PLAN STRATEGIQUE DU SECTEUR SANTÉ 2005 – 2009

Gouvernement du Rwanda

TABLE DES MATIERES

TABLE DES MATIERES i
ABREVIATIONS ii
I. INTRODUCTION 1
II. APERCU GENERAL DU SECTEUR SANTÉ 3
II.1 Définition du secteur santé 3
II.2 Contexte des politiques 4
II.3 Révision des performances du secteur 7
III. CADRE STRATEGIQUE 2005-2009 13
III.1 Domaines prioritaires 13
III.2 Approche du cadre logique 14
III.3 Cadre logique d'ensemble du plan stratégique du secteur santé 14
III.4 Ressources humaines 17
III.5 Médicaments, vaccins et consommables 21
III.6 Accès géographique aux soins de santé 25
III.7 Des services médicaux financièrement abordables 29
III.8 Qualité et demande des services de santé dans le contrôle des maladies 33
III.9 Hôpitaux nationaux de référence et les centres de recherche et de traitement… 68
III.10 Moyens institutionnels 69
MISE EN OEUVRE DE LA PSSS 74
IV.1 Rôles des Différent Acteurs 74
IV.2 Approche Sectorielle Elargie 74
IV.3 Coordination et Gestion 75
IV.4 Plans opérationnels 76
V. COUT ET FINANCEMENT DU PLAN STRATEGIQUE DU SECTEUR 78
DE LA SANTE 78
V.1 Coût du PSSS 78
V.2 Financement du PSSS 81
V.3 Aperçu Financier 83
VI. MONITORING ET EVALUATION DU SECTEUR SANITAIRE 84
VI.1 Mécanismes de Monitoring et de Revue 84
VI.2 Revue Conjointe du Secteur de la Santé 84
VI.3 Indicateurs de Performance du Secteur de la Santé 86
APPENDICES 90
I. Detailed Cost and Financing Projections 90
ENDNOTES 91

ABREVIATIONS

ACT	Thérapie à base de produits Artésinate
AIDS	Syndrome Immuno Déficitaire Acquis
ARV	(Médicaments) Anti Retro Viraux
BUFMAR	Bureau des Formations Médicales agrées au Rwanda
CAMERWA	Centrale d'Achat des Médicaments du Rwanda
CBO	Organisation à base communautaire
CEPEX	Bureau central des investissements publics et des financements extérieurs
CHUB	Hôpital Universitaire de Butare
CHUK	Hôpital Universitaire de Kigali
CHW	Prestataires communautaires en matière de santé
CNLS	Commission nationale de lutte contre le SIDA
CNTS	Centre national de transfusion sanguine
CPLS	Commission provinciale de lutte contre le SIDA
CWIQ	Questionnaire sur les Indicateurs Multiples du bien être social
DEHP	Département d'épidémiologie et d'hygiène publique
DHS	Enquête sur la santé et la démographie
DOTS	Traitement directement observé courte période
DSRP	Politique de Réduction de la Pauvreté
DSS	Département des soins de santé
EPI	Programme élargi d'immunisation
FBO	Organisation à base religieuse
FOSA	Formation sanitaire
FSP	Plan de viablité financière
GDP	Produit Intérieur
GESPER	Système de gestion des ressources humaines
GOR	Gouvernement du Rwanda
HIV	Virus de l'Immuno Déficience Humaine
HMIS	Système de gestion de l'information en matière de Santé
ICT	Information, Communication, Technologie
IEC	Information, Education, Communication
IMCI	Gestion Intégrées des maladies infantiles
ITN	Moustiquaires traitées à l'insecticide
KAP	Savoir, Attitudes et Pratiques
KHI	Institut de Santé de Kigali
LNR	Laboratoire National de référence
MDG	Objectif de Développement du Millénaire
MDR	Souche du bacille muti-résistante (TB)
MICS	Enquête en grappe à indicateurs multiples

MIFOTRA	Ministère de la Fonction Publique, de la Formation Professionnelle, des Métiers et du Travail
MIGEPROFE	Ministère du Genre et de la Promotion de la Famille
MIJESPOC	Ministère de la Jeunesse, des Sports et de la Culture
MINAFRA	Ministère des Infrastructures
MINALOC	Ministère de l'Administration locale, développement des communautés et des Affaires Sociales
MINECOFIN	Ministère des Finances et de la Planification Economique
MINEDUC	Ministère de l'Education, des Sciences, de la Technologie et de la Recherche
MINISANTÉ	Ministère de la Santé
MINITERE	Ministère des Terres, de la Réinstallation et de l'Environnement
MOH	Ministère de la Santé
MTEF	Cadrage des dépenses à moyen terme
NGO	Organisation Non Gouvernementale
NHA	Comptes nationaux de la Santé
ORT	Thérapie de Réhydratation orale
OVI	Indicateur vérifiable d'objectif
PETS	Etude de suivi des Dépenses publiques
PLWHA	Personne vivant avec le VIH et le SIDA
PMTCT	Prévention de la transmission Mère-enfant (du VIH)
PNILP	Programme National de Lutte contre le Paludisme
PNILT	Programme National de Contrôle de la Tuberculose
PSSS	Plan stratégique du secteur santé
RAMA	La Rwandaise d'Assurance Maladies
STI	Infection Sexuellement Transmise
SWAp	Approche sectorielle élargie
TB	Tuberculose
TBA	Sage Femme Traditionnelle
TRAC	Centre de traitement et de recherche sur le SIDA
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour L'enfance
VCT	Dépistage volontaire et conseils
WHO	Organisation Mondiale de la Santé

I. INTRODUCTION

On ne soulignera jamais assez la valeur intrinsèque de la santé. C'est l'une des aptitudes élémentaires qui valorise la vie humaine et qui est valorisée par les pauvres dans le monde entier comme le moyen humain le plus important. Matériellement, la santé est la base de la productivité humaine et, plus généralement c'est une donnée importante du développement à long terme d'un pays. Une mauvaise santé n'a pas seulement pour cause la pauvreté, c'est un des aspects de la pauvreté. Plusieurs preuves soutiennent l'hypothèse que la santé est un facteur crucial du développement économique. Dans le cas du Rwanda, le plus souvent une des conséquences négatives de ce rapport se présente sous la forme d'un cercle vicieux mauvaise santé - pauvreté: une personne tombe malade, et elle ne peut plus travailler, de ce fait elle ne peut pas se prendre en charge convenablement, et elle se retrouve encore plus malade et plus pauvre.

Le Gouvernement du Rwanda est déterminé à lutter contre les maladies liées à la pauvreté et à l'ignorance, et à améliorer l'état de santé de la population à long terme grâce à une stratégie sectorielle par laquelle toutes les ressources sont progressivement canalisées vers l'appui au plan stratégique du secteur santé. L'objectif étant que le plan stratégique du secteur santé donne l'élan nécessaire et adéquat, à la reforme du secteur et qu'il encourage des investissements plus importants dans le système santé du Rwanda.

La conception du plan sectoriel stratégique de la santé est un pas, qui fait suite à la décision du Gouvernement du Rwanda de poursuivre le processus stratégique sectoriel dans la mise en application de la politique de réduction de la pauvreté. Il offre un cadre d'ensemble d'appui au secteur santé pour les cinq prochaines années avec pour objectif principal de réduire la pauvreté et d'améliorer la santé de la population. Il arrive à un moment où le Gouvernement du Rwanda concentre ses efforts vers le développement durable par l'exécution du DSRP et se lance dans une politique de décentralisation.

Le PSSS est un instrument qui permet de rendre opérationnel à la fois la politique sectorielle en matière de santé et le DSRP et il a été conçu en consultation avec tous les partenaires dans le cadre de l'approche sectorielle élargie. En tant que tel, le PSSS doit servir de plan directeur du secteur *dans son ensemble* à moyen terme. Le plan sera mis à jour après les missions annuelles de révision conjointes du secteur pour garantir que le processus de planification est flexible et s'adapte aux changements de circonstances.

L'approche sectorielle élargie s'est basée pour la conception du PSSS sur la méthode verticale de la base au sommet, qui inclue tous les intervenants pertinents. Pour le système santé, les membres au niveau central, au niveau des provinces et au niveau des districts ont participé aux ateliers définissant les objectifs, les cibles et les dispositions de mise en application. Les organisations de développement bilatéral et multilatéral, ont aidé à définir les domaines prioritaires et ont apporté une contribution par des informations importantes au processus de préparation. Les ONGs et les autres intervenants en matière de santé ont été consultés. Les bonnes pratiques internationales et la littérature d'autres pays dans ce domaine a servi à la détermination des références et à la vérification des objectifs.

En général, le plan défini les objectifs prioritaires et les interventions stratégiques dans tous les domaines du système de la santé. Le PSSS sera mis en application à travers le cadre des dépenses à moyen terme (MTEF), qui fait le lien entre les objectifs et les activités sectorielles et un budget dans un cadre unique et global qui peut être surveiller. Il s'avèrera être un outil indispensable d'intégration des activités des tous les intervenants dans le secteur et garantira moins de double emplois entre les différents acteurs.

Le plan comprend essentiellement six principaux chapitres. Le chapitre 1 donne une introduction du PSSS. Le chapitre 2 donne un bref aperçu général du secteur santé, en passant en revue les progrès récents accomplis dans le secteur, et les politiques nationales et internationales qui sous-tendent ce document. Le chapitre 3 présente les objectifs nationaux, le cadre stratégique et les dispositions spécifiques de mise en application pour chauqe prestation de services et d'appui au secteur santé. Le chapitre 4 discute des mécanismes de mise en application du PSSS au niveau national et au niveau des districts. Le chapitre 5 présente un cadre général d'estimation des coûts et une projection des ressources financières espérées pour financer le PSSS au cours de ses cinq années d'existence. Et finalement le Chapitre 6 donne un cadre de surveillance et d'évaluation qui mesure les progrès de la mise en application du PSSS à la fois au niveau national et au niveau des districts.

En résumé, l'objectif de ce plan stratégique est de:

- Définir une direction stratégique du secteur santé pour la réalisation des Objectifs de Développement du Millénaire en 2015.
- Donner des directives pour la participation de tous les intervenants dans le développement du secteur santé.
- Donner un cadre logique d'objectifs prioritaires, des résultats et des activités du secteur.
- Faire une estimation des coûts de mise en application du PSSSpar rapport aux projections des ressources financières disponibles dans le secteur.
- Mettre en place un cadre de surveillance et d'évaluation qui servira de base de suivi du secteur santé au niveau national et au niveau des districts.

II. APERCU GENERAL DU SECTEUR SANTÉ

II.1 Définition du secteur santé

Le secteur santé est composé d'un système public, privé et traditionnel qui sont aidés par le gouvernement, les partenaires au développement, les organisations non gouvernementales et la société civile.

Le Ministère de la santé a été choisi comme l'agence gouvernementale principale responsable du développement du secteur santé. Plus spécialement, il a en charge la définition des politiques, la création des normes, la réglementation, la mobilisation des ressources et le suivi des activités dans le secteur. Cependant, l'appui au secteur santé est aussi canalisé à travers ou en partenariat avec un certain nombre d'autres ministères ayant chacun des responsabilités dans différents domaines d'intervention et d'appui au secteur santé.

1. *Ministère de l'Education, la Science, la Technologie et la Recherche est responsable de l'éducation et de la formation de base des professionnels de la santé.*

2. *Ministère des Terres, de la Réinstallation et de l'Environnement est responsable de la protection de l'environnement et de la surveillance de la fourniture d'eau et des services d'assainissement.*

3. *Le Ministère du Genre et de la Promotion de la Femme est responsable de l'intégration du genre en matière de santé, spécialement dans la santé reproductive.*

4. *Le Ministère de la Jeunesse, des Sports et de la Culture est responsable de la mobilisation et de la sensibilisation des Jeunes.*

5. *Le Ministère de l'Administration Locale, du Développement Communautaire et des Affaires Sociales est responsable de la décentralisation du système de santé et de surveiller la conception des initiatives de développement communautaire en matière de santé.*

6. *Le Ministère de la Fonction Publique, de la Formation Professionnelle et du Travail est responsable de la formation professionnelle et de l'administration des salaires de tous les fonctionnaires publics de la santé.*

7. *Le Ministère des Finances et de la Planification Economique est responsable de la conception de la politique nationale, de la stratégie de réduction de la pauvreté et de la surveillance du MTEF.*

8. *Le Ministère de la défense est responsable de la livraison des services de santé au personnel militaire et à leurs dépendants.*

II.2 Contexte des politiques

II.2.1 Politiques nationales

La vision globale du Gouvernement du Rwanda est de garantir le bien être de la population en augmentant la production et en réduisant la pauvreté dans le cadre de la bonne gouvernance. Dans ce contexte, la raison d'être du secteur santé est de garantir et de promouvoir l'état de santé de la population rwandaise en offrant des services de qualité en matière de prévention, de réhabilitation et de médecine curative au sein d'un système de santé efficace.

Pour bien remplir cette mission, le ministère de la santé a fixé les principaux objectifs suivants:

1) Garantir la disponibilité des ressources humaines
2) Garantir la disponibilité des médicaments de qualité, des vaccins et des consommables
3) Elargir l'accès géographique aux services et aux soins de santé
4) Rendre les services et les soins de santé abordables financièrement
5) Améliorer la qualité de et la demande des services et des soins de santé dans le contrôle des maladies
6) Améliorer les hôpitaux nationaux de référence et les institutions de recherche et de traitement
7) Le renforcement de moyens institutionnels

Ces sept objectifs forment la base du PSSS et pour rester cohérents, ils correspondent aux sept programmes du MTEF à travers lesquels le PSSS sera mis en application. Ils fonctionnent comme un parapluie sous lequel les objectifs et les résultats sont dérivés et ils garantissent que toutes les dimensions clés de performance du secteur santé sont abordées.

II.2.2 Politiques et objectifs Internationaux

Le Gouvernement du Rwanda est engagé à réaliser les objectifs de développement du millénaire des Nations Unies et les stratégies contenues dans ce document sont orientées vers l'atteinte des objectif(s) pour chacun des objectifs relatifs à la santé. De plus, les indicateurs et les cibles spécifiés dans le plan sont conformes à la réalisation des MDGs en 2015. L'encadré 1 montre les cibles de chaque MDG en matière de santé.

Encadré 1. Objectifs et cibles pour les Objectifs de Développement du Millénaire en matière de santé

Objectif 1: Eradiquer l'extrême pauvreté et la faim – Cible 1: En 2015, réduire de moitié les chiffres de 1990, la proportion des personnes qui vivent avec moins d'un dollar par jour. Cible 2: En 2015, réduire de moitié les chiffres de 1990, la proportion de la population qui souffre de la faim.

Objectif 4: Réduire la mortalité infantile Cible 5: réduire des deux tiers entre 1990 et 2015, le taux de mortalité des moins de cinq ans.

Objectif 5 : Amélioration de la santé maternelle Cible 6: réduire de trois quarts, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité maternelle.

Objectif 6: Combattre le VIH/SIDA, la malaria et les autres maladies Cible 7: Avoir arrêté en 2015 et commencer à inverser la tendance de la propagation du VIH/SIDA. Cible 8: Avoir arrêté en 2015 et commencer à inverser l'incidence de la malaria et des autres maladies importantes.

La réalisation de ces objectifs, n'est cependant pas, du ressort exclusif de la santé étant donné que plusieurs autres facteurs affectent les résultats du secteur santé. Par exemple, le degré d'éducation et/ou d'alphabétisation des femmes est un facteur particulièrement important dans la détermination des facteurs santé. Ainsi la responsabilité n'est pas du ressort exclusif du secteur santé mais d'autres secteurs interviennent dans la réalisation des cibles ci-dessus.

Le nouveau partenariat pour le développement de l'Afrique a conçu une stratégie pour le développement de la santé, qui a servi de directive au ministère de la santé dans la conception du PSSS rwandais. Les axes stratégiques de la stratégie du NEPAD en matière de santé sont décrits dans l'encadré 2.

Encadré 2. Stratégie du Nouveau Partenariat pour le Développement de l'Afrique

Les axes du NEPAD reposent sur six axes stratégiques:

1. Renforcer le rôle du Gouvernement dans la mobilisation des efforts et des ressources pour le développement de santé
2. Le renforcement des services de santé pour fournir des soins de santé qui efficaces et équitables, y compris la médecine traditionnelle.
3. Promouvoir les programmes de contrôle des maladies transmissibles et non transmissibles en se concentrant particulièrement sur la lutte contre le VIH/SIDA, la tuberculose, la malaria, la diarrhée, la pneumonie infantile et la malnutrition.
4. Le Renforcement des programmes de santé reproductive
5. Le renforcement des activités communautaires IEC/BCC.
6. Mobiliser des ressources viables et suffisantes pour le fonctionnement du système de santé et des programmes de contrôle des maladies pour pouvoir atteindre les objectifs de santé.

La conférence internationale sur les soins de santé primaires de 1978 à Alma Ata a demandé une action nationale et internationale urgente et efficace, pour concevoir et mettre en application des soins de santé primaires dans le monde et particulièrement dans les pays en voie de développement dans un esprit de coopération technique. Le Rwanda a adopté cette politique juste après la déclaration d'Alma Ata et s'est depuis engagé à développer un système de santé base qui offre les soins de santé primaires, orientés selon la demande de la population.
Suite à la 35ème session du Comité régional africain de l'Organisation Mondiale de la Santé tenue à Lusaka en 1985, le Rwanda a adopté une stratégie de développement de la santé

basée sur une gestion décentralisée et des soins de santé au niveau du district (voir l'encadré 3). Le processus de décentralisation a commencé avec la création des bureaux de santé provinciaux pour la gestion du système de santé. Des progrès ont été accomplis dans la décentralisation du niveau provincial et jusqu'au district.

Encadré 3. Déclaration de Lusaka sur la décentralisation et les systèmes de santé des districts.

La déclaration de Lusaka fait la promotion de trois stratégies pour améliorer la qualité et l'accessibilité des services de santé:

1. La décentralisation du système en utilisant les districts de santé comme base opérationnelle du système;
2. Le développement du système de soins de santé primaire à travers ses huit composants élémentaires; et
3. Le renforcement de la participation communautaire dans la gestion et le financement des services.

L'investissement dans la santé a été renforcé par des preuves grandissantes qui montrent qu'une meilleure santé contribue à une plus grande sécurité économique et à la croissance. Ces résultats constituent la base des recommandations de la commission de l'OMS sur la macroéconomie et la santé, que le Rwanda met en application activement.

II.3 Révision des performances du secteur

II.3.1 Contexte historique

Le secteur de santé du Rwanda a subit un certain nombre de changements importants au cours des dernières 150ans. Avant l'arrivée du colonisateur, la médecine traditionnelle africaine constituait la base des soins de santé dans le pays. La transition vers une large utilisation des médicaments moderne a commencé au moment de la colonisation allemande et a continué au cours de la première moitié du 20ème siècle, les institutions religieuses, telle que l'Eglise Catholique, ont joué un rôle important dans ce processus.

Au cours de la seconde moitié du 20ème siècle, avant la guerre et le génocide, le système de santé rwandais était caractérisé par une forte centralisation et était gratuit. Les institutions religieuses ont continué à jouer un grand rôle.

Pendant le génocide, la plus grande partie de l'infrastructure du secteur a été détruite et les pertes en ressources humaines furent énormes. Les premières années après la guerre ont servi à reconstruire de la base des soins de santé primaires et la reconstruction des ressources humaines. Aujourd'hui le système de santé du Rwanda est prêt à entrer dans la phase suivante de son développement.

II.3.2 Contexte socio-démographique

Le Rwanda s'étend sur 26.338 Km^2 et a actuellement une population de 8,59 millions d'habitant, dont 45% a moins de 15 ans[1]. Même si la densité de la population est de 329 habitants au Km^2, l'une des plus élevé dans le monde, la plupart des habitants vivent en milieu (85%) rural. Le taux des femmes par rapport aux hommes est de 1.1 et un tiers de tous les ménages sont dirigés par des femmes. La croissance annuelle de la population est de 2.8 pour cent et le taux de fertilité est 5.8[3]. L'espérance de vie à la naissance est de 41.9 ans pour les hommes et de 46.8 ans pour les femmes et de 44.4 ans pour l'ensemble de la population.

L'économie a repris fortement depuis la guerre. Il y a eu une croissance économique constante de plus de 10 pour cent en moyenne annuellement entre 1996 et 2002 et l'inflation a été maintenue à un faible taux. Cependant avec un produit intérieur brut de 230$[2] par tête d'habitant, le Rwanda reste un des pays les plus pauvres du monde. La pauvreté est plus grande dans les zones rurales et a un impact plus important sur les ménages dirigés par des femmes quand on les compare aux autres. En 2001, 66 pour cent de la population rurale vivait en dessous du seuil de pauvreté. De plus, 42% de la population vivait dans l'extrême pauvreté[3].

Les allocations budgétaires du gouvernement à la santé ont augmenté substantiellement au cours des dernières années, atteignant une augmentation nominale double (185%) entre 2002 et 2004[4]. La proportion du budget courant du gouvernement alloué à la santé en 2004 est de 6.1 %. L'allocation budgétaire au secteur santé reste relativement basse si l'on tient compte de l'importance accordée à la santé en terme de développement et de l'objectif des 15% convenus par le gouvernement rwandais à Abuja en 2001.

Le Rwanda est entrain de mettre en application sa stratégie de réduction de la pauvreté et de croissance économique à moyen terme. Le DSRP sert de base à la planification sectorielle stratégique et offre un cadre qui oriente les dépenses gouvernementales vers les domaines d'action prioritaires. Une sécurité permanente, la croissance économique et la stabilité sont supposées être des conditions nécessaires pour une mise en application réussie du DSRP et du PSSS.

II.3.3 Performance du secteur santé

Le système de soins de santé a fait preuve d'une faculté de récupération remarquable après la guerre et le génocide, qui ont eu pour conséquences une perte massive des professionnels de la santé et la destruction des infrastructures de santé et d'un appauvrissement général de population. Les indicateurs de santé actuels quantifient les progrès considérables atteints au cours des dix dernières années, mais ils mettent également en exergue les efforts énormes qui restent à accomplir si les objectifs de développement du millénaire sont à atteindre en 2015.

Les indicateurs de santé – Pauvreté et Santé

Au Rwanda, il y a un lien clair entre les résultats de santé, l'accessibilité aux services de santé modernes et la pauvreté. La plupart des indicateurs clé qu'on montre dans le tableau II.1 illustrent distinctement les inégalités en matière de santé entre les riches et les pauvres. Les différences entre les pauvres et les riches en termes de couverture de santé et des résultats de santé sont grandes, ce qui souligne l'importance de cibler ceux qui sont grandement dans le besoin pour pouvoir réduire les niveaux de pauvreté.

Tableau II.1 Indicateurs clé du secteur santé par quintile du plus riche et du plus pauvre en 2000

INDICATEUR	Quintile plus pauvre	Quintile plus riche	Total
A. Taux de Mortalité			
Taux de mortalité des moins de cinq ans (par 1.000)	225	120	196
Ratio de mortalité maternelle (par 100,000)	n/a	n/a	1071
Taux de mortalité infantile (par 1,000)	121	70	107
B. Santé reproductive			
Proportion des femmes enceintes qui ont fait au moins deux visites anténatales	66.1	77.3	68.4
Proportion des accouchements assistés par du personnel professionnel	12.1	57.7	31.3
Proportion des accouchements qui ont lieu au sein des infrastructures de santé	20.0	65.2	26.5
Taux de prévalence de la contraception moderne (parmi les femmes)	1.2	8.1	4.3
C. Santé infantile			
Proportion des enfants entre (12-23 mois) immunisés contre la rougeole	73.2	79.0	77.7
Proportion des enfants de moins de cinq ans dormant sous une moustiquaire imprégnée	0.5	17.9	6.0
Prévalence des enfants maigres (malnutrition)	31.5	13.7	24.3

Utilisation des services de santé par les enfants de moins de cinq ans (fièvre ou toux au cours des deux dernières semaines)	6.6	26.6	13.4
D. Utilisation des services de santé			
% d'utilisation des services de santé moderne en cas de maladie	10.7	31.1	17.5
% Utilisation of médecins traditionnels	4.2	2.5	3.9
E. Accès à l'eau potable			
Proportion des ménages ayant accès à l'eau potable à partir d'une fontaine	37.7	43.7	39.6
Proportion des ménages se trouvant à trente minutes d'une source d'eau	37.2	50.9	39.9
Proportion des ménages ayant des latrines	56.5	86.7	64.4

Source: Nous utilisons des données provenant de l'Etude sur la santé et la démographie et l'étude sur les conditions de vie des ménages

Comme la plupart des pays après conflit, le Rwanda est considérablement loin d'avoir fait des avancées significatives vers les objectifs du millénaire en matière de mortalité maternelle et infantile. La mortalité des enfants de moins de cinq ans est en baisse depuis la moitié des années 1990, mais n'est pas encore arrivée aux niveaux d'avant le génocide. Le taux de déclin de la mortalité des moins de cinq ans est relativement faible, ce qui met en exergue la précarité socio-économique et nutritionnelle des ménages rwandais.

Même si la mortalité maternelle a également décliné depuis le génocide de 1994, le taux de mortalité est pratiquement double par rapport à celui de la fin des années 80, et reste l'un des plus élevé au monde. Entre 1995 et 2000, approximativement 1.071 femmes mourraient pour 100,000 naissances vivantes[5], compare à 611 entre 1985-1990. Ce taux élevé de mortalité maternelle montre largement le manque d'accès aux soins obstétriques et le mauvais fonctionnement du système de santé.

La couverture vaccinale est revenue aux chiffres acceptables de 85% (pour les DTC3), cela montre la force des programmes de vaccinations, qui sont considéré comme les plus forts de l'Afrique sub-saharienne. Les modestes gains dans l'amélioration de l'accès des familles aux services de planning familial au cours des années 80 ont été sévèrement érodés au cours de la période d'après génocide, le taux de prévalence de la contraception (méthodes modernes seulement) est de 4% en 2000 en comparaison de 9% en 1992, l'utilisation des méthodes traditionnelles a décliné de 10% au début des années 80s de 5% récemment[6].

Le poids des maladies

Les Rwandais meurent le plus souvent de maladies qu'on peut prévenir et liées à la pauvreté. Les causes principales de mortalité et de consultations dans les centres de santé et hôpitaux sont les maladies transmissibles, qui peuvent être évitées pour la plupart par une meilleure hygiène et un changement de comportement. Deux maladies en particulier, la malaria et le VIH/SIDA, sont le plus lourd fardeau santé et économique sur les ménages, la population et le système de santé. Les illustrations II.1. et II.2 montrent les causes premières de mortalité et de morbidité des enfants de moins de cinq et de la population en général.

Illustrations II.1 Causes de mortalité des enfants de moins de cinq ans au Rwanda[7]

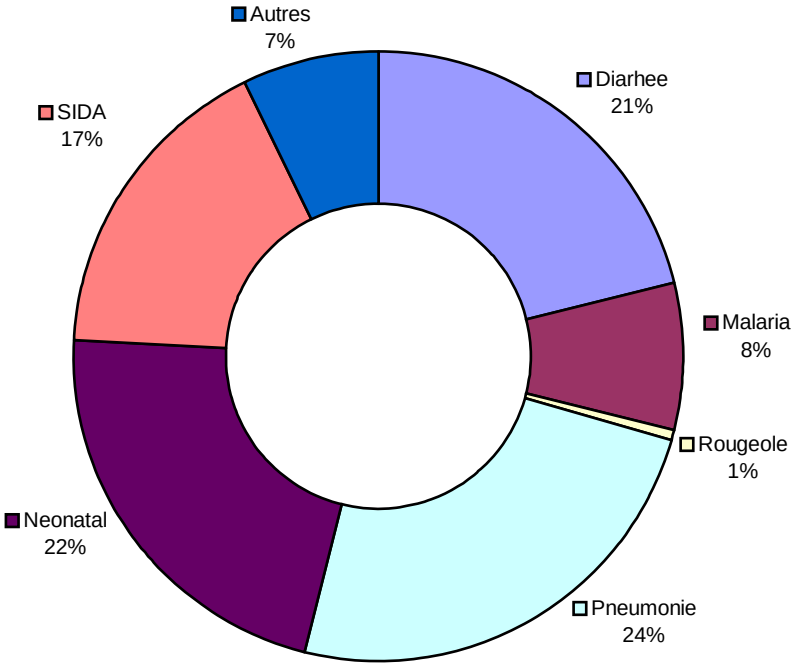
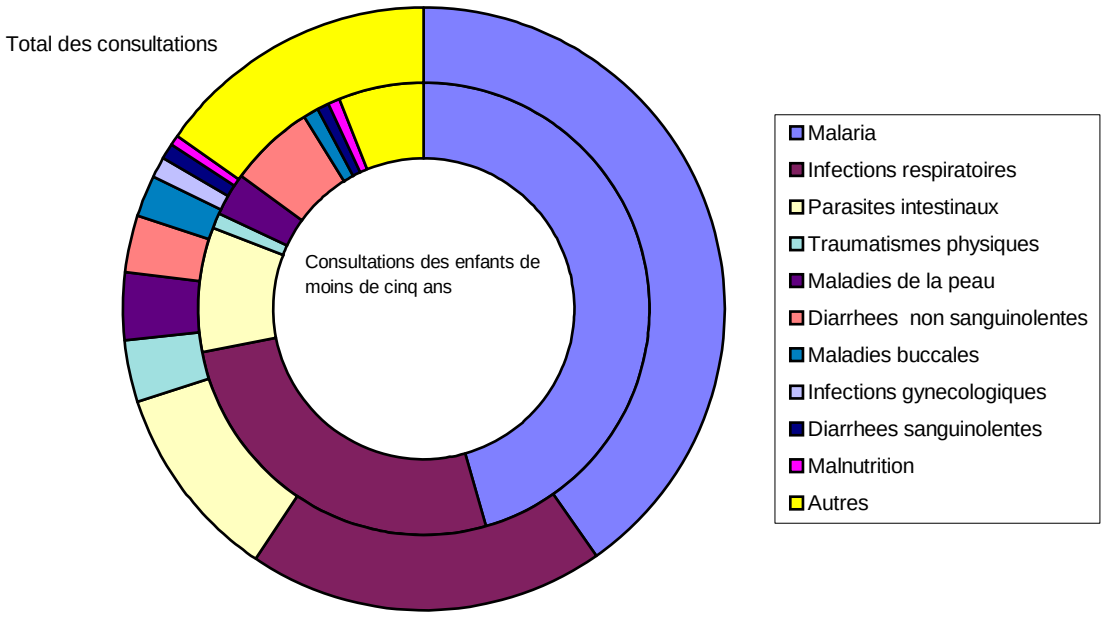


Figure II.2 Causes de morbidité dans les centres de santé en 2003[8]



La malaria est clairement la cause principale de morbidité au Rwanda, elle est responsable de 41% de toutes les consultations dans les centres de santé. La malaria est récemment réapparu au sein des populations vivant dans les régions montagneuses, qui ont peu ou pas d'immunité contre la maladie.

La proportion de morbidité attribuée au VIH/SIDA pourrait être sous estimée étant donné les problèmes au moment du diagnostic à établir un lien entre les infections opportunistes et le VIH/SIDA. Le taux de prévalence parmi la population adulte était estimé à 5,1 pour cent fin 2003[9] (13,2% dans la ville de Kigali, 6,3% dans les autres régions urbaines et 3,1% dans les zones rurales[10]). Les problèmes politiques et sociaux de la moitié des années 90s ont changé et accéléré l'expansion de l'épidémie et réduit les différences entre les taux d'infection en milieu rural et en milieu urbain. Le génocide a eu pour conséquence d'importants mouvements de population, le viol de milliers de jeunes femmes et a favorisé des comportements sexuels à haut risque dans les camps de réfugiés.

Les autres causes importantes de mortalité comprennent les infections respiratoires aiguës, les parasites intestinaux et les affections diarrhéiques. Le nombre des cas de tuberculose a également augmenté récemment jusqu'à 220 cas pour 100.000, ceci est à la fois dû au SIDA, mais aussi à la multiplication des infrastructures de dépistage[11].

Infrastructures médicales

Les infrastructures sont de manière générale satisfaisante, après avoir consenti des efforts considérables de construction et de réhabilitation depuis 1994. Dans le secteur public gouvernemental et le secteur non lucratif il y a 385 centres de santé, 34 hôpitaux de districts et quatre hôpitaux de référence nationale. Au cours des dernières années, le secteur santé a

connu une expansion du secteur privé avec aujourd'hui 325 dispensaires et cliniques privés, dont 52% se trouvent dans la ville de Kigali[12].

L'accès géographique aux infrastructures médicales est la même que celle des pays de la région, avec 60% de la population qui vit dans un rayon de 5km du centre de santé, et 85% de la population qui vit dans un rayon de 10km[13]. La disparité de l'accès géographique existe cependant entre les provinces et l'amélioration de l'accès aux districts de santé est un besoin pressant.

Personnel de santé

Le manque de professionnels de la santé reste un des plus grands défis du secteur santé. Le nombre de médecins et d'infirmières qualifiées dans le pays est insuffisant et le problème est particulièrement aigu dans les zones rurales. Au sein du système de santé public le personnel est peu motivé, ce qui peut expliquer pourquoi par le passé plusieurs médecins sont passés au secteur privé. En 2003, il y avait 168 médecins et 2157 infirmières travaillant dans le secteur public, ils représentent une augmentation de 10 et 7% par rapport à l'année précédente[14].

Le nombre d'habitants par infirmière est de 3900 et le nombre d'habitants par docteur est de 50.000. Le ratio infirmière/population selon les normes de l'OMS est de 5.000 cependant le ratio docteur/population est cinq fois plus élevées que les normes de l'OMS qui sont de 10.000. Ces chiffres cachent en plus les larges disparités entre les provinces et entre les zones urbaines et les zones rurales, un phénomène explicable par les salaires de base bas et le manque d'une structure de primes efficace qui favoriseraient le milieu rural.

III. CADRE STRATEGIQUE 2005-2009

III.1 Domaines prioritaires

Le cadre stratégique repose sur l'engagement du Rwanda vis à vis des objectifs de développement du millénaire et la mise en application de la stratégie de réduction de la pauvreté. Le cadre stratégique propose une feuille de route pour le secteur de la santé au cours des cinq prochaines années pour que le pays reste sur la bonne voie et atteigne les MDGs. Il renforce l'identification de la malaria et la prévention du VIH/SIDA du DSRP et l'appui aux mutuelles et aux prestataires sociaux de santé, pour indiquer les programmes prioritaires de base. En plus les actions prioritaires dans la décentralisation des soins de santé primaires, la qualité, l'accès et la prévention du secteur santé et les problèmes multi-sectoriels tels que le VIH/SIDA, le genre, la technologie et le renforcement des moyens identifiés dans le DSRP sont intégrés dans le PSSS par l'élaboration de sept programmes. La mise en application spécifique du genre, par exemple, peut se retrouver dans la malaria, le VIH/SIDA, la santé reproductive et les programmes IEC.

Les sept programmes sont conformes aux principaux objectifs de la politique en matière de santé. Ces sept programmes déterminent les domaines prioritaires du PSSS. Comme le montre le tableau III.1., les programmes peuvent être subdivisés en plus de composantes spécifiques de prestations de services et d'appui. Chaque programme consiste en une ou plusieurs composantes de prestations de services et d'appui, qui lorsqu'ils sont pris dans l'ensemble convergent vers la réalisation de l'objectif du programme.

Tableau III.1 Objectifs des programmes et domaines de prestation de services et d'appui (composantes des programmes)

Objectifs des Programmes secteur Santé	Composantes des programmes
1. Améliorer la disponibilité des ressources humaines	1.1 Développement des ressources humaines
2. Améliorer la disponibilité des médicaments de qualité, des vaccins et des consommables	2.1 Médicaments, vaccins, consommables
3. Elargir l'accès géographique aux services médicaux	3.1 Infrastructures, Equipement et réseau de laboratoires
4. Rendre abordables financièrement les services et soins de santé	4.1 Financement du secteur santé
5. Améliorer la qualité de et la demande de services dans le contrôle des maladies	5.1 Gestion Intégrée des Maladies Infantiles
	5.2 Santé reproductive
	5.3 Programme élargi de vaccination
	5.4 Nutrition
	5.5 Malaria
	5.6 VIH/SIDA/IST
	5.7 Tuberculose
	5.8 Réponse aux épidémies et aux désastres
	5.9 Santé mentale
	5.10 Aveugles & handicap physique
	5.12 Santé de l'environnement
	5.13 IEC / BCC
6. Renforcer les hôpitaux nationaux de référence et les centres de traitement et de recherche	6.1 Hôpitaux nationaux de référence
	6.2 Centres de traitement et de recherche (compris la composante VIH/SIDA)

7. Renforcer les moyens institutionnels du secteur	7.1 Moyens institutionnels

III.2 Approche du cadre logique

Le cadre stratégique a été conçu par une approche du cadre logique. La matrice du cadre logique crée une hiérarchie logique des moyens qui permettront d'atteindre les objectifs et défini la manière dont les résultats seront suivis. Il présente un résumé de la stratégie du secteur dans un format standard. Les matrices qui suivent respectent la logique verticale et horizontale de l'approche. La logique verticale définit ce que la stratégie sectorielle a l'intention de faire, et comment y arriver et quelles sont les suppositions importantes incontrôlables par ceux qui mettront à exécution ce plan. La logique horizontale spécifie comment les objectifs du secteur seront mesurés et par quels moyens.

Ce chapitre est au cœur du PSSS étant donné qu'il crée le lien entre les objectifs politiques du secteur santé, les cibles, les résultats et les activités qui seront la base de la réforme et du développement du secteur santé. Il est important de noter que les matrices du cadre logique définies avant la mise en application offrent tout simplement un point de départ et auront besoin d'être réévaluées, redéfinies et mises à jour par des révisions et des planifications régulières et dynamiques, après le début de la mise en oeuvre. On envisage également de soumettre le PSSS à une révision et évaluation à moyen terme.

III.3 Cadre logique d'ensemble du plan stratégique du secteur santé

L'illustration III1. présente l'ensemble du cadre logique du plan stratégique du secteur. Dans les paragraphes suivants, nous allons donner des résultats et des activités plus détaillées ainsi que des indicateurs objectivement vérifiables, les moyens de vérification de ces indicateurs et les suppositions pour chacune des composantes d'un programme.

Illustration III.1. Aperçu général du cadre logique du plan stratégique du secteur santé

Hiérarchie des objectifs	Indicateurs clé des performances	Importantes suppositions
Objectif		
Garantir le bien être de la population en augmentant la production et en réduisant la pauvreté dans le cadre de la bonne gouvernance	- Taux moyen de croissance du PIB - Croissance de l'investissement national, secteur agricole, secteur industriel et secteur des services. - Pourcentage de la population se trouvant en dessous du seuil de pauvreté - Indicateurs de bonne gouvernance: démocratisation, anti-corruption, décentralisation, participation de la société civile	
But	*Indicateurs d'impact*	*De but à l'objectif*
Garantir et promouvoir l'état de santé de la population du Rwanda en offrant des services de santé préventive, curative, promotionnelle et réhabilitrice.	- Réduire le taux de mortalité maternelle de 1.071 à 600 pour 100,000 naissances vivantes - Réduire le taux de mortalité infantile de 196 à 110 enfants - Réduire la mortalité infantile de 107 à 61 pour 1.000 naissances vivantes - Réduire la malnutrition infantile de 24.3% à 18% - Réduire le taux de prévalence du VIH chez les adultes à moins de 5.1%	- Le Rwanda maintient la sécurité intérieure et reste en paix avec ses voisins - Dans un cadre macro économique stable la croissance économique annuelle reste de 8% et est équitable - La mise en application du

		DSRP dans les autres domaines contribue à la réduction de la pauvreté - L'engagement politique à la réduction de la pauvreté et la bonne gouvernance sont maintenues.
Résultats du programme	***Indicateurs clé des performances***	***Des résultats à l'objectif***
1. Améliorer les ressources humaines existantes	- Améliorer le % des infrastructures médicales pour atteindre 50% des normes en personnel - Réduire le ratio docteur population à 1/37.000 - Garder le ratio infirmière population à 1/3.900 - Améliorer le % des sage-femmes basées dans le milieu rural à 55%	- Le changement de comportement n'est plus entravé par des facteurs culturels - Mettre sur pied une législation efficace pour réglementer le secteur - Mise en place d'une législation efficace pour réglementer le secteur - S'assurer que la population répond positivement à la meilleure qualité et à la disponibilité des services - Elargissement du secteur privé - L'engagement du gouvernement et des bailleurs de fonds à financer le secteur santé reste le même - Les bailleurs de fonds maintiennent ou augmentent de manière prévisible le niveau de financement du secteur santé - Les dépenses du gouvernement en matière de santé augmentent progressivement vers l'objectif de 15% - Les activités des autres secteurs tels que l'eau, l'assainissement s'améliorent comme prévu - Une gestion efficace de la résistance de la malaria aux médicaments classiques. - La mise en application du DSRP dans d'autres secteurs a un impact positif sur les résultats en matière de santé - La mise en application de la décentralisation nationale augmente les moyens humains et financiers au niveau des districts - Ne pas entraver la politique du gouvernement d'utilisation de médicaments génériques
2. Améliorer la disponibilité des médicaments, des vaccins et des consommables	- Réduire la moyenne des jours de rupture de stock des médicaments essentiels dans les centres de santé à 0.5 jours par mois - Augmenter à 95% le pourcentage des établissements médicaux disposant de tous les vaccins disponibles - Augmenter le % des infrastructures médicales disposant de préservatifs à 90% - Conception et publication de la politique de tarification des médicaments et y inclure les subsides pour les pauvres	
3. Elargir l'accès géographique aux services de santé	- Augmenter à 70% le pourcentage de la population vivant dans un rayon de 5km du centre de santé - Augmenter de 60% le pourcentage des centres de santé disposant de moyens de transports pour les services de référence d'urgence	
4. Les services de santé sont financièrement plus abordables	- Augmenter le pourcentage des allocations gouvernementales à la santé à 12% - Augmenter les dépenses par tête d'habitant en matière de santé à 16$ - Augmenter de 50% le pourcentage de la population couverte par les mutuelles de santé - Concevoir et publier la politique de tarification des services de santé à grand impact subsidiés	
5. La qualité et la demande des services est améliorée dans le contrôle des maladies	- Augmenter à 70% le pourcentage des femmes enceintes et des enfants de moins de cinq ans qui dorment sous des moustiquaires imprégnées - Augmenter à 65% le pourcentage des femmes enceintes recevant IPT contre la malaria - Réduire à x le taux de transmission du VIH mère-enfant - Augmenter à 10% le taux d'utilisation des préservatifs parmi les jeunes entre 15-19 pour leur acte sexuel le plus récent avant le mariage - Augmenter à 130 le nombre de centres VCT intégrés - Augmenter à 85% le taux de traitement et de guérison, des cas de tuberculose enregistrés par le TRAITEMENT DIRECTEMENT OBSERVÉ, COURTE PÉRIODE - Garder le taux de couverture de DPT3 au-dessus de 85% - Augmenter à 60% le pourcentage des accouchements assistés par des professionnels - Augmenter à 65% le pourcentage des femmes enceintes qui reçoivent au moins trois visites prénatales (ANC) - Augmenter à 85% le taux de couverture de la vitamine A - Augmenter à 75% le pourcentage des ménages ayant accès à l'eau potable - Des campagnes IEC sont conduites et couvrent l'ensemble de la population et sont centrées au niveau de la communauté	

6. Les hôpitaux nationaux de référence et les centres de traitement et de recherche sont renforcés		
7. Renforcer la capacité institutionnelle du secteur	- Concevoir une MTEF orienté vers les résultats et liée au budget annuel et les outils de surveillance - La surveillance des résultats et des dépenses du MTEF se fait trimestriellement - Le HMIS est entièrement opérationnel, intègre les hôpitaux nationaux de référence et le secteur privé - Introduire les dons en blocs aux districts dans tout le pays	

III.4 Ressources humaines

Analyse du contexte et du problème

Le manque de professionnels de la santé bien formé et hautement motivés au sein du système de santé a été identifié comme l'un des principaux problèmes du secteur. Le tableau III.2 montre le nombre des différents professionnels de santé et leur lieu de travail dans les différentes infrastructures du système de santé.

Il y a une forte concentration de professionnels de la santé dans la ville de Kigali, où se retrouvent 75% de tous les docteurs et plus de 50% des infirmières. Ceci signifie que certaines provinces particulièrement Gikongoro, Byumba, Gisenyi et Gitarama manquent de professionnels de la santé si on s'en tient aux normes recommandées par l'OMS. De plus la capacité de former des professionnels à la fois dans les universités et dans des formations en cours d'emploi est insuffisante pour remplir les besoins. En fin de compte la mauvaise gestion des ressources humaines est citée comme une des principales causes du manque de disponibilité des professionnels de la santé. Une des causes principales sous-jacentes qui a été identifiée comme une des domaines clé à traiter au cours des cinq prochaines années, est la structure des salaires et des primes.

Tableau III.2 Nombre actuel des professionnels de la santé au sein du système de santé national par type d'infrastructure[15]

	CHUK	CHUB	Hôpitaux de districts	Centres de santé	Total
Médecins généralistes	31	22	63	0	116
Médecins spécialistes	22	19	2	1	44
Infirmières (A1/A2/A3)	378	115	676	815	1984
Assistant Social/Médical	15	6	60	122	203
Sage-femme (officiellement reconnue/membre d'une association)	22	11	8	1	42
Techniciens de laboratoire	23	22	52	37	134
Auxiliaire de santé	13	8	154	348	523

Le ministère de la santé a établi des normes de dotation en personnel pour les centres de santé et les hôpitaux de district. Actuellement, seuls 30% des établissements de santé remplissent ces normes.

Tableau III.3 Normes de dotation en personnel dans les hôpitaux de district et les centres de santé

	Normes des centres de santé	Normes pour les hôpitaux de district
Docteur A0	N/A	4
Infirmière A1	N/A	4
Infirmière A2 / A3	4	15-20

Autres (Nutritionnistes, Techniciens de laboratoire, Assistant Sociaux, Admin.) A2	4	8

Objectifs

L'objectif global est d'améliorer la disponibilité des ressources humaines. Pour cet objectif, la stratégie de développement des ressources humaines va:

- Investir dans les institutions d'enseignement et de formations pour garantir l'existence sur le marché de professionnels de santé compétents
- Réformer la structure des salaires et des primes pour améliorer la distribution et le nombre de professionnels de santé dans les zones rurales.
- Transférer progressivement la gestion des professionnels de santé et de leurs suppléments de salaires à des niveaux plus décentralisés du système de santé
- Mettre en place un système de méritocratie pour les promotions, basé sur la transparence et une description claire des tâches pour chaque poste.

Les activités de ces domaines prioritaires contribuent à intégrer et à renforcer la décentralisation du secteur santé selon les directives de la stratégie d'allègement de la pauvreté. Les formations de base et les formations en cours d'emploi seront entièrement revues pour augmenter les moyens et les connaissances des professionnels de la santé et pour encourager un personnel plus qualifié à travailler en milieu rural.

Les objectifs cibles au niveau national pour 2009 :

- Augmenter de 30% à 50% la proportion des établissements de santé qui remplissent les normes de dotation en personnel
- Diminuer le ratio docteur population de 1/50.000 à 1/37.000
- Garder le ratio infirmière population à 1/3.900
- Augmenter le pourcentage des sage-femmes travaillant dans des zones rurales de 17% à 55%

Dispositions de mise en application

Les ressources humaines sont actuellement gérées conjointement par le département des ressources humaines et du personnel d'appui, et par le département des soins de santé, en collaboration rapprochée avec le MIFOTRA et le MINEDUC. La profession d'infirmière est supervisée par la Département Infirmière, qui est responsable des directives politiques, de la supervision et de l'enregistrement.

La stratégie en matière de ressources humaines envisage un rôle de plus en plus important pour les provinces, les districts de santé et les établissements de santé dans la gestion des professionnels de santé au fur et à mesure que les contrats qui se feront sur base de performance seront plus répandus et que la responsabilité de la gestion des suppléments de salaire sera transférée à un niveau plus bas. Les formations de base sont faites par le MINEDUC et seront appuyées par le MINISANTÉ pour ce qui concerne le développement des programmes de formation.

La mise en application de la stratégie des ressources humaines sera coordonnée avec la construction d'établissements médicaux pour garantir que l'objectif d'augmentation de la proportion d'établissements médicaux et celui du respect des normes de dotation en personnel sont atteints.

Cadre logique

CADRE LOGIQUE DU PSSS: DEVELOPPEMENT DES RESSOURCES HUMAINES			
Résultat	Indicateurs objectivement vérifiables	Moyens de vérification	Suppositions
1.Elargissement des formation de base et des formations en cours d'emploi	% des professionnels de santé qui ont reçu une formation en cours d'emploi au cours des derniers six-mois par type de formation Nombre de médecins sortis de l'école de médecine chaque année Existence d'un plan de développement des ressources humaines	Rapports de supervision des districts de santé, étude d'évaluation de la qualité de fourniture des services Rapport annuel des hôpitaux universitaires Plan de développement des ressources humaines n	Prise en compte de la fuite des cerveaux vers les pays étrangers
2. Arriver à une distribution géographique équitable des professionnels de la santé	% des professionnels de la santé travaillant en milieu rural % des établissements de santé ayant remplit les normes minimum de dotation en personnel Ratio provincial des professionnels de la santé par rapport à la population % des sage-femmes officiellement reconnues en milieu rural Structure de primes en place pour les travailleurs de santé en milieu rural géré par la province	Système GESPER; rapports de supervision des districts de santé Système GESPER; rapports de supervision des districts de santé Système GESPER; rapports de supervision des districts de santé Système GESPER; rapport annuel du ministère de la santé Système GESPER; rapports de supervision des districts de santé ; rapport de la département gestion des ressources humaines infirmière Rapport du département des RH	
3.Gestion des ressources humaines renforcée	Existence des descriptions des taches claires et bien définies, pour les postes à tous les niveaux	Description des tâches	
Activités	Indicateur objectivement vérifiable	Moyens de vérification	Suppositions
1.1 Concevoir et mettre en application un plan de développement des ressources humaines pour les professionnels de la santé 1.2 Concevoir des modules de formation en cours d'emploi et un plan opérationnel pour intégrer les besoins en formations de tous les programmes (malaria, IMCI, etc...)aux formations en cours d'emploi 1.3 Réviser et revoir les programmes d'enseignement des professionnels de la santé 1.4 offrir des stages aux médecins fraîchement sortis de l'université 2.1 Faire une étude du marché du travail pour les professionnels de la santé qui couvre à la fois le secteur public et le secteur privé 2.2 Concevoir des critères de recrutement, d'affectation et de distribution du personnel 2.3 Etablir les besoins en matériel pour les professionnels de la santé 2.4 Mettre en place une structure de primes et de salaries en milieu rural 2.5 Transférer aux provinces la responsabilité de la gestion des suppléments de salaires des personnes travaillant dans des endroits reculés	Des OVIs détaillés doivent être déterminés par provinces, districts et par les intervenants dans leurs plans opérationnels	Des moyens détaillés doivent être déterminés par provinces, districts et par les intervenants dans leurs plans opérationnels	Des suppositions détaillées doivent être déterminés par provinces, districts et par les intervenants dans leurs plans opérationnels

2.6 Faire un plan qui exige un nombre d'années minimum de service public aux professionnels fraîchement sortis de l'école 3.1 Créer les descriptions des taches pour chaque poste à tous les niveaux 3.2 Mettre sur pied un système d'avancement de carrière sur base du mérite 3.3 Mettre en place un système de supervision intégré, qui définit le rôle des hôpitaux nationaux de référence 3.4 Créer des conseils d'administration et des comités pour toutes les catégories de professionnels de la santé 3.5 Concevoir un système informatisé de gestion du personnel			

III.5 Médicaments, vaccins et consommables

Analyse du contexte et du problème

L'approvisionnement et la distribution des médicaments, des vaccins et des consommables constituent un des axes essentiel qui permet au système de santé d'être opérationnel au Rwanda. En tenant compte de l'importance stratégique des médicaments dans la fourniture et le financement des soins de santé primaires, la disponibilité des médicaments et des consommables est l'une des dimensions clé de la fourniture des soins de santé à la population. Non seulement les médicaments sont essentiels pour les établissements de santé, mais ils constituent aussi une large proportion des dépenses en santé des ménages (60%), ce qui rend leur coût une des barrières les plus difficiles à franchir pour accéder aux soins de santé modernes.

La centrale d'achat des médicaments, CAMERWA, importe et dessert principalement les hôpitaux publics nationaux, les phamarcies de district, qui jouent un rôle intermédiaire dan la chaîne de distribution entre CAMERWA et les établissements de santé. De la même manière BUFMAR achète et importe des médicaments pour les établissements de santé sans but lucratif aidé par le gouvernement. Le secteur privé s'approvisionne auprès de cinq principaux importateurs, qui importent à eux seuls 70% des importations privées en médicaments.

Au niveau de pharmacies de district et de centres de santé, les ruptures de stock de médicaments essentiels sont courantes dans tout le pays. Par exemple, le nombre moyen de jours de rupture de stock par mois est de 2.6 pour l'amoxycilline et de 0.6 pour la quinine[16]. Le manque d'accès aux produits pharmaceutiques est dû à un faible système d'approvisionnement, à l'absence de procédures d'approvisionnement standardisées et à l'incapacité de concevoir et de faire respecter une politique de tarification des médicaments, au nombre peu élevé des pharmacies de district qui gèrent les stocks de médicaments rationnellement. Le prix trop élevé des médicaments est largement dû aux sévères contraintes financières que connaissent les pharmacies, ceci et au détriment de l'accès des ménages aux médicaments.

Objectif (s)

L'objectif global de ce programme est d'améliorer la disponibilité et la qualité des médicaments, des vaccins et des consommables. Pour y parvenir, le programme:

- Mettra en place un système d'approvisionnement pour garantir la disponibilité de vaccins antigène (BCG, rougeole, DTC, hépatite B, grippe haemophilus), les médicaments essentiels et le préservatif pour les groupes à risque à tous les niveaux du système de santé.
- Concevoir et publier une politique de tarification, qui intègre les subsides pour certains médicaments essentiels pour rendre financièrement abordable les médicaments pour les pauvres et garantir la transparence en matière de tarification.
- Renforcer la qualité du système d'assurances et d'enregistrement de médicaments dans les secteurs privé et public.
- Améliorer l'utilisation rationnelle des médicaments.

Ces domaines prioritaires sont dans le même ordre d'idée que la priorité du DSRP en matière de lutte contre la malaria et la prévention du VIH/SIDA, la réalisation de la couverture universelle du programme d'immunisation, et l'amélioration de la qualité, rendre abordable et accessible les médicaments essentiels. Pour renforcer les moyens dans le secteur santé, les activités reprises par ce programme porteront sur le renforcement des systèmes d'approvisionnement en médicaments, la décentralisation de systèmes de distribution des médicaments et le renforcement des moyens pour la réglementation du secteur pharmaceutique et faire concorder les politiques de réduction de prix avec la stratégie de réduction de la pauvreté.

Les cibles nationales pour fin 2009:

- Réduire le nombre de jour de rupture de stock des médicaments essentiels dan les centres de santé de 1 jour a 0.5 jour par mois
- Distribuer annuellement au moins 40.000 unités de sang analysé aux hôpitaux de référence et aux hôpitaux de district.
- Augmenter de 83% à 95% la proportion des centres médicaux qui disposent de tous les vaccins.
- Augmenter la proportion d'établissements de santé qui ont des préservatifs disponibles de 64% à 90%

Dispositions de mise en application

Le département de pharmacie est responsable de la conception de la politique, de la réglementation, des normes et de la supervision des activités de coordination pour les pharmacies privées et publiques. Ce département concevra également des procédures d'approvisionnement et garantira leur respect.

Le système d'inspection sera décentralisé pour des raisons d'efficacité. Les inspecteurs de pharmacie provinciales auront la responsabilité de superviser les pharmacies en ce qui concerne le respect des lois et des réglementations nationales établies par le gouvernement.

La CAMERWA et BUFMAR, en tant qu'agences centrales d'achat pour le secteur public et le secteur non-lucratif, fourniront les médicaments, les vaccins et les consommables à travers la chaîne de distribution des pharmacies de district et aux hôpitaux de district et aux centres de santé.

Cadre logique

CADRE LOGIQUE DU PSSS: MEDICAMENTS, VACCINS ET CONSOMMABLES			
Activités	Indicateurs objectivement vérifiables	Moyens de vérification	Suppositions
1.Renforcement du système d'approvisionnement et de distribution des produits pharmaceutiques, des consommables et du sang	Nombre moyen de jours de rupture de stock de médicaments essentiels pour établissements primaires et secondaires de santé Nombre de poches de sang dépistées distribuées annuellement aux établissements de santé Faire un plan d'approvisionnement en médicaments % des districts de santé ayant un système décentralisé de distribution des médicaments et des consommables	Etude HMIS, DPHARM Rapport CNTS Politique d'approvisionnement Rapport de supervision DPHARM	L'exonération des médicaments essentiels est maintenue pendant la période sur laquelle porte le plan stratégique
2. Améliorer l'accès aux produits pharmaceutiques essentiels	Publication annuelle de la liste de médicaments essentiels Conception de la politique de tarification des produits pharmaceutiques % des pharmacies respectant la réglementation des prix (marges)	Journaux locaux, Audit document de politique rapport d'inspection DPHARM	
3. Garantir l'utilisation rationnelle des produits pharmaceutiques	% des établissements de santé gérant leurs stocks rationnellement Créer un formulaire des produits pharmaceutiques	HMIS; rapports de supervision des districts de santé	
Activités	Indicateur objectivement vérifiable	Moyens de vérification	Suppositions
1.1 Définir, adopter et disséminer les lois et les décrets relatifs au secteur pharmaceutique 1.2 Déterminer les besoins nationaux en médicaments et en consommables	Des OVIs détaillés doivent être dans les plans opérationnels des programmes, des provinces, des districts et des intervenants	Des moyens de vérification détaillés dans les plans opérationnels des programme, des provinces, des districts et des intervenants	Des suppositions doivent être détaillés dans les plans opérationnels des programme, des provinces, des districts et des intervenants.
1.3 Concevoir et mettre en application un plan d'approvisionnement intégrant les besoins de tous les programmes à tous les niveaux du secteur santé 1.4 décentraliser la distribution des produits pharmaceutiques et des consommables 1.5 Faire une carte des pharmacies 1.6 Faire des inspections dans les pharmacies des secteurs public et privé pour faire respecter les normes 1.7 Dépister et distribuer du sang non contaminé aux hôpitaux de district et aux hôpitaux nationaux 2.1 concevoir une politique de tarification de produits pharmaceutiques, comprenant les subsides pour les principaux médicaments essentiels et les consommables			

2.2 Superviser la mise en application des de la tarification en surveillant les marges bénéficiaires des pharmacies du secteur public. 2.3 Publier dans les journaux ou à la radio chaque année la liste de médicaments essentiels. 2.4 En collaboration avec CAMERWA préparer et mettre en application une politique nationale de tarification des produits pharmaceutiques 2.5 Réviser et distribuer une liste des médicaments essentiels conformément à la politique nationale de promotion des médicaments génériques 2.6 Mettre en place un système d'enregistrement des médicament s 2.7 Elaborer les directives nationales relatives aux dons de médicament s 2.8 Surveiller la production des médicaments pour garantir le respect de normes 3.1 Créer et distribuer un formulaire des produits pharmaceutiques aux agents de santé 3.2 Mettre sur pied un conseil pharmaceutique national 3.3 Etablir un système de surveillance des médicaments psychotropiques et des drogues à accoutumance et les effets secondaire de médicaments nouvellement introduits sur le marché 3.4 Etablir des normes nationales de traitement en ce qui concerne les médicaments 3.5 Entreprendre des recherches opérationnelles			

III.6 Accès géographique aux soins de santé

Analyse du contexte du problème et du contexte

Le nombre de centres de santé a augmenté de 333 en 1997 à 385 en 2003 ; entre-temps le nombre d'hôpitaux de district opérationnels a augmenté de 30 à 34 au cours de la même période. Malgré ces efforts de grandes disparités persistent en matière d'accès géographique entre provinces et ces disparités sont souvent liées à la pauvreté. Par exemple, dans la province la plus pauvre, Gikongoro, seuls 30% de la population vit dans un rayon de 5km du centre de santé, ce taux est loin en deçà de la moyenne nationale. Dans le même ordre d'idées, l'accès à un établissement médical opérationnel, qui a un personnel suffisant, qui est bien équipé et qui a des laboratoires opérationnels est un autre problème. Une évaluation globale des inventaires des hôpitaux de district a révélé un important manque d'équipement médical dans tout le pays. Finalement les districts de santé manquent la plupart du temps de moyens de transports pour superviser les infrastructures de santé, pour offrir des services sur place et pour orienter les patients des centres de santé vers les districts d'hôpitaux. Ce problème est particulièrement opportun si nous devons réduire la mortalité maternelle grâce à un service de soins obstétriques d'urgence plus accessible.

Objectif(s)

L'objectif global est d'élargir l'accès géographique de la population à des services de santé opérationnels. Au cours des cinq années le programme PSSS permettra:

- Construire et réhabiliter les centres de santé et les hôpitaux de district dans les districts de santé qui ont le plus mauvais accès géographique, cela conformément avec le plan de développement des infrastructures de santé
- Créer un système d'approvisionnement en équipement efficace
- Fournir aux districts de santé les moyens transports adéquats pour qu'ils puissent référer les urgences vers les hôpitaux de district
- Garantir l'existence d'un réseau de laboratoires fonctionnel
- Garantir un inspection régulière des infrastructures de santé
- Promouvoir l'utilisation des infrastructures de santé du secteur privé pour compléter les établissements de santé publiques

Les activités de ce programme portent principalement sur le renforcement de la décentralisation et le renforcement des moyens dans le secteur de la santé, dans le cadre de la stratégie de réduction de la pauvreté. Au niveau opérationnel, elles contribueront à renforcer la décentralisation du système de santé et la qualité structurelle des systèmes de livraison et d'orientation dans les districts de santé, et à élargir l'accès aux services de santé dans les zones mal desservies. Non seulement ces activités serviront à augmenter l'accès géographique aux services de santé et à augmenter les moyens logistiques nécessaires pour permettre les activités à base communautaire, mais elles renforceront la motivation du personnel de santé travaillant en milieu rural étant donné que le matériel et les conditions de travail auront été rénovés. Au niveau central et stratégique, elles contribueront au renforcement des moyens de régulation dans la conception des infrastructures de santé, l'approvisionnement et l'entretien des équipements, la politique en matière de laboratoire.

En plus d'améliorer les infrastructures de santé publique, l'existence d'infrastructures de santé privées agit dans le sens d'une amélioration de l'accès aux services de santé par la population. Pour atteindre cet objectif, on encouragera les infrastructures de santé privé à augmenter la quantité et la qualité des services qu'ils offrent à la population.

Cibles nationales pour fin 2009:

- Augmenter de 58% a 70% la proportion de la population vivant dans un rayon de 5km d'un établissement médical
- Augmenter de 32% à 60% la proportion des centres de santé ayant des moyens de transport pour orientation vers les hôpitaux de référence en cas d'urgence
- Augmenter de x% à y% la proportion des cas traité par le secteur privé par la mise en place des primes sur basé du volume.

Dispositions de mise en application

Le plan de développement des infrastructures de santé, donne une carte détaillée des infrastructures de santé et les scénarios optimum de construction et de réhabilitation à moyen terme, il orientera la mise en application du plan stratégique. Du fait des disparités régionales, l'amélioration des disparités géographiques sera accentuée à Gikongoro, Butare, Kibungo, Umutara et Kigali Ngali. On reconnaît sincèrement que la construction et la réhabilitation coûtent extrêmement cher et à cause des contraintes financières, le plan de développement des infrastructures de santé sera seulement partiellement exécuté pendant la durée de vie du plan stratégique.

Un plan de primes, pour promouvoir l'utilisation des soins de santé privés, sera conçu par le département des soins de santé en coopération avec les provinces et les districts de santé et suivra le principe de l'élargissement géographique, en vue de rendre les soins de santé financièrement abordables. Le plan de primes sera adapté aux besoins locaux à cause des différences régionales.

La construction et la réhabilitation des infrastructures de santé seront du ressort du ministère des infrastructures qui coordonnera avec la direction de la planification du ministère de la santé. L'atelier central d'entretien coordonnera et gérera l'entretien de routine des établissements de santé publics et des immeubles du ministère central.

La supervision et l'entretien du réseau national des laboratoires sont du ressort du Laboratoire National du Rwanda. Il coordonnera les activités pour garantir que tous les établissements de santé reçoivent l'appui d'un laboratoire opérationnel.

Cadre logique

CADRE LOGIQUE DU PSSS: INFRASTRUCTURES, EQUIPEMENT ET RESEAU DE LABORATOIRES			
Résultats	Indicateurs objectivement vérifiables	Moyens de vérification	Suppositions
1. Mise en application du plan de développement des infrastructures de santé	% de la population vivant dans un rayon de 5km du centre de santé	Etude sur les conditions de vie des ménages	Les ressources de financement de la reconstruction planifiée sont disponibles
	Nombre d'établissements de santé nouvellement construits et entièrement équipés chaque année	Rapport annuel du ministère de la santé ; rapports des visites sur terrain	Il existe suffisamment de professionnels de la santé pour occuper les postes vacants dans les nouveaux établissements de santé
	Nombre d'établissements de santé réhabilités	Rapport annuel du ministère de la santé ; rapports des visites sur terrain	La construction des infrastructures de santé reste une priorité du gouvernement
Et des bâtiments	Ratio Hôpitaux de district/population /	Système d'information de la santé	
	Ratio centre de santé / population	Système d'information de la santé	
2. Le système d'appui des laboratoires fonctionne à tous les niveaux	% des laboratoires remplissant les normes minimales	Rapport d'inspection et de supervision du LNR	Les techniciens de laboratoire formés existants sont suffisants pour remplir les postes existants
	% des infrastructures de santé ayant un laboratoire opérationnel	Rapports de supervision des districts de santé	
	Nombre de techniciens de laboratoire formés	Contenu des formations	
3. Les établissements de santé au niveau des districts sont entièrement opérationnels	% des infrastructures de santé entièrement équipés	Rapport de supervision des districts de santé	
	% des centres de santé disposant de moyens de transport en cas de recours d'urgence vers l'hôpital de référence		
Activités	Indicateurs objectivement vérifiables	Moyens de vérification	Suppositions
1.1 Construire 20 centre de santé et 6 hôpitaux de district conformément au plan des infrastructures de santé. 1.2 Réhabiliter x centres de santé et y hôpitaux de district 1.3. Donner des ambulances, des motocyclettes et des vélos aux hôpitaux de districts, aux centres de santé et aux travailleurs sociaux de la communauté 1.4. Créer des normes et des standards pour la construction et la réhabilitation des infrastructures de santé 1.5. Concevoir des directives pour le suivi et le contrôle de la construction et de la réhabilitation	Des OVIs détaillés doivent être dans les plans opérationnels des programmes, des provinces, des districts et des intervenants	Des moyens de vérification détaillés dans les plans opérationnels des programme, des provinces, des districts et des intervenants	Des suppositions doivent être détaillés dans les plans opérationnels des programme, des provinces, des districts et des intervenants.
1.6. Développer et adopter la réglementation pour l'entretien de l'équipement biomédical 2.1. Concevoir une politique nationale des laboratoires 2.2 Concevoir les normes et les standards des laboratoires 2.3. Fournir l'équipement, les consommables et les réactifs 2.4. Construire et réhabiliter les services de laboratoires 2.5. Former les techniciens de laboratoire			

2.6. Concevoir un protocole d'approvisionnement en matériel			
2.7. Superviser les activités de laboratoires à tous les niveaux			
2.8. Faire des contrôle de qualité des laboratoires			
2.9. Affilier le réseau national des laboratoires au réseau international des laboratoires			
2.10. Former le personnel en contrôle et garantie de la qualité			
2.11. Mettre en place un système d'accréditation des laboratoires privés			
3.1. Concevoir et mettre en place une procédure d'approvisionnement en équipement			
3.2. Etablir un programme d'inspection régulière et d'entretien des infrastructures de santé			
3.3. Participer aux frais de fonctionnement des districts d'hôpitaux et des centres de santé			

III.7 Des services médicaux financièrement abordables

Analyse du contexte et du problème

Au cours d'interviews faites avec les ménages, le coût des services est cité comme une des plus grandes barrières à l'accès aux soins de santé au Rwanda, ce qui étant donné le niveau de pauvreté est compréhensible. Un des défis majeurs dans la lutte pour la réduction de la mortalité et la réalisation des MDGs, sera de rendre les soins de santé financièrement abordables pour la population, particulièrement pour les pauvres, et de rentabiliser au mieux les interventions en matière de santé et de nutrition qui ont fait leurs preuves. D'importants efforts ont été fournis pour les mécanismes de gestion commune du risque par la conception et la mise sur pied de programmes pilote d'assurances mutuelles dans certains districts et les leçons apprises dans ce processus permettront l'élargissement des mutuelles à d'autres districts de santé. Ces projets pilotes et leur élargissement fondé sur les performances des payements, qu'on trouve également dans le programme cinq, a aussi d'importantes implications dans l'efficacité de l'utilisation des ressources financières.

La cause première immédiate du manque de moyens financiers pour l'accès aux soins de santé est l'insuffisance des ressources du secteur provenant des quatre sources principales de fonds que sont les bailleurs de fonds, le gouvernement, les ménages et les entreprises privées. La deuxième cause est l'inégalité dans le financement des soins de santé. Les riches contribuent de manière inversement proportionnelle à celle des pauvres, tout en utilisant les services de santé plus en termes de proportions. La dernière cause du manque de moyens financiers pour l'accès aux soins de santé c'est l'inefficacité dans l'allocation des ressources, telle que cibler de manière inefficace les pauvres alors que des marges bénéficiaires plus importantes peuvent être trouvées, et les pertes lorsque l'argent circule au sein du système.

Objectif(s)

L'objectif est de rendre financièrement abordable les services de santé à la population. Au sein de cet objectif global, le programme devra :

- Augmenter les ressources globales du secteur santé conformément aux exigences nécessaires pour atteindre les objectifs du PSSS
- Améliorer l'efficacité, l'allocation et l'utilisation des ressources financières du secteur santé conformément aux objectifs du DSRP et du PSSS.
- Abaisser les barrières financières pour permettre l'accès aux soins de santé à travers l'expansion des mutuelles dans le pays sur base d'une analyse des meilleures pratiques en la matière et de la viabilité financière des mutuelles.
- Faire des contrats avec les mutuelles pour subventionner les souscriptions des plus pauvres par des transfert de dons aux districts administratifs.
- Concevoir une politique de tarification des services de santé a grand impact qui sont subsidiés par le gouvernement.

Les activités de ce programme créent pour la santé un cadre de financement conforme aux lignes stratégiques du DSRP, les objectifs nécessaires pour atteindre les MDGs et renforcer

les communautés. L'identification de la santé comme une priorité du DSRP se traduira par un maintien de la croissance des dépenses gouvernementales allouées à la santé et le renforcement des moyens institutionnels de coordination et de surveillance des ressources financières du secteur. L'expansion du système des mutuelles de santé sera appuyé non seulement pour permettre d'avoir des mécanismes qui permettent d'avoir un secteur santé protégé et abordable, mais aussi pour servir d'organisation intermédiaire de demande de subsides pour les plus pauvres. La politique de tarification dans le secteur de la santé sera établie afin de permettre d'avoir des services de santé à grand impact et pour alléger le fardeau financier que sont les soins de santé pour les ménages.

Cibles nationales pour fin 2009:

- Augmenter la proportion du budget gouvernemental alloué à la santé de 6.1% à au moins 12%
- L'augmentation des dépenses annuelles par individu devrait passer de 8.25$ à 16$
- Augmenter la proportion de la population couverte par les mutuelles de santé 12% à 50%

Dispositions de mise en application

L'exécution du financement des activités de soins de santé est du ressort de plusieurs départements du ministère de la santé, ainsi que d'autres agences. Le département de la planification sera leader dans l'augmentation des ressources du secteur santé et travaillera avec le MINECOFIN et les partenaires externes et il garantira que les allocations reflètent les priorités du gouvernement expliquées par le PSSS. L'élargissement du système d'assurance des mutuelles de santé au marché du travail sera faite par RAMA.

Une unité de coordination nationale donnera des directives pour l'élargissement du système des mutuelles de santé en collaboration avec le MINALOC. Il sera responsable des activités promotionnelles, de formation et de suivi pour aider les mutuelles et lorsque cela sera nécessaire il offrira les moyens techniques pour garantir le respect du cadre réglementaire et légal en place. Le département d'appui des soins de santé en conjonction avec le département de pharmacie déterminera la politique des prix (et les subsides) des soins de santé de base et des médicaments pour permettre un meilleur accès des pauvres de manière viable et durable.

La gestion financière au niveau national relève du département des ressources humaines et des services d'appui. Il garantira que tous les fonds du gouvernement sont utilisé en respectant strictement la réglementation gouvernementale, grâce à la surveillance du PTEF (au niveau financier et au niveau des résultats) et conduit des études régulièrement, tel que les comptes nationaux de la santé, les révisions des dépenses publiques et les études de suivi des dépenses, pour évaluer l'allocation des ressources vis à vis de la politique officielle du gouvernement.

Cadre Logique

CADRE LOGIQUE DU PSSS: FINANCEMENT DES SOINS SANTÉ			
Résultats	Indicateurs objectivement vérifiables	Moyens de vérification	Supposition
1. Augmentation des ressources du secteur santé	% des dépenses publiques totales dépensées pour la santé	Révision des dépenses publiques ; rapport d'exécution du budget.	La croissance économique continue comme prévue
	% du budget total du gouvernement alloué à la santé	La loi financière annuelle; la révision des dépenses publiques	L'engagement des donateurs dans le secteur de la santé continue
	Dépenses en santé par tête d'habitant (les contributions du gouvernement, des bailleurs de fonds et du secteur privé sont comprises)	Révision des dépenses publiques ; comptes nationaux de la santé	Le Gouvernement reste ferme en ce qui concerne l'augmentation du budget de la santé comme cela est prévu
	Ratio de l'aide au budget/l'aide totale du secteur santé	Rapport du CEPEX	Les mécanismes de coordination des donateurs sont efficaces
2. Amélioration de l'utilisation et du financement des services et des soins de santé	% des dépenses du gouvernement sur les soins de santé primaires	Révision des dépenses publiques	Le gouvernement maintient son engagement à rendre des comptes et à avoir une gestion transparente
	Proportion des pauvres recevant des subsides pour les soins de santé de base	Rapport annuel DSS	
	% des indigents, tels qu'ils sont identifies par la communauté, qui sont subsidiés pour leur abonnement à la mutuelle	Achat par le district administratif des cartes de mutuelle	
	% de la population couverte par la mutuelle de la santé	Rapport de coordination de l'unité de mutuelle	
	% des mutuelles de la santé dont le taux de couverture de leur population cible est d'au moins 30%	Rapport de coordination de l'unité de mutuelle	
3. Optimisation de l'allocation et de la gestion des ressources financières	Existence d'une étude de suivi des dépenses publiques	Rapport PETS	
	Existence du rapport trimestriel du MTEF sur la surveillance des finances et des résultats	Rapports trimestriels de suivi du MTEF DP	
	% du budget santé du gouvernement exécuté	Rapport annuel d'exécution du ministère des finances ; audit	
Activités	Indicateur objectif verifiable	Moyens de vérification	Supposition
1.1Recréer des groupes par secteur d'intervention pour coordoner les intervenants, gerer les ressources extérieures et augmenter l'appui budgétaire au secteur 1.2 faire une analyse actuarielle pour déterminer la viabilité de la mutuelle RAMA (i) une espérance mathématique des contribuables, (ii) coût de propriété, et une (iii) une adéquation des réserves 1.3 Evaluer la faisabilité de l'élargissement de RAMA au secteur formel du marché (secteur privé) 1.4 Faire un lobby auprès du MINECOFIN pour augmenter les dépenses du gouvernement en matière de santé conformément avec l'accord d'Abuja 2.1. Elargir les protections financières contre les risques de santé de manière viable par la mise en application d'un programme d'appui aux mutuelles. 2.2. Etablir une unité nationale de coordination des mutuelles qui dispose du cadre légal approprié. 2.3. Faire une étude des bonnes pratiques sur les mutuelles et adopter un	Des OVIs détaillés doivent être dans les plans opérationnels des programmes, des provinces, des districts et des intervenants	Des moyens de vérification détaillés dans les plans opérationnels des programme, des provinces, des districts et des intervenants	Des suppositions doivent être détaillés dans les plans opérationnels des programme, des provinces, des districts et des intervenants.

cadre légal et réglementaire 2.4 Faire des contrats avec les mutuelles pour permettre aux plus pauvres de devenir membres de la mutuelle grâce aux transfert des dons aux districts par le ministère central 2.5. Faire une étude de l'emploi des cotisations et des coûts unitaires des soins de santé primaires sur un échantillon représentatif d'hôpitaux et de centres de santé 2.6 Politique de dissémination des prix ayant un impact important sur les soins de santé qui bénéficient de subsides gouvernementaux, et y inclure les prix et les exemptions sur les médicaments et les services pour lutter contre les épidémies/pandémies 2.7 Mettre en place des mécanismes d'encouragement d'utilisation des soins de santé par les femmes 3.1 Mettre en application la surveillance financière et des résultats du MTEF au niveau central et provincial trimestriellement et faire circuler le rapport 3.2 Faire une étude de surveillance des dépenses publiques périodiquement 3.3 Faire une révision bi-annuelle des dépenses publiques et de la comptabilité nationale en matière de santé 3.4 Créer une base de données des activités financées par les donateurs et publier une carte de leurs interventions			

III.8 Qualité et demande des services de santé dans le contrôle des maladies

Sur base des connaissances et des preuves existantes sur l'efficacité et le prix des interventions clé en matière de santé, les composantes de ce programme parlent des maladies graves et des risques qui contribuent à alourdir le fardeau de la morbidité et de la mortalité et à diminuer la productivité au Rwanda. Les composantes de ce programmes sont en synergie avec les programmes qui améliorent la disponibilité des ressources humaines et matérielles, l'accessibilité géographique et financière au secteur santé pour augmenter l'impact des services santé sur la morbidité et la mortalité dans le pays et pour mettre le pays sur la bonne voie en ce qui concerne les MDGs en matière de santé.

Les actions prioritaires en matière de santé et les questions multi sectorielles du DSRP sont intégrées dans toutes les composantes du programme. Dans la plupart des composantes du programme, la décentralisation est renforcée par le contenu des services de santé des districts et l'élaboration des interventions communautaires par les travailleurs sociaux de la santé. Toutes les composantes se fondent sur la formation des professionnels de la santé pour améliorer la qualité des services de santé dans des domaines techniques spécifiques. Elles comprennent des activités IEC pour aider la prévention et les changements de comportement dans des groupes cibles de la population. Le genre est spécialement intégré dans la malaria, le VIH/SIDA, la santé reproductive et les composantes IEC du programme. Finalement, toutes les composantes comprennent des activités de renforcement des capacités du secteur dans des domaines techniques respectifs.

III.8.1 Maladies transmissibles

A. Malaria

Analyse du contexte et du problème

La malaria est la cause première de morbidité au Rwanda. Les malarias sans complications comptent pour plus de la moitié des consultations dans les établissements médicaux entre 1995 et 2003[17]. Les cas graves de malaria sont responsables de 8% de la mortalité parmi les enfants de moins de cinq ans. L'impact de la malaria est devenu plus important quand l'environnement et les mouvements de population ont répandu la maladie et augmenté la résistance de la maladie aux médicaments dans les régions nouvellement infectées. Les causes immédiates des taux élevés de morbidité et de mortalité sont : (i) la mauvaise qualité des traitements dans les établissements médicaux non conformes aux protocole national de traitement de la maladie, (ii) les soins tardifs et inadéquats de la malaria au sein de la communauté, (iii) les mesures de préventions inadéquates, telles que montré par la faible utilisation des moustiquaires imprégnées, l'absence d'un traitement intermittent présomptif pour les femmes enceintes, et un contrôle de l'environnement inadéquat (iv) le manque d'un système d'alerte à la prévention d'une épidémie et (v) la faiblesse de l'ensemble du système de santé, tel que le manque de moyens humains et le manque de ressources au niveau du district.

Objectif(s)

Réduire la mortalité et la morbidité causées par la malaria:

Cibles nationales pour fin 2009:

- Augmenter de 3 à 70% la proportion des enfants de moins de cinq ans qui dorment sous une moustiquaire imprégnée
- Augmenter de 13 à 70% la proportion la proportion des femmes enceintes dormant sous une moustiquaire imprégnée.
- Réduire les cas de malaria mortelle de 1% à 0.3%
- Au moins 65% des femmes enceintes reçoivent un traitement présomptif intermittent de chemoprophylaxis.
- Augmenter de 44,3% à 70% la proportion des cas de malaria grave traités conformément à la politique nationale en la matière, dans les centres de santé

Dispositions de mise en application

Alors que les personnes de tout age et de tout sexe sont à risque, la malaria représente un problème grave pour les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes. La stratégie est appelée à cibler ces deux groupes en particulier. Au niveau national, un comité national multi-sectoriel sera crée pour valider la politique, mobiliser les fonds et faire le plaidoyer. Au sein du programme national de contrôle de malaria (PNILP), il existe un certain nombre d'unités responsables de la coordination des activités IEC, du traitement au niveau des établissements de santé et au sein de la communauté, des activités de prévention, de la surveillance épidémiologique, du suivi et de l'évaluation, de la recherche opérationnelle et de la documentation. La principale stratégie de prévention, la distribution de moustiquaires imprégnées, sera renforcée par des campagnes IEC énergiques.

Au niveau de la province et du district de santé, le contrôle de la coordination de la malaria sera intégré aux comités de contrôle du VIH/SIDA (CPLS), qui sont déjà opérationnels. La mise en application de la stratégie de la malaria au niveau de la communauté sera faite par les animateurs de santé et les chefs communautaires.

Cadre logique

CADRE LOGIQUE DU PSSS : MALARIA LOGFRAME: MALARIA			
Résultats	Indicateur objectivement vérifiable	Moyens de vérification	Suppositions
1. Renforcement des mesures de prévention	% des enfants de moins de cinq ans dormant sous un moustiquaire imprégné	Etudes sur les ménages (DHS, MICS), étude d'unité sentinelle	La prévention de la malaria est intégrée effectivement aux activités IMCI
	% des femmes enceintes dormant sous un moustiquaire imprégné	Etudes sur les ménages (DHS, MICS) ; étude d'unité sentinelle	Résistance de la malaria aux médicaments est surveillée efficacement et gérée comme il faut
	% des femmes enceintes recevant un traitement préventif intermittent ou dont la malaria est traitée de manière prophylactique conformément à la politique nationale	Etudes sur les ménages (DHS, MICS) informations sur les patients de la maternité des établissements de santé	
2. Le traitement des cas de malaria est amélioré	% des enfants de moins de cinq ans, ayant la fièvre, qui reçoivent le traitement correct dans les 24h qui suivent l'apparition des symptômes	Etudes sur les ménages (DHS, MICS)	

	Le taux des cas mortels de malaria	HMIS; Etudes d'unité sentinelle	
	% des cas de malaria sévère de malaria dans les établissements de santé traités conformément à la politique nationale	HMIS	
	% des professionnels de santé formés sur la gestion des cas de malaria	Rapport annuel du PNILP, rapport des formations	
3. Epidémies détectées et contrôlées	% des épidémies de malaria détectées et contrôlées dans les deux semaines qui suivent leur apparition	Rapport annuel du PNILP	
	% des districts ayant un système d'alerte précoce et de prévention en place	Rapports de supervision des districts	
4. Renforcement de la capacité institutionnelle	Existence des plans de prévention et de contrôle de la malaria au niveau des districts	Rapport annuel du PNILP; Procès verbaux des travaux de planification en ateliers de travails	
Résultats	**Indicateur objectivement vérifiable**	**Moyens de vérification**	**Suppositions**
1.1 Introduire progressivement le traitement présomptif intermittent pour les femmes enceintes	Des OVIs détaillés doivent être dans les plans opérationnels des programmes, des provinces, des districts et des intervenants	Des moyens de vérification détaillés dans les plans opérationnels des programme, des provinces, des districts et des intervenants	Des suppositions doivent être détaillés dans les plans opérationnels des programme, des provinces, des districts et des intervenants.
1.2 Promouvoir l'utilisation des moustiquaires imprégnés de manière permanente subsidiés, pour les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans 1.3 Grâce aux activités IEC favoriser la prise de conscience et le changement de comportement 1.4 Initier une réponse multi sectorielle de l'environnement pour lutter contre les vecteurs 1.5 Mettre en application le programme de distribution des moustiquaires imprégnés et des kits de ré-imprégnation 2.1 Fournir des médicaments de malaria subsidiés et équiper les laboratoires 2.2 Introduire des formules communautaire de traitement de la fièvre en conjonction avec la stratégie IMCI 2.3 Former les professionnels de la santé dans les établissements médicaux 2.4 Mettre en place un système de réaction et d'aiguillage des patients 2.5 Créer un mécanisme de collaboration avec le secteur privé 2.6 Faire régulièrement une supervision intégrée 2.7 Réviser la politique des anti-malaria sur base des résultats de la recherche opérationnelle 2.8 Formuler et mettre en application des traitements à domicile des cas de fièvre 2.9 Publier la politique de tarification des anti-malaria (ACT) et le plan de subvention des médicament 3.1 Faire une carte épidémiologique de la malaria 3.2 Concevoir et mettre en place un système de contrôle et d'alerte précoce aux épidémies de malaria 3.3 Etendre la surveillance épidémiologique au secteur privé 4.1 Financer la planification de la malaria			

au niveau du district 4.2 Intégrer au sein du HMIS (système d'information sur la santé) les rapports et analyses sur la malaria 4.3 Offrir des moyens de transport et de communication au district 4.4 Faire de la recherche opérationnelle sur la résistance des médicaments et le contrôle de la résistance du vecteur aux insecticides			

B. VIH/SIDA/IST

Analyse du contexte et du problème

Le taux de prévalence du VIH au Rwanda est de 5,1% selon le rapport 2004 de l'Onu sida sur la pandémie du SIDA. Le taux de prévalence dans la ville de Kigali est de 13,2%, de 6,3% dans les autres villes et de 3,1% dans les zones rurales[18]. 17% du taux de mortalité des moins de 5 ans est due au SIDA[19]. Le VIH/SIDA affecte toutes les strates de la population, en particulier les jeunes femmes, les professionnelles du sexe, les orphelins, les prisonniers et les chauffeurs commerciaux. Les jeunes femmes et les hommes âgés ont les taux d'infection les plus élevés. AU Rwanda le SIDA se propage avant tout par les rapports hétérosexuels (75%) et par la transmission mère-enfant (20%. Le gouvernement a adopté son plan stratégique muti sectoriel national contre le VIH/SIDA en 2002, et ce document constitue la base de la composante VIH/SIDA/IST du PSSS.

Le taux de prévalence élevé et le nombre important de personnes vivant avec le VIH/SIDA est causé premièrement par: (i) des mesures de prévention insuffisantes, tel que montre le faible taux d'utilisation du préservatif, le manque d'infrastructures médicales de dépistage du VIH et des ISTs, le manque de services PMTCT, et l'ignorance de la population ; (ii) le manque d'accès et de disponibilité des traitements et soins aux niveaux des infrastructures médicales, au sein de la communauté et à la maison; (iii) le manque d'information de qualité relative au VIH SIDA ; et (iv) et un manque de coordination entre les partenaires dans ce qui se trouve être un secteur complexe.

Objectif(s)

Pour réduire la transmission du VIH/SIDA et des ISTs et atténuer les effets du SIDA sur les individus

Les cibles nationales pour fin 2009:

- Réduire la prévalence des cas de VIH séropositifs dans la population générale à moins de 5.2.%
- Augmenter de 0.3% à 10% le pourcentage des jeunes ayant entre 15 et 19 ans qui utilisent le préservatif au cours des relations sexuelles hors mariage
- Réduire de 5,2% à y% le taux de prévalence de la séropositivité chez les jeunes entre 15 et 19ans
- Augmenter de 40 à 80% le nombre de centres VCT intégrés à tous les centres de santé.
- Réduire de x% à y% la transmissionn mere-enfant du VIH

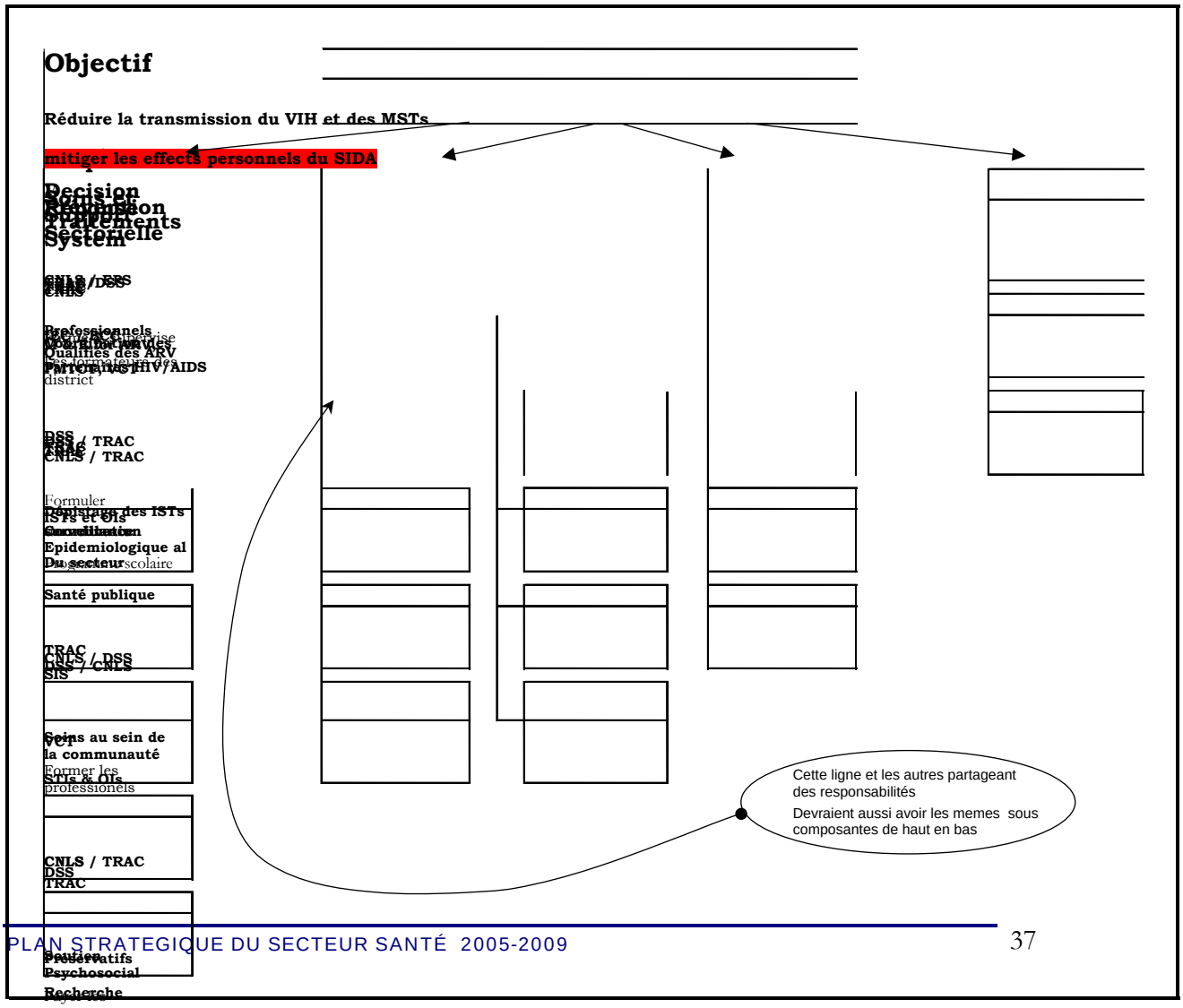
Dispositions de mise en application

Les institutions gouvernementales responsables de la mise en application sont le CNLS, TRAC, DSS, CNTS, la Département pour l'éducation à la santé et les professionnels de la santé. L'illustration III.2 montre un diagramme représentant les responsabilités de mise en application du plan stratégique du VIH/SIDA/IST, selon les quatre résultats présentés dans le cadre logique ci-dessous. L'entité ou le département gouvernemental sont montrés au-dessus de chaque colonne au-dessus de la catégorie des activités par domaine. Par exemple le TRAc est en charge de la mise en application des activités VCT. Là où il y a responsabilité conjointe, la première entité montrée est la première responsable.

L'exécution continuera à mettre l'accent sur les activités de prévention, étant donné qu'elles sont le moyen le plus efficace de contrôle de la maladie. Le traitement des malades du SIDA se fera pour la plupart, par le système médical actuel, ce qui exige un renforcement du système dans son entièreté.

Au niveau de la province et du district, la coordination et la politique seront surveillées par les comités de contrôles du VIH/SIDA (CPLS) qui sont déjà en place.

Figure III.2. Responsibilities in the implementation of HIV/AIDS/STI strategy



Cadre logique

CADRE LOGIQUE: VIH/SIDA/IST			
Résultat	Indicateur objectivement vérifiable	Moyens de vérification	Suppositions
1. Renforcement des mesures de prévention de la transmission du VIH et des ISTs	Taux de prévalence parmi la population des 15 à 19 ans	DHS plus, études sentinelles sur site	Exécution efficace de la stratégie multisectorielle du VIH/SIDA dans d'autres secteurs
	Le nombre d'infrastructures médicales offrant le VCT conformément aux directives nationales	Rapports des programmes VCT	L'engagement des bailleurs de fonds reste stable
	% des femmes VIH positives qui suivent un traitement antiretroviral complet pendant la grossesse (PMTCT)	Etudes sur les centres de santé et rapports des programmes	Nous avons des moyens suffisants pour avoir la capacité d'absorber les fonds du VIH/SIDA
	Le taux d'utilisation des préservatifs pour les rapports à haut risque	Etude sur les indicateurs de SIDA; étude démographique des ménages	
	Pourcentage des poches de sang transfusé qui ont été dépisté du VIH	Rapport des programmes CTS	
	% des patients ayant des ISTs dans les centres médicaux qui ont été diagnostiqués, traités et conseillés comme il faut conformément aux directives nationales	Visite des sites; études sentinelles sur site	
2. Extension et amélioration des soins pour ceux qui ont été infectés et affectés par le VIH/SIDA	Nombre de personnes recevant une thérapie des médicaments ARV au cours d'une année donnée	Rapports des programmes	
	% des districts de santé mettant en pratique le système de soins de santé à domicile /communautaires	Rapports de supervision des districts; rapport de surveillance du CNLS	
	Nombre de professionnels de la santé formé à l'administration des médicaments ARV	Rapports sur les formations ; rapports sur les programmes	
	% des infrastructures médicales offrant la thérapie ARV conformément à la politique nationale de la santé	Rapports sur les programmes	
3. Renforcement des systèmes d'information sur le VIH/SIDA axé sur les décisions	Existence de l'information pour déterminer les valeurs indicateur du VIH/SIDA/IST et surveiller les programmes de promotion des ARV, VCT, PMTCT, IEC et des préservatifs	Rapport de surveillance du VIH, rapports des programmes de promotion des ARV, VCT, PMTCT, IEC et des préservatifs	
4. Coordination de la réponse des partenaires du secteur santé au VIH est coordonnée	Existence d'une carte des interventions VIH du secteur santé	Faire une carte profil du secteur VIH/SIDA	
Activités	Indicateur objectivement vérifiable	Moyen de vérification	Suppositions
1.1 Formuler un stratégie nationale IEC/BCC pour le VIH/SIDA	Des OVIs détaillés doivent être dans les plans opérationnels des programmes, des provinces, des districts et des intervenants	Des moyens de vérification détaillés dans les plans opérationnels des programme, des provinces, des districts et des intervenants	Des suppositions doivent être détaillés dans les plans opérationnels des programme, des provinces, des districts et des intervenants.
1.2 Concevoir un plan opérationnel pour la p[prévention du VIH/SIDA/IST			
1.3. Elargir le dépistage et le traitement précoce des ISTs au sein du système de soins de santé primaires			
Former les professionnels à intégrer les services VCT dans les activités des centres médicaux			
1.5. Construire et/ou réhabiliter les infrastructures médicales pour offrir les services VCT			
1.6 Fournir les médicaments, les réactifs et les consommables aux services VCT			
1.7. Superviser les activités à tous les niveaux d'intervention des services médicaux			
1.8. Mettre en place des structures d'approvisionnement et de distribution des préservatifs pour hommes et femmes			

1.9. Augmenter les sites de collecte de sang dans les zones urbaines et rurales 1.10 Fournir du matériel et des réactifs aux centres de transfusion sanguine			
1.11. Construire un nouvel immeuble de transfusion sanguine à Butare et réhabiliter ceux qui existent 1.12 Mettre en place un programme de garanti de qualité du sang 1.13. Intégrer les services PMTCT dans les consultations prénatales de tous les centres de santé 1.14. Formuler des directives de protection du personnel de santé au contact avec le VIH 1.15 Distribuer des instructions sur la prophylaxie en cas de contact accidentel 2.1 Fournir les médicaments ARV 2.2 Former le personnel de tous les hôpitaux dans l'administration des médicaments anti rétro viraux 2.3 Mettre en place des comités pour sélectionner et surveiller les personnes sous traitement ARV 2.4. Garantir le suivi biologique des personnes sous traitement ARV 2.5 Former les professionnels dans le traitement et la gestion des infections opportunistes 2.6 Dans les centres médicaux fournir les médicaments, la formation et les protocoles de traitement pour les soins et le traitement des ISTs 2.7 Mettre en place un système intégré de supervision 2.8. Mettre en place un système de soins à domicile 2.9. Mettre en place un système d'approvisionnement des médicaments et produits liés au VIH/SIDA/IST 3.1. Dans le secteur santé standardiser les outils de collecte de données et les indicateurs appropriés au VIH/SIDA 3.2 Intégrer les données du VIH/SIDA dans le système d'information sur la santé 3.3 Entreprendre une surveillance épidémiologique de second degré 3.4 Surveiller la résistance aux ARV 3.5 Faire de la recherche opérationnelle et épidémiologique 3.6 Faire de la recherche expérimentale sur les vaccins 4.1.Faire une carte des interventions des partenaires en matière de VIH/SIDA dans le secteur santé 4.2 S'assurer qu'il y a un système de suivi et d'évaluation des activités des partenaires			

C. Tuberculose

Contexte et analyse du problème

Le Rwanda est un pays à haut risque pour la tuberculose, avec une estimation de risque d'infections annuelles de 2% (OMS). L'incidence annuelle des prélèvements positifs de tuberculose pulmonaire est estimée à 100/100.000 et à 220/100.000 pour toutes les formes de tuberculose. La TB cible le groupe d'age des personnes les plus actives, avec 74% d'infections de tuberculoses pulmonaire dans le groupe d'age des 15-44ans[20].

Les causes immédiates des taux élevés de mortalité, de morbidité et de transmission de la tuberculose sont: (i) un bas taux de traitements réussis de 58%, (ii) un bas taux de détection de 31% pour toutes les formes de tuberculose et de 45% pour les cas de prélèvement de crachats positifs et (iii) le manque de suivi des performances dans la gestion et la supervision des cas aux niveaux central et des districts21.

Objectif(s):

Réduire la mortalité, la morbidité et la transmission de la tuberculose.

Cibles nationales pour fin 2009:

- Augmenter de 58 à 85% les des cas de traitement de TB réussis enregistrés par le traitement direct observé, courte période.
- Augmenter de 45% à 70% le pourcentage des estimations des nouveaux cas de crachats positifs détectés et enregistrés dans le DOTS.
- Augmenter de 31% à 70% le pourcentage des nouveaux cas spécifiques de prélèvements positifs de tuberculose détectés et enregistrés dans le DOTS.
- Réduire annuellement de 3,6/100.000 à 3,0/100.000 le nombre de morts par tuberculose (toutes les formes de tuberculose).
- Réduire annuellement de 100/100.000 à 75/100.000 le nombre de cas de prélèvement positifs.

Dispositions de mise en application

Le ministère de la santé a crée un programme national de lutte contre la tuberculose (PNILT), qui est responsable de la formulation de la politique nationale, de la mobilisation des fonds, de la supervision nationale et du plaidoyer. On sait que la mise en application de la stratégie contre la tuberculose nécessitera une forte coordination entre le PNILT et les programmes correspondant de lutte contre le VIH/SIDA et la malaria.

L'exécution des activités de lutte contre la tuberculose sera largement intégrée dans le système général de la santé sauf pour quelques activités. Ceci signifie qu'on élargit le rôle des districts de santé et des provinces, qui seront responsables de l'exécution des activités anti-TB, de leur supervision dans les hôpitaux de districts, les centres de santé et au sein de la communauté. La communauté sera impliquée dans la planification et exécution des activités anti-TB à travers les comités santé au niveau des centres de santé, et elle sera également active dans l'exécution des activités traitement directement observé, courte période par les animateurs de santé.

Les principaux bénéficiaires des programmes de contrôles de tuberculose seront les femmes, les personnes co-infectées par le VIH/SIDA et les prisonniers. Les femmes participeront à la planification à travers leur rôle de représentantes de la communauté. Dans les soins pour les tuberculeux, elles seront impliquées en tant qu'animatrices de santé et infirmière dans les cliniques pour les visites prénatales et visites des enfants de moins de cinq ans. En prisons, les prisons joueront le rôle de professionnels pour exécution du DOTS.

Cadre logique

CADRE LOGIQUE PSSS : TUBERCULOSE			
Résultats	Indicateur objectivement vérifiable	Moyens de vérification	Suppositions
1. Amélioration du traitement de la tuberculose	%% des centres médicaux exécutant des traitements traitement directement observé, courte période de qualité % des cas de prélèvements positifs de tuberculose inscrits dans le traitement directement observé, courte période dont le traitement a réussi Nombre de districts de santé qui ont introduit des traitement directement observé, courte période communautaires % des PTB + les cas dont s'occupe le traitement directement observé, courte période communautaire Disponibilité des médicaments à la CAMERWA	Rapoorts de supervision des districts de santé, rapport annuel du PNILT Rapport trimestriel du district sur la Tuberculose, rapport annuel du PNILT Rapport trimestriels des districts de santé su la tuberculose, rapport annuel du PNILT Rapport trimestriel du district de santé sur la tuberculose ; rapport annuel du PNILT Rapport annuel de la CAMERWA	Le Fond Mondial fournira les médicaments contre la tuberculose comme prévu en 2005-2006
2. Infection de tuberculose détectée, particulièrement chez les femmes	% des estimations des nouveaux de prélèvement positifs détectés par le traitement directement observé, courte période % des femmes dont les crachats ont été positifs et ont été détectés par le traitement directement observé, courte période Nombre de professionnels de la santé formés et re-formés aux procédures de détection précoce de tuberculose	Rapport annuel du PNILT Rapport annuel du PNILT Rapport annuel du PNILT	La composante tuberculose des programmes VIH/SIDA dont les VCT se passeront comme prévu
3. Cas de souche bacillaire résistante dans les cas effectivement détectés et traités	Existence d'un protocole de détection des cas de MDR Création d'un centre MDR % des nouveaux de cas de prélèvement positifs enregistrés sous le traitement directement observé, courte période qui ont interrompus le traitement ou ont été référés ailleurs.	Rapport du groupe de travail MDR Rapport du groupe de travail MDR, Rapport annuel PNLIT Rapport trimestriels des districts de santé su la tuberculose, rapport annuel du PNILT	Le Gouvernement du Rwanda libérera les fonds pour les médicaments contre la tuberculose prévus pour la phase pilote du traitement des cas de souche bacillaire résistante
4. Renforcement de la capacité institutionnelle de lutte contre la Tuberculose	% des districts de santé ayant un système entièrement fonctionnel qui permet de faire les enregistrements et les rapports % des visites de supervisions planifiées et faites aux centres de santé.	Rapport de supervision du PNILT Rapport annuel du PNILT	Le HMIS sera mis à jour conformément à la stratégie du HMIS Les programmes de TB et de malaria seront coordonnées pour faire des activités de supervision conjointes La réforme de la fonction publique et les primes amélioreront l'efficacité comme prévu
Activités	Indicateur objectivement vérifiable	Moyens de vérification	Suppositions
1.1 Dans les centres de santé former le personnel de santé à exécution du traitement directement observé, courte période 1.2. Formuler et exécuter une stratégie communautaire de traitement directement observé, courte période, comprenant l'attribution des primes sur base du mérite	Des OVIs détaillés doivent être dans les plans opérationnels des programmes, des provinces, des districts et des intervenants	Des moyens de vérification détaillés dans les plans opérationnels des programme, des provinces, des districts et des intervenants	Des suppositions doivent être détaillés dans les plans opérationnels des programme, des provinces, des districts et des intervenants.

1.3. Fournir la première série des médicaments anti tuberculeux 1.4. Créer un système d'aiguillage des patients tuberculeux pour leur donner accès au dépistage du VIH 2.1. Créer une prise de conscience et un changement de comportement de la population par la mobilisation sociale et des IEC intensifs 2.2 Elargir la préparation des crachats à tous les centres médicaux 2.3. former le personnel et les techniciens de laboratoires à la détection précoce 2.4. Créer des partenariats avec le secteur privé pour la détection de la Tuberculose 2.5. Mettre en place un système d'aiguillage pour l'accès des malades du VIH/SIDA au dépistage de la tuberculose			
2.6. Elargir le réseau de communication entre les centres médicaux et les centres de santé 3.1. Formuler et introduire un protocole pour la détection et le traitement des cas de souche bacillaire résistante 3.2. Créer des centres de traitement des cas de souche bacillaire résistante 3.3. Former le personnel au respect des traitements de PTB + réduire l'apparition des cas de souche bacillaire résistante 4.1. Simplifier et renforcer les procédures d'enregistrement, de suivi, d'aiguillage vers l'hôpital, dans les prisons, dans les centres de santé et dans les districts médicaux. 4.2. Intégrer les rapports sur la tuberculose dans le système d'information sur la santé 4.3. Renforcer la gestion et faire de la supervisionà tous les niveaux du système de santé: national, district de santé et centres de santé 4.4 Créer un système de diagnostics microscopique de la tuberculose 4.4 Faire de la recherche opérationnelle sur sept sujets			

D. Prévention, Gestion et Réponse aux épidémies et aux catastrophes

Analyse du contexte et du problème

Cette partie du programme combine la prévention, la gestion des épidémies et la réponse aux épidémies et aux catastrophes. Le Rwanda par le passé a été l'objet de catastrophes telles que les éruptions volcaniques, les inondations, la sécheresse et la famine et ceci a conduit à un déplacement massif des populations et à des épidémies. Le gouvernement voudrait améliorer la préparation à répondre à ces urgences et à ces épidémies pour minimiser la morbidté et la mortalité qui résulte de ses évènements.

La situation actuelle est caractérisée par une détection tardive des cas et des épidémies, par le fait que les laboratoires ne sont pas impliqués dans la confirmation des cas, par le manque d'intégration de différentes maladies spécifiques dans les systèmes de surveillance, par le manque de préparation et d'empressement, par le manque de sensibilisation de la communauté et l'absence de coordination des différents partenaires intervenants dans ce domaine.

Objectif(s)

L'objectif général est de réduire la mortalité et la morbidité liée aux maladies pouvant provoquer des épidémies potentielles et d'autres maladies transmissibles. L'objectif de ce programme voudrait:

- Fournir un traitement gratuit à ceux qui sont affectés par les épidémies et les catastrophes
- Garantir l'existence d'un stock national de médicaments, matériel, nourriture et eau d'urgence
- Mettre en place une unité d'urgence fonctionnelle
- Sensibiliser la population aux risques

Cibles nationales pour fin 2009:

- Répondre à toutes les épidémies dans les 48h qui suivent leur déclenchement
- Garantir le fonctionnement d'un système de surveillance integré

Dispositions de mise en application

Au niveau national, la département d'épidémiologie défini la stratégie nationale pour la prévention et le contrôle des épidémies, tout en faisant de la surveillance au niveau national, de la formation en cours d'emploi des équipes des centres de médicaux des districts, de la supervision technique et de la fourniture de médicaments et de matériel à la périphérie. La département fait en plus la promotion de la recherche opérationnelle dans le contrôle des maladies en collaboration avec des institutions de recherche. Le laboratoire national de référence fait les diagnostics biologiques des cas suspects et surveille l'efficacité continue des antibiotiques contre les microbes responsables de l'épidémie. La croix rouge rwandaise joue un rôle vital dans les activités de sensibilisations et dans la réponses aux épidémies et aux catastrophes.

Au niveau de la province et du district, l'information épidémiologique, en particulier les rapports mensuels sur les maladies prioritaires, est rassemblée, validée, analysée et transmises au niveau central. Les activités de surveillance sont supervisées au niveau du centre de santé et la fourniture de médicaments, des consommables et des vaccins est assurée.

La communauté est le premier lien de la chaîne de surveillance épidémiologique. Elle joue un rôle crucial dans la détection de la maladie par les animateurs de santé, qui reçoivent une formation de base pour reconnaître les symptômes des maladies prioritaires. Ces animateurs de santé aiguillonnent les cas douteux au centre de santé et font la promotion des services médicaux modernes en cas de maladie.

Cadre logique

CADRE LOGIQUE DU HSPP: PREVENTION, GESTION ET REPONSE AUX EPIDEMIES ET AUX CATASTROPHES			
Résultat	Indicateur objectivement vérifiable	Moyens de vérification	Suppositions
1. Système de prévention de préparation et de réponse aux urgences en place	Unité opérationnelle de gestion des urgences Nombre de professionnels médicaux formés à la surveillance et à la gestion des cas d'urgence Existence d'un stock national de matériel, medicaments, nouriture et eau d'urgence	Procès verbaux des réunions de l'unité de gestion des catastrophes Contenus des formations Observations des stocks	Il existe un engagement multisetoriel pour une unité opérationnelle de gestion des urgences
2. Système de surveillance des maladies fonctionnel	Proportion des épidémies détectées et bien controllées	Système de surveillance des maladies ; rapports DEHP	
Activités	Indicateur objectivement vérifiable	Moyens de vérification	Suppositions
1.1 Entreprendre des études de vulnérabilité 1.2 Mettre en place une unite de gestion des catastrophes (DMU) 1.3 Garder un stock de medicaments essentiels, de matériel et de nourriture 1.4 Equiper les services d'urgence dans les hôpitaux nationaux de reference et dans les hôpitaux des districts à haut risque 1.5 Sensibiliser les autorités et les communautés aux risques de désastre et à en reconnaitre les signes 1.6 Créer une ligne budgétaire pour l'aide d'urgence dans le MoH du dubdget annuel et pouvrir un compte bancaire pour financer l'aide d'urgence 1.7 Faire un inventaire du personnel qui répond aux urgences 1.8 mettre en place un comité inter sectoriel pour la gestion des désastres 1.9 Faire des camapgnes IEC dans les communautés sur les causes et les measures de prevention des épidémies 1.10 Former les members des "equipes de réponse rapide 1.11 Informer la population sur le traitement des cas épidémiques et offrir gratuitement le traitement des épidémies	Des OVIs détaillés doivent être dans les plans opérationnels des programmes, des provinces, des districts et des intervenants	Des moyens de verification détaillés dans les plans opérationnels des programme, des provinces, des districts et des intervenants	Des suppositions doivent être détaillés dans les plans opérationnels des programme, des provinces, des districts et des intervenants.

2.1 Evaluer le système de notification des maladies et proposer des mécanismes d'élargissement du système pour inclure toutes les maladies à potentiel épidémique. 2.2 Mettre à jour les outils d'enregistrement et de collecte des données sur les épidémies 2.3 Avoir un système de surveillance informatisé au niveau du district 2.4 Mettre en place un système d'analyse des données 2.5 Renforcer les moyens d'investigation dans la détection des maladies des équipes et du personnel de santé 2.6 Faire de la recherche opérationnelle sur la prévalence et les facteurs à risque des différentes maladies transmissibles			

III.8.2 Santé mère et enfant, gestion intégrée des maladies infantiles, Soins de santé primaires, Programme élargi de vaccination et santé de la reproduction

A. Gestion intrégrée des maladies infantiles

Analyse du contexte et du problème

La gestion intégrée des maladies infantiles a pour but de prévenir, détecter tôt et traiter les principales maladies infantiles mortelles. Son approche large et multi sectorielle qui porte non seulement sur le traitement des maladies infantiles, mais aussi sur la prévention des maladies par l'éducation sur l'importance de l'immunisation, des suppléments nutritifs et d'une nutrition amélior'ee – particulièrement l'allaitement et l'alimentation du bébé.

Le taux élevé de mortalité infantile peut être attribute à un certain nombre de maladies principales, la malaria, les infections respiratoires aigues, le VIH/SIDA, la malnutrition et la diarhée. La gestion intégrée des maladies infantiles porte directement sur les causes de mortalité et de morbidité, qui sont : (i) le nombre peu élevé de professionnels qui peuvent g'erer et traiter les maladies infatiles au sein des centres médicaux ; (ii) le manque d'aide adéquate aux centres médicaux en terme d'équipements, de médicaments et de transport et (iii) l'ignorance et les mauvaises pratiques au sein de la famille et de la communauté pour garantir la prévention des maladies.

Objectif(s)

- Réduire la mortalité et la morbidité infantile par l'approche de la gestionintégrée des maladies infantiles
- Intégrer la santé à l'école dans l'approche de la IMCI pour élargir son impact et son efficacité

Cibles nationales pour fin 2009:

- Augmenter de x% à y% le pourcentage des districts de santé qui executent l'approche IMCI.

- Augmenter de 34% à 60% la proportion des enfants maladies consultés prce qu'ils ont la toux, la diarrhée et la fièvre
- Augmenter de 67% à 95% la propotion des centres médicaux qui ont les médicaments essentiels pour soigner les enfants avant de les orienter vers les hôpitaux de référence.
- Augmenter de 12 à 50% la proportion des centres médicaux qui disposent des équipements de prevention et d'examen base pour l'évaluation d'un enfant malade.
- Toutes les écoles devraient être incluent dans le programme de vaccination et le controle annuel de la santé des enfants.

Dispositions de mise en application

L'IMCI cherchera à réduire la mortalité et la morbidité infantiles en ameliorant les pratiques familiales et communautaires pour la gestion à domicile des maladies et à plus large échelle dans le système de santé l'amélioration des techniques de gestion des cas chez les professionnels de la santé. Au niveau national, il serait important de coordonner les programmes des différentes maladies, le programme des animateurs de santé dans la communauté et formuler les activités des partenaires pour garantir une éxécution effective de la stratégie de la IMCI. Les districts de santé seront responsables de la planificatio, de l;a coordination et de la supervision des activités IMCI à leur niveau.
Le programme fera particulièrement attention pour inclure les écoles. Les élèves subiront un contrôle de santé chaque année, qui portera sur les maladies liées à la vue, la vaccination et les campagnes de vaccination de rappels. L'exécution sera planifiée en coopération avec les ministères chargés de la santé, de l'éducation, et de l'administration locale et sera réalisée au niveaux décentralisés.

L'amélioration de la santé infantile par la communauté est à la base de la stratégie IMCI. L'exécution au niveau de la communauté dépendra du réseau des animateurs de santé au sein de la communauté, qui recevront une formation en quatre parties sur les 16 pratiques essentielles au sein de la communauté et de la famille : (i) le développement physique et psychosocial, (ii)la prévention des maladies, (iii) les soins de santé primaires pour les maladies infantiles, (iv) la stimulation de la demande pour les soins de santé. Pour faire leur travail, les animateurs de santé recevront l'équipement, le matériel et les médicaments nécessaires, y compris la thérapie de réhydratation orale , les comprimés vermifuges, les anti-malaria, les moustiquaires imprégnés, et la vitamine A.

Cadre logique

CADRE LOGIQUE DU PSSS: GESTION INTEGREE DES MALADIES INFANTILES (IMCI)			
Résultat	Indicateur Objectivement vérifiable	Moyens de Vérification	Suppositions
1.Amelioration des techniques de IMCI des animateurs de santé	Nombre d'animateurs de santé form'es à la stratégie des IMCI % des enfants maladies traits pour la toux, la diarhée et la fièvre % des centres de santé ayant des directives pour faire le suivi des activités IMCI	Rapport LIME ; rapports sur les formations Etude de l'evaluation des services offerts Rapport LIME ; rapports de supervision	Les partenaires continuent à offrir l'expertise technique
2. Renforcement de l'appui du système santé aux IMCI	% des centres de santé qui disposent de l'équipement essential ur la prévention et la consultation d'un enfant malade % des centres de santé qui disposent de tous les medicaments pour soigner un enfant avant de le réfférer à un hopital	Etude de l'evaluation des services offerts Etude de l'evaluation des services offerts	
	% des écoles participants aux campagnes de vaccination et aux contrôles médicaux	Etude de l'evaluation des services offerts; rapport du MINEDUC	
3. Amélioration des pratiques au sein de la famille et dans la communauté	Nombre de districts de santé exécutant une stratégie IMCI inscrite dans la communauté	Rapport LIME	
Activité	Indicateur Objectivement vérifiable	Moyen de Vérification	Suppositions
1.1 Former le personnel de santé concerné à l'exécution de la stratégie de la IMCI à tous les niveaux 1.2 Produire et distribuer des modules de formation pour la IMCI 1.3 Intégrer les IMCI dans le programmes des écoles d'infirmières 1.4 Concevoir des outils de suivi et d'évaluation pour les activités IMCI 2.1. Fournir aux centres de santé les médicaments et les consommables n'ecessaire pour la IMCI 2.2 Fournir aux centres médicaux les moeysnde transport et de communaication (ref: ICT) 2.3 Intégrer la campagne IMCI dans le prgramme scolaire 3.1 produire des outils de communication (dépliants, posters, ensemble de livrets et dépliants, etc...) 3.2 Former les animateurs de santé et le personnel de santé aux pratiques familiales essentielles 3.3 Superviser tout en formant les animateurs de santé de la communauté 3.4 Donner aux animateurs de santé les kits IMCI (SRO, médicaments anti-malaria, moustiquaires,...) et du mat'eriel nécessaire (balance, registre,...)	Des OVIs détaillés doivent être dans les plans opérationnels des programmes, des provinces, des districts et des intervenants	Des moyens de verification détaillés dans les plans opérationnels des programme, des provinces, des districts et des intervenants	Des suppositions doivent être détaillés dans les plans opérationnels des programme, des provinces, des districts et des intervenants.

B. Programme élargi de vaccination

Analyse du contexte et du problème

Le programme élargi de vaccination est un moyen efficace d'amélioration de la santé infantile et de garanti et de la prevention les huit maladie évitables par la vaccination. Le programme élargi de vaccination est l'un des mieux réussi en Afrique. En 2003, la couveture vaccinale des enfants de moins de 1an était de plus de 80%, avec une variation entre provinces insignifiante. Il existe cependant des domaines dans lesquels des améliorations peuvent être apportées au PEV pour diminuer encore plus la mortalité et la morbidité causé par la rougeole, la méningite, le tétanos et la polio. Les études faites récemment montrent qu'il existe des districts de santé où la couverture vaccinale reste inadequate et que la qualité des services d'immunisation peut être améliorée. De plus, la surveillance épidémiologique des maladies visées par le PEV reste faible, et la question de la viabilité financière à moyen terme et à long terme, reste sans réponse.

Objectif(s):

Améliorer la santé infantile en réduisant la mortalité et la morbidité infantile par la vaccination contre les maladies évitables.

Cibles nationales pour 2009:

- Garantir que la couverture vaccinale des enfants de moins de un an est supérieure à 85%
- Garder la couverture vaccinale des DTP3 pour les enfants de moins de un an à plus de 85%
- Garder la couverture vaccinale contre la rougeole des enfants de moins de un an à plus de 85%.
- Continuer l'élimination du tétanos maternel et neonatal (le taux de tetanus neonatal en dessous de 1.000 naissances vivantes par an) et éradiquer la polio et la rougeole.
- Travailler pour arriver à l'indépendance en matière de vaccination en garantissant que la part du gouvernement aux coûts du PEV est d'au moins 33%.

Dispositions de mise en application

La stratégie du PEV sera mise en application à travers les structures existantes et elle sera appuyée par des partenariats multisectoriels. Au niveau national, un comité de coordination interagences, composé de délégués du ministère de la santé, d'agences bailleurs de fonds et d'autres intervenants ; joue un role technique et de plaidoyer, et dirige la politique de vaccination. Une unité de coordination renforcera la collaboration entre les autres départements ministériels aussi bien qu'au sein des départements d'un même ministère qui sont impliqué dans la mobilisation des communautés. Au cours des cinq prochaines années, le PEV concentrera ses efforts sur les districts reculés, en vue d'atteindre les enfants qui ne sont pas atteints par le programme.

Les équipes de santé au niveau du district seront responsables de la coordination et du renforcement des moyens, de la supervision et des activités de monitoring. La vaccination,

l'administration des suppléments de vitamine A aux enfants et mamans au cours eds deux mois qui suivent l'accouchement ; sont entièrement intégrées aux activiés de routine du centre médical. Ces services sont fournis au sein du centre médical et sur site pour les communautés vivant dans des endroits reculés. Lorsque cela est nécessaire, des séances de vaccination supplémentaires, telles que les campagnes et les jours de vaccination seront organisées pour renforcer la routine.

Au niveau de la communauté, le PEV aura pour structure d'appui le réseau des animateurs de santé de la communauté, qui feront les activités de sensibilisation et l'identification des enfants non-vaccinés. Ils travailleront de près avec les autorités administratives et les chefs communautaires pour que ces derniers soient mobilisés en faveur du programme.

Cadre logique

CADRE LOGIQUE: PROGRAMME ELARGI DE VACCINATION (PEV)			
Résultat	Indicateur Objectivement vérifiable	Moyens de Vérification	Suppositions
1. Garder la couverture vaccinale au niveau national et l'améliorer dans les districts reculés	% des districts de santé ayant un taux de couverture de plus de 80 % pour les DTP3 % des enfants de moins de an immunizes contre la rougeole % des enfants qui ont recus les trios doses de DTP avant un an	HMIS;rapport de l'étude sur le PEV Etude sur les ménages (DHS, MICS); HMIS; rapport de l'étude sur le PEV Etude sur les ménages (DHS, MICS); HMIS; rapport de l'étude sur le PEV	La viabilité financière du PEV est garantie
2. Garder la bonne qualité des services offerts par le PEV	% des professionnels de la santé formé sur la vaccination % des professionnels de la santé employant des pratiques saines en matières d'injection % des centres médicaux disposant de l'équipement pour une chaine de froid opérationnelle % des centres médicaux disposant de stocks de tous les vaccins	Rapports des formations des districts Outils d'évaluation de l'OMS – Outils PEV; etude sentinelle sur site HMIS; Evaluation des services offerts HMIS; rapports de supervision des districts ; Evaluation des services offerts	
3. Le système de surveillance et de suivi est entièrement opérationnel	% des districts de santé ayant un système de surveillance de la rougeole, du tétanos neonatal et maternel et de la paralysie aigue.	Rapport d programme PEV	
4. Augmentation de la part du government dans le financement du PEV	% du cout annuel du PEV finance par le gouvernement	Loi financière annuelle	
Activité	Indicateur Objectivement vérifiable	Moyen de Vérification	Suppositions
1.1 acheter et distribuer des vaccines et le matériel d'injection 1.2 Faire des campagnes de vaccination nationals, visant les moins bien desservis au sein de la communauté (les districts géographiquement reculés) 1.3 Amener les services au sein des communauté faiblement desservies 1.4 Faire de la supervision formatrice au niveau des districts 1.5 Faire une revision du PEV et renforcer le système de surveillance selon les besoins 1.6. Faire une etude tous les deux ans pour évaluer la couverture vaccinale 1.7 Sensibiliser les autorités administratives et politiques et les chefs communautaires une fois par an 1.8 Former les animateurs de santé de la communauté 1.9 faire des campagnes IEC ciblant les parents 1.10 Intégrer la distribution de la vitamine A au PEV 2.1 Formuler les directives techniques et celles des formations 2.2 Former le personnel à tous les niveaux 2.3 Construire des incinérateurs dans les cenrtes médicaux	Des OVIs détaillés doivent être dans les plans opérationnels des programmes, des provinces, des districts et des intervenants	Des moyens de verification détaillés dans les plans opérationnels des programme, des provinces, des districts et des intervenants	Des suppositions doivent être détaillés dans les plans opérationnels des programme, des provinces, des districts et des intervenants.

2.4 Acheter, remplacer, réparer le matériel de la chaine de froid conformément aux besoins 2.5 Intégrer le PEV dans le programme scolaires des écoles infirmières 3.1 Former les animateurs de santé à la surveillance active 3.2 Faire des enquetes sur les cas de polio, de tetanus neonatal et maternel et de la rougeole			
4.1Formuler et incorporer le plan de viabilité financière dans le MTEF 4.2 Organiser un symposium national sur l'immunisation pour laider en faveur du FSP			

C. Santé reproductive

Analyse du contexte et du problème

Etrant donné les taux de mortalité élevés au Rwanda, pour les mamans et des enfants de moins de cinq ans; cette composante du PSSS est de la plus haute priorité. La proportion des naissances assistées par un professionnel de la santé est de 31% et il existe peu de moyens pour des interventions obstétriques d'urgence, particulièrement en milieu rural[22]. Les services de planning familial sont sous-employés et même si les femmes connaissent les méthodes modernes de contraception (95% des femmes connaissent au moins une méthode de contraception moderne), leur utilisation est très basse (4% des femmes ayant un partenaire) [23] . Face au grand nombre d'adolescents dans le pays, les services de santé reproductive disponibles sont insuffisants et pas adaptés à leurs besoins.

Après analyse des problèmes principaux, la politique de santé reproductive a identifié six domaines prioritaires: (i) santé maternelle et infantile saine, (ii) planning familial, (iii) prévention et soins des infections génitales, (iv) santé reproductive des adolescents, (v) prévention et soins en cas de violence sexuelle, (vi) changement social pour l'émancipation des femmes. Ces domaines prioritaires correspondent aux résultats du plan stratégique de santé reproductive, sauf pour le point trios qui est trait'e à la section VIH/SIDA/IST. La politique nationale en matière de santé reproductive devrait réfférer à une description plus détaillée des interventions strat'egiques, des actions prioritaires et des indicateurs de suivi.

Objectif(s)

Réduire le taux de morbidité et de mortalité infantile et maternelle en améliorant l'accès à des soins de santé reproductive de qualité et en faisant la promotion de l'équité et de l'égalité entre les hommes et les femmes

Cibles nationales pour fin 2009:

- Augmenter de 4 à 20% l'utilisation des methods modernes de contraception
- Augmenter de 31 à 60%la proportion des naissances assistées par des professionnels formés.
- Augmenter de 43,5 à 65% la proportion des femmes enceintes qui font au moins trois visites prénatales.
- Augmenter de 29 à 60% des hôpitaux de districts qui offrent des soins obstétriques complets et de bonne qualité
- Tous les centres médicaux soignent les victimes des violences sexuelles

Dispositions de mise en application

La mise en application de la stratégie de santé reproductive requière une approche multi sectorielle et un mécanisme pour coordonner les intervenant à tous les niveaux. De plus, cette mise en application requière une approche qui intègre les six composantes prioritaires spécifiées ci-dessus. La mise en application effective de la stratégie de la santé reproductive repose particulièrement sur un système de santé bien opérationnel, ce qui veut dire un système de santé disposant d'un personnel qualifié, des médicaments disponibles, des moyens de transports pour les orientations d'urgence et des services financièrement abordables pour la majorité de la population. Les interventions devraient être basées sur les

principes fondamentaux du pays à savoir l'égalité en matière de genre et le respect des droits humains.

Au niveau national, le départment des soins de santé orientera la formulation de la politique et supervisera l'execution des activités en garantissant qu'elles sont suivies et évaluées. Il travaillera de manière rapprochée avec les autres ministères, tel que le MINALOC, le MIJESPOC, le MIGEPROFE et le MINEDUC pour garantir que les six domaines prioritaires de la stratégie de santé reproductive sont effectivement exécutés. La stratégie de mise en application exige un système de suivi et d'évaluation, qui renvoit régulièrement l'information entre les différents niveaux du système. Il faut envisager l'intégration de la santé reproductive dans le HMIS.

Au niveau du district de santé, les hôpitaux de districts seront renforcés pour améliorer la qualité des soins d'urgences obstétriques et le système de recours sera élargi pour garantir un meilleur accès. Les centres de santé, les animateurs de santé communautaires et la communauté joueront un role crucial dans la promotion de l'espacement des naissances et l'utilisation de la contraception par les femmes.

Cadre logique

CADRE LOGIQUE : SANTE REPRODUCTIVE			
Resultat	Indicateur objectivement verifiable	Moyens de vérification	Suppositions
1. Améliorer les soins maternelles et infantiles dans les centres médicaux et dans la communauté	% des centres médicaux offrant des services obstétriques élémentaires (centres de santé) et complets (hopitaux de districts)	Étude d'évaluation des services offerts; rapports de supervision des districts.	On arrive prograssivement à l'égalité en matière de genre
	Proportions des naissances assistées par du personnel qualifié	HMIS, étude démographique des ménages ; enquête en grappe à indicateur multiple	
	% des femmes enceintes qui ont fait au moins deux visites prénatales (VPN)	HMIS; etude démographique des ménages ; MICS	
	Proportions des accouchements qui ont lieu dans un centre médical	HMIS; etude démographique des ménages; enquête en grappe à indicateur multiple	
2. Augmentation de l'utilisation des methodes modernes de contraception, particulièrement parmi les femmes en age de reproduction	% des FOSA offrant des méthodes de planning familiales modernes (méthodes cliniques temporaires de contraception)	Étude d'évaluation des services offerts ; rapport de supervision des districts	
	Taux de prevalence de contraception parmi les femmes	Rapports des programmes; Etude démographique des ménages	
	% des professionnels de la santé formés dans la planification familiale	Contenus des formations	
3. Amélioration des services de santé reproductive et des services des adolescents	% des FOSA offrant des services de planning familial qui visent les adolescents	Étude d'évaluation des services offerts ; rapport de supervision des districts	
	% des FOSA offrant des conseils en matiere de VIH/SIDA et VCT adapt'es aux besoins des adolescents	Rapport de suivi des programmes ; visites sur terrain	
4. Renforcement de la prévention et des soins des victimes de violence sexuelles	% des professionnels de la santé formés pour soigner les victims des violences sexuelles	Contenus des formations	
5. Promouvoir l'égalité des genres en matière de soins de santé	Nombre de campagnes IEC		

Activités	Indicateur objectivement vérifiable	Moyen de vérification	Suppositions
1.1 Offrir des centres médicaux disposant de l'équipement élémentaire et/ou complet pour des soins obstétriques 1.2 Former les professionnels de la santé aux soins maternels et infantiles, spécialements dans les soins obstétriques et les complications 1.3 Former et superviser régulièrement en conseils prénatal le personnel de santé et les sage-femmes 1.4 Fournir le matériel pour les naissances assistées à la maison 1.5 Sensibiliser les animateurs de santé communautaires, TBA, les médecins traditionnels, les enseignants et les chefs des communauté 1.6 Augmenter le nombre de sage-femmes dans les districts en milieu rural 2.1 Distribuer les produits de planning familial aux centres médicaux	Des OVIs détaillés doivent être dans les plans opérationnels des programmes, des provinces, des districts et des intervenants	Des moyens de vérification détaillés dans les plans opérationnels des programme, des provinces, des districts et des intervenants	Des suppositions doivent être détaillés dans les plans opérationnels des programme, des provinces, des districts et des intervenants.
2.2 Mettre à jour les outils de formation du personnel de santé 2.3 Elargir le planning familial aux agents de santé 2.4 Faire une campagne IEC qui encourage l'utilisation des méthodes de contraceptions modernes 3.1 Intégrer aux centres médicaux les services de santé reproductive visant les adolescents dans tous les centres de santé, ceci comprend la distribution des préservatifs et des contrapceptifs, le dépistage et le traitement des ISTs 3.2 faire des campagnes IEC visant les chefs de la communauté pour faire la promotion des services de santé reproductive des adolescents 3.3 Intégrer la santé reproductive des adolescents dans le programme scolaire de l'école primaire, secondaire et au lycée 4.1 Formuler un protocole pour les soins à apporter aux victimes des violences sexuelles et domestiques en collaboration avec les institutions adéquates 4.2 Former les agents de santé dans les soins à apporter aux victimes de violence sexuelle 4.3 elaborer les outils et les formations en matière de soins aux victimes des violence sexuelles 5.1 Formuler les outils de plaidoyer pour l'intégration du genre dans la communauté 5.2 Faire des campagnes IEC pour le changement de comportement qui intègre l'égalité des genres dans la communauté			

III.8.3 Nutrition

Analyse du contexte et du problème

La malnutrition n'est pas seulement une cause principale et directe de la mort, particulièrement parmi les femmes et les enfants ; elle est aussi la cause sous-jacente de plusieurs autres problèmes de santé au Rwanda. L'insuffisance pondérale (pour les normes de l'âge) est fort répandue dans tout le pays, et a été observée parmi 24% des enfants de moins de cinq ans[24]. La malnutrition se manifeste de plusieurs manières, à savoir le rabougrissement (malnutrition chronique), l'émaciation (malnutrition aigue), l'insuffisance pondérale et une carence en micronutriments. La carence en vitamine A peut causer la cécité nutritionnelle et augmenter la susceptibilité de l'enfant aux maladies infectieuses, telles que les diarhées chroniques et la rougeole. Le fer et l'iode protège contre les infections et plus que tout augmente les performances scolaires. L'OMS recommande que les bébé de moins de six mois, soient nourris exclusivement au sein maternel pour garantir que l'enfant n'est pas exposé à des élèments pathogènes et à un risque plus élevé de de maladies.

Objectif(s)

Pour réduire la mortalité et la morbidité attribués à la malnutrition.

Les cibles nationales pour fin 2009:

- Réduire de 43% à 55% le rabougrissement des enfants de moins de cinq ans
- Réduire de 7 à 3% la perte des enfants de moins de 5ans
- Réduire de 24 à 18% la proportion de l'insuffisance pondérale parmi les enfants de moins de cinq ans
- Augmenter de 69 à 85% la supplémentation en vitamine A
- Augmenter de 16 à 60% la proportion des femmes enceintes recevent das suppléments de fer.
- Réduire de 43 à 28% l'anémie parmi les enfants de 0-59 mois
- Augmenter de 60 à 80% la proportion des femmes nourrissant les bébés exlusivement au sein
- Augmenter de 76 à 90% la proprotion des ménages consommant du sel iodé.

Dispositions de mise en application

Etant donné les causes de malnutrition, une approche multi sectorielle devra être adoptée pour la mise en application de la stratégie nutritionnelle. Les intervenants dans les autres secteurs seront impliqués sous la coordination du ministère de la santé. Au niveau national, le ministère de la santé édictera les directives politiques, garantira la coordination multi sectorielle, mobilisera les ressources, formulera les protocoles techniques, définira les normes et surveillera la mise en application de la stratégie jusqu'au district.

Au niveau du district, les activités seront planifiées, coordonnées et supervisées par l'équipe du district de santé. Les centres médicaux offriront les services nutritionnels et feront la

supervision des animateurs de santé. La mise en application au sein de la communauté se fera grace aux autorités locales et aux animateurs de santé.

Cadre logique

CADRE LOGIQUE DU PSSS : NUTRITION			
Résultat	Inidcateur objectivement vérifiable	Moyens de vérification	Suppositions
1.Amélioration de l PLWHA et de l' état nutritionel de la population, particulièrement les enfants, les femmes enceintes	% des districts suivant des programmes nutritionnels communautaires % des enfants entre 6 et 59 mois qui ont recu une dose de vitamine A au cours des 6 derniers mois % des femmes enceintes recevant des suppléments de fer % des professionels de santé formés à la gestion de la malnutrition sévère % des enfants entre 0-36 mois pesé au centre médical ou sur les sites nutritionnels communautaires	Rapports de supervision des districts de santé Etudes sur les ménages (DHS, MICS); rapport sur l'étude EPI Contenu des formations ; les rapports de surpervision des districts de santé ; l'étude sur la livraison de services Les rapports des centres de santé; HMIS	Les autres secteurs contribuent à l'amélioration de l'état nutritionel de la population
Activités	Inidcateur objectivement vérifiable	Moyen de vérification	Suppositions
1.1 Distribuer le protocole du programme de nutrition communautaire 1.2 Former les professionnels de la santé à la gestion des cas graves de malnutrition, des bonnes pratiques nutritionnelles et le controle des carences en fer 1.3 Former les animateurs de santé en nutrition 1.4 Fournir aux animateurs de santé du matériel anthropométrique et du matériel de cuisine 1.5 Evaluer le programme communautaire de nutrition et penser à des mécanismes d'élargissement de ce programme 1.6 Finaliser et distribuer le protocole pour intégrer la surveillance et la promotion au sein de la communauté dans le programme IMCI 1.7 Formuler et distribuer le protocole concernant les soins aux patients souffrant de malnutrition modérée et moyenne, dans la communauté et l'orientation des cas de malnutrition sévères à un niveau supérieur de soins 1.8 Mettre à jour et distribuer le protocole relatif à la réhabilitation nutritionnelle au sein des centres de santé 1.9 Préparer et imprimer du matériel promotionel de l'allaitement maternel 1.10 Définir la directive nationale des pratiques de nutrition de l'enfant et des pratiques du PLWHA et des pratiques de celles sur les médicaments anti-rétroviraux 1.11 Proposer une nouvelle directive sur la nutrition des femmes	Des OVIs détaillés doivent être dans les plans opérationnels des programmes, des provinces, des districts et des intervenants	Des moyens de vérification détaillés dans les plans opérationnels des programme, des provinces, des districts et des intervenants	Des suppositions doivent être détaillés dans les plans opérationnels des programme, des provinces, des districts et des intervenants.

1.12 Formuler une legislation nationale pour la commercialisation des laits en poudres substituts de l'allaitement 1.13 Acheter et distribuer les suppléments de vitamine A par l'EPI 1.14 Surveiller la couverture de vitamine A 1.15 Formuler et exécuter une stratégie contre l'anémie 1.16 Acheter et distribuer les suppléments de micronutriments (fer) 1.17 Faire des activiés IEC sur les produits alimentaires locaux et leur consommation 1.18 Promouvoir l'emploi du sel iodé dans les ménages et les écoles			

III.8.4 Les maladies non-transmissibles

A. Santé mentale

Analyse du contexte et du problème

Le traumatisme psychologique est un phénomène courant dans toutes les sociétés. Cependant, l'histoire particulière du génocide rwandais de 1994 a agravé le problème de traumatismes mentaux qui représentent un lourd fardeau sur les services de santé du pays. Le traumatisme n'affecte pas seulement un individu, mais en affectant des familles et des communautés entières, il a également des répercussions sur la société dans son ensemble. Le plus souvent les commémorations du génocide et le processus gacaca sont catalyseurs des traumatismes psychologiques parmi les individus et sont ainsi des défis permanants pour la communauté et le système de santé. Une étude de l'UNICEF entreprise juste après le génocide a révélé qu'au moins 80% des enfants avaient perdus au moins un membre de leur famille, 90% des enfants s'étaient sentis en danger de mort et 95% avaient été témoins de scènes de violence. Aucune étude n'a été entreprise à ce jour pour mesurer l'étendue du stress consécutif à un traumatisme et le fardeau que représentent les désordres mentaux au sein de la population. Des preuves anecdotiques des centres médicaux disent que le stress psychologique est largement répandu et compte pour un nombre important de consultations, particulièrement au cours des mois d'Avril et de Mai.

Pour répondre au fardeau que représente la santé mentale, le ministère de la santé a inclut la santé mentale dans l'ensemble des soins de santé de base. A cause d'un manque sévère de personnel qualifié et pour offrir l'accès aux soins mentaux au plus grand nombre possible, le programme de santé mentale a commencé a être intégré au sein du système de soins de santé primaires, mais il rencontre les obstacles suivants :

- La politique de santé mentale (1996) est dépassée et a besoin d'être revue
- Besoin d'un plan stratégique intégrant la sant'e mentale dans les soins de santé primaires, avec activités et budget
- Manque de normes et de directives pour la gestion des désordres mentaux aux trois degré de soins médicaux

- Il n'existe pas de services de santé mentale pour les enfants et les adolescents
- Le manque de compréhension des problèmes de santé mentale au sein de la population a pour conséquence la discrimination

Objectif(s)

L'objectif principal du programme de santé mentale est de promouvoir les soins de santé mentale pour toute la population. Dans le cadre de cet objectif, la composante du programme a pour intention de:

- D'intégrer les services de santé mentale au sein du système et des infrastructures médicales
- Formuler les normes et les directives pour l'intégration de la santé mentale aux soins de santé primaires
- Créer un service de santé mentale pour les enfants
- Renforcer la collaboration intersectorielle particulièrement entre le MINEDUC, le MIGEPROFE, le MINALOC et entre le gouvernement et les ONGs.
- Renforcer les IEC en matière de santé mentale et promouvoir la prise en charge communautaire des problèmes de santé mentale
- Revoir la legislation en matière de santé mentale

Dispositions de mise en application

Au niveau national, le programme de santé mentale au sein du ministère de la santé, en collaboration avec l'hopital mental de référence de Ndera, formulera la politique, coordonera les actions et supervisera l'exécution jusqu'au niveau du district. Il surveillera l'intégration des services de santé mentale aux soins de santé primaires, en offrant des directives stratégiques et en établissant les normes que doivent suivre les centres médicaux.

Les districts de santé et les centres médicaux seront respeonsables des activiés de santé mentale, dont la sensibilisation de la communauté aux problèmes de santé mentale et la fourniture des services de base.

Cadre logique

CADRE LOGIQUE DU PSSS: SANTE MENTALE			
Résultat	Indicateur objectivement vérifiable	Moyens de vérification	Suppositions
1. Des services de santé mentale de qualité qui sont accessibles à l'ensemble de la population par leur intégration aux soins de santé primaires	Couverture appropriée des services de santé mentale au niveau des soins de santé primaires % de la population souffrant de désordres mentaux qui se font soigner dans les centres de soins de santé primaires	Etudes périodiques sur les ménages et leur bien être Supervision des centres médicaux par le MOH Une tierce partie fait l'audit des centres médicaux	Les incertitudes politiques et la reprioritisation du MOH ne va pas entraver significativement la mise en application des objectifs. Les autres facteurs qui influencent le statut de la santé mentale au sein de la population
Activités	Indicateur objectivement vérifiable	Moyens de vérification	Suppositions
1. Formuler et disséminer un protocole, des nirmes et des directives pour l'intégration de la santé mentale dans les soins de santé primaires	Des OVIs détaillés doivent être dans les plans opérationnels des programmes, des provinces, des districts et des intervenants	Des moyens de verification détaillés dans les plans opérationnels des programme, des provinces, des districts et des intervenants	Des suppositions doivent être détaillés dans les plans opérationnels des programme, des provinces, des districts et des intervenants.
1.2 Revoir la politique de santé mentale et formuler un plan stratégique detaillé de santé mentale 1.3 Créer un service pédiatrique de santé mentale dans les centres médicaux 1.4 Mettre en place un mécanisme de collaboration entre le ministère de la santé, le ministère de l'éducation, le ministère du genre et le ministère de l'administration locale et des affaires socials 1.5 Mettre en place des mécanismes de coordination entre le Ministère de la santé et les ONGs s'occupant des activités de santé mentale et d'appui psychologiques 1.6 entreprendre des activités IEC en relation avec la santé mentale et qui font la promotion des moyens à aider les personnes ayant des troubles mentaux, dont dispose la communauté. 1.7 Revoir la legislation en matière de sant'e mentale 1.8 Intégrer la collecte, l'analyse et l'utilisation de données nationales relatives à la santé mentale dans le HMIS 1.9 Former le personnel de santé en soins de santé mentale 1.10 Fournir les médicaments essentiels en santé mentale 1.11 Superviser les niveaux primaries et secondaire des agents de soins de santé			

B. Cécité et handicap physique

Analyse du contexte et du problème

La cécité est un problème de santé publique au Rwanda. Selon les chiffres de l'OMS, on estime le nombre d'aveugles à 64.736 personnes et à 180.000 les personnes souffrant d'une perte significative de la vue. 70 à 80% des problèmes de cécité sont soit évitables soit curables. Les principales causes de cécité sont la cataracte (32.368), le glaucome (9.708), la cécité infantile (404) et les défauts de réfraction (pas de données).

On estime à 10 pourcent les personnes handicapée physique. Les causes du handicap physique sont soit de nature traumatique, neurologique, infectieuse, congénitale ou orthopédique.

Objectif(s)

Améliorer les soins occulaires de la population et offrir des services de prévention, traitement et assister les handicapés physiques pour leur permettre de se réintégrer au sein de la société. Dans le cadre de cet objectif, le programme voudrait :

- Intégrer aux soins de santé primaires et secondaires les services des soins aux handicapés et aux aveugles
- Sensibiliser (radio, formation, TV, réunion communautaires, journaux, etc...) la population aux causes de cécité et à l'handicap physique
- Traiter et soigner les cas de handicap physique
- Soigner les cas cécité

Cibles nationales pour fin 2009:

- Augmenter de 0% à 50% les services de soins pour les aveugles et les handicapés
- Augmenter de 20 à 100% les campagnes de sensibilisation à la population
- Augmenter les traitements et les soins aux handicapés de 2 à 20%
- Augmenter de 3 à 60% le traitement des aveugles

Dispositions de mise en application

Le bureau tehcnique au sein du ministère de la santé coordonera la mise en application du plan stratégique de la cecité et du handicap physique. Le bureau technique sera aresponsable de fournir l'équipement et les consommables aux hopitaux de districts et aux unités mobiles, élaborer les protocoles des soins, les formations, le plaidoyer pour l'intégration des services dans les ensembles des soins pprimaires et secondaires et dans les activités de supervisions.

Au niveau du district et de la communauté, les superviseurs des districts, les chefs des centres de santé, les animateurs de santé et les chefs communautaires seront impliqués dans la coordination et l'exécution des activités.

Cadre logique

CADRE LOGIQUE PSSS: CECITE ET HANDICAP PHYSIQUE			
Résultat	Indicateur objectivement vérifiable	Moyen de vérification	Suppositions
1. Les services soins occulaires sont progressivement intégrés dans l'ensemble des soins de santé primaires et secondaires.	Nombre de professionnels medicaux formés aux soins occulaires % des centres de santé et des districts d''hopitaux offrants des soins occulaires de base % des centres médicaux ayant un équipement occulaire conforme aux normes	Contenu des formations; Rapports de suivi des programmes Visites sur site; Rapports de suivi des programmes Contenus des approvisonnements; invetaire de l'équipement	
2. Intégrer progressivement les soins de santé des handicapés physiques dans les ensembles des soins de santé primaires et secondaires.	Existence de normes pour les services aux handicapés, compris dans les soins de santé primaires et secondaires % des centres de santé et d'hopitaux de districts offrant des soins de santé pour les handicapés physiques	Normes pour les handicapés physiques Rapports de supervion DSS	
Activités	Indicateur objectivement vérifiable	Moyen de vérification	Suppositions
1.1 Créer des normes pour les soins occulaires au niveaux des centres de santé et des hopitaux de districts 1.2 Former les professionels de la santé aux soins occulaires 1.3 Fournir aux centres médicaux l'équipement et les consommables nécessaires pour les soins occulaires 1.4 Créer une clinique occulaire mobile 1.5 Préparer un protocole pour le traitement du glaucome 1.6 Intégrer la collecte de données en matière d'affections ophtalmologiques dans le système d'information sur la santé 1.7 Etablir un service d'achat et d'entretien de matériel ophtalmologique 1.8 Formuler une stratégie qui permet d'offrir aux aveugles une aide socio-économique 2.1 Faire une étude sur la prévalence, le type et le degré de handicap dans le pays 2.2 Définir les normes des services de soins aux handicapés physiques offerts avec les soins de santé primares et secondaires 2.3 Former les professionnels de la santé 2.4 Mettre en place une unité centrale d'achat d'équipement pour handicapés physiques 2.5 Mettre en place des initiatives de "Réadaptation communautaire" 2.6 Etablir un protocole sur toutes les causes de handicap physique et créer les normes de tarification de ces services services 2.7 Superviser les services de soins aux handicapés physiques	Des OVIs détaillés doivent être dans les plans opérationnels des programmes, des provinces, des districts et des intervenants	Des moyens de verification détaillés dans les plans opérationnels des programme, des provinces, des districts et des intervenants	Des suppositions doivent être détaillés dans les plans opérationnels des programme, des provinces, des districts et des intervenants.

2.8 Créer un service de maintenance pour le matériel orthopédique 2.9 Formuler une stratégie pour apporter de l'aide socio-économique aaux personnes handicapées physiques			

III.8.5 Santé de l'environnement

Analyse du contexte et du problème

La santé de l'environnement porte sur l'amélioration de l'accès à l'eau potable, sur l'élimination des déchets et le changement de comportement pour améliorer l'hygiène familiale. Une mauvaise hygiène et d'autres facteurs de l'environnement souvent liés à la pauvreté sont des causes principales de maladies au Rwanda. Les maladies diarhéeiques comptent pour 21% de la mortalité infantile et sont parmi les dix premières causes de morbidité au sein des centres médicaux[25]. Les études sur les ménages montrent que seuls 7% de la population a accès aux latrines améliorées, 41% des mères lavent leur mains au savon après avoir été aux toilettes et seuls 41% de la population a accès à l'eau potable.

Les taux élevés de mortalité et de morbidité liés aux maladies provenant de la santé de l'environnement sont dus à un certain nombre de facteurs. Il n'existe pas de cadre institutional et les moeyns sont faibles pour créer des normes en matière de santé de l'environnement. L'accès à l'eau potable et aux latrines améliorées n'est pas suffisament important, particulièrement en milieu rural. Les conditions sanitaires dans les échopes, les restaurants et les institutions publiques sont en deça des normes et la population ne comprend pas tous les risques sanitaires liés à une mauvaise hygiène.

Objectif(s)

Réduire la mortalité et la morbidité liées aux maladies causes par une mauvaise hygiène et d'autres facteurs environnementaux

Cibles nationales pour 2009:

- Augmenter de 41 à 75% la proportion des ménages ayant accès a l'eau potable.
- Augmenter de 41 à 75% la propotion des mères qui se lavent les mains au savon après avoir été aux toilettes
- Augmenter de 7 à 30% la proportion des ménages ayant des latrines améliorées
- Formuler et mettre à disposition un code d'hygiène publique

Dispositions de mise en application

L'exécution de la stratégie de la santé de l'environnement est de nature multi-sectorielle et est du ressort à la fois du ministère de la santé, du MINITERE, du MINIFRA, du MINEDUC et du MIGEPROFE.

Le role du niveau central est de formuler les politiques, coordonner, superviser et surveiller les activiés. Les entités décentralisées sont responsables de l'exécution des activités et d'informer le niveau central de ces activités.

En plus des media (television, radio, journaux) les activités de sensibilisation utiliseront à la fois l'approche par la transformation par l'hygiène et l'assainissement participatif (PHAST), exécutée par les communautés et l'approche hygiène et assainissement en milieu scolaire, qui vise les écoles. L'équipe PHAST au niveau central est composées de représentants de la département d'hygièn publique (MoH), du MINITERE et du MINALOC. Il existe aussi des équipes PHAST au niveau provincial et dans les districts. L'équipe HAMS au niveau central et compose de repésentants de la département hygiène publique (MoH), la département de et de l'assainissement du MINITERE, du MINEDUC et du MINALOC. Le processus a commencé à mettre en place des equips HAMS au niveau de la province et du district et dans les écoles.

La recherche opérationnelle est fondée sur la "Méthode Correcte de Lavage des Mains' (MCLM) et sera conduite par la département d'hygiène publique en collaboration avec le KIST, les potiers et les fabricants de plastics locaux. L'étude KAP évaluera au niveau national l'impact des interventions en matière d'hygiène publique dans les communautés.

Cadre logique

CADRE DU PSSS: SANTE DE L'ENVIRONNEMENT			
Résultat	Indicateur objectivement vérifiable	Moyens de vérification	Suppositions
1. Renforcement de la politique et des moyens en santé de l'environnement	% des professionnels de la santé formés en matière de santé de l'environnement Existence d'un code d'hygiène publique	Contenu des formation; rapports de supervision des districts Code d'hygiène publique	La bonne collaboration avec les agences qui font respecter l'environnement
2. Amélioration de l'hygiène de l'eau et des aliments	% des ménages ayant accès à l'eau potable Propotion des districts faisant des tests de surveillance de qualité	MICS, etude sur les conditions de vie de des ménages	
3. Promotion de l'hygiène personnelle et communautaire	% des ménages disposant de latrines améliorées % des mères se lavant les mains avant de s'occuper des bébés Nombre des sessions de formations PHAST	MICS, étude sur les conditions de vie de des ménages MICS; étude KAP Contenu des formations	
Activités	Indicateur objectivement vérifiable	Moyens de vérification	Suppositions
1.1 Formuler une politique nationale de la santé de l'environnement 1.2 Formuler et adopter un code de la santé de l'environnement 1.3 Apputer les écoles de formations techniques en santé de l'environnement (KHI, College St Andre) 1.4 Offrir des formations en cours d'emploi au personnel 2.1 Mettre en pl;ace un système de surveillance de la qualité de l'eau 2.2 Mettre en place un système de surveillance de la qualité de la nourriture 2.3 Former les inspecteurs de travail à la surveillance de la qualit'e de l'eau et de la nourriture 2.4 Créer des protocoles des manutentionaires de nourriture	Des OVIs détaillés doivent être dans les plans opérationnels des programmes, des provinces, des districts et des intervenants	Des moyens de verification détaillés dans les plans opérationnels des programme, des provinces, des districts et des intervenants	Des suppositions doivent être détaillés dans les plans opérationnels des programme, des provinces, des districts et des intervenants.

2.5 Faire la promotion de l'emploi des produits purificateurs d'eau 3.1 Former des formateurs aux nouvelles approaches en matière de changement de comportement dans les communautés et les écoles (HAMS) 3.2 Organiser des séances de formation PHAST (transformation participative de l'hygiène et de l'assainissement) 3.3 Faire des activités IEC pour promouvoir des meilleures d'hygiène à travers les médias comme les spots radio 3.4 ENtreprendre une étude KAP (Savoir, Attitude et Pratiques) en santé de l'environnement 3.5 Preparer les guides, directives et outils de surveillance des inspections d'hygiène 3.6. Faire un inventaire des étblissements privés et publics			
3.7 Inspecter régulièrement tous les établissements 3.8 Superviser les inspecteurs d'hygiène à tous les niveaux 3.9 Faire de la recherché opérationnelle sur la santé de l'environnemtn (latrines, methods de lavage de mains, la gestion des déchets)			

III.8.6 Information, Education et Communication (IEC)

Analyse du contexte et du problème

Les activités IEC sont employés pour faire la promotion du changement de comportement et des pratiques habituelles, qui sont connues pour améliorer l'état de santé de la population. Une analyse des problèmes révèle un nombre important de résultats. Le public n'est pas suffisament informé à cause du manque d'outils et d'intervention effectives (posters, dépliants, etc...). Il existe des barrières culturelles, religieuses, sociales, genre, économiques et géographiques au changement, qui limitent l'impact des messages IEC. La mauvaise coordination des ressources et des activités, ce qui a pour conséquence des lacunes dans les IEC. Finalement, on manque d'interventions communautaires, au sein desquelles les messages IEC sont plus efficaces pour la promotion du changement de comportement, lorsqu'ils sont bien conçus. Notons qu'environ 80% des problèmes de santé sont évitables par des mesures de changement de comportement.

Objectif(s)

Promouvoir le changement de comportement favorable à la santé de la population, par la collaboration intersectorielle et la participation de la communauté. Au sein de l'objectif IEC, le programme voudrait:

- Promouvoir la notion d'excellence et établir les normes dans la conception des messages IEC parmi ceux qui sont responsables des programmes de santé
- Renforcer les qualités de communication des animateurs de santé
- Promouvoir l'emploi de messages IEC ciblant la famille

- Impliquer la communauté dans les activités de communication
- Mobiliser la masse en vue d'améliorer la santé à travers les mécanismes de changement de comportement.

Cibles nationales pour 2009:

- Des campagnes de sensibilisation à tous les niveaux en vue de proumoir la santé à travers les messages visant le changement de comportement sont menées.
- Les normes dans la conception des messages IEC visant le changement de comportement vis-à-vis des maladies évitables dont le VIH/SIDA sont élaborés et diffusés.
- Tous les animateurs de santé sont renforcés aux matériels IEC de qualité.
- Toutes les familles et communautés sont impliquées dans les activités de communication.

Dispositions de mise en application

Une structure de coordination effective sera mise en place pour surveiller l'execution de la stratégie IEC. La structure sera composée de :

- D'un groupe technique multi sectoriel au niveau national (existe)
- La département santé éducation dans le ministère de la santé (existe)
- Un comité pour mobiliser les activiés IEC au niveau des districts
- Des représentants communautaires au sein du district administratif

Au niveau national, le groupe technique multi sectoriel formulera les politiques, mobilisra les ressources et proposera les textes légaux pour réglementer les activités IEC. La département santé éducation jouera le role de coordinateur pour toutes les activités dui secteur santé. Cette département préparera de plans stratégiques des interventions des programmes IEC, elle offrira l'appui technique dans la conception des messages IEC dans les provinces et les districts, elle établira les normes, supervisera et surveillera les activiés et fera le plaidoyer des campagnes IEC.

Un comité sera mis en place pour préparer le plan operationnel des IEC, garantir le suivi des activités IEC au niveau des centres médicaux, mobiliser la participation communautaire et coordonner les activités dans le district de santé. Au niveau du centre de santé et de la communauté,les activiés IEC seront entreprises par les professionnels et les animateurs de santé selon les besoins et les problèmes de la communauté et des ménages.

Cadre logique

CADRE LOGIQUE PSSS : INFORMATION, EDUCATION ET COMMUNICATION (IEC)			
Résultats	Indicateur objectivement vérifiable	Moyens de vérification	Suppositions
1. Renforcer à tous les niveaux les programmes IEC / BCC	Existence de directives pour la conception des messages IEC/BCC Existence de materiel IEC dans les programmes et au niveau des districts Nombre des formateurs formés en IEC/BCC Nombre d'animateurs de santé qu'on peut atteindre à travers les formations par la radio	Directives IEC/BCC Rapport de la département EPS Contenu des formation; rapport de la département EPS Rapport de surveillance de la département EPS	Les facteurs culturels n'entravent pas les changements de comportement
Activités	Indicateur objectivement vérifiable	Moyens de vérification	Suppositions
1.1 Formuler et executer un plan operational integrant les activiés IEC/BCC de tous les aspects des programmes de santé 1.2 Mettre à jour et distribuer les directives pour la production des messages IEC/BCC 1.3 Formuler et distribuer la politique nationale IEC résumée et le plan stratétgique qaux autorités locales et aux chefs communautaires 1.4 Faciliter la participation des journalists aux discussions sur les questions nationales et régionales en matière de santé. 1.5 Former des équipes de formateurs dans la conception des messages IEC/BCC au niveau du district 1.6 Produire pour les professionnels de la santé, un guide de référence en matière de communication qui met l'accent sur le conseil et la communication interpersonnelle. 1.7 Concevoir et diffuser une formation à distance par radio pour les animateurs de santé 1.8 Produire du matériel promotionel IEC/BCC pour les animateurs de santé conformément au plan opérationnel intégré 1.9 Organiser des journées thématiques ouvertes et des campagnes de sensibilisation ciblant les familles 1.10 Mobiliser les organisations communautaires pour qu'elles entreprennent des activités genre, visant en particulier les associations de femmes, les groupes religieux et les associations d'enseignants.	Des OVIs détaillés doivent être dans les plans opérationnels des programmes, des provinces, des districts et des intervenants	Des moyens de verification détaillés dans les plans opérationnels des programme, des provinces, des districts et des intervenants	Des suppositions doivent être détaillés dans les plans opérationnels des programme, des provinces, des districts et des intervenants.

III.9 Hôpitaux nationaux de référence et centres de recherche et de traitement

Analyse du contexte et du problème

Les hôpitaux nationaux de référence et les centres de traitement sont le summum des soins médicaux au Rwanda. A ce jour le manque de moyens nous a obligé de référer les cas aux institutions médicales à l'extérieur du pays. Cette situation est un fardeau financier sur le système de santé sans contribuer au renforcement des moyens du système médical du pays. C'est dans ce contexte que le système médical rwandais a besoin de renforcer ses hopitaux de référence pour le bien etre de la population et le renfocement du système médical.

En ce qui concerne les maladies à taux de mortalité et de morbidité élevé, les résistances émergentes représente un défi qui peut seulement être relevé par la recherche clinique. Les moyens de cette recherche ne sont actuellement pas disponibles.

Objectif(s)

Renforcer le système national des hopitaux de référence et des centres de recherche et de traitement spécialisés. Dans le cadre de cet objectif, le but est de:

- Arriver à des progrès tangibles en ce qui concerne l'auto-suffisance en matière de soins médicaux secondaires.
- Revigorer le secteur médical par la création de deux centres d'excellence à Butare et à Kigali dont les domaines de spécialisation seraient complémentaires.
- Renforcer les connaissances de base du secteur médical rwandais par l'éducation du personnel médical spécialisé.
- Formuler les stratégies et les politiques de développement de plus de domaines de spécialisation au Rwanda.
- Formuler un cadre politique pour la recherche clinique sur les maladies à forte mortalit'e et morbidité pour augmenter les moyens de recherche.

Cibles nationales pour fin 2009:

- Diminuer de 50% le nombre de cas orientés vers les hopitaux étrangers en 2004
- Eduquer X nombre de médecins spécialistes par an dans les domaines de spécialisation existant actuellement
- Y nombre de chercheurs cliniques actifs dans les centres de traitement, travaillant sur les maladies à taux élevé de mortalité et de morbidité

Dispositions de mise en application

La formulation et l'exécution de la politique relative aux hôpitaux nationaux de référence sera coordonnée par le département de soins de santé en collaboration rapprochée avec les hôpitaux. La politique sera orientée par les Objectifs de développement du millenium en général et l'objectif d'auto-suffisance et particulièrement les besoins en spécialisation dans des secteurs donnés. Dans le domaine de la recherche clinique sur les maladies à taux élevés de mortalité et de morbidité , la direction de l'épidémiologie en proche collaboration avec le département des soins de santé et des centres de traitement, formulera la politique et les stratégies. Selon les principes de l'approche sectorielle élargie, la politique et les objectifs

seront formulés en proche collaboration avec les bailleurs de fonds et les intervenants du secteur santé.

Cadre logique

CADRE LOGIQUE PSSS : HOPITAUX NATIONAUX DE REFERENCE ET CENTRES DE RECHERCHE ET DE TRAITEMENT			
Résultats	Indicateur objectivement vérifiable	Moyens de vérification	Suppositions
1. Cas traités au niveau tertiaire augmentés 2. capacité augmentée dans certains domaines de spécialisation au Rwanda 3. capacité de recherche augmentée dans les cas cliniques au Rwanda	Ratio des cas traits locallement par rapport aux transferts en étranger Numbre de médecins spécialistes produits chaque année Numbre de chercheurs clinicians produits chaque année Nombre d'unités de Spécialisations créées et de centres d'excellence créées chaque année	Rapport annuel du Ministère de la santé Rapport annnuel des institutions de formation et de recherche Rapport annuel des hôpitaux de référence	
Activités	Indicateur objectivement vérifiable	Moyens de vérification	Suppositions
1.1 Developer une politique de référence antionale englobant aussi les procédures de transfert à l'étranger 1.2 Identifier les domaines de spécialisation prioritaires tenant en considération les cas les plus référés en étranger. 1.3 Rendre disponible les moyens néceaaires en vue d'augmenter les cas traités sur place au Rwanda. 2.1 Développer les curricula de formation de troisième cycle pour des domains de sp'ecialisation prioritaires au Rwanda. 2.2 Développer les ressources humaines et du plan de motivation des specialists nationaux à prester au Rwanda. 2.3 Créer les centres d'excellence pour augmenter la formation du personnel local en certains domaines de spécialisation locale. 3.1 Développer le curriculum pour la formation des chercheurs des cas cliniques de principales maladies de surveillance au Rwanda. 3.2 Developper le plan de ressources humaines et de motivation pour les chercheurs cliniques. 3.3 Mettre en œuvre la politique des centres de traitement et de recherche au Rwanda.	Des OVIs détaillés doivent être dans les plans opérationnels des hôpitaux de référence, des universités, des centres de traitement et de recherche et de differents intervenants.	Des moyens de verification détaillés dans les plans opérationnels des hôpitaux de référence, des universités, des centres de traitement et de recherche et de differents intervenants.	Des suppositions doivent être détaillés dans les plans opérationnels des hôpitaux de référence, des universités, des centres de traitement et de recherche et de differents intervenants.

III.10 Moyens institutionnels

Analyse du contexte et du problème

Les moyens institutionnels font référence à trois grands domaines d'action: (i) planification, gestion et supervision, (ii) la rechercher et les technologies de communication et d'information (ICT), et (iii) la formation. Le programme de renforcement des moyens institutionnels a des implications importantes sur l'avancement du processus SWAp et des moyens d'absorbtion des fonds du secteur santé. Une analyse des problèmes et de leurs causes dans le renforcement des moyens institutionnels révèvel un certain nombre de choses. Premièrement la planification, la supervision et le suivi ne sont pas mis en priorité au sein du ministère et de ce fait il y a peu d'analyses de fonds des performances passées et des liens faibles entre les activités planifiées/budgétisées et les objectifs de la politique. Cette situation est encore plus grave aux niveaux décentralisés. De plus, le ministère n'a pas fait beaucoup de progrès en matière de transformation du secteur santé en un secteur orienté vers les résultats, ce qui comprendrait une surveillance des résultats MTEF et des dépenses. Deuxièmement, les informations en matière de santé sont sous-employées étant donné que les hopitaux nationaux de référence et le secteur privé restent en dehors du système et qu'il y a un manque de moyens pour entreprendre des analyses intelligentes des données. Troisièmement, les connaissances en matière de santé publique et de gestion du personnel médical sont très basses.

Objectif(s)

L'objectif général du prorgamme est de renforcer les moyens institutionnels du secteur médical en matière de planification, gestion, suivi et évaluation. Pour travailler en ce sens, ce programme devra :

- Renforcer les liens entre la préparation du budget et la planification pour garantir que les allocations du gouvernement et des bailleurs de fonds suivent les objectifs du secteur et une analyse globale de la situation.
- Institutionaliser rigoureusement le suivi des résultats et des dépenses par le MTEF, d'abord au niveau central, ensuite au niveau provincial.
- Renforcer et faire avancer le processus de décentralisation par le déboursements de dons bloqués pour les entités décentralisées du système médical
- Elargir les contrats fondés sur la performance, du projet pilote à l'inclusion de ces plans dans le budget gouvernemental
- Renforcer et mieux utiliser le système de gestion de l'information de santé
- Développer l'utilisation des ICT pour aider le système de santé et former le personnel de santé
- Augmenter le nombre de ceux qui sont formés en santé publique et en gestion.

Si les activités de renforcement des moyens des six programmes décrits ci-dessus portent sur des domaines techniques spécifiques, les activités du présent programme ont pour objectif de renforcer les moyens de rendre compte et la transparence dans le secteur de la santé. Les dispositions institutionnelles des services santé seront réformées pour une meilleure articulation de l'organisation du secteur santé dans l'environnement institutionnel mis en

place par les réformes de la décentralisation administrative et pour augmenter la capacité de réponse des services de santé à la population. Les mécanismes d'allocation des ressources seront réformés pour donner une plus grande responsabilité aux entités administratives décentralisées et aux besoins locaux spécifiques, la conformité entre l'allocation des ressources et la production d'un impact sensible en matière de services améliorera l'efficacité des dépenses publiques et ciblera les pauvres.

Ces réformes institutionnelles contribueront au renforcement des primes et à la gestion du système santé conformément aux priorités identifées par le DSRP et cela renforcera la contribution du secteur santé à la réduction de la pauvreté. Cependant, ceci exigera plus en termes d'information, de planification et de suivi des systèmes: d'où les efforts de renforcement du système de gestion des informations de santé à tous les niveaux du système santé. Les moeysnde renforcements de ces efforts seront renforcés avec l'intégration du développement et de l'utilisation de l'ICT dans le secteur santé.

Dispositions de mise en application

Au niveau national, le département de la planification sera responsible de la formulation des politiques, de la décentralisation et de l'orientation du processus SWAp. Il le fera en collaboration avec le département des ressources humaines et des services d'appui, pour garantir que les objectifs politiques se traduisent par un programme des dépenses publiques à moyen terme pour le secteur. Pour pouvoir rendre opérationnel un processus de planification global, le département de la planification aidera et renforcera les moyens au niveau des districts à travers ux ateliers de planification et aux sessions de formations régionales. Le plan des contrats sur base des performances sera surveillé et suivi par le département des soins de santé pour garantir que les contrats sont suivis par les deux parties.

La département qui existe, au sein du département de planification coordonera les activités d'information en matière de santé. Il sera responsable des données en matière de santé, de la publication des bulletins trimestriels, de la gestion et de l'intégration du secteur privé et des hopitaux nationaux de référence dans le système. Le développement des connaissances en santé publique , en gestion et en comptabilité sera coordonné par le département des ressources humaines et des services d'appui en collaboration avec l'école de santé publique et le projet de renforcement des moyens du gouvernement.

L'amélioration des moyens de rendre de compte de leurs actes, des fournisseurs de services de la communauté sera encouragé par l'introduction des cartes rapports pour citoyen et du renforcement de la participation de la communauté dans les comités de gestion des centres de santé.

Cadre logique

CADRE LOGIQUE PSSS : CAPACITE INSITUTIONNELLE			
Résultat	Inicateur objectivement vérifiable	Moyens de vérification	Suppositions
1. Planification de la santé, renforcement de la gestion et de la supervision aux niveaux central et des districts	Nombre d'unités décentralisées recevant des fonds conformément à la nouvellement formule d'allocation des fonds Utilisation du nouvel outil MTEF % du budget total transféré aux unités décentralisées comme des fonds blocqués Nombre de plans opérationels de payement basé sur la perfomerance % des infrastructures de santé gérées de manière autonomes % des districts de santé ayant des plans opérationels annuels	Loi financière annuelle ; MTEF MTEF est envoyé au MINECOFIN à temps Calculé sur base de la loi financièrre annuelle Rapport de surveillance DSS HMIS;étude d'évaluation des services offerts; visites des sites; procès varbaux des comités de santé Rapports des ateliers DP	La politique nationale de décentralisation est mise en application effectivement Les moyens humains sont redéployés aux niveaux décentralisés
2. Reviser le plan de développement de l'ICT et l'executer development plan revised and implemented	Nombre de centres médicaux disposant de télé médecine % des centres médicaux disposants de moyens de communication	Données des inventaires Etudes entreprises dans les centres médicaux	
3. Le système de gestion des informations de santé est entièrement opérationel dans les secteurs privés et publics	% les rapports mensuels des centres médicuax arrivent au niveau central à temps Tous les intervenants recoivent le bulletin HMIS Existances des données et analyses sur le secteur privé et les hopitaux nationaux de référence	Bulletin trimestrile du HMIS HMIS	
4. Le personnel de santé est formé en santé publique, en comptabilité et en gestion.	Nombre de membres du personnel formés en santé publique		
Activités	Indicateur objectivement vérifiable	Moyens de verification	Suppositions
1.1 Faire un MTEF orienté vers les résultats, qui garanti les liens entre la planification, les coûts, les outils de surveillance et le budget annual et l'intégration des résultats des outils de simulation de la planification aux coûts 1.2 Publier un décret clarifiant les roles et les responsabilités des centres de santé dans la gestion autonome des centres et penser à une nouvelle manière de rendre compte et d'exprimer des mécanismes pour les pauvres. 1.3Proposer un plan de décentralisation pour le secteur santé, qui comprend des mécanismes d'appropriation et de transfer et une formule d'attribution des fonds aux districts 1.4 Réformer le budget en améliorant les le payement des dons bloqués aux unités décentralisées (provinces et municipalités)	Des OVIs détaillés doivent être dans les plans opérationnels des programmes, des provinces, des districts et des intervenants	Des moyens de verification détaillés dans les plans opérationnels des programme, des provinces, des districts et des intervenants	Des suppositions doivent être détaillés dans les plans opérationnels des programme, des provinces, des districts et des intervenants.

1.5 Créer et faire appliquer un plan pour des contrats basés sur les performances avec des fonds du gouvernement et les moyens de faire un suivi des contrats, pour des services à fort impact (par exemple: l'immunisation, les accouchements assistés) 1.6 Transférer les hopitaux et les centres de santé; leurs biens, les responsabilités opérationelles et les responsabilités en matière de ressources humaines aux autorités décentralisées correspondantes. 1.7 Créer des mécanismes d'accréditation et d'achat pour la fourniture des ensembles hospitaliers 1.8 Renforcer les moyens des districts à faire des propositions pour accéder aux fonds du Fonds de développement communautaire pour les projets médicaux. 1.9 Grace à la planification conjointe, aux missions de révisions et aux ateliers de travail des districts institutionaliser la planification au niveaux central et décentralisé 1.10 Développer des plans opérationnels à tous les niveaux du système de santé 1.11 Faire trimestriellement et disséminer un rapport sur l'exécution de la surveillance des résultats et des finances MTEF au niveau central et provincial 1.12 Faire périodiquement une étude de suivi des dépenses publiques 2.1 Formuler la politique de ICT 2.2 Formuler et executer un plan de cinq en technologies de l'information 2.3 Introduire un système de télémedecine au niveau des districts d'hopitaux 2.4 En utilisant les ressources de la télémedecine avoir un projet pilote d'éducation continue 2.5 Faire une formation de base en informatique et sur internet pour les directeurs et jusqu'en bas de la hierarchie 2.6 Connecter le ministère de la santé au réseau du gouvernment			
2.7 Créer un site internet du ministère de la santé lié au site internet du gouvernement rwandais avec un lien vers un centre pour documents 2.8 Créer un système d'information national de surveillance épidémique et de nutrition 2.9 Créer un réseau régional élargi (WAN) reliant les centres médicaux et les districts de santé au niveau national 3.1 Faiire une évaluation des besoins en données des programmes du ministère de la santé et des districts 3.2 Intégrer les recommandations de l'évaluation dans le HMIS en mettant à jour les outils de collecte des données			

et les systèmes informatiques 3.3 Produire et distribuer les outils de collecte des données à tous les niveaux 3.4 Publier un bulletin trimestriel SIS pour tout les intervenants et en informe les districts 3.5 Entreprendre une supervision formative en HMIS à tous les niveaux 3.6 Former le personnel choisi, en analyse des données sur la santé au niveaux central et provincial 3.7 Mettre en place une cartographie dynamique des informations en matière de santé 3.8 Déterminer les outils de collecte de données pour intégrer le secteur privé et les hopitaux nationaux de référence dans le HMIS 3.9 Former le personnel des hopitaux nationaux de référence et du secteur privé à l'intégration au HMIS 4.1 Former en gestion, en comptabilité élémentaire et en santé publique le personnel adéquat du MINISANTE			

MISE EN OEUVRE DE LA PSSS

IV.1 Rôles des Différent Acteurs

La mise en oeuvre et la révision en cours du Plan Stratégique du Secteur de la Santé (PSSS) est une responsabilité conjointe du Gouvernement et de ses partenaires. Le Ministère de la Santé est responsable de l'élaboration des politiques, la fixation des normes, de la régulation et de la formation jusqu'au niveau des districts et de faire le suivi de toutes les activités dans ce secteur. Les soins de santé tertiaires sont également du ressort du Ministère de la Santé, qui est responsable de la nomination des directeurs des hôpitaux nationaux de référence. Les activités du ressort du Ministère de la Santé sont mises en œuvre à travers le CDMT/MTEF du MINISANTE.

La provision des services des soins de santé primaires et secondaires est du ressort de la province et du district sanitaire. L'administration et la gestion des hôpitaux de district et des centres de santé répondent aux exigences de la communauté par leur participation active aux réunions des comités et des conseils d'administration des infrastructures sanitaires.

Le secteur privé joue un rôle de plus en plus important dans la fourniture des services de santé dans le pays et le Gouvernement va continuer à promouvoir l'expansion de ce secteur, en s'efforçant de développer des partenariats entre le secteur public et le secteur privé surtout dans les secteurs où les services gouvernementaux n'existent pas encore.

IV.2 Approche Sectorielle Elargie

La mise en oeuvre du Plan Stratégique du Secteur de la Santé fera appel à une approche sectorielle élargie (ASE/SWaP), qui, encore à ses débuts, continue à être élaborée sur base des principes du partenariat et de la collaboration et de l'objectif commun visant à réaliser

des progrès durables dans le domaine de la santé. La contribution des partenaires se situera uniquement au niveau du PSSS, où tous les fonds importants destinés à ce secteur serviront à appuyer la Politique Sectorielle de la Santé, le PSSS et le programme des dépenses connexes. Le MINISANTE, désigné comme ministère responsable du développement du secteur sanitaire, pilotera le processus SWap en étroite collaboration avec tous les partenaires. A mesure que se renforcent les systèmes gouvernementaux, les programmes évolueront vers le renforcement de la confiance en la capacité des procédures gouvernementales à décaisser et à rendre compte de l'utilisation de tous les fonds.

L'engagement et l'appui des partenaires en développement en faveur de la stratégie du Gouvernement de poursuivre une approche sectorielle élargie de la santé ont été positifs. Les responsabilités et les engagements conjoints entre le MINISANTE et tous ses partenaires seront formalisés dans un Code de Conduite et un Protocole d'Accord, actuellement en cours de préparation[26]. Les modalités communes de travail seront définies et feront l'objet d'un accord en rapport avec la planification et la revue, les achats publics, la gestion des dépenses publiques, le contrôle ainsi que les procédures d'évaluation et de décaissement.

Le Ministère de la Santé, se référant à la Politique du Gouvernement Rwandais, exhorte les bailleurs de fonds/partenaires à apporter leur appui au PSSS à travers l'appui budgétaire général ou sectoriel, tout en sachant que pour opérer un tel changement, il doit mettre en place des systèmes solides et transparents. De même, le Ministère de la Santé reconnaît les préférences et les agendas des partenaires/bailleurs de fonds à utiliser différentes modalités d'aide et continue à rester ouvert aux moyens par lesquels ses partenaires apportent leur appui au secteur de la santé.

IV.3 Coordination et Gestion

Le PSSS fournit un cadre global pour l'appui au secteur sanitaire, mais il ne suffit pas à lui seul, à garantir une approche coordonnée au développement du secteur de la santé. La composition des partenaires dans le secteur de la santé est complexe ; il existe une gamme variée de partenaires dont l'appui revêt beaucoup de formes différentes. Un tel environnement nécessite une structure de coordination de l'aide, qui est jugée essential pour assurer le succès de la mise en oeuvre du PSSS. Une coordination efficace doit résoudre les problèmes suivants:

- Manque de systèmes communs pour le monitoring, de revue et d'évaluation;
- Systèmes nombreux et parallèles de comptabilité, d'achats et de gestion ;
- Duplication des efforts;
- Projets élaborés de manière inappropriée et non coordonnée;
- Coûts élevés des transactions associés aux négociations et aux consultations individuelles à sens unique entre le gouvernement et ses partenaires;
- Manque d'échanges d'informations entre le gouvernement et ses partenaires.

La coordination de l'aide et la gestion du processus Swap en général seront institutionnalisées au niveau national à travers un certain nombre de comités qui remplissent

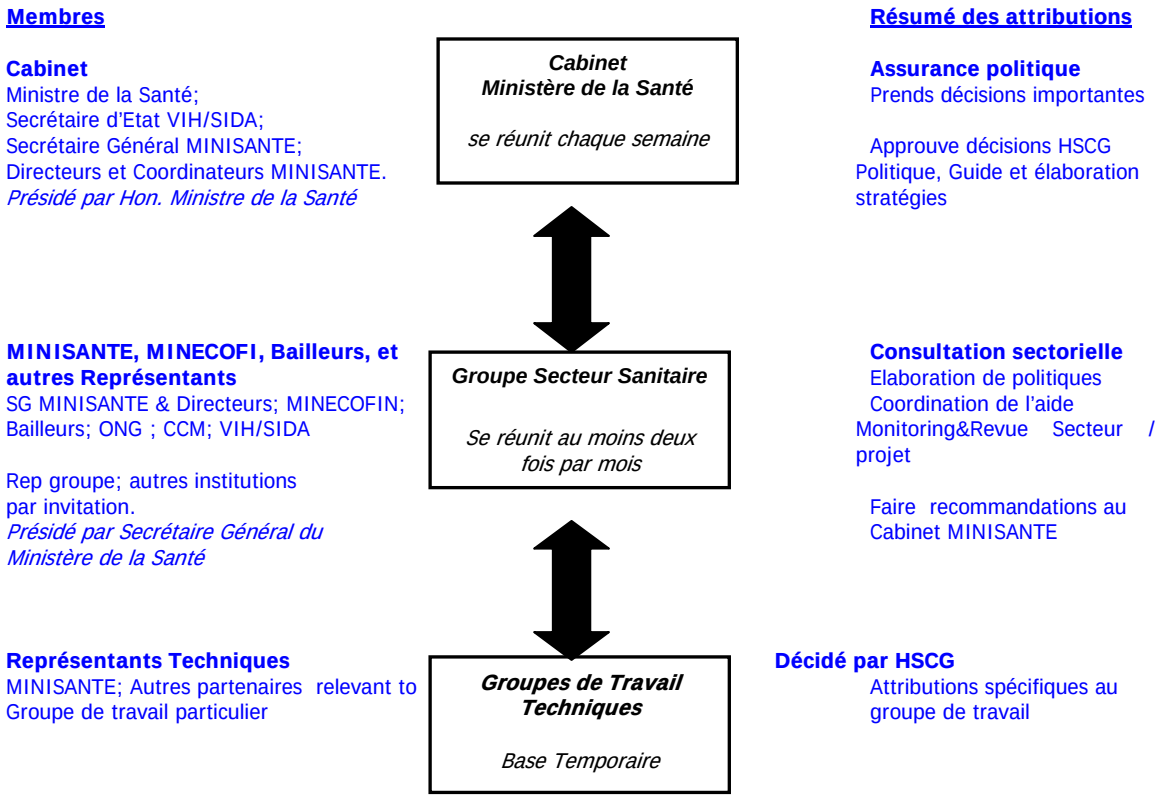
des rôles différents et clairement définis. La Figure 4 montre la composition et le rôle de ces comités ainsi que leurs relations fonctionnelles.

IV.4 Plans opérationnels

Compte tenu de l'environnement décentralisé vers lequel le système sanitaire s'oriente progressivement, nous pensons qu'il est inapproprié d'élaborer un plan opérationnel détaillé portant sur cinq ans pour le PSSS. En effet, le PSSS sera mis en oeuvre à travers des plans opérationnels élaborés chaque année par le MINISANTE et les bureaux des districts sanitaires dans le cadre des plans triennaux révisables au sein de la structure du CDMT/MTEF. Le PSSS offre le cadre général sur lequel se baseront les plans opérationnels et le les districts de santé recevront du niveau central l'appui technique nécessaire lors de l'élaboration des ces plans. Les plans opérationnels annuels respecteront le calendrier budgétaire cyclique et seront élaborés suffisamment à temps pour servir de référence aux activités de l'année suivante.
Les besoins et les priorités dans le domaine de la santé diffèrent d'un district à l'autre et il est donc tout à fait indiqué d'institutionnaliser l'élaboration des plans opérationnels au niveau décentralisés pour l'identification des priorités, qui sont spécifiques à chaque district.

Les plans opérationnels montreront les activités détaillées et un calendrier indiquant quand et par qui ces activités seront réalisées, logiquement liés à chaque résultat direct. Chaque activité aura un budget spécifique basé sur le calcul des contributions requises. De cette manière, les activités de tous les acteurs aux niveaux décentralisés seront en harmonie avec l'orientation stratégique générale du PSSS et s'assureront que toutes les composantes du système sanitaire oeuvrent en vue de réaliser les mêmes objectifs et le mêmes buts.

Figure 4. Structure de Coordination de l'approche SWAp



Il y aura un certain nombre de groupes de travail techniques, certains permanents d'autres temporaires pour jouer un rôle spécifique. L'objectif, la représentation et les attributions des groupes de travail devront être décidés en concertation avec les partenaires du secteur de la santé. Le premier point au programme du Groupe du Secteur de la Santé pourrait être la formulation d'une proposition de structure des groupes de travail du sous-secteur

Il est également recommandé de mettre en place un comité séparé des partenaires en développement, présidé par le principal bailleur de fonds de tête, afin que l'on puisse avoir un seul canal cohérent de communication entre le Gouvernement et ses partenaires en développement.

V. COUT ET FINANCEMENT DU PLAN STRATEGIQUE DU SECTEUR DE LA SANTE

V.1 Coût du PSSS

V.1.1 Méthodologie

Le cadre de calcul montre le coût de la mise en oeuvre du PSSS et donne une indication des besoins et des allocations des ressources dans les sept programmes différents pour chaque année du plan. L'évaluation du coût du PSSS se base essentiellement sur les ODM dans le secteur de la santé, auxquels le Gouvernement rwandais est attaché. En principe, le cadre de l'évaluation des coûts nous montre l'importance du financement requis pour atteindre les ODM (plus précisément les progrès accomplis vers la réalisation des objectifs de 2015) et les autres cibles de 'couverture' nationaux contenus dans le PSSS à l'horizon de l'année 2009. L'outil, utilisé pour développer le cadre de l'évaluation des coûts, estime le coût marginal nécessaire pour surmonter les contraintes auxquelles le système sanitaire est confronté et lie explicitement celui-ci aux ODM dans le secteur de la santé, tel que la réduction de la mortalité maternelle et infantile[27].

L'outil de l'évaluation des coûts et de la budgétisation considère les coûts marginaux pour surmonter les insuffisances d'accès aux programmes des services de santé, l'insuffisance des ressources humaines pour assurer la mise en œuvre de ces programmes, les problèmes logistiques, les obstacles à l'utilisation et la stimulation de la demande, et les insuffisances relatives à la qualité technique et organisationnelle de ces programmes en vue de réaliser les ODM. L'exercice de l'évaluation des coûts utilise les coûts unitaires spécifiques du pays pour des centaines d'articles en ligne, qui sont bien rassemblés pour estimer le coût de la fourniture de certains services de santé qui ont fait la preuve de leur impact sur les ODM dans le domaine de la santé (voir liste de ces interventions dans le secteur de la santé en Annexe II). Les articles des coûts sont classés selon les ressources humaines suivantes (rémunération et formation); les frais et indemnités de transport; les produits de base; les médicaments et les fournitures; les bâtiments, les équipements et les frais de fonctionnements des infrastructures sanitaires; la stimulation de la demande; les primes de performance; IEC pour le grand public; les subsides; et le monitoring.

Les frais générés par l'outil de l'évaluation des coûts et de budgétisation représentent des sommes supplémentaires d'argent, qui s'ajoutent aux niveaux actuels des dépenses, indispensables pour atteindre les objectifs nationaux spécifiés dans le PSSS. Pour calculer le total des coûts annuels pour la mise en oeuvre du PSSS, ces coûts marginaux doivent être ajoutés au niveau de base des dépenses du secteur sanitaire en l'an zéro. Le niveau de base des dépenses du secteur sanitaire a été extrapolé en utilisant les résultats des comptes nationaux de la santé 2002, et d'autres rapports sur les financements des bailleurs dans le secteur de la santé.

Les coûts totaux spécifiques (valeur de base et valeur marginale) sont ensuite affectés à l'un des sept programmes du secteur de la santé selon le programme à l'objectif duquel ils contribuent. Par exemple, on trouvera le coût de construction d'un centre de santé dans le programme 3 parce qu'il contribue directement à l'amélioration de l'accessibilité géographique des services de santé. Pour améliorer la validité des prévisions, nous avons

formulé des hypothèses concernant les taux d'inflation, les augmentations des salaries, les taux de change et la croissance de la population.

Le cadre de l'évaluation des coûts du PSSS ne calcule pas le prix des activités dans les services privés lucratifs et traditionnels du secteur de la santé. Le PSSS s'occupe uniquement des activités dans les secteurs publiés et 'agréés' sans but lucratif qui reçoivent des subventions du Gouvernement

V.1.2 Projections des Coûts

Le Tableau V.1 montre la répartition des projections des coûts par programme selon le niveau de mise en oeuvre pour chaque année du PSSS. Les coûts sont présentés par programme dans le souci de respecter leur conformité avec les objectifs politiques du secteur de la santé et la structure du PSSS. Comme nous l'avons déjà souligné, ce cadre d'évaluation des coûts est explicitement lié et basé sur la réalisation des objectifs nationaux du PSSS. Pour une information plus détaillée sur les projections des coûts, voir Annexe.

Tableau V.1 Allocations des Ressources du Programme en termes de Projections des Coûts pour le PSSS au cours de la période 2005 – 2009 (Frw x 1 million)

PROGRAMME	2005	2006	2007	2008	2009
Programme I: Disponibilité des ressources humaines	**5,478**	**5,754**	**6,199**	**6,385**	**6,581**
Primaire	*1,331*	*1,460*	*1,729*	*1,816*	*1,908*
Secondaire	*2,032*	*2,119*	*2,234*	*2,270*	*2,308*
Administration	*2,115*	*2,174*	*2,236*	*2,300*	*2,365*
Programme II: Disponibilité des médicaments, vaccins & consomables	**39,425**	**51,212**	**58,783**	**59,716**	**60,833**
Primaire	*36,003*	*47,524*	*51,293*	*52,010*	*52,900*
Secondaire	*3,305*	*3,569*	*7,372*	*7,588*	*7,814*
Administration	*118*	*118*	*118*	*118*	*118*
Programme III: Accessibilité géographique	**4,124**	**4,606**	**6,034**	**6,259**	**6,497**
Primaire	*2,027*	*2,133*	*3,491*	*3,611*	*3,738*
Secondaire	*2,059*	*2,434*	*2,503*	*2,607*	*2,717*
Administration	*39*	*39*	*40*	*41*	*42*
Programme IV: Accessibilité financière	**10,064**	**9,156**	**12,687**	**13,045**	**13,421**
Primaire	*4,159*	*3,602*	*5,025*	*5,156*	*5,294*
Secondaire	*5,874*	*5,523*	*7,632*	*7,858*	*8,097*
Administration	*31*	*31*	*31*	*31*	*31*
Programme V: Qualité & demande de services dans la lutte contre les maladies	**5,255**	**6,038**	**6,739**	**6,883**	**7,036**
Primaire	*3,649*	*4,411*	*5,064*	*5,204*	*5,352*
Secondaire	*986*	*1,006*	*1,055*	*1,059*	*1,063*
Administration	*620*	*620*	*620*	*620*	*620*
Programme VI: Renforcement des hôpitaux nationaux de référence & centres spécialisés de traitement	**7,017**	**7,097**	**7,178**	**7,262**	**7,348**

PROGRAMME	2005	2006	2007	2008	2009
Tertiaire	*6,431*	*6,511*	*6,592*	*6,676*	*6,762*
Administration	*586*	*586*	*586*	*586*	*586*
Programme VII: Renforcement de la capacité institutionnelle	**1,531**	**1,534**	**1,543**	**1,548**	**1,553**
Primaire	*18*	*22*	*31*	*35*	*40*
Secondaire	*55*	*55*	*54*	*55*	*56*
Administration	*1,458*	*1,458*	*1,458*	*1,458*	*1,458*
TOTAL COUTS PREVUS	**72,895**	**85,396**	**99,164**	**101,099**	**103,269**
USD$ par habitant	**$13.6**	**$15.1**	**$16.5**	**$15.9**	**$15.3**

Le PSSS prévoit une augmentation des dépenses nominales du secteur de la santé de 72.895 millions de Frw ($13,6 par habitant) en 2005 à 103.269 millions de FRW ($15,3 par habitant) en 2009. Bien que ces exigences de financements soient élevées, les ODM ne seront pas atteints à moins que ces ressources ne soient mobilisées conformément à ces allocations des programmes. Les allocations des ressources par niveau reflètent la priorité à donner aux soins de santé primaires[28].

Tableau V.2 Projections des Coûts Financiers du PSSS pour la période 2005 – 2009 (FRW x 1 million)

CATEGORIE	2005	2006	2007	2008	2009	Total
Total Coûts prévus récurrents	**65,963**	**78,141**	**90,642**	**92,447**	**94,480**	**421,674**
notamment						
Salaires, Primes & Indemnités	*7,603*	*7,930*	*8,443*	*8,708*	*8,985*	*41,669*
Médicaments, Vaccins & Consommables	*38,778*	*50,545*	*58,096*	*59,017*	*60,122*	*266,558*
Subsides d'Assurances pour les Médicaments et les Services	*10,033*	*9,125*	*12,656*	*13,014*	*13,390*	*58,219*
Autres Dépenses Récurrentes	*9,549*	*10,541*	*11,447*	*11,708*	*11,983*	*55,228*
Total Coûts d'Investissement prévus	**6,931**	**7,255**	**8,522**	**8,652**	**8,789**	**40,149**
notamment						
Construction, Réhabilitation & Equipement	*4,227*	*4,349*	*5,545*	*5,646*	*5,752*	*25,519*
Formation de base	*567*	*594*	*608*	*613*	*618*	*3,000*
Autres Coûts d'Investissement	*2,137*	*2,312*	*2,368*	*2,393*	*2,419*	*11,630*
TOTAL COURS PREVUS	**72,895**	**85,396**	**99,164**	**101,099**	**103,269**	**461,823**

Le Tableau V.2 montre que le coût total de la mise en oeuvre du PSSS s'élève à 461.823 millions de FRW, dont 421.674 millions de FRW de coûts récurrents et 40.149 millions de FRW de coûts d'investissement. Il est bien entendu que les médicaments, les vaccins et les consommables représentent la catégorie où les coûts sont le plus élevés, et dont les projections prévoient une augmentation allant de 38.778 millions de FRW en 2005 à 60.122 millions FRW en 2009. La plus grande partie de ce coût est consacré au traitement combiné aux anti-rétroviraux pour les maladies du SIDA.

V.2 Financement du PSSS

V.2.1 Introduction

Le cadre de financement fait partie intégrante du PSSS car il montre à quelle hauteur le coût projeté sera financé et la provenance des financements. Le financement du secteur de la santé est complexe à cause du très grand nombre des différents acteurs intervenant dans ce secteur et des différents types de financements. Une analyse détaillée des flux de financiers dans le secteur de la santé au Rwanda a documenté le PSSS en donnant une image complète de la comptabilité de toutes les dépenses relatives à la santé en ce qui concerne leur origine, destination, et objet.

Le cadre de financement considère les fonds provenant de trois grandes catégories de sources de financement dans le secteur de la santé. Ces sources sont notamment les fonds publics, les fonds privés et les fonds provenant de l'extérieur du pays (le reste du monde). Au Rwanda, les sources publiques comprennent uniquement les recettes du gouvernement central bien que dans les années à venir les recettes gouvernementales régionales financeront également les services de santé. Les sources financières privées peuvent être divisées en fonds provenant des établissements parastataux, les fonds provenant des employeurs privés et les ménages privés.

Le flux des fonds provenant des ces sources de financements en faveur d'un certain nombre de prestataires de soins de santé, classés selon leur catégorie: hôpitaux nationaux de référence, hôpital neuropsychiatrique, hôpitaux de districts de santé, cabinets médicaux privés, centres de santé (publics et subventionnés), banques de sang, pharmaciens, prestation et administration des programmes de santé publique, et administration et assurance maladie en général.

Comme pour le cadre d'évaluation des coûts, le PSSS n'inclue pas les projections des financements pour les médecins privés et curateurs traditionnels dans le secteur de la santé. Le cadre d'évaluation des coûts et des financements considère uniquement les fonds accordés aux secteurs publiés et 'agréés' sans but lucratif qui reçoivent des subventions du Gouvernement et provenant des trois sources de financement précitées.

V.2.2 Projection de Financement

Le cadre de financement, exposé dans le tableau V.3, donne un scénario non-contraignant ou 'optimiste' pour les ressources projetées disponibles pour financer le PSSS. Il montre les sources potentielles des fonds disponibles et les déficits de financements par rapport au total des coûts projetés. Le scénario non-contraignant est considéré comme réaliste et fait un certain nombre d'hypothèses clés, esquissées dans les notes qui suivent le tableau.

Alternativement, un scénario contraignant a été élaboré et présenté en Annexe I. Ce scénario utilise les hypothèses les moins optimistes pour calculer le montant total des fonds provenant du Gouvernement, des bailleurs de fonds et des sources privées.

Suite à l'incertitude concernant la mobilisation des financements, surtout ceux provenant des bailleurs de fonds, ces chiffres sont donnés uniquement à titre indicatif. En outre, on ne sait pas encore très bien l'importance de la contribution que les projets des bailleurs de fonds / ONG apporteront réellement au PSSS. Bien que nous espérons que tous les bailleurs de fonds adhéreront au PSSS, nous ne savons pas encore dans quelle mesure ils financeront directement les priorités du PSSS compte tenu de la nature autonome des projets. Cependant, étant donné que les financements provenant des bailleurs de fonds sont harmonisés au sein du processus SWAp, soit à travers une meilleure élaboration des projets ou un appui budgétaire plus accru, le niveau auquel les financements des bailleurs de fonds compensera le coût du PSSS sera plus élevé.

Il faut noter que les chiffres globaux dans le tableau V.3 vont probablement cacher les disparités dans les allocations des ressources entre les différents programmes. Même si le total des financements disponibles correspond au total des projections des coûts, il est peu probable que l'allocation des ressources soit parfaite. Les déficits de financement existeront au niveau de la programmation et il faudra les résorber à mesure que le processus SWAp progresse à travers une analyse améliorée des financements en provenance de l'extérieur et du Gouvernement. Dans la situation actuelle, où la vaste majorité des financements dans le secteur de la santé sont destinés aux programmes de lutte contre le VIH/SIDA, la nécessité d'effectuer une allocation des ressources mieux ciblée afin d'améliorer le fonctionnement du système sanitaire dans son ensemble constitue la plus haute priorité.

Tableau V.3 Scénario non contraignant de financement du PSSS (FRW x 1 million)

Ressources Projetées du PSSS	2005	%	2006	%	2007	%	2008	%	2009	%
1. CDMT Gouvernement	**12,952**	**15**	**15,551**	**17**	**18,737**	**20**	**23,403**	**24**	**28,045**	**26**
MINISANTE	9,792		11,922		14,506		18,315		22,105	
Région Sanitaire Provinciale	2,153		2,602		3,183		4,019		4,850	
Autres Dépenses Sanitaires Gouv	1,007		1,027		1,048		1,068		1,090	
2. Sources de Dépenses Privées	**8,710**	**10**	**9,144**	**10**	**9,600**	**10**	**10,081**	**10**	**10,588**	**10**
Ménages Privés	7,264		7,618		7,990		8,381		8,792	
Employés Privés	867		929		996		1,068		1,145	
Parastataux	579		596		614		633		652	
3. Bailleurs de Fonds	**66,078**	**75**	**66,582**	**73**	**63,861**	**69**	**65,847**	**66**	**67,933**	**64**
Total Ressources Disponibles	**87,740**		**91,277**		**92,198**		**99,331**		**106,566**	
Total Coût Projetés	**72,895**		**85,396**		**99,164**		**101,099**		**103,269**	
Déficit de Financement	**14,845**		**5,881**		**-6,965**		**-1,768**		**3,297**	

Notes:

1. *Le PIB Réel augmentera de 6% pendant la durée du PSSS.*
2. *Les dépenses du Gouvernement dans le domaine de la santé par rapport aux dépenses totales du Gouvernement augmentera de 7.7% en 2005 à 12% en 2009.*
3. *Tous les fonds provenant des bailleurs de fonds serviront à financer le PSSS.*
4. *Les dépenses des employés privés en rapport avec la santé augmenteront de 8% par an.*
5. *L'inflation augmentera de 4% par an en moyenne.*

6. *Les projections des bailleurs de fonds sont basées sur les données collectées au cours d'une étude des organisations des bailleurs de fonds.*
7. *Les financements provenant des organisations gérées par des confessions religieux ne sont pas disponibles bien jugés considérables au Rwanda.*
8. *Les autres dépenses gouvernementales dans le domaine de la santé comprennent les sommes d'argent dépensés par d'autres Ministères pour payer les services de santé à travers RAMA et la Caisse Sociale du Rwanda.*
9. *Les dépenses des ménages privés sont effectuées soit directement en payant de leur poche soit à travers les mutuelles de santé, RAMA ou la Caisse Sociale du Rwanda.*

V.3 Aperçu Financier

Pour réussir la mise en oeuvre du PSSS, il faut disposer de ressources disponibles suffisantes pour financer le coût proposé du plan. Le tableau V.4 donne un aperçu financier, montrant les coûts projetés, les ressources disponibles, et le déficit de financement qui en résulte. Il montre que les ressources seront suffisantes en 2005 et en 2006 pour couvrir les coûts estimés de mise en œuvre du plan. Pour les années 2007 et 2008, il y a un déficit de financement et il faudra mobiliser des fonds supplémentaires pour financer le plan stratégique.

Table V.4 Aperçu Financier du PSSS (FRW x 1 million)

CATEGORIE	2005	2006	2007	2008	2009
Coût Projeté	**72,895**	**85,396**	**99,164**	**101,099**	**103,269**
Récurrent	65,963	78,141	90,642	92,447	94,480
Capital	6,931	7,255	8,522	8,652	8,789
Ressources Disponibles	**87,740**	**91,277**	**92,198**	**99,331**	**106,566**
CDMT Gouvernement	12,952	15,551	18,737	23,403	28,045
dont Recettes Intérieures	*9,973*	*11,975*	*14,427*	*18,020*	*21,594*
dont Appui Budgétaire	*2,979*	*3,577*	*4,309*	*5,383*	*6,450*
Sources Privées	8,710	9,144	9,600	10,081	10,588
Projets Bailleurs de fonds	66,078	66,582	63,861	65,847	67,933
Déficit de Financement	**14,845**	**5,881**	**-6,965**	**-1,768**	**3,297**

Note: *Un déficit de financement négatif signifie que les ressources disponibles sont insuffisantes pour couvrir le coût projeté.*

VI. MONITORING ET EVALUATION DU SECTEUR SANITAIRE

VI.1 Mécanismes de Monitoring et de Revue

Le cadre de monitoring, de revue et d'évaluation fait partie intégrante du PSS dans la mesure où il sert de base pour mesurer les progrès réalisés par rapport aux objectifs à la fois pendant et après la période de sa mise en œuvre. Il résout la question de la nécessité de rendre compte et constitue la garantie que les décideurs sont suffisamment informés pour pouvoir réfléchir et analyser les performances afin de tenir compte des leçons apprises lors de l'élaboration de futurs plans stratégiques. Etant donné que les partenaires utilisent de plus en plus les indicateurs de performance dans le secteur de la santé pour mesurer le rendement des capitaux investis, l'exigence de mettre en place des mécanismes solides de monitoring, de revue et d'évaluation devient d'autant plus impérieuse.

Une liste consensuelle d'indicateurs annuels et périodiques a été élaborée en collaboration avec les partenaires en développement et sera utilisée pour faire le suivi des performances dans ce secteur aussi bien au niveau national qu'à celui du district de santé. Les districts de santé seront encouragés à définir de manière plus précise leur propre liste d'indicateurs SMART[29], en utilisant le même cadre présenté dans le PSSS compte tenu du fait que les besoins d'information diffèrent à différents niveaux du système.

La série d'indicateurs définis dans la section VI.3 est une sélection des indicateurs les plus importants pour mesurer le PSSS, en intégrant également dans le cadre les indicateurs de la stratégie de réduction de la pauvreté. Il inclut quelques-uns des indicateurs les plis importants spécifiés dans les 'logframes', dont le but est de mesurer les progrès vers la réalisation des résultats directs. Une telle série d'indicateurs ne peut pas mesurer tous les aspects de la prestation de services et d'appui dans un secteur aussi complexe. A la place, des indicateurs fondamentaux ont été choisis pour couvrir les principaux domaines du secteur de la santé au motif qu'ils sont valides, fiables, spécifiques, sensibles, abordables, et faisables.

Les principales sources de données pour le monitoring, la revue et l'évaluation du secteur sanitaire sont: système de gestion des informations sanitaires, systèmes de surveillance des sites sentinelles, études des ménages (DHS, MICS, CWIQ), enquêtes sur les infrastructures sanitaires, rapports de supervision, études spécialement commanditées, fiches sanitaires des citoyens, et les fiches de programme des maladies. Le HMIS est une composante intégrale du système global de monitoring, de revue et d'évaluation et son renforcement est considéré comme une priorité dans le plan stratégique.

VI.2 Revue Conjointe du Secteur de la Santé

La revue des performances dans le secteur de la santé sera effectuée chaque année, sous la conduite du Ministère de la Santé, dans le cadre de la revue conjointe du secteur de la santé. Les partenaires internes et externes dans ce secteur prendront part à cette réunion de revue, se serviront des indicateurs de performance annuels et périodiques ainsi que des rapport de monitoring du CDMT/ MTEF comme base de leur évaluation.

L'objectif principal de la revue conjointe annuelle du secteur de la santé est de:

- Documenter les futures plans et stratégies ;

- Harmoniser les revues annuelles des partenaires en développement et ainsi réduire les coûts des transactions des multiples missions extérieures ;
- Résoudre les problèmes et les questions de coordination de l'aide.

VI.3 Indicateurs de Performance du Secteur de la Santé

INDICATEUR	CE QU'IL MESURE	MOYENS DE VERIFICATION	FREQUENCE	REFERENCE	OBJECTIF 2010
NIVEAU NATIONAL					
INDICATEURS DE CONTRIBUTION					
% du budget du GR alloué au secteur de la santé (MINISANTE et provinces)	Contribution du Gouvernement dans le secteur de la santé	Loi de Finances	Annuelle	6.1%	12%
Allocations totales au secteur de la santé par habitant en $USD	Efficacité des mécanismes de financement dans le secteur de la santé	Comptabilité Nationale dans le secteur de la Santé ; Revue des Dépenses Publiques	2 ans	$8.25	$16
Exécution du budget de la Santé comme proportion du budget total exécuté	Efficacité des dépenses du Gouvernement et capacité d'absorption	Rapport d'Exécution du budget annuel du Ministère de Finances	Annuelle	6.2%	12%
% du budget du MINISANTE transféré aux provinces comme dotations gouvernementales conditionnelles	Décentralisation dans le système de santé publique	Loi de Finances	Annuelle	0%	
Proportion des professionnels de la santé (docteur et infirmier/ère) par rapport à la population par province	Disponibilité des professionnels de la santé dans le système de santé publique	Rapport annuel du Ministère de la Santé	Annuelle	1 / 50,000 1 / 3,900	1 / 37,000 1 / 3,900
INDICATEURS DE RENDEMENT					
Moyenne des malades en consultation externe par habitant et par an	Utilisation des services de santé publique	Rapport annuel HMIS	Annual	0.33	0.50
% des cas de TB testés positives sont détectés et enregistrés sous DOTS chaque année	Efficacité des mesures de détection	Rapport annuel PNILT	Annuelle	45%	70%
% des enfants de 6 à 59 mois qui reçoivent une dose de vitamine A dans les six derniers mois	La couverture réalisée à travers le programme nationale de supplémentation de la vitamine A effort	Enquêtes des ménages (DHS); Programme Elargi de Vaccination	Annuelle	69 %	85 %
% des infrastructures sanitaires ayant au moins les normes minimales de personnel par niveau	Capacité humaine dans les infrastructures de santé	Système GESPER	Annuelle	30%	50%

INDICATEUR	CE QU'IL MESURE	MOYENS DE VERIFICATION	FREQUENCE	REFERENCE	OBJECTIF 2010
INDICATEURS DE RENDEMENT					
Proportion des cas de TB enregistrés sous DOTS dans une période donnée (p.ex. une année) qui sont traits avec succès (guéris comme le confirme le résultat négatif du dernier test)	Succès de DOTS contre la TB	PNILT annual report	Annuelle	58 %	85 %
Proportion des naissances sous la supervision d'un personnel médical compétent	Importance de l'utilisation des services d'accouchement par les femmes	HMIS; Household Surveys (DHS)	Annuelle	31%	60%
Proportion des femmes enceintes qui reçoivent au moins trios consultations prénatales (CPN/ANC)	Utilisation des services prénatals	HMIS; Household Surveys (DHS, MICS)	Annuelle	43.5%	65%
Proportion des jeunes (15-19) déclarant utiliser le préservatif dans leurs rapports sexuels les plus récents avant le mariage	Utilisation des méthodes de contraception	Enquêtes des Ménages (DHS)	4 ans	0.3%	10%
Proportion de la population couverte par les mutuelles (plans d'assurance communautaire)	Mesure de protection financière de la population	Secrétaire Exécutif des Mutuelles	Annuelle	12%	50%
Proportion des enfants de moins de cinq ans qui dorment dans des moustiquaires imprégnés	Mesure de la prévention de la malaria	Etudes sur les sites sentinelles; Enquêtes sur les Ménages (DHS, MICS)	Annuelle	18%	70%
Proportion des femmes enceintes recevant un traitement préventif intermittent ou une prophylaxie contre la malaria, conformément à la politique nationale	Couverture de IPT parmi les femmes enceintes	Etudes sur les sites sentinelles; Enquêtes sur les Ménages (DHS, MICS); HMIS	Annuelle	0%	65%
Proportion des enfants qui ont reçu trios doses de DTP avant l'âge d'un an	La capacité du système sanitaire à donner une série de vaccines. Il indique la continuité de l'utilisation des services de vaccination	HMIS	Annuelle	86 %	90 %
Proportion des enfants entièrement vaccinés	Succès du programme de vaccination à appliquer tous les vaccins recommandés	HMIS; Enquêtes sur les Ménages (DHS, MICS)	Annuelle	78%	> 85 %

INDICATEUR	CE QU'IL MESURE	MOYENS DE VERIFICATION	FREQUENCE	REFERENCE	OBJECTIF 2010
Taux de prévalence du VIH chez les 15-49 ans	Ampleur de la pandémie du VIH au sein de la population	Etude des Sites Sentinelles; Enquêtes sur les Ménages (DHS)	Annuelle	5.2%	< 5.2%
INDICATEURS D'IMPACT					
Taux de mortalité infantile	Décès dus aux malformations génétiques et structurelles, complications au moment de l'accouchement et ceux qui sont associés aux conditions externes	Enquêtes sur les Ménages (DHS)	4 ans	107 / 1000	61 / 1000
Taux de mortalité pour les moins de cinq ans	Le risque de décès pendant la petite enfance et chez les jeunes enfants reflète les conditions sociales, économiques et environnementales dans lesquels les enfants vivent	Enquêtes sur les Ménages (DHS)	4 ans	196 / 1000	110 / 1000
Taux de mortalité maternelle	Santé globale de la population, la situation des femmes dans la société, et le fonctionnement du système de santé	Enquêtes sur les Ménages (DHS)	4 ans	1071 / 100,000	600 / 100,000
Prévalence de l'insuffisance pondérale (poids pour âge < 2 Z-scores) chez les moins de cinq ans	Malnutrition et plus généralement la santé et le risqué nutritionnel au sein de la population	Enquêtes sur les Ménages (DHS, MICS)	4 ans	24.3%	18%

Notes:

Rendement *fait référence aux ressources humaines et financières, aux infrastructures physiques, aux équipements, aux conseils cliniques, et aux politiques opérationnelles qui sont les principaux éléments des programmes de santé et qui permettent la prestation des services de santé.*

Résultats directs *fait référence aux résultats de ces efforts au niveau du programme. Bien que les administrateurs des programmes de santé s'intéressent aux tendances nationales et sous nationales de la morbidité infantile, de la nutrition, de la mortalité, ils ont tendance à limiter le monitoring et l'évaluation des leurs propres activités aux mesures basés sur le programme, spécialement les mesures des résultats directs.*

Résultats induits *fait référence aux changements mesurés au niveau de la population au sein de la population cible du programme, dont une partie ou l'ensemble de ces changements peut être le résultat d'un programme ou d'une intervention donnée. Les résultats induits font référence aux connaissances, comportements et pratiques spécifiques de la part de l'audience visée qui sont clairement liées au programme, dont il est raisonnablement possible de s'attendre à ce qu'elles changent sur le court et moyen terme, et qui contribuent à la réalisation des objectifs à long terme visés par le programme.*

Impact *fait référence aux résultats ultimes anticipés du programme– par exemple, l'amélioration de la situation nutritionnelle des enfants, et la réduction de la morbidité et de la mortalité infantiles.*

ANNEXES

I. Coûts détaillés et projections financières

Tableau A1. Contraintes du scenarion de financement du PSSS (FRW x 1 million)

Projections des ressources PSSS	2005	%	2006	%	2007	%	2008	%	2009	%
1. MTEF du gouvernement	**12,816**	**15**	**14,690**	**16**	**16,694**	**19**	**19,062**	**20**	**21,782**	**22**
MINISANTÉ	9,680		11,215		12,831		14,756		16,969	
Bureau de santé provinciale	2,129		2,448		2,815		3,238		3,723	
Autres dépenses gouvernementales en matière de santé	1,007		1,027		1,048		1,068		1,090	
2. Dépenses d'origine privée	**8,652**	**10**	**9,074**	**10**	**9,518**	**11**	**9,985**	**11**	**10,476**	**10**
Ménages privés	7,264		7,618		7,990		8,381		8,792	
Employés privés	809		860		914		971		1,033	
Entreprises/organisations Parastatales	579		596		614		633		652	
3. Donateurs	**66,078**	**75**	**66,582**	**74**	**63,861**	**71**	**65,847**	**69**	**67,933**	**68**
Total des Ressources disponibles	**87,545**		**90,346**		**90,073**		**94,894**		**100,191**	
Estimations totale des coûts	**72,895**		**85,396**		**99,164**		**101,099**		**103,269**	
Déficit de financement	**14,651**		**4,950**		**-9,091**		**-6,205**		**-3,078**	

ENDNOTES

[1] Recensement de la population nationale 2002
[2] Estimations de la Banque Mondiale, 2004
[3] Etude sur les conditions de vie 2000, Ministère des Finances et de la Planification Economique
[4] Loi sur les finances 2002 et 2004, Gouvernement du Rwanda
[5] Etude Démographique 2000, Ministère de la Santé
[6] Etude sur la sanré démographique 2000, Ministère de la Santé
[7] Basée sur des calculs dérivé d'une enquête en grappe à indicateur multiple 2000, UNICEF
[8] Système de gestion de l'information en matière de santé
[9] Rapport 2004 sur la pandémie globale du SIDA
[10] Eléments repris de l'étude VIH sentinelle sur site de 2003, Ministère de la santé
[11] Programme National de Lutte contre la Tuberculose
[12] Département Soins de santé, Ministère de la santé
[13] Etudes sur les conditions de vie des ménages 2000, Ministère des Finances et de la Planification Economique
[14] Calculé par le système de gestion du personnel de santé
[15] Calculé par le système de gestion du personnel de santé et le recensement de la département infirmière
[16] Rapport de la situation nationale, Santé et pauvreté, Ministère de la santé et Banque Mondiale
[17] Système d'information de gestion de la santé
[18] Eléments repris de l'étude VIH sentiennelle sur site de 2003, Ministère de la santé
[19] Basé sur les calculs dérivés de l'enquête en grappe à indicateur multiple 2000, UNICEF
[20] Programme national de lutte contre la tuberculose
[21] Programme national de lutte contre la tuberculose
[22] Enquête démographique sur la santé 2000, Ministère de la santé
[23] Enquête démographique sur la santé 2000, Ministère de la santé
[24] Enquête démographique sur la santé 2000, Ministère de la santé
[25] Basé sur les calculs dérivés de l'enquête en grappe à indicateur multiple 2000, UNICEF
[26] Un Protocole d'Accord a été élaboré et il est en cours de présentation aux partenaires pour révision et adoption finale
[27] L'outil de 'Budgétisation Marginale pour les goulots d'étranglement a été élaboré en collaboration avec l'OMS, la Banque Mondiale et l'UNICEF
[28] Le premier niveau fait référence aux centres de santé, aux activités de stratégie avancée et communautaires; le niveau secondaire fait référence à la prestation des services au niveau des hôpitaux de district; le niveau tertiaire fait référence aux hôpitaux nationaux de référence (CHUK, CHUB, King Faycal Hospital et Ndera Mental Health Hospital); et le niveau de l'administration fait référence aux activités administratives au sein du MINISANTE, la région sanitaire provinciale, et le district de santé.
[29] SMART veut dire spécifique, mesurable, atteignable, adéquate et au moment opportun