intégré

Une multitude de mécanismes de collecte d'informations sanitaires existe. La Figure 10 donne de façon non exhaustive une bonne idée des mécanismes existants. Devant cette multitude de systèmes une priorité doit être accordée au développement d'un système d'information intégré et simplifié, avec comme caractéristiques entre autres:

- unicité des données
- fiabilité des données
- inclusion et valorisation des données qualitatives (par exemple: enquêtes, rapports de supervision, etc....)
- harmonisation et interfaçage des outils de collectes des données
- appropriation par les gestionnaires des données
- éviter une multiple collecte de données identiques
- partage de bases de données
- retro-information et contrôle

- exploitation des données par niveau et alimentation des politiques.
- Patient-centeredness

L'intervention financera l'étude pour faire l'inventaire de l'existant (quantité, qualité et niveau des données, caractéristiques du niveau générant les données et caractéristiques de l'utilisateur clé des données, pertinence et utilité des données) et pour orienter le développement ultérieur d'un système simplifié, unique si possible et intégré.

On devrait réserver un rôle clé à un institut Rwandais ayant des compétences de M&E ou ayant la volonté d'en développer, comme par exemple l'ESP. Des partenariats avec des instituts internationaux s'imposent également dans ce domaine.

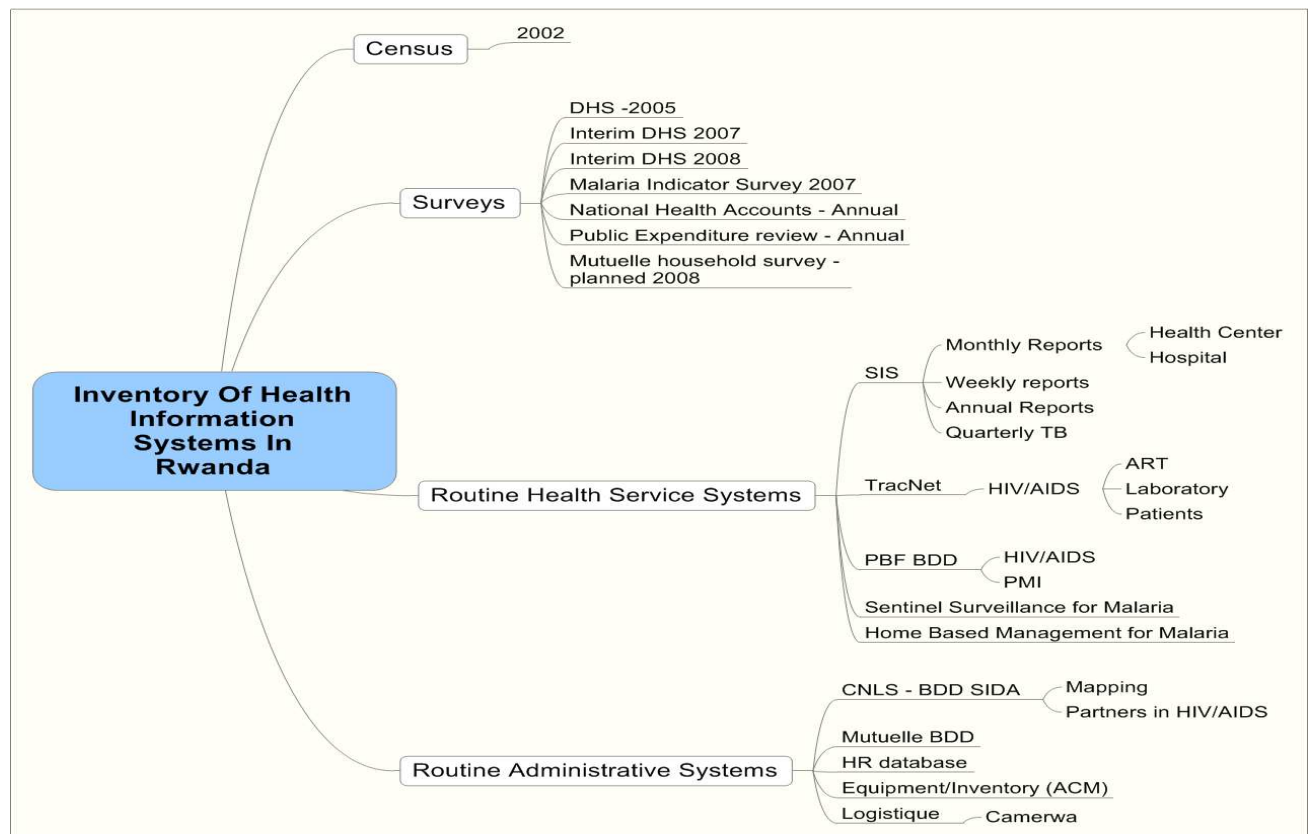


Figure 10: inventaire des systèmes d'information sanitaire au Rwanda.

3.4.12 Les services et les soins délivrés sont de qualité suivant les normes et standards

Les aspects qualité ont déjà été évoqués sous le point 3.4.5: l'intérêt de toute intervention dans le domaine de la santé, est de délivrer des services et soins de qualité au niveau opérationnel, à savoir, le district de santé avec les professionnels de la santé, déployés dans les différentes structures: CBHW, Centre de Santé, Hôpital de District, Hôpital de Référence.

Le niveau central, dans son ambition de garantir à la population l'accès à des soins et services de qualité, a lancé de multiples initiatives ayant comme finalité la Qualité: les programmes Assurance Qualité ; le Performance Based Financing ; l'accréditation des hôpitaux de référence, l'accréditation des hôpitaux de district.

Développer un système de « quality monitoring » unique et intégré est de haute priorité pour le ministère, d'où l'intérêt de l'activité 3.4.12.1, de même que la définition et l'actualisation

permanente du contenu à mesurer (les paquets), amplement décrite sous 3.4.3. Dans le monitoring de la qualité il est important de développer une approche de supervision intégrée et formative (style 'coaching'), inspirée par la même approche développée au sein du district (voir résultat 1).

Développement de l'accréditation comme système de qualité unique

En plus de la politique d'accréditation internationale pour les hôpitaux de référence, un système d'accréditation nationale pour les hôpitaux de district et les centres de santé est en voie d'être mis sur pied. Cette évolution est intéressante car les systèmes de Qualité sont multiples (approche Assurance Qualité, Performance Based Financing, Accréditation, ...) et le développement d'un système unique s'impose. L'intervention donnera son appui par des études de la qualité des multiples systèmes utilisés au niveau décentralisé, études qui alimenteront le développement des nouvelles stratégies, le développement du design du programme (objectifs, contenu,...) et sa mise en œuvre.

Un accent particulier doit être mis sur la lourdeur des systèmes de gestion et de contrôle de la qualité. Une intégration des différents mécanismes de contrôle (PBF, accréditation) s'impose. Le développement du NHI, qui intégrerait les différents assureurs (la Rwandaise d'Assurance Maladie ou RAMA, les Mutuelles de Santé, la Caisse Sociale du Rwanda, ...) ouvre une perspective importante pour coupler le financement à la qualité des prestations.

Pour ce qui en est de l'accréditation internationale, le présent programme contribuera par le financement des audits à organiser par COHSASA³⁶ et la facilitation de l'accréditation pour l'hôpital de HUYE, qui n'a pas d'appui en matière de facilitation. Le CHUK connaît un appui à la facilitation depuis 2008 financé par la Belgique, plus particulièrement par le projet « appui au CHUK 2007-2008 » et ultérieurement par le nouveau programme d' « Appui au développement sanitaire de la ville de Kigali ».

Appui à la mise en œuvre des PMA et PCA révisés et à l'élaboration du PTA.

Le développement des PMA et PCA est du ressort du niveau central, leur implémentation par définition est faite au niveau local. Une révision des PMA's et PCA's a été conduite récemment. Il faut toutefois de façon continue monitorer et ajuster ces paquets. Le présent programme prévoit la tenue d'audits cliniques sur terrain. Ses audits, conduites par des équipes d'auditeurs – cliniciens spécialistes dans un domaine ou spécialité précise (par exemple la pédiatrie) auront comme objectif principal la collecte d'information sur les conduites et pratiques des professionnels de la santé oeuvrant dans les CDS et HD, et le suivi des normes et standards établis par le MOH. La finalité de ses audits est d'appuyer la mise en œuvre et l'adaptation des PMA, PCA.

Développement de la Santé Mentale suivant le plan stratégique 2009-2012

Le développement de la Santé Mentale a déjà été commenté sous l'objectif 1, en ce qui concerne les aspects opérationnalisation au niveau des districts appuyés.

A côté de cela, pour le système de santé global, signalons qu'un plan stratégique 2009–2012 a été développé. La prise en charge des troubles psychiques à tous les niveaux est en voie d'être améliorée.

Suivant le plan, 10 POSM devraient être opérationnels. Un renforcement des activités préventives, et une extension des activités, et une intégration des activités au niveau opérationnel (intégration

³⁶ COHSASA: Council for Health Services Accreditation of Southern Africa: C'est un des organismes internationalement habilités pour accréditer les établissements de soins. Principalement actif en Afrique Australe, le MOH avait contracté cet organisme pour faire accréditer suivant normes internationales les hôpitaux de référence.

dans les PCA et PMA's) sont des priorités pour les années à venir. De plus un accent particulier doit être mis sur la santé mentale dans le futur réseau des hôpitaux de la ville de Kigali en articulation et complémentarité avec le projet RWA0705911, appui au développement du PSDSK.

D'un point de vue opérationnel, les synergies entre le actuel projet « Appui au PNSM phase 2 », et l'actuelle intervention sont à chercher. Ainsi la direction de l'actuelle intervention « Appui au PNSM phase 2 » sera invitée à participer dans les réunions du comité de concertation de la nouvelle intervention , ou organisera même des Comités de concertation conjoints.

L'appui au PNSM passera par une convention d'exécution. La qualité des structures administratives du PNSM, la qualité de la planification stratégique et opérationnelle est suffisante pour permettre de conclure un contrat avec le PNSM. Signalons d'ailleurs que le PNSM sera également intégré dans le RBMC et que à terme l'appui à l'école de Santé Publique, à la faculté de médecine et au PNSM devrait être harmonisé.

3.4.13 La recherche action et les analyses développées au niveau opérationnel alimentent les politiques.

Les aspects recherche-action ont été développés amplement dans le chapitre 1 et dans le chapitre 3. Il est important de faire le lien avec le système de santé global car la recherche doit bien entendu servir au niveau politique dans ses prises de décisions et dans le développement des stratégies et politiques.

Développement de la Recherche action

Les groupes de travail thématiques au niveau central ('taskforces', 'TWG') doivent donc à tout moment être impliqués dans la dynamique de recherche. Les expériences ne pourront être exploitées ou exportées si dès le début une approche de recherche est installée. Chaque groupe de travail (existant ou nouveau) pourrait - devrait considérer la composante RA dans ses activités. Son rôle est de contribuer (complémentaire à la réflexion au niveau décentralisé) à la formulation des questions de recherche, de contribuer à l'accompagnement de la recherche (en synergie avec les institutions de recherche au Rwanda) et de servir comme point d'entrée pour valoriser la RA au niveau central et faire le lien avec le développement des politiques de santé.

Réalisation de publications nationales et internationales

En plus de l'alimentation des politiques par la recherche au niveau national, il est important de partager les leçons et acquis de toute recherche.

Une possible piste de partage est offerte par le Rwandan Medical Journal ou RMJ. Relancé en 2007, le RMJ est un journal scientifique, qui se donne comme ambition de capitaliser les expériences dans le domaine médical au Rwanda. Sans moyens importants, le journal a pu être publié 4 fois sur deux ans. Un renforcement serait utile en vue d'offrir au corps médical et paramédical une plate-forme d'accès facile pour faire des publications nationales.

Un accent particulier de l'intervention est mis sur la conduite et la publication internationale d'études réalisées au Rwanda. Un budget forfaitaire est réservé pour conduire des études et recherches. Le résultat recherché est la publication internationale sur 4 ans d'au moins 10 articles dans des revues professionnelles.

3.5. INDICATEURS ET SOURCES DE VÉRIFICATION

Bien que ce chapitre traite des 'indicateurs', les besoins en information pour prendre des décisions ou développer une politique générale sont plus larges. Ces besoins vont au-delà d'une série de données quantitatives et standardisées. L'information concerne aussi des données qualitatives ainsi que de l'information non-écrite. Le point essentiel est que l'information 'récoltée' soit utilisable et utilisée.

L'utilisation est stimulée dans la mesure que la définition des besoins en information ainsi que l'analyse et l'exploitation des données se font suivant une démarche participative, avec une vue globale du contexte, dans une perspective de formation (et non de contrôle) et avec une continuité/régularité dans la réflexion.

Particulièrement dans le district de recherche il serait intéressant d'étudier la pertinence de développer et tester cette approche d'utilisation de l'information pour le système de suivi et d'évaluation. Ceci dans l'objectif de promouvoir une approche systémique basée sur deux principes: renforcer la participation des différents acteurs dans le système au développement du secteur, et améliorer l'interaction et la qualité du dialogue entre ces acteurs.

Afin de lever toute confusion, il est important avant de commencer la lecture de ce chapitre 5.5, de se rendre compte que, en application de la déclaration de Paris, l'actuel programme s'appuie, pour son suivi premièrement sur les indicateurs propres du pays partenaire. Les indicateurs les plus importants et pertinents du HSSP II et de l'EDPRS ont ainsi été listés sous le point 3.5.1.

A coté de cela, une deuxième méthodologie pour le suivi est avancée. Cette méthodologie s'inspire sur le OM, Outcome Mapping, et cherche surtout à mesurer les changements provoqués par le programme. Elles sont documentées sous le point 3.5.2

3.5.1 Les indicateurs du HSSP II et de l'EDPRS.

Tous les indicateurs de l'EDPRS et du HSSP II seront suivi dans le cadre du dialogue technique et politique. La liste ci-dessous reprend les indicateurs qui sont plus directement liés aux objectifs et résultats de ce DTF.

Les indicateurs de l'EDPRS

1. Réduire le taux de mortalité infantile de 86 à 37‰ naissances vivantes
2. Réduire le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans de 152 à 66‰ naissances vivantes
3. Réduire le taux de mortalité maternelle de 750 à 353 ‰ / 0000 naissances vivantes
4. Réduire le taux de fertilité de 6.1 à 4.5
5. Réduire la prévalence du HIV parmi les jeunes de 1.0 à 0.5%
6. Réduire le pourcentage des enfants de moins de 5 ans avec malnutrition chronique de 45% à 20%
7. Réduire l'anémie parmi des femmes en âge de procréer (15-49 ans) de 33 à 20%.

Les indicateurs du HSSP II

Objectif spécifique 1:

1. % of districts with 1 Health Center per sector
2. % of Health Facilities with the full package of activities (PMA, PCA)
3. % of Health facilities covered by the whole package of PBF
4. % of population living within less than one hour or 5 km walking distance of a Health facility

5. % of health facilities with electricity and water
6. % of health facilities with a maintenance tracking system
7. % of districts with operational SAMU
8. % of health facilities adhering to the EDL, Standard Treatment Guidelines and National Formulary
9. % of facilities submitting pharmacovigilance reports
10. % of health facilities with stock outs of essential drugs per quarter.
11. % of facilities offering the mental health package at all levels.
12. % of women 15-49 using modern contraceptives

Objectif spécifique 2:

13. % of costed, implemented and monitored action plans
14. % of DP's signed up to SWAp MoU
15. % of Districts with operational SWAp
16. Ratio of medical doctor
17. Ratio of qualified nurse A1, A0, Masters
18. % of Health Facilities with a midwife present
19. % of Health Staff outside of Kigali
20. Public Health expenditure as % of GoR total expenditure
21. % Population covered by health insurance
22. % of eligible hospital bills reimbursed by District Pooling Risk
23. % of Health facilities reporting according to existing HMIS³⁷ norms
24. % of facilities involved in accreditation system
25. % of accredited facilities
26. % of national policies and guidelines referencing research results

3.5.2 Les marqueurs du programme.

L'appui institutionnel utilise l'EDPRS et le HSSP II comme point de départ pour un dialogue par rapport au développement et renforcement des politiques de santé. De ce fait, les indicateurs utilisés par le gouvernement rwandais constituent le point de départ pour ce dialogue politique.

Néanmoins, ces indicateurs ne couvrent pas tous les besoins en information dans le cadre de cet appui institutionnel. Ils offrent de l'information sur le 'quoi' mais pas sur le 'comment' et le 'pourquoi'.

En ligne avec l'Outcome Mapping, qui accorde toute importance aux 'dynamiques du système' il est proposé l'utilisation des « incidences visées »³⁸: il ne s'agit pas ici des indicateurs classiques tels quels mais un ensemble de critères pour mieux apprécier la qualité des interactions entre les acteurs-clé dans le système. Cela permet, d'une part, une plus grande compréhension de la dynamique au sein du système de santé ; d'autre part, un niveau de dialogue politique plus approfondi par rapport à l'information générée par les indicateurs de l'EDPRS et du HSSP II. L'approche sera testée dans cet appui institutionnel et évaluée ensemble avec les acteurs concernés.

Ce type d'indicateurs permet de suivre plus concrètement les résultats décrits spécifiquement dans ce DTF. Le plus possible, ces indicateurs seront repris du système d'information de la santé existant au Rwanda. Ils pourront être complétés là où cela s'avérera nécessaire et en fonction des besoins en information identifiés par les acteurs dans le secteur de santé au Rwanda.

³⁷ HMIS: le Health Management Information System est également connu sous le nom SIS, Système d'Information Sanitaire. C'est la base de données du niveau central, comportant toutes les informations sur le système de santé.

³⁸ En anglais 'Most Significant Changes'. Cette approche vient de l'approche 'outcome mapping

Les incidences visées pour l'appui institutionnel: propositions

Le ministère de la santé a essentiellement deux mandats. D'une part, la formulation de politiques de santé adaptées aux besoins. D'autre part, le suivi et l'évaluation de la mise en oeuvre de ces politiques. Le ministère de la santé est le pivot du système de santé.

Pour une appréciation du fonctionnement du système de santé, ces deux mandats constituent donc un bon point de départ.

Une appréciation globale par rapport à la **formulation des politiques de santé** pourrait se baser sur les marqueurs de progrès suivants:

- les politiques de santé sont-elles équitables (pro-pauvres) ?
- les politiques de santé sont-elles efficaces (adaptés aux besoins réels) ?
- les politiques de santé sont-elles efficaces ?
- les politiques de santé renforcent-elles l'autonomie des personnes et des communautés locales?
- les politiques de santé sont-elles développées suivant une démarche participative ?
- les politiques de santé prennent-elles en compte des thèmes transversaux comme le genre et l'environnement ?

Une appréciation de **la mise en oeuvre de ces politiques** pourrait se faire sur base de la qualité des interactions entre les acteurs-clé dans le système. Car la définition d'un système revient essentiellement à 'des éléments en interaction'. Comme dit dans la paragraphe 2.2.2, l'approche systémique consiste à jouer à la fois sur les éléments et les interactions du système de santé. L'hypothèse de travail est qu'en renforçant la dynamique de ces interactions et la production des résultats, la fonctionnalité du système entier s'améliorera. Etudier la qualité des interactions permettra aussi d'apprécier l'évolution des capacités systémiques et interpersonnelles à côté des capacités managériales et techniques spécifiques au secteur de la santé.

La Figure 5 reprend les acteurs-clé dans le système de santé au Rwanda. Il indique également les interfaces/canaux de communication les plus importantes. Donc toutes les interfaces ne sont pas toutes reprises dans ce schéma, mais seulement celles sur lesquelles ce programme se concentrera davantage pour la durée de l'appui (4 ans). Pour chaque interface (indiquée en rouge dans la figure 5) une 'incidence visée' est formulée.

1^o Incidence visée: les groupes de travail thématiques (TWG) au sein du secteur de santé produisent, d'une façon concertée, des propositions d'amélioration des politiques sectorielles

Marqueurs de progrès	Sources de vérification
1. représentativité dans les TWG: participation des acteurs actifs dans le système de santé, concernés par le sujet, ayant une valeur ajoutée dans la discussion autour le thème ; interaction/synergie avec le appui scientifique ; % de participation des femmes	PV réunions
2. input du niveau décentralisé: participation aux TWG, préparation du contenu à travers l'organisation de groupes de réflexion au niveau décentralisé, contribution à la formulation de questions de fonds par rapport au sujet, input à travers un document écrit (documentation expériences, mémos techniques, document de recherche-action	PV réunions, documents de préparation, documents techniques
3. processus des réunions: clarification objectifs et rôle des TWG leadership/facilitation au niveau du TWG, préparation de l'ordre de jour et du contenu, rapportage	Ordre du jour, documents préparatoires, PV réunions
4. outputs: nombre d'avis techniques, nombre de dossiers de recherche-action (RA) complétés, thèmes couverts	Documents techniques (avis, RA)
5. valorisation des outputs: présentation des outputs aux forums de discussion (p.e. JHSR) et de décision (dans le Minisanté) au niveau central ; rétro-information des outputs vers le niveau décentralisé ; % documents présentés qui ont abouti à une adaptation de la politique nationale	PV forums de discussion et de décision, mémos techniques envoyés aux acteurs dans le secteur, version adaptée de la politique nationale et ses directives

La plupart de ces marqueurs pourraient être appliqués également pour des TWG au niveau décentralisé

2^o Incidence visée: le Joint Health Sector Review offre une bonne guidance pour le développement des politiques

Marqueurs de progrès	Sources de vérification
1. représentativité dans les TWG: participation de tous les acteurs actifs dans le système de santé; % de participation des femmes	Rapports JHSR
2. orientation vers le niveau décentralisé: organisation de visites de terrain durant le JHSR, prise en compte des questions et des documents venant du terrain	Ordre de jour, documents de préparation, rapport JHSR
3. processus de l'atelier: leadership/facilitation au niveau du JHSR, préparation de l'ordre de jour et du contenu, valorisation du travail des groupes techniques, niveau des discussions, rapportage	Ordre du jour, documents préparatoires, PV réunions, enquête de satisfaction à la fin du JHSR
4. présence de outputs: décisions / recommandations concrètes émanant du JHSR	Rapport JHSR
5. suivi des outputs: rétro-information des outputs vers le niveau décentralisé ; nombre de décisions / recommandations mise en œuvre du JHSR précédent	Rapports JHSR, la liste de sa distribution de ce rapport, intégration des conclusions dans les documents politiques, les plans et les directives du ministère

3^o Incidence visée: le système de supervision (niveau central -> niveau de district ; niveau de district -> niveau de secteur) permet un bon accompagnement et une bonne communication entre les différents niveaux du secteur de santé publique

Marqueurs de progrès	Sources de vérification
1. présence d'un document technique quant à la supervision avec une vision cohérente et des directives claires traduisant cette vision (p.e.: approche globale, attitude d'accompagnateur, orientation vers l'apprentissage mutuel, supervision intégrée etc.....)*	Documents et directives par rapport aux stratégies de santé
2. régularité de la supervision (par le ministère au niveau central, pour l'équipe de district)	Plans opérationnels, calendriers de travail, rapports de supervision
3. déroulement de la supervision: calendrier de supervision établi, visite intégrée (synergie avec les programmes de lutte contre les maladies spécifiques), briefing aux responsables au niveau du district (USFPDE), perception de l'attitude du superviseur (à l'écoute, empathie, accompagnateur,...), rapports standardisés	calendrier, rapports de supervision, enquêtes de satisfaction des 'supervisées'

de supervision avec rétro-information vers le niveau décentralisé. Eventuellement aussi l'application de formes innovatrices de supervision (supervision groupée en analogie avec le système de supervision dans le programme santé mentale).	
4. contenu de la supervision: communication et clarification des stratégies sectorielles, orientation vers la résolution des problèmes de toute nature, qualité du rapportage	Rapport de supervision
5. exploitation des rapports de supervisions: régularité de réunions d'échange entre superviseurs, suivi des points d'action	PV réunions entre superviseurs

** pour ce style de supervision le mot 'Intervision' est parfois utilisé comme il est l'accent sur la fonction d'échange et d'apprentissage mutuel*

4° Incidence visée: les ateliers de formation organisés par le Ministère, les districts (ciblés) ou les Partenaires Techniques et Financiers sont orientés vers les besoins du terrain

Marqueurs de progrès	Sources de vérification
1. présence de TDR explicitant justifiant l'atelier et explicitant le lien avec un besoin de terrain identifié: lien avec le plan stratégique et opérationnel ('on plan' ?) ; lien avec les analyses faites dans le cadre du système de monitoring et évaluation	TDR pour l'organisation de l'atelier, plans stratégiques et opérationnels, rapports dans le cadre du M&E
2. sélection pertinente des participants (avec aussi une attention au genre) et des facilitateurs en fonction du problème	TDR, PV atelier, enquête de satisfaction systématique à la fin de chaque atelier
3. contenu visant la réflexion et orienté vers la résolution pratique des problèmes: centré autour des incidents critiques, des données et des analyses en relation avec le système M&E	TDR et rapports d'atelier
4. output adapté en termes de renforcement de connaissances: non seulement connaissances théoriques mais aussi connaissances pratiques, systémiques et interpersonnelles (en regardant le mixe des formations offert)	TDR et rapports d'atelier
5. suivi après la formation: restitution des connaissances acquises auprès les autres cadres là où pertinent, visites de suivi	PV réunions/visites de restitution, rapports de supervision
6. attention à la continuité des services: nombre de jours d'absence par an pour des formations (Directeur du USFPDE, Médecins du HD) ; réorganisation du travail (garde 24/24, délégation des tâches)	Liste participants atelier, PV réunions, calendrier et rapport de garde

5° Incidence visée: la gestion interne des équipes (en premier lieu USFPDE, HD, Directions, Ministère de la Santé) assure un environnement stimulant de travail

Marqueurs de progrès	Sources de vérification
1. présence d'un organigramme à jour et accompagné d'une description des rôles, responsabilités et tâches ; le tout communiqué au personnel ; suivi pour assurer l'application de ces directives	Organigrammes au niveau central et décentralisé, description des tâches, interviews du personnel
2. présence d'un système de suivi et évaluation du personnel: entretiens de fonctionnement, développement des capacités	PV entretiens de fonctionnement, plan de formation continu pour le personnel, interviews du personnel
3. la conduite des réunions d'équipe: régularité, ordre du jour, gestion du temps, conclusions et points d'action clairs, rapport écrit, suivi de l'application des conclusions	PV réunions
4. présence des capacités interpersonnelles chez les directeurs dans la façon de conduire des réunions, la gestion des conflits, la capacité d'écoute, l'encadrement du personnel	Évaluation (interne/externe), PV entretiens de fonctionnement des directeurs
5. le travail en réseau interne au niveau décentralisé (entre HD et USFPDE) et au niveau central (entre Directions): dynamique de collaboration entre équipes	Groupes de travail ad hoc, réunions techniques,...
6. présence d'outputs suite à la collaboration 'intra-ministérielle': plan opérationnel, analyse concertée des données générées par le système M&E, documents techniques/directives générés par les taskforces	plan opérationnel du Ministère, rapport atelier M&E,
7. inclusion d'une dimension genre: directives explicites, présence d'un point focal	Politique 'genre', description des tâches pour un point focal 'genre'

6° Incidence visée: le district s'approprié les objectifs de santé et clarifié les relations, la division des rôles et des tâches entre les entités du district administratif et les structures responsables pour les services de santé (USFPDE, HD, CS)

Marqueurs de progrès	Sources de vérification
1. processus de concertation: des concertations régulières entre Minaloc et Minisanté au niveau central suivant un ordre de jour bien préparé et avec suivi des décisions	Ordre du jour, documents préparatoires, PV réunions
2. présence de outputs: directives opérationnelles par rapport à la décentralisation et aux aspects par rapport à l'organisation santé là-dedans ; degré de prise en compte de la composante santé dans le plan de développement global du district ; montant et % du budget du district administratif attribué à la santé ; % utilisation du budget attribué ; degré d'autonomie de l'USFPDE	Directives Minaloc, plan de développement des districts ciblés, budget de district, organigramme du district, rapport annuel du district
3. une gestion cohérente de la domaine de la santé par l'USFPDE, HD et CS suivant les principes du district sanitaire/système local de santé: fonctionnalité du comité de pilotage	PV comité du pilotage santé dans le district, PV district 'management team', plan de santé au niveau district, rapport annuel USFPDE/HD

7° Incidence visée: les acteurs opérationnels non-étatiques (privé, ONG) sont clairs par rapport à la vision du système de santé, leur rôle pour contribuer à réaliser cette vision, et le mode de collaboration avec le Minisanté

Marqueurs de progrès	Sources de vérification
1. processus de concertation: des concertations régulières entre le Minisanté et ces acteurs opérationnels non-étatiques suivant un ordre de jour bien préparé et avec suivi des décisions ; participation à la planification stratégique	Ordre du jour et PV des réunions, documents préparatoires, plan stratégique
2. présence de outputs: plan stratégique intégrant les acteurs opérationnels non-étatiques ; convention entre ces acteurs et le Minisanté régulant les rôles, responsabilités et tâches de chacun ; transparence mutuelle par rapport aux ressources financières et les activités	Plan stratégique, convention entre Minisanté et acteurs non-étatiques, rapports annuels, comptes nationaux

8° Incidence visée: les entretiens avec Minecofin résultent en un environnement plus favorable pour le développement du secteur de santé

Marqueurs de progrès	Sources de vérification
1. processus de concertation: des concertations régulières entre Minecofin et Minisanté au niveau central suivant un ordre de jour bien préparé (avec des dossiers bien argumentés et fiables de la part du Minisanté) et avec suivi des décisions	Ordre du jour, documents préparatoires, PV réunions
2. monitoring des outputs: augmentation du montant et % du budget du gouvernement attribué à la santé ; augmentation du montant et % du budget du gouvernement attribué au niveau décentralisé ; % de dépendance aux fonds externes ; développement d'un health, financing policy' cohérent; disponibilité des données fiables et à temps (afin de pouvoir bien préparer les dossiers à discuter avec Minecofin) ; réglementation des marchés publics prenant en compte la dimension qualité (spécifiquement les marchés en relation avec les médicaments)	Rapports financiers du gouvernement et du district, document politique financière santé, marché public médicaments
...	

9° Incidence visée: les ressources financières des partenaires techniques et financiers sont mieux planifiées et régulées afin de contribuer à une gestion du secteur plus rationnelle et à plus long terme

Marqueurs de progrès	Sources de vérification
1. budgets plus prévisibles: inventaire complet et à jour des différentes contributions financières externes; taux de complétude des intentions budgétaires déclarées par les PTF ; engagements financiers pour la durée du plan sectoriel (5ans) ;	inventaire des interventions des PTF déclarations lors du JHSR
2. budgets plus flexibles et 'on plan': réduction du nombre d'interventions externes (+ nombre de structures de gestion séparées) pour un certain volume budgétaire ; % du budget suivant une approche programmatique (avec une	Plan stratégique, interventions des PTF,

utilisation plus flexible des budgets ; évolution du rapport des budgets attribués à des programmes de lutte contre des maladies spécifiques en comparaison avec les budgets attribués aux services de santé ‘horizontaux’	
3. budgets plus transparents: fonctionnalité du ‘focal point’ bailleurs au sein du Minisanté avec un système de mise à jour régulière des dépenses et une bonne circulation de l’information ; publication (claire et compréhensible) des données financières aux communautés locales (‘downward accountability’)	Rapports focal point, publications données financières

10° Incidence visée: le système d’information à la santé répond aux besoins des acteurs à chaque niveau et est utilisé pour la prise de décision

Marqueurs de progrès	Sources de vérification
1. élaboration d’une politique globale régulant la gestion des données au sein du secteur de santé: rôle des acteurs (particulièrement au niveau décentralisé) clarifié ; progrès par rapport à une intégration des systèmes parallèles d’information ; cf. autres marqueurs ci-dessous	Politique M&E, systèmes base de données existants
2. adaptation des indicateurs à la demande des utilisateurs: prise en compte de la demande des cadres au niveau du CS, HD et USFPDE lors d’une révision (simplification et unification) du set d’indicateurs ; % de réduction du volume des indicateurs (actuellement 26p CS, 36p HD) ; fiabilité des données récoltées (en particulier dans les districts cibles) ; inclusion des ‘indicateurs’ de type systémique dans le SIS/HSSP;	Formulaires SIS, études/rapports de suivi de la qualité des données, indicateurs HSSP
3. présence d’une bonne dynamique d’analyse des données (en particulier dans les districts cibles): régularité des analyses (ateliers, groupes thématiques, analyse au sein du pool superviseurs,...) ; participation de tous les acteurs concernés aux analyses; perspective de formation et non pas de contrôle ; prise en compte du contexte global et des données qualitatifs en particulier l’analyse sur base des incidents critiques (cela suppose une inventarisation systématique de ces incidents critiques au niveau des services/structures de santé dans les districts cibles) ;	PV ateliers et des réunions thématiques, inventaire des incidents critiques, rapports AT
4. exploitation des données (outputs): lien entre l’analyse et la prise de décision (au niveau du district) ; lien entre l’analyse et l’adaptation des politiques de santé dans le secteur (au niveau central) ; nombre de cycles de recherche-action complétés (+ publications)	PV réunions, politiques de santé, dossiers RA, publications

11° Incidence visée: le secteur⁴⁰ fait preuve d’une flexibilité pour s’adapter au contexte changeant à l’extérieur et à l’intérieur du secteur (‘contextual responsiveness’) (= une ‘incidence visée’ générale, donc qui vaut pour tous les acteurs-clé et les interfaces)

Marqueurs de progrès	Sources de vérification
1. capacité au niveau décentralisé et au niveau central pour identifier et faire l’analyse des opportunités et contraintes majeures dans le contexte interne et externe au secteur: ouverture d’esprit (à l’écoute des communautés locales et le personnel de santé) ; évidence d’une analyse systématique du contexte (p.e. analyse SWOT) dans les forums de réflexion et de discussion (au moins ceux repris dans le schéma)	Rapport des ateliers, PV forums de discussion, PV groupes de pilotage
2. capacité de répondre d’une manière flexible et efficace et en fonction des besoins des utilisateurs du système de santé: analyse des réponses données par rapport aux opportunités et contraintes majeures inventoriées ; prise en compte et/ou attitude constructive envers des initiatives prises par les communautés locales	Rapport des ateliers, PV forums de discussion PV comité mixte de concertation local

⁴⁰ ceci vaut également pour les bailleurs qui font partie de ce système de santé

Choix et validation des incidences visées à utiliser

Au début de l'exécution un atelier sera organisé avec comme objectif:

1. Former les parties prenantes au sein du système de santé local et les cadres impliqués au niveau du ministère sur le « outcome mapping », sur l'intérêt de cet ensemble d'indicateurs, de la façon de les récolter et de les utiliser;
2. Adapter la sélection des indicateurs en fonction du contexte;
3. Actualiser l'information (quantitative ou qualitative) par rapport à ces indicateurs ;
4. Décider sur les indicateurs qui seront utilisés pour la première année de l'intervention

Afin de lever toute confusion, il est précisé qu'il est impossible de faire un suivi de toutes les incidences visées avancées ci-dessus. L'atelier en début du programme proposera un choix de 3, max. 4 incidences à suivre pour la première année. Ce choix est approuvé par le SMCL dans sa première réunion qui tiendra après cet atelier. Le SMCL fera lors de sa réunion un suivi régulier des évolutions par rapport aux incidences choisies. Par la suite, pour les années suivantes, des adaptations pourront être faites par rapport aux choix et aux formulations des incidences. Le SMCL validera ces changements.

Il convient également de signaler que certaines incidences visées peuvent être considérées du ressort d'autres programmes, par exemple l'appui budgétaire pour l'incidence visée 2 et 8.

3.6. ACTEURS INTERVENANT DANS LA MISE EN ŒUVRE

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

- Les cadres et le personnel du MOH;
- Les cadres et le personnel du Minaloc
- Les cadres et le personnel du Minecofin
- Les cadres et le personnel des formations sanitaires partenaires, intégrés dans la pyramide sanitaire, qu'ils soient publics, privés ou confessionnels.
- les agents de santé
- les Comités de Santé.
- La société civile participant à l'amélioration de l'environnement sanitaire et désireux de collaborer activement au programme, y inclus les leaders locaux.
- Toute organisation partenaire du gouvernement rwandais soucieuse de contribuer au développement et à la mise en œuvre du HSSP II.
- Les experts internationaux mis à disposition par la CTB ;
- Les consultants court terme intervenant sur le programme (consultants nationaux, équipe de appui scientifique continu, consultants sur certaines thématiques spécifiques...)
- Les instituts partenaires nationaux dans le domaine de la formation, l'enseignement et la recherche.
- Les instituts partenaires internationaux dans le domaine de la formation, l'enseignement et la recherche.
- La population

3.7. LA LOCALISATION DE L'INTERVENTION

3.7.1 Le niveau décentralisé

Bien que, suivant la stratégie de double ancrage décrite plus haute, le volet d'appui au niveau décentralisé devrait idéalement porter sur l'ensemble des districts, il est difficile de le généraliser dès le début. Pour des raisons pratiques et pour assurer un travail en profondeur, l'appui au niveau décentralisé dans cette intervention sera concrétisé à travers un accompagnement rapproché à un nombre limité de districts. Les expériences dans ces districts alimenteront le niveau central. Dans la mesure elles servent à renforcer les stratégies de santé nationale, ils auront un effet sur tous les districts. En même temps, cela n'exclut pas la capitalisation des expériences de terrain dans d'autres districts.

Trois districts ont été ciblés sur base des critères suivants:

- Un fonctionnement déjà assuré
- Une continuité avec les appuis précédents
- Une accessibilité géographique (accompagnement AT)
- Une synergie avec d'autres interventions en particulier celles par rapport à la décentralisation.

C'est dans cette optique que les districts de Bugesera, Rulindo et Gakenke ont été proposés comme districts cibles. La décision sur l'identification d'un éventuel 4^{ième} district reste ouverte et sera du ressort du CDC.

3.7.2 Le niveau central

L'appui développé s'aligne sur le HSSP II.

L'intervention sera localisée au MOH. Ceci est capital car il est important de chercher une bonne interaction et un échange dynamique avec les départements et directions ciblées par l'intervention. Pour le médecin santé publique en appui aux districts, il sera partiellement basé au ministère et partiellement dans les districts appuyés.

Les experts internationaux opèreront suivant le dernier organigramme en partenariat avec leurs homologues nationaux, organigramme en annexe 7.5.⁴¹:

- Pour l'expert en Public Administration, il sera attaché au bureau du secrétaire permanent et travaillera en étroite collaboration avec le Planning – M&E officer, et pour les aspects économie il opérera avec le Health Financing Unit Coordinator.
- Le médecin Santé Publique 1-délégué à la cogestion travaillera directement avec le secrétaire permanent.
- Le médecin Santé Publique 2 appuiera les districts.

⁴¹ Source: Rwanda HSSP II. April 22 2009.

4. RESSOURCES

4.1. RESSOURCES FINANCIÈRES

4.1.1 Contribution du Royaume de la Belgique

Le royaume de Belgique contribue pour un montant de 12.000.000 €.

Le budget réservé pour le niveau décentralisé est de 4.675.000 €. Ceci inclut l'assistance technique (1 AT santé publique) qui assurera l'accompagnement des districts cibles. Un budget distinct par district n'est pas alloué afin de garder un maximum de flexibilité en fonction des opportunités dans chacun des districts. Le district de Gakenke a néanmoins 2 hôpitaux et beaucoup plus de CS, et sera suivi le plus intensivement. Par conséquent, l'appui à Gakenke peut aller jusqu'au double par rapport aux 2 autres districts, ceci sous réserve des opportunités et de la dynamique de gestion au sein de ce district.

4.1.2 Contribution du gouvernement du Rwanda

La contribution directe du gouvernement du Rwanda est de 300.000 €, et comprend les salaires du personnel local, le loyer des bureaux et leur fonctionnement.

La contribution indirecte est décrite sous le point 5.3.1.

4.2. RESSOURCES HUMAINES – EXPERTISE

INTERNATIONALE

L'expertise internationale est entièrement détaillée sous le chapitre 7.3

Il est important de souligner sous ce chapitre que:

1. l'assistance prévue est une assistance minimale, qui peut être complétée par des expertises perlées, à financer par le Basket Fund CDPF,
2. l'assistance prévue est une assistance flexible, qui déploiera des activités sous un angle plus large que le présent programme: échanges régionaux, échanges avec autres bailleurs et programmes,
3. Dans le même esprit, l'expertise déployée par la CTB dans d'autres programmes (ville de Kigali, budget support) pourra être sollicitée dans le cadre de l'actuel intervention.

Les profils suivants sont retenus comme expertise permanente dans la réalisation de l'appui:

1. Expert international, Médecin spécialiste en santé publique, expert en appui institutionnel - organisation des systèmes de santé.
2. Expert international en gestion publique et économie – avec expertise en gestion des systèmes de santé – délégué à la cogestion
3. Expert international Médecin spécialiste en santé publique, et organisation du système de santé local.

4.3. BUDGET

RWA 0806611		BUDGET TOTAL		Mode d'exéc.	BUDGET TOTAL	%	ANNEE 1	ANNEE 2	ANNEE 3	ANNEE 4
A	Objectif spécifique 1		4.075.000		34%	1.029.500	1.021.500	1.012.000	1.012.000	
A 01	<i>L'Equipe intégrée de gestion du district[1] est renforcée</i>		295.000		2%	73.750	73.750	73.750	73.750	
A 01 01	améliorer dynamique de travail en équipe	cogestion	80.000			20.000	20.000	20.000	20.000	
A 01 02	renforcer cohésion interne	cogestion	32.000			8.000	8.000	8.000	8.000	
A 01 03	stimuler coordination et régulation	cogestion	183.000			45.750	45.750	45.750	45.750	
A 02	<i>La disponibilité des ressources humaines compétentes et motivées est améliorée</i>		485.000		4%	125.000	120.000	120.000	120.000	
A 02 01	stimuler disponibilité	cogestion	5.000			5.000				
A 02 02	formation adaptée	cogestion	380.000			95.000	95.000	95.000	95.000	
A 02 03	renforcer motivation	cogestion	100.000			25.000	25.000	25.000	25.000	
A 03	<i>L'accessibilité équitable aux services de santé est augmentée (couverture sanitaire)</i>		1.560.000		13%	397.000	394.000	384.500	384.500	
A 03 01	cartes sanitaires	cogestion	3.000			3.000				
A 03 02	renforcer PMA PCA PTA	cogestion	1.000.000			250.000	250.000	250.000	250.000	
A 03 03	intégrer santé mentale	cogestion	60.000			15.000	15.000	15.000	15.000	
A 03 04	assurer complémentarité santé communautaire et PMA	cogestion	144.000			36.000	36.000	36.000	36.000	
A 03 05	développer stratégie contre la malnutrition	cogestion	19.000			9.500	9.500			
A 03 06	mise en œuvre plan environnemental	cogestion	264.000			66.000	66.000	66.000	66.000	
A 03 07	renforcer accessibilité financière	cogestion	70.000			17.500	17.500	17.500	17.500	
A 04	<i>La gestion des ressources est plus rationnelle et transparente</i>		1.005.000		8%	251.250	251.250	251.250	251.250	
A 04 01	améliorer la gestion des ressources financières	cogestion	185.000			46.250	46.250	46.250	46.250	
A 04 02	améliorer la gestion des ressources matérielles	cogestion	795.000			198.750	198.750	198.750	198.750	
A 04 03	renforcer la gestion de l'information	cogestion	25.000			6.250	6.250	6.250	6.250	
A 05	<i>La qualité des soins est améliorée d'une façon continue</i>		160.000		1%	40.000	40.000	40.000	40.000	
A 05 01	développer vision	cogestion	160.000			40.000	40.000	40.000	40.000	
A 06	<i>les connaissances sont développées de façon systématique</i>		570.000		5%	142.500	142.500	142.500	142.500	
A 06 01	organiser la RA	cogestion	36.000			9.000	9.000	9.000	9.000	
A 06 02	organiser l'appui scientifique	cogestion	520.000			130.000	130.000	130.000	130.000	
A 06 03	assurer le lien entre le district et le niveau central	cogestion	14.000			3.500	3.500	3.500	3.500	
B	Objectif spécifique 2		4.938.750		41%	1.053.750	1.455.000	1.215.000	1.215.000	
B 01	<i>Les plans du secteur de la santé sont développés au niveau central et au niveau décentralisé</i>		60.000		1%	15.000	15.000	15.000	15.000	
B 01 01	Appui à la planification - organisation ateliers annuels de planification	cogestion	60.000			15.000	15.000	15.000	15.000	
B 02	<i>La coordination et la gestion du secteur sont faites de façon globale et intégrée</i>		700.000		6%	180.000	180.000	170.000	170.000	
B 02 01	Consolidation de la coordination et la communication	cogestion	200.000			50.000	50.000	50.000	50.000	
B 02 02	Appui au cadre régulateur	cogestion	500.000			130.000	130.000	120.000	120.000	
B 02 03	Renforcement de la gestion	cogestion	0							
B 03	<i>Les ressources humaines sont renforcées suivant plan</i>		2.800.000		23%	575.000	1.075.000	575.000	575.000	
B 03 01	Appui au développement et réalisation du PSRH	cogestion	500.000			125.000	125.000	125.000	125.000	
B 03 02	Renforcement du RBMC et de ses instituts de formation et de recherche	cogestion	1.300.000			250.000	550.000	250.000	250.000	
B 03 03	Maintien de la dynamique instaurée dans le cadre du PBF	cogestion	800.000			200.000	200.000	200.000	200.000	
B 03 04	Développement des compétences en HR management	regie	200.000				200.000	0	0	
B 04	<i>La gestion financière est assurée de façon efficace suivant les normes et standards nationaux et internatio</i>		360.000		3%	90.000	90.000	90.000	90.000	
B 04 01	Appui à l'amélioration de la gestion financière suivant les standards nationaux et internatio	cogestion	160.000			40.000	40.000	40.000	40.000	
B 04 02	Appui à la dynamique instaurée dans le cadre des mutuelles de la santé	cogestion	200.000			50.000	50.000	50.000	50.000	
B 05	<i>Un système intégré et performant de suivi et évaluation est mis en place</i>		50.000		0%	50.000	0	0	0	
B 05 01	Developpement d'un système de monitoring et évaluation unique et intégré	cogestion	50.000			50.000	0	0	0	

RWA 0806611		BUDGET TOTAL	Mode d'exéc.	BUDGET TOTAL	%	ANNEE 1	ANNEE 2	ANNEE 3	ANNEE 4
B 06	Les services et les soins délivrés sont de qualité suivant les normes et standards nationaux et internat	843.750			7%	93.750	70.000	340.000	340.000
B 06 01	Développement d'un système de qualité unique d'accréditation	80.000	cogestion			35.000	15.000	15.000	15.000
B 06 02	Appui a la mise en œuvre des PMA et PCA révisés et à l'élaboration du PTA.	223.750	cogestion			58.750	55.000	55.000	55.000
B 06 03	Développement de la Santé Mentale suivant le plan stratégique 2009-2012	540.000	cogestion					270.000	270.000
B 07	La recherche action est développée et alimente les politiques.	125.000			1%	50.000	25.000	25.000	25.000
B 07 01	Developpement de la Recherche action	0	cogestion			0	0	0	0
B 07 02	Réalisation de publications nationales et internationales	125.000	cogestion			50.000	25.000	25.000	25.000
X	Réserve budgétaire (max 5% * total activités)	229.050			2%				229.050
X 01	Réserve budgétaire	229.050			2%				229.050
X 01 01	Réserve budgétaire COGESTION	229.050	cogestion						229.050
X 01 02	Réserve budgétaire REGIE	0	regie						0
Z	Moyens généraux	2.757.200			23%	686.300	745.300	725.300	600.300
Z 01	Frais de personnel	2.321.200			19%	505.300	655.300	655.300	505.300
Z 01 01	Assistant technique	2.100.000	regie			450.000	600.000	600.000	450.000
Z 01 02	Directeur national	28.800	cogestion			7.200	7.200	7.200	7.200
Z 01 03	Equipe finance et administration	83.200	cogestion			20.800	20.800	20.800	20.800
Z 01 04	Responsable administratif et financier du programme	46.800	regie			11.700	11.700	11.700	11.700
Z 01 05	Autres frais de personnel	62.400	cogestion			15.600	15.600	15.600	15.600
Z 02	Investissements	126.000			1%	126.000	0	0	0
Z 02 01	Véhicules	100.000	regie			100.000	0	0	0
Z 02 02	Equipement bureau	20.000	regie			20.000	0	0	0
Z 02 03	Equipement IT	6.000	regie			6.000	0	0	0
Z 03	Frais de fonctionnement	60.000			1%	15.000	15.000	15.000	15.000
Z 03 01	Services et frais de maintenance	60.000	cogestion			15.000	15.000	15.000	15.000
Z 03 02	Frais de fonctionnement des véhicules	0	cogestion			0	0	0	0
Z 03 03	Télécommunications	0	cogestion			0	0	0	0
Z 03 04	Fournitures de bureau	0	cogestion			0	0	0	0
Z 03 05	Frais financiers	0	cogestion			0	0	0	0
Z 03 06	Frais TVA	0	cogestion			0	0	0	0
Z 04	Audit et Suivi et Evaluation	250.000			2%	40.000	75.000	55.000	80.000
Z 04 01	Frais de suivi et évaluation	135.000	regie				50.000	30.000	55.000
Z 04 02	Audit	60.000	regie			15.000	15.000	15.000	15.000
Z 04 03	Backstopping	40.000	regie			10.000	10.000	10.000	10.000
Z 04 04	Etudes convention d'exécution	15.000	regie			15.000			
TOTAL		12.000.000				2.769.550	3.221.800	2.952.300	3.056.350
			REGIE	2.722.800					
			COGESTION	9.277.200					

5. MODALITES D'EXECUTION

5.1. CADRE LÉGAL ET RESPONSABILITÉS

ADMINISTRATIVES

Les modalités de mise en œuvre des activités de la 4^{ième} phase seront conformes à celles utilisées dans le cadre du projet précédent.

Le Ministère de la Santé (MOH) sera l'entité responsable de l'exécution du programme. La réalisation et la mise en œuvre du programme se feront en cogestion avec la Coopération Technique Belge (CTB), représentée au Rwanda par son Représentant Résident.

Le programme sera exécuté principalement en cogestion, le Rwanda étant ainsi le maître d'ouvrage des travaux cofinancés par la Belgique. Dans ce cadre, la législation rwandaise s'appliquera notamment en ce qui concerne les marchés publics et le code du travail.

5.2. STRUCTURES D'EXECUTION ET DE SUIVI

5.2.1 Le Comité de Concertation (CDC)

Le Comité de Concertation (CDC) est chargé du suivi de l'exécution et de l'utilisation des ressources.

Le Comité de Concertation compte comme membres décideurs, qui signeront le PV :

- Le représentant du Ministère de la Santé, Président du Comité, l'ordonnateur ;
- Le représentant du Ministère des finances;
- Le représentant résident de la CTB, le coordonnateur du programme ;

Le Comité de Concertation compte comme autres participants, qui ne signeront pas le PV :

- Le représentant du Ministère des Affaires Etrangères et de la Coopération ;
- Le représentant du Minaloc ;
- Un représentant par district appuyé : il s'agira de la personne ayant la gestion du secteur Satné dans ses attributions.

Le Directeur national et le Délégué à la cogestion (Delco) assistent aux réunions comme rapporteurs. Le Comité de Concertation peut inviter, en qualité d'observateur ou d'expert, toute personne qui apporte une contribution.

Seront également invités comme observateurs au comité de concertation le Directeur d'intervention et le délégué à la cogestion de l'intervention RWA0403112 « appui PNSM phase 2 ».

5.2.2 La Direction du Programme (DP)

La Direction du Programme (DP) est chargée de l'exécution et du suivi des activités du programme et en assure la gestion journalière.

Elle est composée de:

- Un Directeur national, nommé par le Ministère de la Santé, mis à disposition du programme pour toute la durée de son exécution (48 mois). Un financement est prévu à cet effet, et sera utilisé selon les barèmes en vigueur au Rwanda.
- Un Délégué à la Cogestion (Delco), représentant la CTB. Il sera affecté à temps plein pour toute la durée de l'intervention (48 mois), basé à KIGALI. Le délégué à la cogestion sera l'expert en gestion publique, avec le profil décrit sous 7.3.

La DP sera basée à KIGALI au ministère de la santé, où elle disposera d'un bureau pour ses services. La mise à disposition des bureaux comptera comme partie de la contribution rwandaise.

La DP est appuyée par une équipe plurisectorielle composée d'un Médecin Santé Publique et d'un économiste de la santé.

Comme personnel de support il est prévu un responsable administratif et financier sectoriel national, qui travaillera également dans les autres programmes santé de la CTB (comme l'appui à la ville de Kigali, l'appui au PNSM, l'appui au PNLP) et du staff administratif et financier et des chauffeurs.

La DP assurera l'exécution et la gestion quotidienne avec comme responsabilités:

- La coordination et la direction des activités selon les procédures officielles en vigueur ;
- L'élaboration et la programmation des budgets et des résultats annuels ;
- L'information bisannuelle au Comité de Concertation (CDC) des activités et des résultats techniques et financiers du programme ;
- La rédaction des documents et rapports de l'intervention.

5.3. MODALITÉS FINANCIÈRES

5.3.1 Contribution de la Partie rwandaise

Mis à part la contribution directe, la partie Rwandaise contribuera indirectement en respectant les obligations et participations financières telles que prévues par la Convention Spécifique (CS) et le Dossier Technique et Financier (DTF) qui fait partie intégrante de la Convention.

La Partie rwandaise s'engage dès lors à tout mettre en œuvre pour assurer le succès du programme de coopération et notamment:

Concernant le financement

- à prendre les dispositions institutionnelles, administratives et budgétaires nécessaires à la fourniture de ses apports, notamment en ce qui concerne les salaires du personnel du ministère
- à n'utiliser en aucun cas la contribution belge au paiement d'impôts ou autres charges publiques, ni à l'apurement des droits d'entrée prévus par la législation de la République du Rwanda. Ceci implique entre autres :
 - l'exonération de tout impôt, droits de douanes, taxes d'entrée et autres charges fiscales ou administratives sur les fournitures, travaux et projets de service faisant l'objet de la contribution belge ;
 - l'autorisation par la direction des douanes d'utiliser la procédure « d'enlèvement d'urgence » .

Concernant la mise à disposition de locaux

- à mettre à disposition de l'équipe du programme les bureaux nécessaires dans les districts appuyés (pour la période 2009-2013)
- à mettre à disposition de l'équipe du programme, les bureaux nécessaires à Kigali (au sein du Ministère technique) afin d'assurer les activités prévues par le programme en étroite concertation avec les instances nationales du secteur santé, décrites au point 1.1.1 du présent DTF.

Concernant l'après programme

- à prendre les dispositions institutionnelles, administratives et budgétaires nécessaires pour garantir la poursuite des activités au sein des structures retenues après la cessation de l'intervention belge ;
- à veiller à ce que les équipements et matériels acquis dans le cadre du présent programme deviennent propriété de l'Etat rwandais après cessation de l'intervention belge et restent affectés aux structures pour lesquelles ils ont été prévus.

5.3.2 Contribution de la Partie belge

Les obligations et participations financières de la Partie belge, telles que prévues par la Convention Spécifique (CS) et le Dossier Technique et Financier (DTF) qui fait partie intégrante de la Convention, sont essentielles pour la réalisation des objectifs (global et spécifique).

La contribution belge couvrira essentiellement les activités inhérentes à l'atteinte de l'objectif spécifique et sera mise à la disposition du programme sous forme de contribution financière non remboursable.

A l'exception des frais de mise à disposition de l'expertise internationale, de bourses d'études internationales et des activités de suivi-évaluation, d'audit, de suivi scientifique et de backstopping technique, qui seront gérés en régie par la CTB, toutes les autres activités du programme seront exécutées suivant les modalités de cogestion.

Les conventions d'exécution dans le cadre de la déclaration de Paris: pourquoi et comment

Suivant la Déclaration de Paris, les interventions doivent être orientées vers les résultats, stimuler l'appropriation des acteurs locaux et renforcer le 'mutual accountability'. Un programme complexe tel qu'un appui institutionnel nécessite une flexibilité pendant la mise en œuvre. Il est difficile, au stade de la formulation de connaître déjà les activités détaillées (par exemple combien de formations pour combien de jours pour combien de personnes, résidentielle ou non-résidentielle, à distance ... ?) pour une intervention tellement importante qui porte sur minimum 4 ans et qui opérera dans un contexte de présence de multiples bailleurs et d'aide budgétaire. Toute prévision trop détaillée lors de la formulation reposerait sur un exercice non pertinent et hypothétique loin de la réalité des acteurs de terrain. Ce serait largement en vain, car l'expérience du passé démontre que ces prévisions budgétaires sont adaptées dès la mise en œuvre d'un projet ou un programme.

Pour ces raisons, il est plus pertinent de prévoir un financement à travers des conventions d'exécution. Le montant des enveloppes respectives est déterminé de commun accord avec le partenaire.

Les organisations qui auront un appui suivant des conventions d'exécution seront exclusivement des structures locales décentralisées émanant des ministères publics. Dans ce document 4 ont été identifiées :

- Les districts : les districts appuyés sont des districts qui depuis longtemps travaillent avec l'appui de la Coopération Technique Belge. Elles ont une expérience en matière de gestion financière suivant les procédures de la CTB..
- La CAAC : La Cellule d'Appui à l'Approche Contractuelle, au sein du MoH, a été créée par le CTB sous le projet précédent RWA0302611, « Programme d'appui aux districts de santé du Rwanda : Appui aux districts de santé e Kigali Ngali » en 2004. Cette cellule a donc une expérience également de plus de 5 ans de collaboration avec la CTB.
- Le PNSM bénéficie également depuis plus de 10 ans d'un appui de la Belgique.
- Le CDPF est une structure nouvellement créée en 2008 dans le cadre du SWAP Santé, et la mise en œuvre de ses activités est suivant les modalités d'aide budgétaire.

Les activités à financer sous les conventions diffèrent suivant l'institution appuyée : le renforcement du district ne peut être que global, tandis que le financement d'un CDPF devra impérativement se limiter à des activités en lien avec le « capacity development ».

Ci-dessous sont reprises, par institution, les activités à financer avec estimation du budget.

- **Pour les districts :**

Les activités à financer seront en lien direct et vérifiable avec l'objectif spécifique 1 et les résultats du DTF, comme élaboré ci dessous dans la checklist.

Résultat 1: L'Equipe intégrée de gestion du district est renforcée

Améliorer la dynamique de travail en équipe :

A travers des types activités telles que

- Assurer accompagnement continu
- Prévoir formations spécifiques

Renforcer la cohésion interne entre les différentes composantes étatiques et non étatiques du système local de santé :

A travers des types activités telles que

- Travailler sur la tenue régulière des réunions entre ces composantes + leur qualité
- Travailler sur le renforcement des programmes verticaux du système local de la santé
- Renforcer le système de supervision
- Renforcer le système de référence et de contre-référence
- Travailler sur le système d'information

Stimuler l'implication active et la bonne coordination et régulation entre tous les acteurs dans le système au niveau local :

A travers des types activités telles que

- Clarifier/documenter les rôles, tâches et articulations de l'USF, HD, CS envers le District Administratif et les autres acteurs
- Etudier l'intégration harmonieuse du volet santé communautaire dans le fonctionnement du district
- Assurer la tenue régulière et la qualité des ateliers participatifs de planification réflexion, M&E.
- Encourager la mise en place des groupes de réflexion thématiques.
- Faire des analyses des incidents critiques

Le budget estimatif pour le RI 1 est chiffré à 295.000 €

Résultat 2: La disponibilité au niveau local des ressources humaines compétentes et motivées est améliorée

Stimuler une meilleure disponibilité du personnel au niveau du district :

A travers des types activités telles que

- Inventorier les besoins en termes de profils et nombres de personnel / les flux de personnel
- Étudier les conditions de travail et de vie dans le milieu rural

Assurer une formation adaptée aux besoins du personnel de santé dans le district :

A travers des types activités telles que

- Formations (coaching, ateliers, bourses formations court terme, lieu de stages) pour renforcer les capacités techniques, managériales, systémiques et interpersonnelles
- Etudier la rationalisation des structures de santé en termes de RH

Renforcer la motivation du personnel dans le district :

A travers des types activités telles que

- Etudier l'opportunité de prévoir un PBF pour les équipes USF
- Etudier l'amélioration du système PBF
- Etudier d'autres stratégies de motivation

Le budget estimatif pour le RI 2 est chiffré à 485.000 €

Résultat 3: L'accessibilité équitable aux services de santé adaptés aux normes et aux besoins est augmentée (couverture sanitaire)

Mettre en place des cartes sanitaires de district :

A travers des types activités telles que

- Elaborer les cartes sanitaires
- Etudier les critères d'un CS fonctionnel et la place des Postes de Santé dans le système local

Renforcer les paquets minimums, complémentaires et tertiaires d'activités :

A travers des types activités telles que

- Contribuer au fonctionnement actuel des PMA/PCA
- Organiser un service performant de transport de malades
- Organiser un système de garde performant à l'PHD
- Stimuler la création des services d'urgences/unité de soins continus performants
- Renforcer le plateau technique chirurgical et médical

Intégrer et développer les activités de santé mentale dans le PMA et PCA :

A travers des types activités telles que

- Etudier l'intégration
- Assurer la disponibilité des inputs spécifiques tels que les psychotropes
- Assurer la formation du personnel
- Etudier l'opportunité d'intégrer la santé mentale dans le PBF
- Mettre en place des Pôles Opérationnels de santé mentale (10 pour assurer une couverture pour tous les districts dans le pays)

Clarifier et assurer la complémentarité entre le volet santé communautaire et le PMA :

A travers des types activités telles que

- Clarifier rôles/tâches des agents communautaires et les CS

Développer une stratégie intégrée par rapport à la malnutrition au niveau du district

Contribuer à la mise en œuvre d'un plan environnemental adapté au niveau des communautés locales :

A travers des types activités telles que

- Opérationnaliser le Community based Environmental Health Program suivant une analyse critique
- Organiser la gestion des déchets liquides et solides
- Investir dans la récupération eaux de pluie, énergie solaire, autres technologies durables

Suivre l'évolution de l'accessibilité financière et la renforcer

A travers des types activités telles que

- Etudier la tarification en lien avec le pouvoir d'achat
- Etudier la mise en place d'un système de mutuelle au niveau du district

Le budget estimatif pour le RI 3 est chiffré à 1.560.000 €

Résultat 4: La gestion des ressources en vue d'une rationalisation progressive du fonctionnement interne des formations sanitaires est améliorée

Améliorer la gestion des ressources financières

A travers des types activités telles que

- Financer des formations des directeurs financiers et administratifs, en premier lieu au niveau de l'hôpital et des USF
- Étudier les coûts de fonctionnement (rationnel) d'un CS et hôpital

- Appuyer la mise en place d'un logiciel pour la gestion des données financières dans les hôpitaux et le USF + formation des utilisateurs

Améliorer la gestion des ressources matérielles particulièrement en relation avec la maintenance et les médicaments :

A travers des types activités telles que

- Etudier la mise en place d'un système rationnel (et écologique) de maintenance
- Assurer la formation du personnel impliqué
- Contribuer aux frais de maintenance des équipements et des bâtiments (att : pas de nouvelles constructions)
- Etudier le système d'approvisionnement/distribution/assurance qualité des médicaments au district

Renforcer la gestion de l'information :

A travers des types activités telles que

- Stimuler l'analyse des données au niveau du district (groupes de travail thématiques, ateliers participatifs...)
- Etudier l'opérationnalité des supports en information sanitaires existants
- Etudier l'uniformisation/simplification du système de récolte de données actuel
- Assurer la formation data-managers et personnel de soutien ICT
- Organiser la surveillance épidémiologique au niveau du district
- Mettre en place un logiciel type EMR + organiser la formation

Le budget estimatif pour le RI 4 est chiffré à 1.005.000 €

Résultat 5: La qualité des soins est améliorée d'une façon continue

Développer une vision globale en consensuelle sur la qualité des soins

A travers des types activités telles que

- Développer le système de supervision
- Explorer l'application d'autres formes de coaching (peer-review, stages d'excellence ...)
- Assurer la formation du personnel par rapport à l'approche globale AQ

Elargir l'assurance de qualité partant de l'amélioration du mécanisme du PBF - PBF
Etudier le mécanisme d'accréditation

A travers des types activités telles que

- Améliorer le mécanisme du PBF (étudier l'accréditation)
- Contribuer à la réflexion par rapport à la mise en place d'une stratégie globale d'Assurance Qualité au niveau d'un district

Le budget estimatif pour le RI 5 est chiffré à 160.000 €

Résultat 6: Les connaissances sont développées d'une façon systématique

Organiser la RA et la réflexion au niveau décentralisé

A travers des types activités telles que

- Former les membre de l'équipe par rapport à la RA
- Appuyer l'ECD à conceptualiser des recherches

- Appuyer financièrement des RA

Organiser le appui scientifique au niveau central :

A travers des types activités telles que

- Appuyer appui scientifique (3 missions/an + appui intermédiaire) : enveloppe max 20 000 euro/district/an)
- Appuyer des expertises ponctuelles : enveloppes max 24 000 euro/district/an)

Le budget estimatif pour le RI 6 est chiffré à 570.000 €

- **Pour la CAAC :**

Maintenir la dynamique lancée par le PBF

A travers des types d'activités telles que

- La coordination des bailleurs
- L'élaboration des politiques,
- La traduction des politiques en manuels et guidelines
- Le développement et l'amélioration des outils
- La gestion des contrats de performance
- L'évaluation des structures sous contrat
- L'appui aux institutions sous contrat
- La formation
- La conduite d'analyses critiques et études sur le PBF

Le budget estimatif est chiffré à 800.000 € sur base des dépenses du projet précédent.

- **Pour les PNSM :**

Continuer le développement, initié sous le projet précédent des POSM

A travers des types d'activités telles que

- L'appui à la réhabilitation des bâtiments
- L'équipements des centres à développer
- La formation du personnel
- Le renforcement des activités préventives
- L'intégration des activités de santé mentale dans les paquets de soins.

Le budget estimatif est chiffré à 540.000 € sur base des informations du projet précédent

- **Pour CDPF :**

Stimuler toute activité en rapport avec le développement des capacités :

- Développement d'études visant le renforcement du système de santé
 - Baseline studies
 - Follow up studies
 - Impact assessments
- Tenue d'audits externes ponctuels (medicaux, financiers, administratifs, ...)
- Organisations d'évaluations du secteur ;
- Développement de plans de développement ;
- Renforcer et organiser toute activité de formation

Le budget proposé pour ce basket est de 500.000 €

Les conventions d'exécution seront établies au démarrage de l'intervention. Un budget est prévu à cet effet sous la ligne budgétaire Z/04/04.

Les conventions d'exécution: principes et conditions

Une convention d'exécution décrira clairement les activités financées, le budget correspondant et les obligations de rapportage et de contrôle.

En ce qui concerne les obligations de rapportage et de contrôle les éléments suivants seront repris :

- rapportage sur l'état d'avancement des activités chaque trimestre
- programmation des activités et financière chaque trimestre
- transfert de fonds mensuel ou trimestriel sur un compte spécifique sur base de la justification et un plan de trésorerie
- Justification mensuelle des transactions financières : rapports financiers, pièces justificatives et extraits du compte en banque
- audit annuel ou semestriel (financier, existence et respect de procédures, lien entre activités et budget, utilisation efficiente et économique des moyens)
- conséquences dans le cas de non-éligibilité des dépenses

Les conventions seront également rédigées en respect de certains principes et règles sur la gestion financière de la coopération technique belge : toute dépense au delà des 12.500 € devra être autorisée par le coordonnateur ou l'ordonnateur, tandis que les dépenses entre 5500 et 12500 seront autorisées par le délégué à la cogestion ou par le directeur de l'intervention. (voir également chapitre « comptes et pouvoir de signature »)

Le partenaire avec qui on signe la convention doit disposer:

- D'une planification stratégique à moyen terme, avec objectifs, stratégies, résultats et budget clairs. Ce plan stratégique sera cohérent avec le HSSP II ou d'autres plans nationaux stratégiques.
- Le partenaire doit disposer d'un plan opérationnel annuel cohérent avec la planification stratégique, avec activités détaillées et budget.
- D'une structure administrative et financière avec capacité d'absorption et gestion satisfaisante.
- D'une commission de passation de marché qui appliquera en bonne et due forme la législation Rwandaise sur la passation des marchés publics

Le partenaire soumettra au SMCL au début de l'intervention et ensuite annuellement les plans stratégiques et opérationnels avec un budget par activité. La direction du programme examinera les plans stratégiques et opérationnels et les soumettra au SMCL.

Un nouveau plan et budget annuel seront approuvés sur base de l'approbation des dépenses et sur base d'un rapport d'exécution annuel.

Comptes et pouvoir de signature

Dès la signature de la Convention Spécifique, un compte en EUR (compte principal) sera ouvert auprès d'une institution bancaire de premier ordre.

Le compte sera intitulé: « Contribution belge – Minisanté 4 »

Le compte principal sera actionné sous la double signature de l'ordonnateur et du co-ordonnateur et sera alimenté trimestriellement. Le Ministère de la Santé est l'entité responsable du suivi technique et financier de l'exécution du Programme (ordonnateur). La fonction de co-ordonnateur sera exercée par le Représentant Résident de la CTB à Kigali.

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

Tous les comptes seront gérés conformément aux modalités de la cogestion. Les intérêts générés par les comptes bancaires s'ajoutent au budget total et seront régis comme celui-ci.

Pouvoir de signature

Signature 1	Signature 2	Limite
Directeur	Delco	12.500 EUR
Directeur	Coordonnateur	67.000 EUR
Ordonnateur	Delco	67.000 EUR
Ordonnateur	Coordonnateur	La limite dépend des procédures internes en vigueur dans les institutions respectives.

Mise à disposition des fonds

Premier transfert

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

Transferts suivants

Afin de recevoir des fonds, le programme doit introduire à la représentation locale de la CTB un appel de fonds par mode de financement au début du mois précédant le trimestre suivant. Le montant de l'appel de fonds est égal aux besoins estimés en trésorerie pour le trimestre suivant plus une réserve.

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

Le transfert des fonds se fait uniquement à condition que:

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

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

Rapportage financier

Comptabilité

Mensuellement, la comptabilité doit être élaborée et approuvée selon les procédures de la CTB. La comptabilité doit être signée pour accord par le directeur et le delco. La comptabilité à envoyer à la représentation locale de la CTB comprend un fichier électronique, les pièces justificatives ainsi que les extraits bancaires et états de caisse.

Programmation financière

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

Rapportage financier au CDC

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

- Rapport d'exécution budgétaire
- Mise à jour de la programmation financière
- Liste des engagements importants

- Aperçu des soldes bancaires
- Liste des fonds reçus par mode de financement
- Proposition de changement budgétaire si nécessaire
- Plan d'action lié aux recommandations d'un audit financier
- Le rapport des audits semestriels sur les dépenses sous convention d'exécution

Gestion du budget

Le budget total et le budget par mode d'exécution ne peuvent pas être dépassés.

Le budget du programme donne les contraintes budgétaires dans lesquelles le programme doit être exécuté. Chaque changement de budget doit être approuvé par le CDC sur base d'une proposition élaborée par la direction du programme.

Les changements budgétaires possibles sont:

- Changement de la structure du budget (par exemple ajout d'une ligne budgétaire)
- Ré allocation des montants entre lignes budgétaires
- Ré allocation des moyens entre modes de financement (régie – cogestion, tout en respectant les règles en vigueur au moment du changement, par exemple nécessité d'avoir un Echange de Lettres.)
- Utilisation de la réserve budgétaire

La réserve budgétaire peut uniquement être utilisée pour des activités du programme et après accord du CDC. Son utilisation doit toujours être accompagnée d'un changement du budget.

Les engagements doivent être approuvés par les deux parties tout en respectant les mandats (voir pouvoir de signature).

La direction du programme doit assurer un bon suivi des engagements. Elle n'est pas autorisée à prendre des engagements sur base d'un budget non approuvé officiellement.

Audit financier

Audit programme

A l'exception des dépenses sous conventions d'exécution comme indiqué ci-dessus, le programme doit être audité annuellement. L'audit portera sur la vérification des comptes du programme et sur le contrôle de l'existence et le respect des procédures.

Le CDC peut demander des audits supplémentaires s'il les juge nécessaires.

Le CDC charge le représentant résident de l'élaboration des termes de référence et de la sélection de la firme d'audit.. La firme d'audit doit être une firme certifiée (selon standards internationaux) indépendante.

Le rapport d'audit doit être présenté à la CDC. Si nécessaire la direction devra élaborer un plan d'action afin d'améliorer les procédures et prouver que des mesures correctives ont été entreprises.

Audit CTB

Chaque année les comptes de la CTB sont audités par un collège de commissaires. Dans ce cadre ils réalisent également des audits de projets. Le comité d'audit de la CTB peut aussi demander qu'un projet soit audité par l'auditeur interne de la CTB.

Clôture financière

Bilan Financier

Six mois avant la fin du programme un bilan financier doit être élaboré par la direction du programme selon les procédures de la CTB. Le bilan financier présenté au CDC de clôture doit d'abord être vérifié par la CTB.

Soldes

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

Dépenses après Convention

Après la fin de la Convention Spécifique il n'est plus autorisé de faire des dépenses sauf si elles sont liées à des engagements pris avant la fin de la Convention Spécifique et actés dans un PV du CDC.

5.4. RAPPORTAGE TECHNIQUE ET FINANCIER

5.4.1 Rapport d'exécution semestriel

Afin de permettre une bonne information de tous les partenaires concernés par l'exécution du programme, la DP établira des rapports d'exécution semestriels, qui seront soumis pour discussion et approbation au Comité de Concertation (CDC). Cette dernière en tirera les conclusions pour l'orientation postérieure du programme. En absence de rapport national, le rapport proposé par la CTB sera suivi.

En outre, à chaque réunion du CDC, la DP doit présenter l'information financière suivante:

- Rapport d'exécution budgétaire ;
- Mise à jour de la programmation financière ;
- Liste des engagements importants ;
- Aperçu des soldes bancaires ;
- Paiements par le siège CTB ;
- Proposition de changement budgétaire si nécessaire ;
- Le rapport des audits semestriels sur les dépenses sous convention d'exécution
- Plan d'action lié aux recommandations d'un audit financier

5.4.2 Rapport annuel opérationnel

Outre les rapports d'exécution semestriel, la DP transmettra aux membres du CDC, un rapport annuel opérationnel qui comprendra

- l'examen de l'état d'avancement du programme;
- l'examen de la prestation de coopération au regard de son efficience, de son efficacité et de sa durabilité ;
- l'examen de la prestation de coopération au regard des indicateurs repris au DTF et notamment, sur la base des suppositions du cadre logique et de l'examen de l'évolution du risque au regard de ces mêmes indicateurs.

Le rapport annuel opérationnel et financier sera remis au plus tard le 31 mars de l'année qui suit celle sur laquelle il porte, à l'Etat rwandais et à l'Etat belge, via la DGD à Bruxelles et l'Attaché de Coopération internationale au Rwanda. Le modèle suivi pour le rapportage sera par défaut le modèle du partenaire.

5.5. MÉCANISME D'APPROPRIATION DES ADAPTATIONS AU DTF

Le DTF peut être modifié par le pays partenaire et la CTB quand cela s'avère nécessaire pour la bonne exécution du programme, à l'exception toutefois de l'objectif spécifique, de la durée et du budget total du programme pour lesquels une éventuelle modification doit se faire par un échange de lettre entre l'Etat rwandais et l'Etat belge, après approbation par l'autorité belge compétente.

Les adaptations au DTF sont discutées et approuvées en CDC.

Toutefois, la Partie rwandaise et la CTB informent la Partie belge des éventuelles modifications suivantes apportées sur:

- Les formes de mise à disposition de la contribution de la Partie belge et de la Partie rwandaise ;
- Les résultats, y compris leurs budgets respectifs ;
- Les compétences, attributions, composition et mode de fonctionnement du CDC ;
- Le mécanisme d'approbation des adaptations du DTF ;
- Les indicateurs de résultat et d'objectif spécifique ;
- Les modalités financières de mise en œuvre de la contribution des parties.

Un planning financier indicatif adapté est joint le cas échéant.

5.6. SUIVI ET ÉVALUATION

Le suivi et l'évaluation ont pour but non seulement de contrôler l'exécution technique et financière des activités, mais surtout d'améliorer l'efficacité et l'efficacé de l'intervention pour qu'elle puisse réaliser au mieux ses objectifs. Ils seront organisés en partant des besoins des acteurs locaux et dans un but de stimuler la réflexion locale et l'apprentissage mutuel.

Les mécanismes suivants seront mis en place:

5.6.1 Baseline survey

En ce qui concerne les indicateurs du HSSP II et de l'EDPRS, signalons que le rapport RIDHS, Rwanda Interim Demographic and Health Survey, 2007-2008 est disponible depuis avril 2009, et qu'un DHS est supposé avoir lieu en 2010.

Ces rapports contiennent toute information relative aux indicateurs du HSSPII et de l'EDPRS. Un baseline survey n'est donc pas prévu .

D'un autre côté, au moment du démarrage de l'intervention, une validation des marqueurs prévus pour mesurer la dynamique du système sera organisé comme indiqué sous le point 3.5.2

5.6.2 Mid Term Review

Toute intervention exécutée par la CTB est soumise à une évaluation à mi-parcours. Les termes de références de cette évaluation à mi parcours seront présentés et validés suivant les procédures en vigueur en la matière au moment de cette évaluation. La gestion administrative du MTR sera faite par la CTB à Bruxelles.

5.6.3 Le suivi scientifique

Afin de capitaliser les expériences, de réorienter les stratégies sur base d'évidences scientifiques et de valider les approches testées, un suivi scientifique sera organisé. Ce suivi scientifique, qui étudiera en particulier les *dynamiques sectorielles* instaurées par ce programme, sera réalisé par un

institut de recherche en développement rwandais en partenariat avec un institut de recherche en développement international.

Ce suivi s'intéressera principalement à l'étude des interactions entre les 3 piliers de la coopération belge dans le secteur de la santé, à savoir l'aide budgétaire, l'appui à la ville de Kigali et l'appui institutionnel. Parvenons-nous à générer une situation de win-win pour le partenaire à travers un appui bien articulé, bien cohérent, bien harmonisé ? Cette question est importante pour l'appui belge au secteur de la santé dans son ensemble.

Le lancement de l'appel d'offre pour le recrutement du partenaire international sera fait par CTB à Bruxelles, sur base de TdR soumis par la Direction de l'intervention.

Il est à noter qu'il faut clairement distinguer ce **suivi scientifique** de **l'appui scientifique** à la recherche développé dans les districts, sous le point 3.4.6, et qui se déroulera également suivant une approche de partenariat entre l'intervention, un institut de *santé* publique national et un institut de santé publique international.

5.6.4 L'évaluation Finale

Toute intervention de la CTB est soumise à une évaluation finale. Les termes de références de cette évaluation seront présentés et validés suivant les procédures en vigueur en la matière au moment de cette évaluation. Le lancement de l'appel d'offre sera fait par la CTB à Bruxelles.

6. THEMES TRANSVERSAUX

6.1. ENVIRONNEMENT

L'environnement est un thème transversal qui bénéficie d'une attention prouvée dans l'actuelle intervention.

L'objectif spécifique 1, accorde pleine importance aux aspects « environnement » suivant les axes suivants : d'abord il y a le développement de programmes communautaires dans les villages avec le déploiement de CBHW, qui auront dans leurs attributions des activités avec accent sur l'environnement.

Ensuite, pour les districts appuyés, un deuxième volet d'action environnementale est mené dans les structures sanitaires, à savoir l'appui à l'exécution du Medical Waste Management Plan.

A citer également que le programme continuera à appuyer les installations d'énergie durable suivant l'état d'avancement du projet précédent et les besoins objectifs.

Pour l'objectif spécifique 2, qui porte sur le système de santé global, l'appui à la régulation se concentrera sur les aspects « gestion des médicaments périmés » à travers le renforcement de l'ordre des pharmaciens.

6.2. GENRE

L'intervention aidera à améliorer la condition de vie de la femme au Rwanda. A travers l'obtention de soins de qualité, accessibles, les ambitions dans le domaine genre, très importants. Réduction de la fécondité, diminution de la mortalité maternelle, accouchement dans un milieu sécurisé et suivant les normes.

L'intervention, dans le développement des capacités, aidera également le développement de la femme. Les formations organisées, et les financements aux études se feront en tout respect de l'équilibre genre.

Autre élément très important est l'ambition de mettre toute la population du Rwanda sous assurance maladie. Or les effets économiques de la maladie sur les ménages et principalement sur la femme sont très lourdes. La généralisation d'un système d'assurance maladie mettra la femme à l'abri des conséquences fâcheuses et déstabilisantes de la maladie.

6.3. ECONOMIE SOCIALE

Un volet important porte sur le développement de la bonne gestion financière. Une bonne gestion financière au niveau décentralisé, avec une bonne transparence, aura les retombées évidentes dans le domaine de l'économie sociale, vu la lourde charge des soins de santé dans le budget d'un citoyen Rwandais. Par des études et un appui au développement des mutuelles il est évident que l'intervention contribuera à la diminution des risques par des événements critiques dans le domaine de la santé.

6.4. DROITS DE L'ENFANT

La santé est un droit essentiel des enfants. L'intervention vise, moyennant un appui à la réalisation du HSSP II et de l'EDPRS, une réduction importante dans la mortalité infantile. Par les investissements dans les instituts de formation locales l'intervention appui aussi le développement des enfants par le droit à l'enseignement.

Plus important est que l'objectif spécifique 1, sous son résultat 1 prêterait pleine attention au renforcement des équipes de gestion du district, avec un accent important sur les USFPDE. Or ces unités ont, comme déjà indiqué dans l'acronyme, dans leurs attributions la « PDE », la protection des droits de l'enfant.

6.5. HIV / SIDA

Comme décrit sous le point 3.4, d'autres bailleurs bilatéraux et multilatéraux se sont investis dans la lutte contre les grandes pandémies, à savoir le SIDA, la Tuberculose et le paludisme. Les fonds mis dans la lutte contre ces maladies sont tellement importants, que l'actuel programme avec son financement n'a pas l'ambition de développer spécifiquement des activités dans le domaine. Ce programme limitera son appui dans le domaine du SIDA à la participation aux plateformes de coordination (comme le CCM ou Country Coordination Mechanism), et continuera à mettre l'accent sur la coordination intégrée des problèmes de santé et le suivi des performances globales du système.

7. ANNEXES

7.1. Cadre Logique

7.2. Chronogramme

7.3. TdR personnel Long Terme international

7.4. Profil de poste personnel national

7.5. Organigramme Ministère de la Santé

7.1. CADRE LOGIQUE

Cadre Logique Programme RWA 08 066 01

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

	Résultats	Indicateurs	Moyens de vérification	Risques et hypothèses
Résultat 1	L'Equipe intégrée de gestion du district est renforcée	<ul style="list-style-type: none"> ° Alignement aux indicateurs nationaux relatifs à ce résultat ° Incidence visée: la gestion interne des équipes (en premier lieu USFPDE et HD) au niveau du district assure un environnement stimulant de travail (pour détails cf. 3.5.2.2) ° Incidence visée: le district s'approprie les objectifs de santé et clarifie les relations, la division des rôles et des tâches entre les entités du district administratif et les structures responsables pour les services de santé (USFPDE, HD, CS) (pour détails cf. 3.5.2.2) 	<ul style="list-style-type: none"> Rapports SIS Rapports annuels districts et Minisanté Organigrammes, description tâches, interviews personnel, entretiens de fonctionnement., plans de formation, PV réunions, PV groupes de travail, évaluations Ordre du jour et PV réunions avec Minaloc, Directives Minaloc, plan de développement des districts ciblés, organigramme du district, rapport annuel du district, PV comité du pilotage santé dans le district, PV réunions district 'management team' 	<ul style="list-style-type: none"> H: les équipes sont sur place H: le district dans son organisation actuelle est maintenu H: l'USFPDE a un staff suffisant H: les rôles et responsabilités sont clarifiés R: le staff est insuffisant

	Résultats	Indicateurs	Moyens de vérification	Risques et hypothèses
Résultat 2	La disponibilité au niveau local des ressources humaines compétentes et motivées est améliorée	<ul style="list-style-type: none"> ° Alignement aux indicateurs du HSSP II: <i>Ratio of medical doctor</i> <i>Ratio of qualified nurse A1, A0, Masters</i> <i>% of Health Facilities with a midwife present</i> <i>% of Health Staff outside of Kigali (in selected districts)</i> ° Incidence visée: les ateliers de formation organisés par le Ministère, les districts (ciblés) ou les Partenaires Techniques et Financiers sont orientés vers les besoins du terrain (pour détails cf. 3.5.2.2) 	Rapportage HSSP II TDR et rapport d'atelier, enquête de satisfaction systématique. après l'atelier, PVR de réunions/visites de restitution, rapports de supervision, plans stratégiques et opérationnels	<ul style="list-style-type: none"> H: les professionnels vont travailler dans les districts H: le cycle de formation de sage-femmes est organisé H: le PBF est maintenu dans les HD, CS et les agents communautaires H: les gens formés restent R: la concentration des professionnels de la santé dans les zones urbaines. PVR: les gens formes ne restent pas dans leur poste d'affectation
Résultat 3	L'accessibilité équitable aux services de santé adaptés aux normes et aux besoins est augmentée (couverture sanitaire)	<ul style="list-style-type: none"> ° Alignement aux indicateurs du HSSP II: <i>% of districts with 1 Health Center per sector</i> <i>% of Health Facilities with the full package of activities (PMA, PCA)</i> <i>% of population living within less than one hour or 5 km walking distance of a Health facility</i> <i>% of districts with operational SAMU</i> <i>% of facilities offering the mental health package at all levels</i> <i>% of women 15-49 using modern contraceptives</i> <i>% of districts implementing MWMP (added)</i> <i>% of CBHW involved in CBEHP (added)</i> 	Rapportage HSSP II	<ul style="list-style-type: none"> H: les moyens sont disponibles pour construire H: les paquets sont disponibles H: les contraceptifs sont disponibles H: le MWMP est réaliste H: la population se rend dans les structures de santé R: les moyens pour réaliser les paquets ne sont pas disponibles

	Résultats	Indicateurs	Moyens de vérification	Risques et hypothèses
Résultat 4	La gestion des ressources en vue d'une rationalisation progressive du fonctionnement interne des formations sanitaires est améliorée	<ul style="list-style-type: none"> ° Alignement aux indicateurs du HSSP II: <i>% of health facilities with electricity and water</i> <i>% of health facilities with a maintenance tracking system</i> <i>% of facilities submitting pharmacovigilance reports</i> <i>% of health facilities with stock outs of essential drugs per quarter.</i> 	Rapportage HSSP II	<p>H: l'ACM répond aux besoins</p> <p>H: le plateau technique existe pour eau et électricité</p> <p>H: la CAMERWA répond aux besoins</p> <p>H: les systèmes de gestion sont à la portée</p> <p>R: la CAMERWA et l'ACM ne fonctionnent pas de façon optimale</p>
Résultat 5	La qualité des soins est améliorée d'une façon continue	<ul style="list-style-type: none"> ° Alignement aux indicateurs du HSSP II: <i>% of Health facilities covered by the whole package of PBF</i> <i>% of health facilities adhering to the EDL, Standard Treatment Guidelines and National Formulary</i> <p>° Incidence visée: le système de supervision (niveau central -> niveau de district ; niveau de district -> niveau de secteur) permet un bon accompagnement et une bonne communication entre les différents niveaux du secteur de santé publique (pour détails cf. 3.5.2.2)</p>	<p>Rapportage HSSP II</p> <p>Calendrier et rapports de supervision, enquêtes de satisfaction des 'supervisées', PV réunions entre superviseurs, politique de supervision</p>	<p>H: le système d'accréditation est mis en œuvre</p> <p>H: le financement pour le PBF décentral est garanti</p> <p>R: les bailleurs ne financent plus le PBF</p>
Résultat 6	Les connaissances sont développées d'une façon systématique	° nombre de dossiers de Recherche-action élaborés et validés techniquement	Dossier RA, PV réunions TWG	<p>H: l'ESP a les ressources</p> <p>H: un partenaire international pour l'appui scientifique est recruté</p>

	Résultats	Indicateurs	Moyens de vérification	Risques et hypothèses
Résultat 7	Les plans du secteur de la santé sont développés	<ul style="list-style-type: none"> ° Alignement aux indicateurs du HSSP II: % of costed, implemented and monitored action plans ° Plans élaborés d'une façon participative et intégrée 	Rapportage HSSP II Plan stratégique Plans opérationnels Rapports nationaux Plan stratégique, plans opérationnels, liste participants	H: le HSSP II est validé

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

	Résultats	Indicateurs	Moyens de vérification	Risques et hypothèses
Résultat 9	Les ressources humaines sont renforcées suivant plan	<ul style="list-style-type: none"> ° Alignement aux indicateurs du HSSP II: <i>Ratio of medical doctor</i> <i>Ratio of qualified nurse A1, A0, Masters</i> <i>% of Health Facilities with a midwife present</i> <i>% of Health Staff outside of Kigali</i> 	Rapportage HSSP II	<ul style="list-style-type: none"> H: le PSRH est réaliste H: le pooled fund est opérationnel H: les procédures pour l'utilisation du CDPF existent R: le démarrage du RBMC est retardé R: les partenaires internationaux ne s'intéressent pas au RBMC
Résultat 10	La gestion financière est assurée de façon efficace suivant les normes et standards nationaux et internationaux	<ul style="list-style-type: none"> ° Alignement aux indicateurs du HSSP II: <i>Public Health expenditure as % of GoR total expenditure</i> <i>% Population covered by health insurance</i> <i>% of eligible hospital bills reimbursed by District Pooling Risk</i> ° Incidence visée: les entretiens avec Minecofin résultent en un environnement plus favorable pour le développement du secteur de santé (pour détails cf. 3.5.2.2) 	<ul style="list-style-type: none"> Rapportage HSSP II Ordre du jour et PV des réunions, rapports financiers du gouvernement et du district, document politique financière santé, marché public médicaments 	<ul style="list-style-type: none"> H: les bailleurs s'alignent H: les budgets sont on plan et on budget R: les effectifs manquent pour assurer la bonne gestion financière

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

	Résultats	Indicateurs	Moyens de vérification	Risques et hypothèses
Résultat 12	Les services et les soins délivrés sont de qualité suivant les normes et standards	<ul style="list-style-type: none"> ° Alignement aux indicateurs du HSSP II: <i>% of facilities involved in accreditation system</i> <i>% of accredited facilities</i> 	Rapportage HSSP II	<p>H: le système d'accréditation est développé et intégré H: le PNSM est réaliste</p> <p>R: le système d'accréditation n'est pas opérationnel</p>
Résultat 13	La recherche action développée au niveau opérationnel alimente les politiques	<ul style="list-style-type: none"> ° Alignement aux indicateurs du HSSP II: <i>% of national policies and guidelines referencing research results</i> ° Incidence visée: les groupes de travail thématiques (TWG) au sein du secteur de santé produisent, d'une façon concertée, des propositions d'amélioration des politiques sectorielles (pour détails cf. 3.5.2.2) 	Rapportage HSSP II Ordre du jour et PV réunions TWG, Documents techniques, dossiers de RA, PV forums de discussions et de décision	R: les ressources pour la recherche et la publication ne sont pas disponibles.

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

No.	Activités par résultats	Moyens	Coûts ⁴²
Résultat 1: L'Equipe intégrée de gestion du district est renforcée			
1.1	Améliorer la dynamique de travail en équipe(USFPDE, HD, CS)	- forfait pour 2 formations pour districts sur 4 an - moyens de bureau	pm
1.2	Renforcer la cohésion interne entre les différentes composantes étatiques du système local de santé	- forfait mensuel pour réunions	pm
1.3	Stimuler l'implication active et la bonne coordination (incl.régulation) entre tous les acteurs dans le système au niveau local	- forfait étude - forfait 3 ateliers par an pour districts sur 4 ans	pm

No.	Activités par résultats	Moyens	Coûts
Résultat 2: La disponibilité au niveau local des ressources humaines compétentes et motivées est améliorée			
2.1	Stimuler une meilleure disponibilité du personnel au niveau du district	- forfait RA	pm
2.2	Assurer une formation adaptée aux besoins du personnel de santé dans le district	- budget bourses et formation - forfait étude formation initiale - forfait stages	pm
2.3	Renforcer la motivation du personnel dans le district	- PBF pour équipes USFPDE dans districts pour 4 ans	pm

⁴² Le financement du résultat 1 à 6 est d'un montant de 4 075 000 €, et passera par une convention d'exécution avec les districts-cibles

No.	Activités par résultats	Moyens	Coûts
Résultat 3: L'accessibilité équitable aux services de santé adaptés aux normes et aux besoins est augmentée (couverture sanitaire)			
3.1	Mettre en place des cartes sanitaires de district	- forfait	pm
3.2	Renforcer les paquets minimums, complémentaires et tertiaires d'activités	- inputs Samu et urgences - inputs renforcement plateau technique chirurgical: équipements, consommables - équipements et consommables PMA/PCA	pm
3.3	Intégrer et développer les activités de santé mentale dans le PMA et PCA au niveau du district	- forfait programme intégration santé mentale: médicaments, formations	pm
3.4	Clarifier et assurer la complémentarité entre le volet santé communautaire et le PMA	- forfait	pm
3.5	Développer une stratégie intégrée par rapport à la malnutrition au niveau du district	- forfait RA malnutrition - frais de fonctionnement mise en oeuvre	pm
3.6	Contribuer à la mise en œuvre d'un plan environnemental adapté au niveau des communautés locales	- investissements écologiques: - frais fonctionnement mise en œuvre plan environnemental	pm
3.7	Suivre l'évolution de l'accessibilité financière et la renforcer	- forfait RA mutuelle et PBF - audits internes	pm

No.	Activités par résultats	Moyens	Coûts
Résultat 4: La gestion des ressources en vue d'une rationalisation progressive du fonctionnement interne des formations sanitaires est améliorée			
4.1	Améliorer la gestion des ressources financières	<ul style="list-style-type: none"> - forfait formation directeurs financiers et administratifs - logiciel donnée financières et formation - appui au frais de fonctionnement liés à la gestion financière 	pm
4.2	Améliorer la gestion des ressources matérielles particulièrement en relation avec la maintenance et les médicaments	<ul style="list-style-type: none"> - frais de fonctionnement maintenance équipements et véhicules - forfait RA médicaments - forfait réhabilitation bâtiments 	pm
4.3	Renforcer la gestion de l'information	<ul style="list-style-type: none"> - forfait réflexion système d'information sanitaire. - forfait formation data-managers et personnel de soutien ICT - forfait surveillance épidémiologique - logiciel EMR + formation 	pm

No.	Activités par résultats	Moyens	Coûts
Résultat 5: La qualité des soins est améliorée d'une façon continue			
5.1	Développer une vision globale en consensuelle sur la qualité des soins	<ul style="list-style-type: none"> - contribution forfaitaire budget supervision au sein du district - stages pratiques: ateliers: cf. RH - forfait RA accréditation - forfait réflexion politique qualité - forfait inputs supervisions 	pm
5.2	Elargir l'assurance de qualité partant de l'amélioration du mécanisme du PBF	<ul style="list-style-type: none"> - PBF cf. autres résultats 	pm

No.	Activités par résultats	Moyens	Coûts
Résultat 6: Les connaissances sont développées d'une façon systématique			
6.1	Organiser la RA et la réflexion au niveau décentralisé	- forfait atelier de formation - TWG et analyses communes dans le district	pm
6.2	Organiser le appui scientifique au niveau central	- forfait appui scientifique (= perlé): o international à 3 missions par an: o national à 3 missions par an - forfait pool expertise mixte (appui ponctuel)	pm
6.3	Organiser le lien entre le niveau de district et le niveau central d'une façon systématique	-	pm

No.	Activités par résultats	Moyens	Coûts
Résultat 7: Les plans du secteur de la santé sont développés			60.000 €
7.1	Appui à la planification au niveau central alimentée par la recherche action	- collecte de feedback district de recherche - élaboration plan d'action annuel intégré et complet au ministère de la santé - appui logistique élaboration plans - formation des cadres du ministère à la planification -	60 000 €

No.	Activités par résultats	Moyens	Coûts
Résultat 8: La coordination et la gestion du secteur sont faites de façon globale et intégrée.			700.000 €
8.1	Consolidation de la coordination et de la communication	<ul style="list-style-type: none"> - développement et renforcement ICT, appui au centre de communication par des investissements, un appui au fonctionnement. - appui aux plates-formes d'échange techniques, taskforces, working groups par participation à l'organisation - appui à l'organisation interne du ministère (organigramme, rôles et responsabilités, ...) à travers expertise et missions - renforcer la coordination avec les districts, assurer input du niveau des districts par le développement de canaux de communication et concertation - renforcement du dialogue avec les autres ministères: Minaloc, Minecofin - renforcement articulation avec le secteur privé - appuyer la communication avec les PTF 	200.000 €
8.2	Consolidation de l'appui au cadre régulateur	<ul style="list-style-type: none"> - appuyer le développement du cadre régulateur - appuyer le développement des associations professionnelles à travers leurs plan d'actions 	500.000 €
8.3	Renforcement de la gestion	<ul style="list-style-type: none"> - améliorer la gestion des ressources humaines - améliorer la gestion immobilière - appuyer la gestion financière et comptable - développer les compétences en leadership et management des cadres 	CDPF

No.	Activités par résultats	Moyens	Coûts
Résultat 9: Les ressources humaines sont renforcées suivant plan			2.800.000 €
9.1	Appui au développement et réalisation du plan stratégique Ressources Humaines	- financement implémentation PSRH à travers alimentation CDPF d'un montant forfaitaire.	500.000€

No.	Activités par résultats	Moyens	Coûts
9.2	Renforcement du RBMC et de ses instituts de formation et de recherche	<ul style="list-style-type: none"> - programme de partenariat avec instituts de formation internationaux pour envoi de ressources (humaines, matérielles) - participation élaboration curriculum - développer programme de formation, maîtrise en gestion hospitalière - renforcement recherche action avec districts partenaires 	1.300.000€
9.3	Maintien de dynamique instaurée dans le PBF	<ul style="list-style-type: none"> - appui à la CAAC - mener recherches sur viabilité mécanismes PBF et développement alternatives 	800.000€
9.4	Développement des compétences en HR management	<ul style="list-style-type: none"> - Master en HR management – pour 5 personnes 	200.000 €

No.	Activités par résultats	Moyens	Coûts
Résultat 10: La gestion financière est assurée de façon efficace suivant les normes et standards nationaux et internationaux 360 000 €			
10.1	Appui à l'amélioration de la gestion financière suivant standards nationaux et internationaux	<ul style="list-style-type: none"> - préparation budget ministère, appuyer rapportage annuel et à échéances fixes, participation à l'évaluation et l'audit financier - appuyer élaboration MTEF - institutionnaliser les National Health Accounts 	160.000 €
10.2	Appui à la dynamique instaurée dans le domaine de l'accessibilité financière	<ul style="list-style-type: none"> - participer à consolidation assurance maladies - appui cellule - mener recherches - appuyer exercices tarification 	200.000 €

No.	Activités par résultats	Moyens	Coûts
Résultat 11: Un système intégré et performant de suivi et évaluation est mis en place et opérationnel			50.000€
11.1	Développement d'un système de monitoring et évaluation unique et intégré	<ul style="list-style-type: none"> - organiser une étude sur les systèmes de collecte de données existants - harmoniser les systèmes et proposer monitoring et évaluation simplifié et unique 	50.000 €

No.	Activités par résultats	Moyens	Coûts
Résultat 12: Les services et les soins délivrés sont de qualité suivant les normes et standards			843.750 €
12.1	Développement de l'accréditation comme système de qualité unique	<ul style="list-style-type: none"> - participer à l'élaboration d'un système d'accréditation nationale - financer facilitation accréditation internationale CHUB 	80.000 €
12.2	Appui à la mise en œuvre des PMA, PCA et élaboration PTA	<ul style="list-style-type: none"> - valider les paquets révisés - mettre en application les paquets dans les districts de recherche - mener des audits cliniques pour l'amélioration continue des paquets - mener études et proposer Paquet Tertiaire d'Activités 	223.750€
12.3	Développement de la Santé Mentale suivant le plan stratégique 2009-2012	<ul style="list-style-type: none"> - continuer l'appui au programme National de Santé Mentale suivant le plan stratégique Santé Mentale 2009-2012 - signer convention d'exécution avec le programme - contrôler la mise en œuvre du plan stratégique. - 	540.000 €

No.	Activités par résultats	Moyens	Coûts
Résultat 13: La recherche action est développée et alimente les politiques			125.000 €
13.1	Développement de la recherche action	- instaurer dans le groupes de travail une dynamique recherche	Pm
13.2	Réalisation de publications nationales et internationales	- identifier des sujets de recherche - mener des projets de recherche - réaliser 10 publications internationales - appuyer le RMJ	125.000€

7.2. CHRONOGRAMME

CHRONOGRAMME		ANNEE 1	ANNEE 2	ANNEE 3	ANNEE 4
Objectif spécifique 1					
A 1	<i>L'Equipe intégrée de gestion du district[1] est renforcée</i>				
	01 améliorer dynamique de travail en équipe				
	02 renforcer cohésion interne				
	03 stimuler coordination et regulation				
A 2	<i>La disponibilité des ressources humaines compétentes et motivées est améliorée</i>				
	01 stimuler disponibilité				
	02 formation adaptée				
	03 renforcer motivation				
A 3	<i>L'accessibilité équitable aux services de santé est augmentée (couverture sanitaire)</i>				
	01 cartes sanitaires				
	02 renforcer PMA PCA PTA				
	03 intégrer santé mentale				
	04 assurer complémentarité santé communautaire et PMA				
	05 développer stratégie contre la malnutrition				
	06 mise en œuvre plan environnemental				
	07 renforcer accessibilité financière				
A 4	<i>La gestion des ressources est plus rationnelle et transparente</i>				
	01 améliorer la gestion des ressources financières				
	02 améliorer la gestion des ressources matérielles				
	03 renforcer la gestion de l'information				
A 5	<i>La qualité des soins est améliorée d'une façon continue</i>				
	01 développer vision				
A 6	<i>les connaissances sont développées de façon systématique</i>				
	01 organiser la RA				
	02 organiser l'appui scientifique				
	03 assurer le lien entre le district et le niveau central				
Objectif spécifique 2					
B 2	<i>Les plans du secteur de la santé sont développés au niveau central et au niveau décentralisé</i>				
	01 Appui à la planification - alimentée par la recherche action				
B 3	<i>La coordination et la gestion du secteur sont faites de façon globale et intégrée</i>				
	01 Consolidation de la coordination et la communication				
	02 Appui au cadre régulateur				
	03 Renforcement de la gestion				
B 4	<i>Les ressources humaines sont renforcées suivant plan</i>				
	01 Appui au développement et réalisation du PSRH				
	Renforcement de l'université de la santé et instituts de formation et de recherché :				
	03 medical school, nursing and midwife school, dental school				
	02 Maintient de la dynamique instaurée dans le cadre du PBF				
	04 Développement des compétences en HR management				
B 5	<i>La gestion financière est assurée de façon efficace suivant les normes et standards nationaux et internationaux</i>				
	01 Appui à l'amélioration de la gestion financière suivant les standards nationaux et internationaux,				
	02 Appui à la dynamique instaurée dans le cadre des mutuelles de la santé				
B 6	<i>Un système intégré et performant de suivi et évaluation est mis en place</i>				
	01 Développement d'un système de monitoring et évaluation unique et intégré				
B 7	<i>Les services et les soins délivrés sont de qualité suivant les normes et standards nationaux et internationaux.</i>				
	01 Développement d'un système de qualité unique d'accréditation				
	02 Appui à la mise en œuvre des PMA et PCA révisés et à l'élaboration du PTA.				
	03 Développement de la Santé Mentale suivant le plan stratégique 2009-2012				
B 8	<i>La recherche action est développée et alimente les politiques.</i>				
	01 Développement de la Recherche action				
	02 Réalisation de publications nationales et internationales				

7.3. TDR PERSONNEL LONG TERME INTERNATIONAL

7.3.1 Expert international en gestion publique et économie – avec expertise en gestion des systèmes de santé – délégué à la cogestion

Justification

Le présent programme met un grand accent sur la gestion publique, dans les grands domaines stratégiques que sont la planification stratégique et opérationnelle, la coordination, la régulation, le monitoring et évaluation et la gestion des ressources humaines.

Une expertise en gestion financière est également nécessaire, vu l'attention particulière du programme à la gestion financière (dans un contexte de l'appui budgétaire, voir 3.4.10.: Ce volet sera élaboré en étroite collaboration avec les économistes déjà déployés.)

L'expert en gestion publique sera également le représentant de la CTB au niveau de la direction de l'intervention (voir point 5.2.2)

Fonctions – activités

(1) planification stratégique et opérationnelle

- Elaborer les cadres conceptuels au moyen desquels se discuteront les stratégies importantes et toute résolution de problèmes à laquelle il sera amené à participer ;
- Appuyer les districts dans l'élaboration de plans stratégiques et opérationnels, en ligne avec les EDPRS, HSSP, plans de développement du district, et autres ;
- Appuyer le niveau central dans l'élaboration de son plan annuel ;
- Elaborer, tester et aider à appliquer sur le terrain des outils de planification.

(2) coordination et communication

- Assister à l'amélioration des outils de coordination en place (notamment leur efficacité et efficacité) ;
- Aider à la mise en place d'un système de documentation et une stratégie de communication des actions entreprises par le MOH et les structures décentralisées dans le domaine de la santé ;
- Appuyer la mise en place de mécanismes de coordination des Partenaires Techniques et Financiers en valorisant les principes d'alignement et d'harmonisation.

(3) Gestion des RH

- Participer au développement et la mise en oeuvre d'un plan de développement des ressources humaines et d'un plan de formation aux différents niveaux concernés du système de santé

(4) Monitoring & évaluation

- Appuyer le développement d'un système de monitoring et évaluation intégré pour le secteur de la santé, en étroite consultation avec les parties nationales concernées et les PTF.

(5) gestion globale de l'intervention

Assurer la co-direction de l'intervention pour la CTB.

(6) public finance management

Appuyer le développement du cycle de budget ;

Appuyer le développement des Comptes nationaux de santé (NHA) ;

Assurer la négociation avec les divers PTF pour un financement adéquat d'actions prioritaires ;

Etudier les aspects économiques du PBF ;

Étudier la tarification et le costing ;

Étudier les aspects économiques des assurances maladies ;

Etudier les coûts de fonctionnement CS et Hôpitaux rationalisés ;

Appuyer le district dans l'élaboration, le suivi et l'évaluation de plans de développement sanitaire ; élaborés à partir du plan stratégique national et des plans annuels d'action en fournissant les données financières nécessaires ;

Elaborer, tester et aider à appliquer sur le terrain des outils de gestion informatisés ;
Participer à la mise en place d'une formation en management du district sanitaire et ;au suivi après formation en ce qui concerne les aspects économiques comptables et administratifs ;
Coordonner les expériences et études ;
Appuyer et développer la formation en gestion hospitalière ;
Collaborer avec les experts de l'aide budgétaire, déployés dans le cadre du SBS.

Profile:

• **diplômes**

Economiste, avec une expérience en économie de la santé ou de la gestion des finances publiques
Masters in Public Finance Management
Masters in Public Administration (MPA), Business administration (MBA)

• **expérience**

Au moins 10 ans dans le domaine la gestion publique ;
Une expérience pratique dans le domaine de la santé est un atout considérable ;
Expérience de 5 ans dans les pays en voie de développement ;
Expérience en gestion de programmes et appui institutionnel ;
Expertise pointue dans un des domaines suivants et des connaissances de base des autres domaines: planification ; coordination & communication ; gestion des RH ; systèmes de suivi & évaluation.

• **autres**

Maîtrise de l'outil informatique et gestion de bases de données ;
Team player ;
Capacité de développer des réseaux ;
Orienté vers les résultats ;
Parfaite maîtrise du français et de l'anglais (capacité de rédaction) .

Lieu de travail

Le candidat résidera à Kigali et travaillera au sein du Ministère.
Ancrage organigramme: l'expert appuiera le Planning and M&E officer.

Durée

Le poste est prévu pour la durée du financement, soit quatre ans.

Mode de sélection

Recruté par appel d'offre international par la CTB Bruxelles. Le candidat sera sélectionné par la CTB et présenté au partenaire rwandais pour un avis de non-objection.

Gestion du contrat

Le contrat est géré en régie par la CTB, sous droit belge.

7.3.2 Expert international, Médecin spécialiste en santé publique, expert en appui institutionnel - organisation des systèmes de santé.

Justification

La réalisation du HSSP II, et le renforcement du système de santé global sont au centre des préoccupations des autorités du MOH du Rwanda. Un médecin expert en santé publique, expert en renforcement institutionnel et en développement des systèmes de santé est déployé par le programme. Le médecin Santé Publique sera pleinement actif dans le cadre de l'objectif spécifique 2.

Fonctions – activités

L'expert en santé publique devra:

1. assister activement à la planification
2. appuyer la coordination avec tous les acteurs
3. appuyer les organismes régulateurs
4. assister activement au développement des capacités
5. participer au développement d'un système de M&E intégré et unique à travers les expériences générées par les districts appuyés
6. mener la recherche action au niveau décentralisé et alimenter les politiques nationales
7. participer aux activités d'amélioration de la qualité (PBF et autres)
 - i. organisation des audits cliniques
 - ii. élaboration et actualisation des guidelines cliniques de prise en charge des malades
8. publier au niveau national et international les expériences probantes et les concepts innovateurs

Profil:

• diplômes

Médecin

Diplôme de Santé Publique

Diplôme de médecine tropicale

• expérience

Au moins 10 ans dans le domaine de la santé publique et de 5 ans dans les pays en voie de développement

Expérience en appui institutionnel

Expérience de 5 ans en gestion effective de DS

• autres

Maîtrise de l'outil informatique

Familier de la Recherche Action Publications internationales scientifiques.

Caractère fédérateur, fin diplomate, analyste, facilitateur. Capable d'initier des idées nouvelles, les débattre et les remettre en question. Combine des capacités analytiques, une logique opérationnelle et des compétences interpersonnelles. Capacités de communicateur étendues (négociation, modération, représentation, présentation de résultats).

Excellent niveau d'écriture et d'expression en français et en anglais.

Lieu de travail

Le candidat résidera à Kigali et son principal terrain d'activités sera le ministère de la santé, où il travaillera 80 % de son temps, alors qu'il passera 20 % de son temps dans les districts.

Ancrage organigramme: le médecin santé publique sera en appui au secrétaire permanent.

Durée

Le poste est prévu pour la durée du financement, soit quatre ans.

Mode de sélection

Recruté par appel d'offre international par la CTB Bruxelles. Le candidat sera sélectionné par la CTB et présenté au partenaire rwandais pour un avis de non-objection.

Gestion du contrat

Le contrat est géré en régie par la CTB, sous droit belge.

7.3.3 Expert international Médecin spécialiste en santé publique, et organisation du système de santé local.

Justification

La qualité est au centre des préoccupations des autorités du MOH du Rwanda. Un médecin expert en santé publique, avec expérience en accréditation et qualité et en organisation du système de santé local est déployé par le programme. Le médecin Santé Publique sera pleinement actif dans le cadre de l'objectif spécifique 1, et appuiera aussi la réalisation des résultats 3.4.11 et 3.4.12 et 3.4.13

Fonctions – activités

L'expert en santé publique appuiera le système de santé par

1. l'amélioration du fonctionnement du district
 - analyser la qualité et couverture de l'offre ;
 - développer des pistes d'amélioration par la recherche action ;
 - appuyer les organes décentralisés du district pour assurer le fonctionnement optimal ;
2. participer au développement d'un système de M&E intégré et unique à travers les expériences générées par les districts appuyés ;
3. mener la recherche action au niveau décentralisé et alimenter les politiques nationales ;
4. participer aux démarches qualité
 - organisation des audits cliniques ;
 - élaboration et actualisation des guidelines ;
5. publier au niveau national et international les expériences probantes et concepts innovateurs.

Profil:

- **diplômes**

Médecin de Santé Publique

Compétences en accréditation ou quality management

- **expérience**

Expérience d'au moins 10 ans dans le domaine

Expérience de 5 ans dans les pays en voie de développement

Une expérience de 5 ans en gestion effective de DS

- **autres**

Maîtrise de l'outil informatique

Parfaite maîtrise du français et de l'anglais

Familier de la Recherche Action.

Publications dans ce domaine.

Capacités interpersonnelles

Lieu de travail

Son principal terrain d'activités sera les districts cibles à 80 %. Afin d'assurer une interaction optimale avec le niveau central, il travaillera maximum 20% de son temps au niveau central et sera alors basé au sein du Ministère, en appui au clinical services coordinator.

Le candidat résidera de préférence au niveau du district.

Durée

Le poste est prévu pour la durée du financement, soit quatre ans.

Mode de sélection

Recruté par appel d'offre international par la CTB Bruxelles. Le candidat sera sélectionné par la CTB et présenté au partenaire rwandais pour un avis de non-objection.

Gestion du contrat

Le contrat est géré en régie par la CTB, sous droit belge.

7.4. PROFIL DE POSTE PERSONNEL NATIONAL

7.4.1 Responsable Administratif et Financier Sectoriel national

Justification

Les experts recrutés par la CTB à titre de Delco sont sélectionnés sur leurs compétences thématiques (dans notre cas, santé publique et gestion de programmes complexes). En pratique, leurs profils de poste dans le passé incluent des fonctions de gestion comptable et financière. Elles représentaient au Rwanda (environ) entre 30 et 40% de leur temps de travail. Il est fait référence au dossier RWA 07 059 11- ville de Kigali, qui a prévu le recrutement d'un responsable Administratif et Financier Sectoriel (RAFS), à déployer sur les deux grands programmes du Secteur de la Santé.

Fonctions – activités

Il est prévu un poste de Responsable Administratif et Financier Sectoriel (RAFS) sur l'ensemble des programmes santé supportés par la CTB au Rwanda. Cette personne aura comme tâches:

- de préparer les activités financières et une partie des activités administratives relatives aux programmes en question. Cette personne soulagera ainsi la direction de l'intervention en ce qui concerne les tâches administratives et financières exigées dans le cadre des procédures belges quant à la gestion des programmes. Le pouvoir décisionnel et de signature restera cependant dans les mains du directeur et du codirecteur de l'intervention.
- de donner un appui technique et méthodologique aux gestionnaires et comptables locaux afin de renforcer leurs compétences administratives et financières en général. Cette position amènera le RAFS à collaborer étroitement avec les directions d'intervention des programmes santé de la CTB, et les principaux partenaires institutionnels intéressés par les finances des programmes (Minecofin, CDC, banques...).

Le RAFS sera basé à Kigali, là où se concentrent les programmes santé de la CTB.

Profil⁴³

Profil de financier rwandais (ou sous-région) très expérimenté.

Expérience de travail d'au moins dix ans dans le cadre de programmes de coopération ou d'ONG au Rwanda ou dans d'autres pays en voie de développement. Expériences probantes au niveau macro incluant des fonctions de consolidation, et des relations fréquentes avec les ministères, partenaires de développement.

Sont des atouts: une expérience plus longue et / ou assortie de réalisations concrètes connues ; une implication plus grande dans le secteur sanitaire (ex: élaboration de stratégies de développement du secteur santé) et/ou le secteur de l'environnement; une expérience préalable à un poste similaire au sein d'une organisation de coopération réputée dans le domaine de la santé ; une bonne connaissance des procédures CTB ; une connaissance préalable du contexte rwandais et de son système de santé ; une expérience en marché public en particulier concernant des grands investissements en construction.

Personne rigoureuse, diplomate, douée pour la facilitation. Organisateur: capable de comprendre les contraintes d'autrui, de concevoir des modèles organisationnels cohérents, permettant à chacun de se

⁴³ Cette personne est supposée déjà être en fonction et recrutée par le programme RWA 07059 11

concentrer sur son domaine d'expertise. Combine des capacités analytiques, une logique opérationnelle et des compétences interpersonnelles. Apte à gérer plusieurs dossiers de front.

Capacités de communicateur étendues (négociation, modération, représentation, présentation de résultats)

Excellent niveau d'écriture et d'expression en français et en anglais. Excellente maîtrise des outils informatiques relatifs à la gestion financière.

7.5. ORGANIGRAMME MINISTÈRE DE LA SANTÉ

