

## **PARTIE III : L'expérience rwandaise**

### **Chapitre V Le système de santé au Rwanda ..... 101**

V.1 La réforme du système de santé.....	101
V.2 Les performances du système de santé rwandais en situation post-critique (1997-2000) .	110
V.3 Quelles ressources financières pour un système de santé en reconstruction ?.....	123
V.4 Le système d'information sanitaire: un outil essentiel pour le suivi des activités et le développement d'une méthodologie critique d'intervention .....	145
V.4.1 Description du SIS Rwanda .....	145
V.4.2 Utilisation des données de routine .....	148
V.5 Les principaux résultats.....	158

### **Chapitre VI Santé publique et processus de paix : de l'expérience rwandaise à la situation au niveau international ..... 160**

VI.1 Quels rôles peuvent jouer les professionnels de santé dans les processus de paix ? .....	160
VI.2 Principaux résultats .....	177

### **Chapitre V Le système de santé au Rwanda**

#### **Objectif :**

**Dégager des arguments en faveur de la mise en place d'une politique de santé basée sur la district sanitaire dans une situation post-critique.**

#### ***V.1 La réforme du système de santé***

Depuis les années 80, le gouvernement du Rwanda a adhéré à la stratégie des soins de santé primaires telle que définie à Alma Ata. Dans la suite, à la lumière des décisions prises lors de la 35<sup>ème</sup> Session du Comité Régional de l'OMS tenu à Lusaka en 1985, relatives à l'organisation du système de santé basée sur le district, le Rwanda a entamé des réflexions sur les stratégies de gestion décentralisée de son système de santé.

Déjà en 1985, un arrêté présidentiel crée et définit l'organisation des secteurs médicaux qui sont des entités sanitaires décentralisées au niveau des préfectures administratives. Ces secteurs médicaux qui deviendront dans la suite les régions sanitaires actuelles, ont déjà un certain degré

de décentralisation dans la gestion des ressources financières et logistiques, le médecin directeur de la région sanitaire étant un sous gestionnaire du budget ordinaire du gouvernement. A cet époque la décentralisation dans la gestion des programmes de santé reste encore embryonnaire, se rapprochant d'ailleurs plus d'une « déconcentration » que d'une décentralisation réelle. De plus, les coordinateurs des programmes verticaux opéraient et coordonnaient les interventions sanitaires dans les structures de santé périphériques de base. Il n'y avait que très peu d'intégration des activités sanitaires entre elles. La région sanitaire souffrait de sa taille et du manque de relais entre, d'une part, les dispensaires et les hôpitaux – réels outils opérationnels pour la prestation des services – et, d'autre part, le niveau intermédiaire, fonctionnant comme une réplique plus ou moins conforme du niveau central avec ses services administratifs et ses programmes verticaux. Des réflexions ont alors été entamées à partir de 1993 pour définir les éléments d'un niveau du système de santé qui serait apte à mieux jouer le rôle d'unité décentralisée. Quelques expériences pilotes ont ensuite été menées avec l'appui de la Coopération belge (Gisenyi, Kabgayi [Gitarama], Mibirizi [Cyangugu]). Parallèlement, des discussions ont été entamées avec les responsables du Front Patriotique Rwandais (FPR) devant aboutir à la prise de responsabilité par ce dernier du Ministère de la Santé au terme des accords d'Arusha. Dans ces discussions, la notion de district de santé était déjà évoquée comme pilier d'une nouvelle politique de santé au Rwanda.

En ce qui concerne le recouvrement des coûts, avec la crise économique des années 80, la gratuité des soins qui était en place à l'époque devient difficile à maintenir dans ce contexte de diminution des ressources financières de l'Etat. Pour faire face à cette situation, selon des stratégies largement appliquées au niveau international (Creese & Kutzin, 1997), le gouvernement recourt à la participation communautaire pour, entre autre, le financement des services de santé, et met l'accent sur l'approvisionnement en médicaments (stratégie connue sous le nom de « initiative de Bamako »). Pour opérationnaliser cette stratégie, le gouvernement met en place un Programme d'Accélération des Soins de Santé Primaires dont l'objectif global est de réduire de façon significative le taux de morbidité et de mortalité de la population rwandaise en renforçant le système de santé grâce à une gestion décentralisée des services de santé et à une participation de la communauté au financement des soins de santé. Le programme a connu une extension telle qu'à la veille du génocide environ 68% des centres de santé publics étaient couverts par le programme et a contribué à l'amélioration de la disponibilité et de l'accessibilité des médicaments essentiels. En 1992, l'autonomie de gestion des centres de santé est concrétisée par une instruction ministérielle du Ministre de l'Intérieur.

Cependant, aucune de ces initiatives de réforme du système de santé dans le domaine de la décentralisation, de la participation communautaire dans le financement du secteur, dans

l'autonomie de gestion des formations sanitaires n'a réellement fait l'objet d'une intégration au sein d'une politique claire en matière de santé avant le lendemain de la guerre et du génocide de 1994.

Au Rwanda, les événements tragiques qui se sont déroulés en 1994 ont abouti à la mise en place d'une aide humanitaire massive au profit des populations locales et réfugiées principalement dans l'est du Congo et en Tanzanie. Le montant global de cette dernière estimé et effectivement arrivé au Rwanda s'est élevé – tous secteurs confondus - à 61 USD par habitant par an entre 1994 et 1997 (United Nations, 2001).

Après les événements de 1994 ayant entraîné la destruction presque totale des infrastructures sanitaire ainsi qu'un démantèlement complet du système de santé, les autorités du Ministère de la Santé ont décidé qu'une réforme du secteur public de la santé pouvait être entreprise dès 1995. Les principales orientations de cette réforme ont été :

- la conception et la mise en œuvre d'un système de santé équitable, intégré, basé sur les soins de santé primaires prestés à travers un réseau de districts de santé,
- la décentralisation,
- l'amélioration quantitative et qualitative de l'accessibilité géographique et financière,
- le renforcement de la participation de la population en terme financier, gestionnaire et de prise de décision
- l'intégration progressive du secteur privé lucratif dans le système de santé.

(Porignon *et al*, 2001)

Au lendemain de la guerre et du génocide, le Ministère de la santé avec l'appui de l'Organisation Mondiale de la Santé a donc formulé une « Politique nationale en matière de santé », publiée en février 1995 pour orienter la reconstruction d'un système de santé qui était alors complètement désintégré (Ministère de la Santé, 1995). La nouvelle politique a été adoptée par le gouvernement d'union nationale en Mars 1996.

L'objectif général de cette politique était de contribuer au bien-être de la population en assurant des services de qualité, acceptables et accessibles à la grande majorité de la population avec son entière participation.

# RWANDA



La mise en œuvre de cette politique est basée sur les stratégies de soins de santé primaires à travers les huit composantes fondamentales (WHO, 1978), la décentralisation du système de santé basé sur le district sanitaire comme unité de base opérationnelle du système, la participation communautaire à la gestion et au financement des services de santé. Plusieurs autres stratégies ont été mises en œuvre en vue d'atteindre l'objectif général de la politique, à savoir:

- ✓ Le développement des ressources humaines par le recyclage du personnel en place et la création des filières de formation en santé qui n'existaient pas alors,
- ✓ L'organisation de l'approvisionnement en médicaments à travers une centrale d'achat des médicaments essentiels,
- ✓ Le renforcement du système d'information sanitaire pour disponibiliser des informations fiables pour la gestion des programmes de santé,
- ✓ Le rapprochement avec les services de santé privés
- ✓ La collaboration intersectorielle,...

Cette réforme fut mise en œuvre à la fois pour tenter de combler les carences du précédent système de santé basé sur les centres de santé et les régions sanitaires ainsi que sur les programmes verticaux mais surtout pour définir un cadre qui permette de canaliser les efforts déployés par les ONG – majoritairement d'urgence – pour la prise en charge des victimes du génocide ou de la guerre et de la reconstruction du système de santé.

Comment cette réforme s'inscrit-elle dans la dynamique plus globale de la réforme des systèmes de santé dans les pays en développement ? Plusieurs auteurs ont apporté leur contribution à la réflexion sur les réformes des systèmes de santé en Afrique sub-saharienne (voir par exemple : Leighton, 1995 ; Macrae *et al*, 1996, McPake & Kutzin, 1997 ; Lanjaouw *et al*, 1999 ou Berman & Bossert, 2000). Les grands axes communément reconnus sont l'amélioration de la qualité des soins, le renforcement du secteur privé et la modification du rôle de l'Etat vers une implication moins grande dans la prestation des services, le renforcement de la participation financière de la population, la décentralisation,... Il n'entre pas dans le cadre du présent travail de détailler ces différents aspects. Les références mentionnées ci-dessus offre un cadre suffisamment étoffé auquel, le cas échéant, le lecteur pourra recourir.

Au Rwanda, quel fut le degré de mise en œuvre des grands axes de cette politique ?

Les paquets minimum et complémentaire d'activités ont été élaborés et mis en œuvre dans tous les districts de santé du pays. Ils ont permis la couverture effective de l'ensemble de la population en Soins de Santé Primaires (voir V.2 ci-dessous).

En se référant à la classification des différentes modalités de décentralisation selon Collins (1994), la mise en œuvre des districts de santé alliée à l'autonomie de gestion reconnue aux structures sanitaires en 1992 n'a pas permis de mettre en place une réelle décentralisation dans un premier temps du moins. Il s'est agi plutôt d'une dévolution partielle puisque dans une certaine mesure, les responsabilités, les ressources et l'autorité (c'est-à-dire le droit de décider, à travers les comités de gestion notamment) ont été transférés au niveau des districts, du moins pour la gestion des ressources humaines et financières propres. Toutefois, l'« œil » du niveau central restait présent à travers la rémunération des agents de l'Etat ou à travers les instructions venant du niveau central et relayées par le niveau intermédiaire. A partir de 2001, une décentralisation globale a été instaurée dont l'articulation se faisait provisoirement pour l'ensemble des secteurs autour du niveau intermédiaire à savoir la Préfecture (Ministère de l'Administration locale, 2000). Là encore, la forme se rapproche plus de la dévolution que de la réelle décentralisation.

Les aspects de participation ont été très fortement considérés par la mise en place d'organes de gestion au niveau des échelons périphérique et intermédiaire du système de santé : centre de santé, hôpital de district, district de santé, région sanitaire. Ces aspects sont développés au point V.2 ci-dessous. En ce qui concerne la participation financière, celle-ci était déjà en place au début des années 90. Après une interruption due à la guerre entre 1994 et 1996, elle fut réintroduite progressivement à partir de 1997 (voir section V.3 ci-dessous). La section V.3 envisage également la notion d'équité qui a sous-tendu, pour des raisons politico-ethniques évidentes, la réforme du système de santé au Rwanda. Il y est question de débours des utilisateurs, de partage du risque et de gestion des ressources gouvernementales.

Les autres axes de la nouvelle politique de santé ne seront que mentionnés. La gestion des ressources humaines a fait l'objet d'une attention particulière du Ministère de la Santé. La création d'une Division « Ressources humaines », la mise en place d'une base de données informatisée ainsi que l'élaboration, avec l'aide de l'Organisation mondiale de la Santé, d'un Plan de développement des ressources humaines (Makuza & Porignon, 2001) ont permis de rationaliser l'emploi et le recrutement au sein du Ministère de la Santé (voir section V.3).

Une Centrale d'achat en médicaments essentiels (CAMERWA) fut également mise en place avec l'appui de la Banque mondiale et de l'Union européenne. La CAMERWA est une association sans

but lucratif qui assure l'approvisionnement du secteur public. Elle vend ses médicaments aux pharmacies de district et à certains établissements sanitaires avec un bénéfice qui lui garantit une autonomie financière. Ses statuts et son mode de fonctionnement lui garantissent également une large autonomie de gestion notamment dans les achats et dans les prix à pratiquer. Le Conseil d'Administration comprend à part égale des représentants du Gouvernement, des bailleurs de fonds et des utilisateurs.

Le système d'information sanitaire a été complètement revu pour en faire un instrument global, cohérent et informatisé. Il fait l'objet de la section V.4 ci-dessous.

Le rapprochement avec les structures privées a été partiellement réalisé. Tout d'abord, traditionnellement, au Rwanda la contribution des structures sanitaires privées à but non lucratif au système de santé est importante puisqu'environ 40 % des établissements sanitaires (centres de santé et hôpitaux) appartiennent aux Eglises. Ces structures sont considérées comme intégrées au système public et sont gérées par le propriétaire en fonction d'une Convention cadre signée entre le Ministère de la Santé et les représentants des Eglises. Par exemple, une partie de leur personnel est payé par l'Etat, ils sont tenus d'appliquer les mêmes stratégies d'action que les structures publiques, ils bénéficient des formations organisées dans les districts, au niveau régional ou au niveau national, ils ont accès à la CAMERWA, ils remplissent les mêmes canevas pour le système d'information sanitaire,.... Par contre, les structures privées à but lucratif sont nettement moins intégrées dans le système de santé. Leur déploiement est théoriquement réglementé et contrôlé par une Division du Ministère de la Santé. Des tentatives de rapprochement ont été opérées : réunions de travail, séances d'informations, association à différentes initiatives de planification ou d'évaluation, étude (Hay, 1999),.... Ces initiatives sont restées sans suite concrète.

La collaboration intersectorielle est restée également trop timide. Les résultats les plus significatifs ont été obtenus par rapport à la prise en charge du SIDA dont les aspects techniques sont restés reliés au Ministère de la Santé et les aspects de prévention, de prise en charge ont été progressivement élargis aux Ministères concernés (Finances, Défense, Education,...) avec la mise en place d'un Comité national piloté par les plus hautes autorités du pays.

Dans le cadre de la mise en place de la nouvelle politique de santé, la coordination de l'aide est restée au centre des préoccupations. Bien que des efforts réels aient été fournis pour assurer une bonne cohérence des interventions, il n'a pas toujours été possible de pallier les différents problèmes habituellement relevés dans ce domaine. Encore une fois, il n'entre pas dans les objectifs de ce travail de faire le point sur cet aspect de manière générale. Certains auteurs se sont

penchés sur la question (voir par exemple : Buse & Walt, 1996; Buse & Walt, 1997; World Bank, 1998 ; Lanjouw *et al*, 1999; Walt *et al*, 1999 ; Pfeiffer, 2003). Dans le contexte rwandais, la plus grande difficulté a été de combiner les exigences de certains bailleurs de fonds (privatisation, réduction des dépenses des secteurs sociaux,...) avec les contraintes liées aux priorités sociales défendues par d'autres (équité,...).

De manière concrète, l'argumentation dans le présent chapitre portera sur 3 axes. Le premier est consacré à l'analyse des résultats de la mise en œuvre de la nouvelle politique de santé en général et de la mise en œuvre des districts de santé en particulier. Le second axe portera sur l'analyse plus précise du financement de la réforme ainsi que sur les mécanismes alternatifs mis en place pour compenser la chute prévisible et prévue des ressources extérieures une fois la situation d'urgence jugulée et le retour à une dynamique de développement. Enfin, le troisième axe présentera le système d'information sanitaire. En effet, ce dernier a joué un rôle essentiel dans la documentation des activités réalisées et dans l'argumentation en faveur de l'utilisation des données de routine.

L'analyse des performances se fera sur base d'indicateurs classiquement utilisés dans la littérature scientifique (Vaughan & Morrow, 1989; Kielmann *et al*, 1991 ; Husein *et al*, 1993 ; Amonoo Lartsen *et al*, 1994 ; World Health Organization 1996 ; World health Organization, 1998 ; Agiepong, 1999 ; World Health Organization, 1999).

Les valeurs chiffrées associées à ces indicateurs proviennent de données de routine ou de données d'enquêtes spécifiques réalisées dans le cadre du suivi des activités du Ministère de la Santé. Van Norren *et al* (1989) et plus récemment Lippeveld (2000) ont relevé la pertinence des données intermédiaires de routine. Ces dernières permettent de mesurer non pas l'impact en terme de réduction de la mortalité mais l'efficacité des services de santé en terme de prestations. Certains auteurs ont suggéré le lien entre efficacité des prestations et réduction de la mortalité (Husein *et al*, 1993). Il n'entre pas dans le cadre du présent travail d'approfondir ce sujet.

Par ailleurs certains indicateurs permettront de mettre en perspective les performances du système de santé rwandais en tenant compte d'indicateurs plus spécifiquement liés à la réforme du système de santé (McPake & Kutzin, 1997)

La liste des indicateurs utilisés se trouve ci dessous.

- 1 Taux de complétude des rapports mensuels (nombre de rapports reçus /attendus)
- 2 Taux de promptitude (Nombre de rapports reçus/attendus dans un délai précisé)
- 3 Couverture en infrastructures de 1<sup>ère</sup> ligne (nombre d'habitants par CS)
- 4 Couverture en hôpitaux de district (nombre d'habitants par HD)
- 5 Couverture en personnel médical (médecins /100 000 habitants)
- 6 Couverture en personnel paramédical (agents /100 000 habitants)
- 7 Couverture administrative sanitaire (population par district de santé)
- 8 Population par zone de rayonnement
- 9 Nombre de districts de santé pour lesquels les zones de rayonnement sont déterminées
- 10 Ratio de lit d'hôpitaux par 1000 habitants
- 11 Proportion des districts de santé prestant 80 % du PMA tel que défini par le Minisanté
- 12 Proportion des hôpitaux de DS prestant 80 % du PCA tel que défini par le Minisanté
- 13 Taux d'utilisation de la consultation curative
- 14 Proportion des nouveaux cas hospitalisés dans les CS
- 15 Proportion de décès parmi les patients hospitalisés dans les CS
- 16 Proportion des naissances assistées par du personnel médical formé
- 17 Couverture de la consultation prénatale (1<sup>er</sup> contact)
- 18 Proportion des femmes en âge de procréer utilisant une méthode contraceptive moderne
- 19 Proportion des femmes avec grossesses à haut risque détectées à la CPN
- 20 Ratio de mortalité maternelles dans les CS
- 21 Taux de mortalité néonatales dans les CS
- 22 Couverture vaccinale
- 23 Proportion de comités existant au niveau des DS, HD et CSI
- 24 Proportion de DS avec une pharmacie fonctionnelle
- 25 Proportion des CS pratiquant le recouvrement des coûts
- 26 Recette moyenne par nouveau cas
- 27 Allocation gouvernementale pour la santé (budget du Minisanté)
- 28 Part du produit intérieur brut alloué à la santé
- 29 Classification économique des dépenses récurrentes sur la santé
- 30 Part du budget récurrent affectée à la prestation des services dans les DS
- 31 Part des dépenses récurrentes sur budget national par habitant par an au niveau des DS
- 32 Part des dépenses récurrentes sur fonds d'aide extérieure par habitant par an au niveau des DS

NB : Les indicateurs 25 à 32 sont utilisés dans la section V.3.

## ***V.2 Les performances du système de santé rwandais en situation post-critique (1997-2000)***

Dans la situation du Rwanda à la fin des années 90, la question pouvait évidemment se poser de savoir si les choix des responsables du Ministère de la Santé avaient été les bons. En effet, très rapidement, comme rappelé ci-dessus, ces derniers ont pris l'option d'organiser un système basé sur les SSP et les districts de santé et de l'imposer de manière vigoureuse aux partenaires impliqués dans la reconstruction du système de santé dans le pays. Ceci, entre autre, afin de canaliser les efforts et éviter que chaque partenaire (et ils étaient plusieurs centaines au Rwanda à cette époque) n'organise les services de santé selon son propre agenda, mettant en péril la cohérence de l'ensemble du système.

Il serait difficile voire impossible de démontrer que ce choix a été meilleur que tel ou tel autre. Par contre, il est possible d'argumenter de résultats objectifs atteints à travers l'analyse d'indicateurs de fonctionnement. C'est pour tenter d'apporter des éléments de réponse à cette question que nous avons rédigé la présente section du travail. Il s'agit ici également d'une analyse des résultats des choix politiques opérés par les responsables du Ministère de la Santé en 1994 pour la reconstruction du système de santé dans le pays.

Cette section procède de la même démarche que celle adoptée dans la partie II pour l'analyse concernant le district de santé de Rutshuru. La différence est qu'ici nous nous situons au niveau d'un pays (et non plus d'un seul district) et dans la phase post-critique. Cette section contribue donc à l'argumentation en faveur de la seconde proposition secondaire relative à la pertinence de l'utilisation des districts de santé pour la reconstruction d'un système de santé en phase post-critique (voir partie I).

### **Health policy in post-crisis conditions: the workability of the health district system in Rwanda <sup>1</sup>**

#### ***Introduction***

*Health district systems are supposed to be implemented in a long-lasting development perspective. In crisis conditions, humanitarian aid is currently recognised as the best way of taking care of the*

---

<sup>1</sup> Article à soumettre pour publication

*population. The health district has been recently recognised as a useful tool in countries where it is already operational (Van Damme, 1995; Porignon et al, 1998). Nevertheless, it must provide evidence of its effectiveness and efficiency in countries in difficult circumstances where its implementation is not well in place.*

*Since 1979, Rwanda has supported the Declaration of Alma-Ata (WHO, 1978) which considers primary health care as a workable strategy for improving the health of the population. In the mid-eighties after the Lusaka and Harare Conferences, Rwanda joined other African nations in considering district based health system as a pillar on which countries can build their national health policy. Nonetheless, the terms of the national policy adopted in 1989 did not specifically identify the health district as an operational vehicle for comprehensive primary health care in the country. The Ministry of Health (MOH) authorities finally started to recognise the health district as a potential tool for implementing health services in Rwanda at the beginning of the 90s. Even then, it was only considered as a pilot strategy to be explored.*

*Just after the war of 1994, the previous health system was dismembered and 80 percent of its health professionals were killed or had fled the country (Eriksson, 1996). It was the occurrence of looking critically at a health sector reform that would be based on the previous commitments of the Rwandan Government and on recent views of the Ministry of Health (MOH). This ended in the elaboration of the National Health Policy in February 1995 (Ministry of Health, 1995). This document focused on the main strategies retained by the MOH to improve the health of the population in a context of decentralization with emphasis on equity concerns in crisis conditions.*

*The main tool retained to achieve the objectives of the 1995 National Health Policy is the strategy of PHC implemented through health districts shaped according to Rwandan realities. A couple of years after the implementation of this new health policy, it seemed relevant to evaluate the process in terms of activities and their relationships with resources allocated to the sector. Furthermore, it is necessary to stand back and look at the feasibility of implementing such a policy in post crisis conditions and to analyse its current strengths and weaknesses as well as its future opportunities.*

## **Material & Methods**

*Rwanda is a country in Central Africa with about 8 millions inhabitants, located between the Democratic Republic of Congo in the west, Uganda in the north, Tanzania in the east and Burundi*

*in the south. It is one of the poorest country in the developing world with a Gross National Product of 180 US dollars per inhabitant per year (World Bank, 1997).*

*In 1995, soon after the elaboration of the new National Health Policy, Rwanda was divided into 34 health districts. These were grouped in 10 health regions. Each district comprises of one district hospital and a network of health centres. The implementation of the districts was designed and operated on the basis of existing hospitals. The borders of the districts did not necessarily follow the administrative limits (commune). Regarding health districts, data was obtained from public and not-for-profit facilities. In 1997, the number of health district was put up to 39 and health regions to 11.*

*In 1995, the central level with the main responsibility to support the operational district level (normative role, supervision, control,...) was initially made up of 4 Directorates which are in turn composed of 26 Divisions and Programmes. In 1999, the Planning and Administration Directorate was split in two different ones.*

*In order to appreciate the functionality of the district from 1997 to 2000, we selected some indicators related to activities, efficiency and equity. These indicators were chosen for their expected ability to shape the implementation of health districts in Rwanda, two years after the adoption of the National Health Policy. Some of these indicators, mainly those related to basic curative and preventive activities, have been widely used for many years and are reported in relevant literature (Kielmann et al, 1991; Hussein et al, 1993, Lippeveld et al, 2000). Some others were collected from research tools elaborated by the World Health Organization (WHO, 1996; McPake & Kutzin, 1997).*

*We used several sources of information to carry out a « cross-sectional » survey of activities as well as of financial, material and human resources for 1997-2000. Firstly, for 1997, we asked all health districts and regions of the country to complete a form elaborated with the aim of gathering relevant information related to activities and resources. These forms collected from the health districts and regions brought together information from health centres and hospitals.*

*Secondly, for the 1998-2000 period, data were compiled from the newly implemented national health information system which produced monthly health district reports. We focused mainly our interest on primary level data because the national health information system did include only few data of activities from district hospitals. The results regarding completeness of reports, utilization and coverage of activities came only from health centre information.*

*As in other developing countries, a computerised programme (Gesis<sup>®</sup>, see Annex 1) for data input and analysis was installed in each district as well as in each health region and at the central level. Data were collected at the health centre level through standardized paper forms. Once the data has been entered at the peripheral level, a copy of the data was sent by diskette to the regional and central level for centralised record keeping. This flexible design permitted timely use of data at all levels of the health system, and different levels of analysis. Data could be used for locally appropriate management purposes, and as information was sent to the different levels of the health system, health districts or health care facilities could be compared to assess their performances (internal benchmarking). Using this comparative approach allowed authorities of the different levels as far as they were concerned to learn from each other, to solve problems together or to replicate successful strategies (Zairi & Leonard, 1994; Duran-Arenas, 1998).*

*Data covered all fields of activities carried out by health districts in Rwanda in accordance with the minimal packages of activities defined by the MOH. These activities were comprised of : curative and preventive care (immunization, antenatal care,...), management (finances, drugs, human resources,...) and community participation in terms of involvement in management committees and of financial participation.*

*Demographic information came out from data gathered at peripheral level by health or administrative authorities and from the 1996 Socio-Demographic Survey (Ministry of Finance and Economic Planning, 1997). MoH Authorities pointed out that local guess were higher only with 2.5% when compared with central estimates*

*All data were checked and compiled at the central level (Ministère de la Santé, 1997-2001). They were discussed with appropriate authorities and for some of them, they were re-checked in the field in order to assure their reliability.*

*The global methodology used in this paper is "policy analysis" based on the identification of results and constraints related to strategic choices or policy decision making (see Harrison, 2001 and Part I).*

*We focused on selected health districts to show how routine data could be useful with an "internal benchmarking" approach. Some of health centre data related to performances were aggregated at the district level and presented in star diagram (Chambers et al, 1983). These diagrams allow comparison of data on a location (transversal) as well as on a time basis (longitudinal). We*

*selected 9 or 10 indicators that were considered to reflect activities at the district level. The diagram permits an easy representation of the « performance » of a district according to its activities. We were therefore able to measure the variability of the performance of health districts in Rwanda and to make decision about most important strengths and weaknesses in each entity.*

## **Results**

*In 1997, Rwanda had 39 health districts in 11 Health Regions. These figures remained stable until 2000. For this survey, the mean completion rate ranged between 80 and 90 %, according to items and years. The delay for getting information from health facilities to central level was ranging from 2 to 3 months. It means that the MOH division in charge of health information was able to produce feedback at end of one quarter for the previous quarter of activities.*

*Let us first consider the health facilities coverage. According to reports from the Health Regions, there were 330 first and 28 second level health facilities in the 39 districts of the country at the end of 1997. Among all these facilities, 36.0% were not-for-profit private ones. Among the 330 first level health facilities in the country, 261 (79.1%) were registered as health centres. There were 30 health districts with a reference hospital (84.6%). Of this number, 28 (84.8%) were functional. So, at the end of the year, only 71.8% of the districts had a working reference hospital. By 2000, considering demographic growth, the coverage remained stable with 347 first level facilities and 32 district hospitals. More than 35 % of these facilities were church related not-for-profit private ones.*

*Lack of human resources was probably the most important challenge the health system had to face. There were 30 (76.9%) medical doctors working as District Medical Officers in the 39 health districts in 1997. In 2000, this figure raised up to 34. In the 39 health districts, there were around 80 additional medical doctors, including expatriates mainly but not exclusively for district hospitals. The doctor population ratio represented less than 1.5 medical doctor for 100,000 inhabitants at the country level. Considering the district level, this ratio ranged from 0.0 to 6.2. Regarding the paramedical staff, the global ratio was 9.5 paramedics per 100,000 inhabitants in 1997 with a range varying between 2.9 and 46.1. If the ratio remained stable for medical doctors, it raised up to 13.5 paramedics for 100,000 inhabitants in 2000 with a range from 0.4 to 50.9.*

*During the 1997-2000 period, according to the reports received from the health districts, the population covered in health districts ranged from 80 000 to more than 515 000 with a median at*

around 175 000 inhabitants. In 1997, 67 % of health centre catchment's areas were defined with a range from 0 to 100% according to districts. In 1999, this figure improved to 89 %. During the period, the median of the number of inhabitants living in the catchment's area was around 25 000, while the ministerial objective was one health centre for 20 000 inhabitants. The range was varying between one for 3500 and one for 90 000. In 1998, among the districts in which a reference hospital exists, the bed ratio per inhabitant varied between 1/659 to 1/4533, with a median value at 1/1311.

Regarding the Minimal Package of Activities (MPA), in 1997, 84.4% of health districts covered at least 80 % of the activities recommended within the MPA. In 2000, this proportion increased to 93 %. All the districts that did not implement all the recommended activities were located in the western part of the country which was rocked by insecurity. Regarding the Complementary Package of Activities (CPA) at the hospital level, in 1997, only 23 among the 28 (82 %) functional district hospitals were performing at least 80 % of the recommended activities within the CPA. In 2000, the proportion increased to 84 % (27 among 32 functional district hospitals).

The classical utilization and coverage indicators revealed that, in 1997, utilization rate of the first level curative care clinics ranged between 0.10 and 0.73 new cases per inhabitant per year (nc/inh/yr). The value for the country as a whole was 0.34 nc/inh/yr. In 2000, the global value was 0.25 nc/inh/yr, ranging from 0.04 to 0.51 nc/inh/yr. The lowest values were observed in the western part of the country where insecurity persisted. The proportion of hospitalisation at the health centres level ranged in 1997 between 2.1% and 16.2 % of all new cases, with an average value around 6.6%. In 2000, the global value was 1.7 % and the range went from 0.2 to 6.5 %. In health centres, between 0.9% and 5.9% of admitted persons died, meaning that the death rate of sick hospitalised people in health centres was about 2 % on average.

The obstetrical coverage was extremely low at the health centres level ranging between 2.7% and 25.8%, with a global value at 10.2% in 1997. In 2000, the coverage ranged from 1.3 to 24.2 % with an average of 10.0 %. The antenatal care coverage increased between 1997 and 2000 from 54.6 % to 76.4 %. At the antenatal clinics of health centres, the proportion of pregnancies that were detected as being high risk and referred to hospitals remained stable at 12.1 and 12.0 % in 1997 and 2000 respectively . In health centres, in 1997, the estimated maternal mortality rate was 487 for 100 000 live births . In 2000, this estimated rate was 200 for 100 000 live births. Regarding early neonatal mortality the average was 4.8% (range: 1.7 - 9.2%) in 1997 and 4.0 % (range: 2.0 - 10.1 %).

Finally, immunization coverage for 0-11 month children was high (Table 1). It is to mentioned that in 1998 and 1999, the results of immunisation coverage activities revealed a significant decrease of about 25 % compared with 1997 performance. Specific efforts were undertaken by each health facilities under the pressure of the MOH central level. In 2000, the figures were slightly better than those of 1997.

	1997		2000	
	Global (%)	Range (%)	Global (%)	Range (%)
Tuberculosis	61.6	9.9-105.3	65.5	6.5-116.6
DTP <sub>3</sub>	60.9	12.1-102.4	69.9	10.3-128.9
Measles	53.2	12.7-105.2	52.1	6.6- 88.5

**Table 1: Immunisation coverage for tuberculosis, complete diphtheria - pertussis - tetanus (DTP<sub>3</sub>) and measles (1997 and 2000) Source: Ministère de la Santé, 1998 and 2001**

Community participation was measured through the availability and functionality of management committees at the district, hospital and health centre levels and through financial participation of the community . In 1997, there were 15 district committees among 39 expected (38 %), 23 hospital committees among 28 expected (82 %) and 280 health centre committees among 330 expected (85 %). In 2000, these proportions went up to 28/39 (72 %), 28/32 (88 %) and 336/347 (97 %). In 2000, those committees held 60 % of expected regular meetings. Financial aspects of participation were developed elsewhere (section V.3).

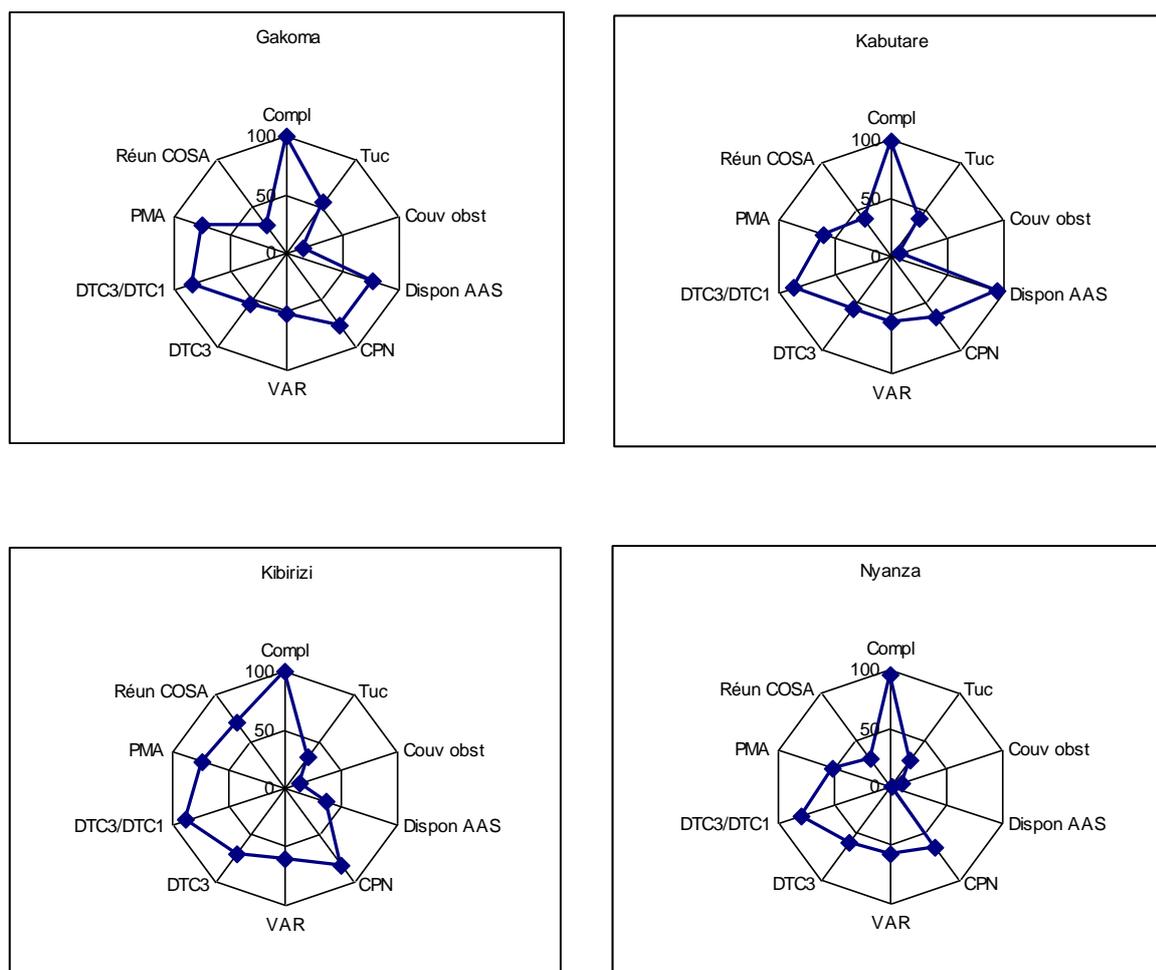
Regarding drug availability, the Ministry of Health has created a semi-autonomous office (CAMERWA) which was charged with responsibility for making essential drugs, basic medical equipment and materials available to the population at affordable prices through public sector and not-for-profit facilities. The government has delegated the management, procurement and distribution of pharmaceuticals to this entity. In 1997, there were 23 health districts with a functional district pharmacy which were supposed to be linked with the CAMERWA. In 2000, this figure raised up to 38.

The mean number of supervision visits made by members of health district management team was 6 visits in each facility each year. This number remained stable during the whole period (1997-2000).

On average, for each year of the period 1997-2000, each district of the country performed around 60 000 curative consultations, 1250 deliveries, 900 surgical operations, of which 15 % of caesarean sections; each district immunised between 5000 and 6000 children and examined about

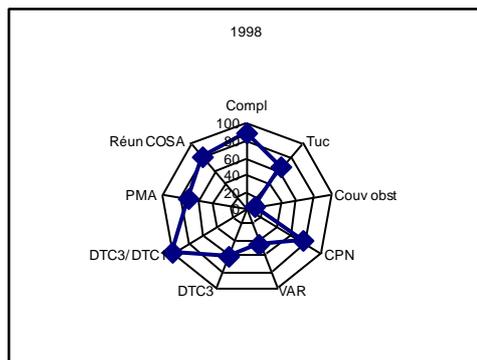
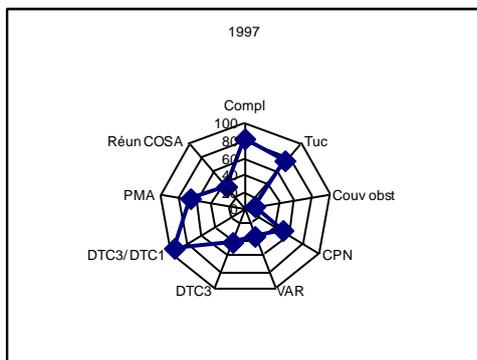
7000 pregnant women with a little bit more than 15 health professionals for 100 000 inhabitants and probably less than 5 USD per inhabitant per year.

Beside those global achievements, collected data acknowledged to compare level of activities between different districts or health centres. The health centre level will be scrutinized in a further section (see V.4). For health districts, internal benchmarking methods (Zairi & Leonard, 1994) allowed us to compare activities between districts both between them and for each of them from one year to another.

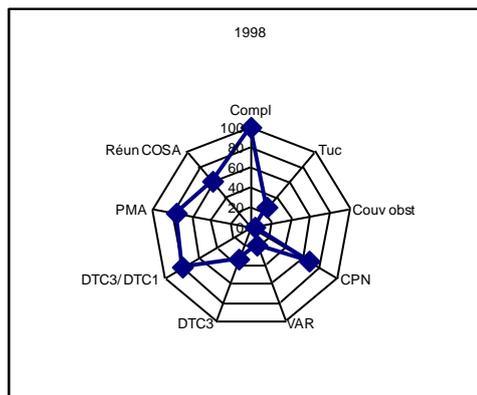
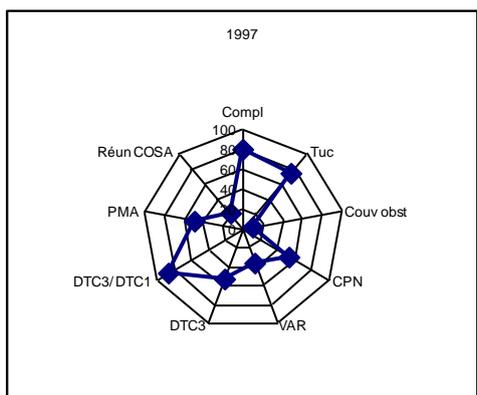
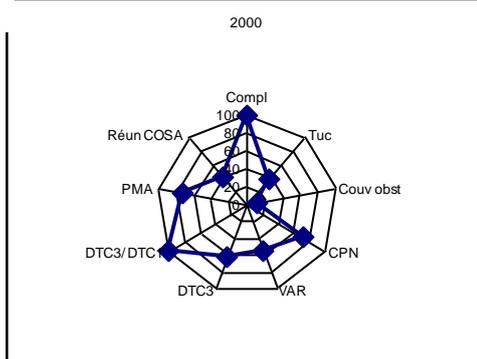
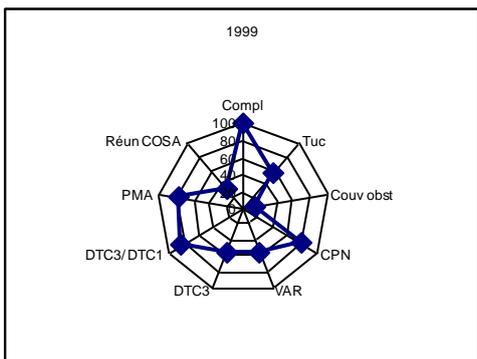


**Figure 1: Comparison of performances in the 4 health districts of the Butare health region in Rwanda (1999) Source: 1999 Annual Report of the Ministry of Health and Health Information System. Compl = completion rate; Tuc = utilisation of the curative consultation; Couv Obst = obstetrical coverage; CPN = antenatal coverage; VAR = measles immunisation coverage; DTC3 = third dose diphteria-Pertussis-Tetanus immunisation coverage; PMA minimal package of activities; Réun Cosa = effective/expected meetings of management committee at health centre; DTC3/DTC1 = ratio of immunised children 3<sup>rd</sup> dose /1<sup>st</sup> dose.**

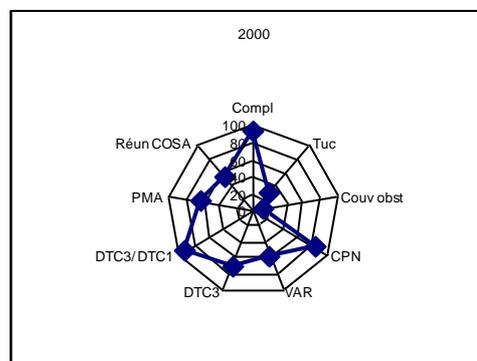
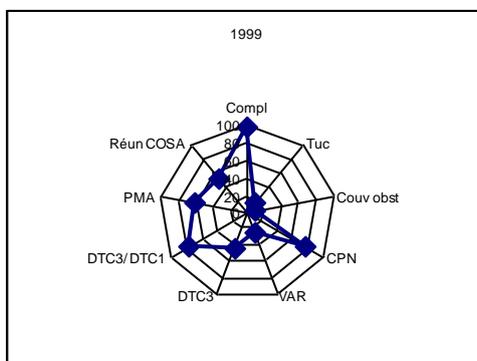
As an example, Figure 1 presents quantitative and qualitative performances for the 4 districts comprised in the Butare Health Region (see map). Those districts for which most of the information was available in 1999, revealed similarities and differences in their respective pictures.



Gakoma Health District



Nyagatare Health District



**Figure 2: Performance of Gakoma and Nyagatare health districts between 1997 and 2000 (Source : Annual Reports of the Ministry of Health). Compl = completion rate; Tuc = utilisation of the curative consultation; Couv Obst = obstetrical coverage; CPN = antenatal coverage; VAR = measles immunisation coverage; DTC3 = third dose diphteria-Pertussis-Tetanus immunisation coverage; PMA minimal package of activities; Réun Cosa = effective/expected meetings of management committee at health centre; DTC3/DTC1 = ratio of immunised children 3<sup>rd</sup> dose / 1<sup>st</sup> dose.**

*Gakoma and Kabutare showed good drug availability and curative care utilisation while preventative activities seemed to be weak. Nyanza had clearly the lowest profile and Kibirizi performed good preventive activities but failed on drug availability and community participation.*

*Figure 2 is a representation of Gakoma and Nyagatare health districts performance during the 1997-2000 period (Gakoma, Butare Region; Nyagatare, Umatara Region, see stars on the Rwanda map). The Figure shows that the Gakoma health district experienced the drop of curative care utilisation and health centre management committee meetings while its completion rate and quality of immunisation activities improved. In Nyagatare, which was created in 1997, the level of performance grew rapidly especially with immunisation activities but remained weak in curative care utilisation and levels of achievement of the minimal package of activities.*

## **Discussion**

*The developments presented above took place in a country that was coming out of severe civil strife and had to face some insecurity in its western part. It was an opportunity for a profound health policy rethinking. Regarding the analysis, although it is difficult for us to reach at a firm conclusion about the benefits of the 1995 health sector reform on the present health system when compared to the previous non district based system in Rwanda, data clearly show that the health district system could be made operational immediately after acute events.*

*Partitioning the country into health districts facilitated health system organisation as well as coordination of domestic and external resources. This point took on particular importance in a context of health care reconstruction where hundreds of partners were involved. Planning, monitoring, reporting and resource allocation related activities were achieved within two or three years after implementation. Such activities were conducted by the Cabinet of the Minister of Health. Central directorates, and regional as well as district medical officers took them in turns for operationalisation. They were supported by two co-ordination units working from inside the MOH. The responsibilities of these units were to centralise information about projects implemented at all levels of the MOH.*

*Results achieved by health facilities were noteworthy from a quantitative as well as qualitative point of view. After its complete dismantlement in 1994, the rebuild system produced health services for the entire population and got results that were comparable to those of other sub-Saharan African Countries (WHO, 1998 – see section V.3, Henao-Restrepo et al, 2003). The*

*implementation of management committees at different levels of the system was impressive. This has been followed by medical as well as administrative authorities which were in turn motivated and involved themselves in risk sharing initiatives like "mutuelles de santé" (see section V.3).*

*The implementation of a comprehensive and operational health information system was also a major progress in health system organisation and policy analysis. Data analysis was done with respect to a given determined population as the geographical limits of health districts were set up. This analysis was related to resources, activities and system results. Data of different districts could be compared through an easy visual tool : the star diagram. We have to mention here that diagrams that were presented here are just examples. There were no specific criteria for the choice of the district for which information was presented. It appears also that the analysis should be deepened by investigating what happened in terms of activities in the different health centres of those districts. This analysis could be the key for answering questions about performance failures in curative or preventive activities as well as efficiency.*

*We obviously found some inaccuracies in the data. For example, coverage values beyond 100% clearly show that data were not collected as accurately as it should have been. Among the possible explanations are the lack of delimitation of the catchment's area, the imprecision of the different denominators and target populations. This aspect is probably the first one to be investigated by local, regional and national authorities and could be considered as a relevant starting point for any thinking process in health entities.*

*Community participation was new in Rwanda. This aspect was a key issue in the reform process in Rwanda after 1994. By bringing the community as near as possible to decision-making through various management committees, it was possible to take into consideration its needs and demands as well as to better adapt the supply and subsequent human, financial and material resource allocation. As decentralisation features, the community participation fit into the overall process of democratisation and good governance opened by Rwandan authorities at the end of the last century.*

*Articulating the performance of the health district permits the central level to better appreciate the actions undertaken by its partners, especially local ones like the churches and NGO's which are often inclined to prefer an organisational set-up based on health units without linking them to catchment's areas. This approach did not allow to know precisely the population for which the health units are responsible. Furthermore, the real involvement of the community in decision-making in this case is much limited.*

*The approach based on the district is supported by the central level by putting in place accompanying measures such as the elaboration of the health map of the country, the elaboration of indicative norms for activities (MPA and CPA), of personnel, of equipment,... and the adaptation of the health legislation, especially with respect to legal recognition of the health district.*

*Above documented results in terms of health services delivery as well as community participation, health information system, and other aspects as aid coordination, budget constraints which will be discussed elsewhere (Porignon et al, 2003), are all arguments in favour of the effectiveness of the new health system in Rwanda. Its increasing efficiency is not argued and discussed as such in the present section. Information on financing issues generated by analyses carried out by the Ministry of Health are provided in the next section.*

*Data provided in this paper argued that it was not foolish but rather relevant to use the health district concept to rebuild a health system in the immediate post crisis phase of a disaster as huge as the one experienced by the Rwandan population in the 90's. Together with the section V.3, it argues that as the post crisis phase went by the Rwandan health system's global efficiency increased. As explained in the next section, the financial resources dropped dramatically and performances remained stable, except for curative care utilisation. Finally, it argues also that it was possible to document these facts on the basis of routine or non specifically collected data.*

*Nevertheless, it is clear that some difficulties appeared in the implementation of this new health system. First of all, some activities remained very low (family planning for example, Ministère de la Santé et al, 2003) or obstetrical coverage. The figures reached for the latter item were probably underestimated. The 2000 Demographic and Health Study reckoned obstetrical coverage at 30 % in the country (Office National de la Population & ORC Macro, 2001). Estimates included an additional 15 % of deliveries occurring in private facilities and about 5 % of deliveries taken in charge in hospitals. The quality of health care delivery was not evaluated in the present paper. The Ministry of Health undertook other studies that showed problems in that field : poor quality of maternal care is a good example (Ministère de la Santé et al, 2003). Private care, although considerably growing from 1997 onward, was not taken into enough consideration. Lack of coordination in the very beginning of interventions undertaken by the international community, especially in other sector than health where leaders had less obvious views on health strategies and policies was prejudicial. Competing interest of other sector like defence or education, especially after 1998, conducted the Governmental authorities to lower financial resources for the*

*health sector. This led to under finance health activities and to restrain health system developments. Results, if worth mentioning, were not optimal. Some activities remained very low in terms of coverage or utilisation. For example, family planning and AIDS control efforts (although sexually transmitted infections were well covered) were far from sufficient to effectively cover the target populations. Health professionals movements within the system and lack of capacities in motivating some highly qualified professionals were also among the determinants of poor achievements in some places or domains.*

*In conclusion, evidence has been brought that health district system can be of interest in rebuilding health systems after disaster in low income developing countries. Political will and clear policy options as well as aid coordination or large community and stakeholders involvement are the main issues to be tackled. Refined studies from other contexts should be undertaken to confirm preliminary conclusions from this research.*

L'article présente les ressources (humaines et financières, pour ce dernier point voir également l'article suivant) engagées et les résultats obtenus dans le cadre de la reconstruction du système de santé au Rwanda.

Il apparaît clairement que ce dernier a été rendu *rapidement* (moins de deux ans) opérationnel sur *tout le territoire* (à l'exception des quelques zones où l'insécurité persistante a freiné le processus) et pour *l'ensemble de la population* (voir également l'article suivant sur la question de l'équité). Néanmoins l'ensemble des activités n'a pu être couvert pour des raisons diverses.

La combinaison d'une volonté politique ferme en termes de choix de stratégies (policy) et d'une aide extérieure massive sont certainement deux des éléments clés de ce qu'il faut néanmoins appeler une réussite.

### ***V.3 Quelles ressources financières pour un système de santé en reconstruction ?***

Les données disponibles sur le Rwanda permettent de pousser plus loin l'analyse du financement de la reconstruction du système de santé au Rwanda. C'est l'objet de l'article suivant.

#### **Secteur sanitaire en situation critique : financement d'une réforme et réforme du financement au Rwanda (1995-2001)<sup>2</sup>**

##### ***INTRODUCTION***

*Le Rwanda est un pays d'Afrique centrale coincé entre la République démocratique du Congo, l'Ouganda, la Tanzanie et le Burundi. Sa superficie est de 27 000 Km<sup>2</sup> et sa population est d'environ 8 millions d'habitants. La situation économique du pays est difficile (Ministry of Finance an Economic Planning, 2000). Pour preuve, le taux élevé et en augmentation de personnes vivant en dessous du seuil de pauvreté. En 1997, le taux était de 70 % alors qu'il n'était que de 40 % et 53 % respectivement en 1985 et 1993. Les dégradations de la production agricole et de l'environnement économique mondial (notamment les cours du café) ainsi que les conséquences du Génocide de 1994 sont probablement parmi les principaux éléments permettant d'expliquer ce phénomène.*

*Le produit national brut (PNB) était en 1999 de 237 USD. L'agriculture contribue à 47 % du PNB, 91 % des emplois et 72 % des exportations. Le secteur industriel ne représente que 19 % du PNB et emploie moins de 2 % de la population active. Le secteur manufacturier et de la construction représentent respectivement 10 et 9 % du PNB. Après une chute de 50 % en 1994, le PNB s'est progressivement reconstruit après la guerre (37 % en 1995, environ 10 % par an entre 1996 et 1998 et 6 % en 1999), notamment suite aux masses d'argent considérables qui ont été injectées dans l'immédiat après-guerre par la communauté internationale au Rwanda. La croissance attendue est estimée à 8 % par pendant les 15 prochaines années. L'inflation a été contenue au cours des dernières années (6,8 % en 1998 et -2,4 % en 1999).*

*La dette extérieure du Rwanda est très importante (en 1999, 1,3 milliard USD) et représente environ 65 % du PNB annuel. Ce poids est de nature à entraver la reprise de la croissance. Le Rwanda se trouve sur la liste des pays devant bénéficier d'une remise partielle de sa dette. Le*

---

<sup>2</sup> Texte présenté au XXVIèmes journées des Economistes français de la Santé, Clermont Ferrand, 9-10 janvier 2003 (Porignon et al, 2003).

*montant de la remise est relativement bas puisqu'il correspond à un chiffre de 35 millions USD entre 2001 et 2010 (soit 1,5 % du GDP). Il est prévu que ces montants soient affectés en priorité aux secteurs sociaux.*

*La faible production agricole peu diversifiée, les sécheresses et les famines cycliques qui frappent le pays, la trop faible quantité et qualité des ressources humaines, la croissance du chômage, les coûts de transport élevés, la dégradation de l'environnement sont autant de problèmes structurels ayant comme corollaires une dépendance vis-à-vis des deux principaux produits d'exportation (café et thé), des déficits d'exportation importants (16 USD par habitant en moyenne comparé à 100 USD par habitant en Afrique sub-saharienne), un déséquilibre entre revenus et dépenses et un faible investissement privé (8 % du PNB en 1999).*

*Le Génocide de 1994 a également laissé un important héritage de difficultés : réduction importante du nombre d'adultes mâles (34 % des ménages sont conduits par des femmes), proportion élevée d'orphelins, de nombreux ménages sans habitat solide (plus de 350 000 familles vivent sous des abris provisoires ou illégalement occupés), réduction des petits élevages familiaux, augmentation de la prévalence du SIDA (violences, mouvements de populations,...), disparition des ressources humaines,...*

*Au niveau éducatif, le taux de recrutement dans les écoles primaires est proche de 90 % (1999) mais le taux de recrutement dans le secondaire est lui voisin de 10 % (en Afrique sub-saharienne ce taux est de 26 % en moyenne). Les taux d'exclusion et d'échec sont respectivement de 17 et 32 %. Ceci signifie que beaucoup d'enfants fréquentent l'école mais ne finissent pas leur scolarité primaire. Le nombre d'enseignants est insuffisant (1 pour 58 élèves en moyenne) et leur qualification inadéquate.*

*Ce pays a connu entre 1990 et 1994 des événements tragiques suite à une guerre ayant frappé d'abord la partie nord du pays entre 1990 et 1993 et s'étant étendue par après à tout le territoire. A partir d'avril 1994, suite à l'assassinat du Président Habyarimana s'est déclenché un génocide ayant coûté la vie à près d'un million de personnes entre avril et juillet 1994. Les causes de ces événements ont été analysées par ailleurs (voir par exemple Gasana et al, 1999). Ce génocide s'est accompagné d'un exode massif de près de 25 % de la population du pays vers la République démocratique du Congo et la Tanzanie principalement, d'un anéantissement quasi complet de l'appareil d'Etat, d'une dévastation massive du système de santé ainsi que d'une destruction profonde de la capacité humaine du pays. Ainsi, on estime qu'environ 80 % des cadres du pays ont été tués ou se sont exilés et que la quasi totalité des infrastructures médicales (centres de*

santé, dispensaires, hôpitaux et bâtiments administratifs) ont été soit détruites soit sérieusement endommagées (Ericksson, 1996). En 1995, selon une enquête réalisée par le Ministère de la Santé avec le soutien de l'Organisation mondiale de la Santé et de l'UNICEF, la totalité des centres de santé et des hôpitaux avait besoin d'une réhabilitation plus ou moins lourde.

La réponse donnée à cette catastrophe par la communauté internationale a fait l'objet d'une évaluation globale détaillée ayant montré une bonne performance globale même si le manque de coordination et de capacité d'évaluation des différents intervenants a entravé l'appropriation par les autorités rwandaises (Ericksson, 1996, Borton, 1996). Du côté rwandais, ces bouleversements, le changement de Gouvernement et le besoin impérieux de reconstruction furent l'occasion pour les responsables de revoir le fonctionnement de nombreux services publics. Dans le domaine sanitaire, le pays s'est lancé dans une réforme du système de santé basée sur la mise en place des districts de santé, sur la décentralisation, l'amélioration de la gestion et de la qualité des services, l'intégration du secteur privé lucratif et le développement de mécanismes de financement alternatifs. Ces options rencontrent celles formulées par différents auteurs et partenaires au développement (voir par exemple Bennett, 1997, McPake et Kutzin, 1997 ; Mills, 1997 ; Berman & Bossert, 2000). Ainsi, au lendemain de la fin de la guerre et du génocide, le Ministère de la Santé avec l'appui de l'Organisation Mondiale de la Santé a formulé une « Politique nationale » pour orienter la reconstruction d'un système de santé (Ministère de la Santé, 1995). La nouvelle politique a été adoptée par le gouvernement d'union nationale en Mars 1996. L'objectif général de cette politique était de contribuer au bien être de la population en assurant des services de qualité, acceptables et accessibles à la grande majorité de la population avec son entière participation.

La mise en œuvre de cette politique est fondée sur les stratégies de soins de santé primaires à travers ses huit composantes fondamentales (OMS, 1978), sur la décentralisation du système de santé à travers le concept de district sanitaire comme unité de base opérationnelle du système, ainsi que sur la participation communautaire à la gestion et au financement des services de santé. Dans un pays en reconstruction alors que les besoins sont énormes dans tous les secteurs de la société, se pose bien évidemment la question essentielle de l'allocation des ressources au secteur santé en particulier et aux secteurs sociaux en général par rapport aux autres secteurs comme la défense et la sécurité ou le secteur marchand (Feldstein, 1993). Le financement du système de santé dans son ensemble a bien évidemment été une préoccupation majeure et immédiate pour le Ministère de la Santé. Le niveau de financement du secteur est traditionnellement bas au Rwanda et il ne s'était pas amélioré avec les récents événements. Ce niveau est en outre très bas si on le compare aux autres pays d'Afrique sub-saharienne (Schieber & Maeda, 1999 ; Ensor & Jowett, 2000).

*Généralement au Rwanda, les sources majeures de financement étaient [1] l'Etat à travers la dotation faite au Ministère de la Santé par le Ministère des Finances et de la Planification économique, [2] la contribution de la population (depuis 1989) et [3] l'aide extérieure provenant des dons ou prêts accordés par les partenaires multilatéraux, bilatéraux et non gouvernementaux du Ministère de la Santé.*

*L'objectif du présent travail est d'analyser au niveau macro-économique la manière dont les autorités rwandaises ont organisé le financement de cette réforme sanitaire et comment elles ont développé les mécanismes alternatifs de financement communautaire entre 1995 et 2000.*

## **METHODOLOGIE**

*La méthodologie utilisée est basée sur l'analyse des données d'enquêtes spécifiques réalisées entre 1997 et 2000 et sur des données collectées par le ministère de la Santé rwandais dans le cadre du système d'information sanitaire de routine. Elle est également basée sur l'expérience d'un des auteurs (DP) qui a travaillé comme conseiller en politique de santé auprès du Ministère de la Santé entre 1997 et 2001.*

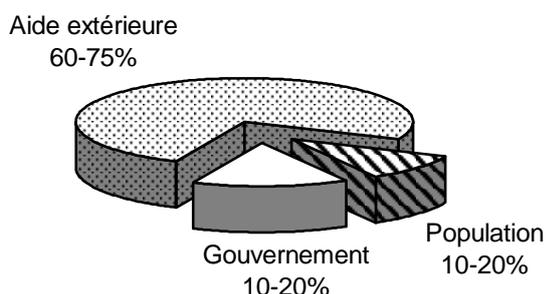
*L'enquête de 1997 (Hera, 1999) et les données du système d'information sanitaire de routine (1998-2000) ont fourni des informations sur les dépenses réalisées par la population et le gouvernement dans le cadre du fonctionnement global du système de santé au Rwanda en 1997. Les revues de dépenses publiques en matière de santé successivement en 1998 et 1999 (Ministry of Health, 1999 ; Ministry of Health, 2000) ont permis d'analyser de manière plus précise comment le Ministère de la Santé a utilisé l'argent mis à sa disposition par le Gouvernement pour remplir sa mission. Les comptes nationaux de la santé pour 1998 (Schneider et al, 2000) ont quant à eux fourni un cadre d'analyse de l'ensemble des dépenses réalisées, tous secteurs confondus en faveur de la santé. Une méthodologie standard a été suivie dans ce cadre (Berman, 1997). Les données de routine fournissaient quant à elles des informations sur les recettes au niveau des centres de santé du pays. Les données de routine ont été recueillies à travers un système d'information sanitaire informatisé fonctionnant sur tout le pays à partir de 1998. Par ailleurs, dans le cadre de la Revue des dépenses publiques menée en 2000 sur les données de 1999, une estimation du coût réel du fonctionnement du système public a été effectuée. Ces données financières ont été mises en relation avec les performances du système de santé. Un certain nombre d'indicateurs ont été retenus : [1] le pourcentage du budget du gouvernement consacré à la santé, [2] l'évolution des dépenses publiques du Ministère de la Santé, [3] la répartition entre dépenses administratives et*

de service ou entre les différents niveaux du système de santé, [4] l'évolution de l'aide extérieure et de la participation communautaire, [5] les performances mesurées en terme d'utilisation et de couverture, [6] les ressources humaines, [7] l'équité du système de santé mis en place.

En ce qui concerne les mutuelles, nous avons examiné outre les rapports disponibles (Schneider et al, 2001), les registres d'inscription aux mutuelles, de paiement des cotisations ainsi que les rapports mensuels des centres de santé, supports de routine du SIS (système d'information sanitaire). Les données ont été recueillies de façon exhaustive, chaque année de juillet en juin de l'année suivante. Elles ont été résumées par le calcul de proportions et de moyennes arithmétiques. Deux des auteurs (DP et LM) ont été ou sont encore impliqués dans le suivi des ces initiatives au niveau national.

## **RESULTATS**

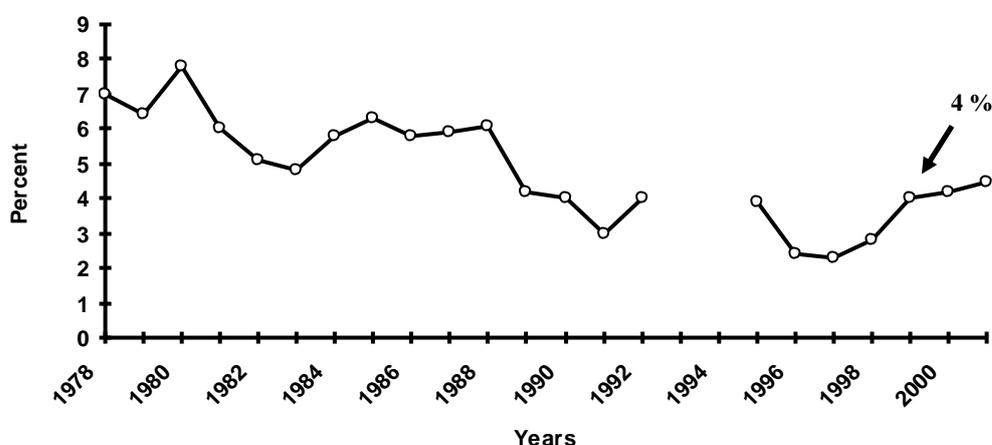
Comme mentionné ci-dessus et comme dans beaucoup d'autres pays en développement, les sources de financement sont essentiellement de trois ordres : le Gouvernement, la population et l'aide extérieure. La Figure 1 présente une approximation de la répartition des ces trois sources de financement. Cette dernière est très inégale puisque largement dominée par l'aide extérieure. Les années 1997 à 1999 ont été des années charnières car, d'une part en 1997, le recouvrement des coûts des services de santé a été réinstauré sur directive ministérielle et d'autre part en 1998 – 1999 le volume de l'aide internationale a considérablement augmenté. Analysons plus en détails ces trois types de contributions.



**Figure 1 : Sources de financement (%)**

## La part du Gouvernement

Depuis 1978, la part du budget ordinaire de l'Etat alloué au Ministère de la Santé n'a cessé de diminuer (voir Figure 2 ci-dessous). Pour fixer les idées, le budget de l'Etat équivalait à un peu moins de 100 milliards de francs rwandais ou environ 285 millions de USD à la fin des années 90. Pour 1993 et 1994, aucune donnée budgétaire n'était disponible. En 1995, le budget du Ministère de la Santé n'existait pas. Les activités ont été menées sur base de douzièmes prévisionnels octroyés par le Ministère des Finances. L'estimation des montants reçus est d'environ 500 000 000 de Francs rwandais (soit environ 1 750 000 USD ou 0,25 USD par habitant par an).



**Figure 2 : Evolution de la part du budget du Ministère de la Santé dans le budget du Gouvernement (1978-2001, Ministry of Health, 2000)**

La part relative du budget de l'Etat était relativement importante (4 %), traduisant la préoccupation du nouveau Gouvernement pour la santé de la population dans l'immédiate après guerre malgré des moyens extrêmement limités. En 1996-1998, la part relative du budget du Gouvernement consacrée à la santé a été plus basse soulignant l'apparition progressive de préoccupations autres que la santé dans le paysage de reconstruction du pays. En 1999-2000, sur pression de la communauté internationale notamment, cette part atteignait à nouveau la barre des 4 %. Cela correspondait à un montant d'environ 3 milliards de francs rwandais soit un peu plus de 1,25 dollars américains (USD) par habitant par an. Par rapport à l'économie nationale, à la même époque, seuls 0,6 % du Produit intérieur brut étaient consacrés à la santé. Ces chiffres restent très bas si on les compare aux autres pays d'Afrique centrale ou même aux moyennes pour l'Afrique sub-saharienne : Burkina Faso, 1,90 USD par habitant par an ; Zambie, 6,54 USD par habitant par an et Afrique du Sud 104,75 USD par habitant par an (Ensor & Jowett, 2000 ; Makinen et al, 2000).

Le Tableau 1 ci-dessous montre l'évolution du budget du Ministère de la Santé entre 1996 et 2000 avec la répartition des dépenses réalisées selon une classification économique simplifiée.

10 <sup>6</sup> Francs rwandais	1996		1997		1998		1999		2000	
		%		%		%		%		%
Salaires	863,1	56	822,1	58	1 179,5	52	1 087,4	32	1 256,8	42
Autres rémunérations	32,5	2	34,1	2	50,8	2	394,5	12	259,5	9
Médicaments et produits de laboratoires	89,7	6	74,1	5	228,8	10	585,5	17	87,4	3
Equipement médical et mobilier	20,9	1	35,8	3	29,3	1	171,0	5	13,0	<1
Maintenance et carburant	108,6	7	108,7	8	96,9	4	85,8	3	35,6	1
Soins de santé spécialisés	352,2	23	274,6	19	410,6	18	464,3	14	316,8	11
Autres biens et services	87,4	6	79,6	6	265,4	12	590,2	17	1023,5	34
<b>Total des dépenses courantes</b>	<b>1 554,5</b>	<b>100</b>	<b>1 429,1</b>	<b>100</b>	<b>2 261,2</b>	<b>100</b>	<b>3 378,8</b>	<b>100</b>	<b>2 992,6</b>	<b>100</b>

**Tableau 1 : Classification économique des dépenses dans le cadre du budget ordinaire du Ministère de la Santé (1996-2000) NB : selon les années le taux de change varie entre 300 et 400 francs rwandais pour un USD.**

*Les données sont fournies en valeur nominale*

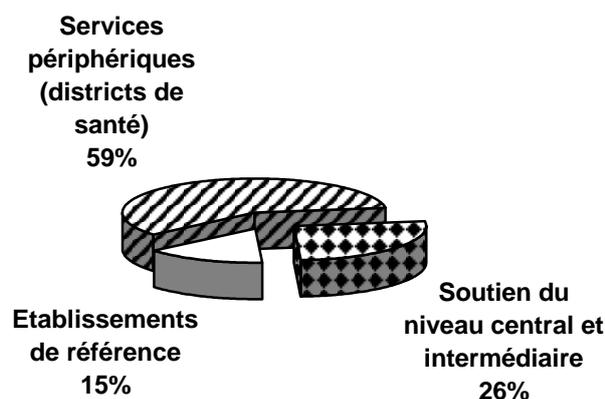
Il révèle qu'environ la moitié des ressources gouvernementales est consacrée au paiement des agents du Ministère de la Santé (salaires et autres rémunérations). Ce qui est bas par rapport à d'autres pays d'Afrique subsaharienne qui n'hésitent pas à consacrer jusqu'à 80 ou 90 % de leur budget au paiement du personnel. Ce tableau montre en outre que la répartition est variable en fonction des années, notamment pour les salaires et les soins spécialisés. Ces derniers correspondent en fait aux dépenses du budget ordinaire consacrée aux transferts de malades à l'étranger. Ceux-ci concernent une centaine de malades par an (Ministry of Health, 2000). L'augmentation de la rubrique « Autres biens et services » à partir de l'année 2000 est due essentiellement au financement de programmes devant appuyer les districts de santé notamment dans la lutte contre la malaria et le SIDA.

Le Tableau 1 montre une masse salariale globale en augmentation absolue bien que le nombre d'agent du Ministère de la Santé ait considérablement diminué en 1999 et 2000 (Tableau 2). Cette diminution s'est faite essentiellement au détriment des personnels non qualifiés. Cela a permis de dégager de nombreux postes vacants pour les médecins et les infirmiers. Faute de candidats, ces postes n'ont malheureusement pu être que partiellement occupés et, en conséquence, les besoins n'ont pu être satisfaits.

	1997		2000	
Médecins <sup>3</sup>	181	4%	144	4%
Infirmiers et paramédicaux	1068	22%	1966	60%
Personnel médical non qualifié	1377	28%	820	25%
Personnel d'appui non médical	2274	46%	349	11%
<b>Total</b>	<b>4900</b>	<b>100%</b>	<b>3279</b>	<b>100%</b>

**Tableau 2 : Evolution des effectifs du personnel au Ministère de la Santé, 1997-2000.° (Makuza & Porignon, 2000)**

En 2000, le budget prévisionnel était d'environ 4,4 milliards de Francs rwandais soit, 1,6 USD par habitant par an avec une répartition équivalent à celle de 1999 en particulier pour les salaires et pour les soins médicaux à l'étranger. Le Rapport Annuel 2000 du Ministère de la Santé (Ministère de la Santé, 2001) nous apprend que finalement le budget effectivement reçu du Ministère des Finances et de la Planification économique a été de 3 milliards de francs rwandais, soit 1,1 USD par habitant. Ce fait illustre la difficulté pour le Ministère de la Santé de réaliser son budget.



**Figure 3 : Répartition des dépenses de santé par fonction du système de santé NB Les montants inclus dans le calcul des pourcentages ci-dessus couvrent à la fois les prestations et l'administration.**

**(Budget ordinaire – 1999 / Ministry of Health, 2000)**

La Figure 3 donne la répartition des dépenses combinées tant administratives que liées aux prestations par grandes fonctions du système de santé. Selon la revue des dépenses publiques du secteur santé, si l'on considère le partage des fonds gouvernementaux en 1999, il faut souligner qu'environ 60 % vont aux services de santé périphériques alors que 15% et 26 % sont respectivement allouées aux hôpitaux de référence et aux services centraux et régionaux.

<sup>3</sup> La diminution est expliquée par le transfert de certaines unités du secteur public vers le privé

Le Tableau 3 illustre quant à lui le fait que, sur l'ensemble du budget, environ 75 % sont consacrés à la prestation des services et seulement un quart à l'administration et que plus de 80 % des dépenses de prestations de services sont réalisées au niveau des districts de santé.

<b>Administration</b>	<b>Prestation des services</b>	
27%	73%	dont 82% pour les districts de santé 18% pour les structures de référence nationale

**Tableau 3 : Répartition du budget ordinaire selon les principales fonctions du système de santé, 1999 (Ministry of Health, 2000)**

### **La contribution de la population**

En ce qui concerne la contribution de la communauté, il faut d'abord souligner que celle-ci ne se limite pas à une simple participation financière. La participation à la gestion et à la prise de décision est également importante et constitue l'une des priorités du Ministère de la Santé. Depuis les années soixante jusqu'en 1989, la participation communautaire consistait essentiellement en une contribution symbolique en contre partie des services de santé consommés. Depuis 1990, la participation communautaire au financement ainsi qu'à la gestion des activités et des ressources du système de santé a été amorcée avec l'introduction de l'Initiative de Bamako. Ainsi en 1990 déjà, dans les formations sanitaires agréées, près de 60 % des dépenses officiellement déclarées étaient couvertes par les contributions des usagers. Dès 1992, une instruction ministérielle stipulait que la participation communautaire au financement et à la gestion des services de santé s'inscrivait désormais dans le cadre de la décentralisation en vue d'assurer l'autonomie effective des établissements sanitaires du pays. Dans ce cadre, trois modes de paiement sont actuellement en vigueur : le paiement à l'acte, le paiement par épisode et le paiement anticipé. Le Tableau 4 présente le détail des recettes effectuées par les centres de santé du pays entre 1998 et 2000. Les recettes correspondent effectivement à la contribution financière directe de la population au niveau des centres de santé. Elle représente en moyenne 0,5 USD par habitant par an. Cette dernière ne tient pas compte des dépenses effectuées auprès des structures privées établissements de soins et pharmacies, auprès des guérisseurs traditionnels ni dans les hôpitaux publics ou privés. Elle est donc largement sous estimée. Globalement, selon les estimations établies dans le cadre de l'étude sur le financement du système de santé (Hera, 1999) et des Comptes nationaux de la santé (Schneider et al, 2000), la contribution globale de la population rwandaise serait d'environ 1,5 à 2 USD par habitant par an (la moyenne pour l'Afrique subsaharienne est de plus de 5 USD par habitant par an).

Le Tableau 4 reprend également le détail des contributions financières par nouveau cas ainsi que la part du médicament dans les dépenses des ménages par consultation au niveau des centres de santé. Bien que la masse globale générée à partir de la contribution de la population reste stable depuis trois ans, le tableau montre clairement une diminution de la fréquentation et une tendance à l'augmentation de la charge des soins (de 545 à 710 Frw) sur la population utilisant les services avec une baisse de la part relative du médicament. La diminution du taux d'utilisation est probablement due au fait qu'en 1997-1998, une bonne part des services était encore assurée gratuitement par des ONG dans le cadre de la réponse humanitaire consécutive à la guerre et au génocide de 1994.

Année	Total recettes (Francs rwandais)	Taux d'utilisation des serv. curatifs (NC par habit. par an)	Recettes globales moyennes par NC (Fr. rwandais)	Recettes moyennes médicaments (par NC en Fr. rwandais)	Recettes non couvertes (%)
1998	1 506 273 464	0,34	545	225	5
1999	1 359 654 447	0,27	616	242	9
2000	1 554 541 759	0,26	710	279	7

**Tableau 4 : Recettes et dépenses par nouveau cas (NC) dans les centres de santé (1998-2000) Source : Ministère de la Santé Recettes non couvertes = 1- [recettes perçues / recettes attendues]**

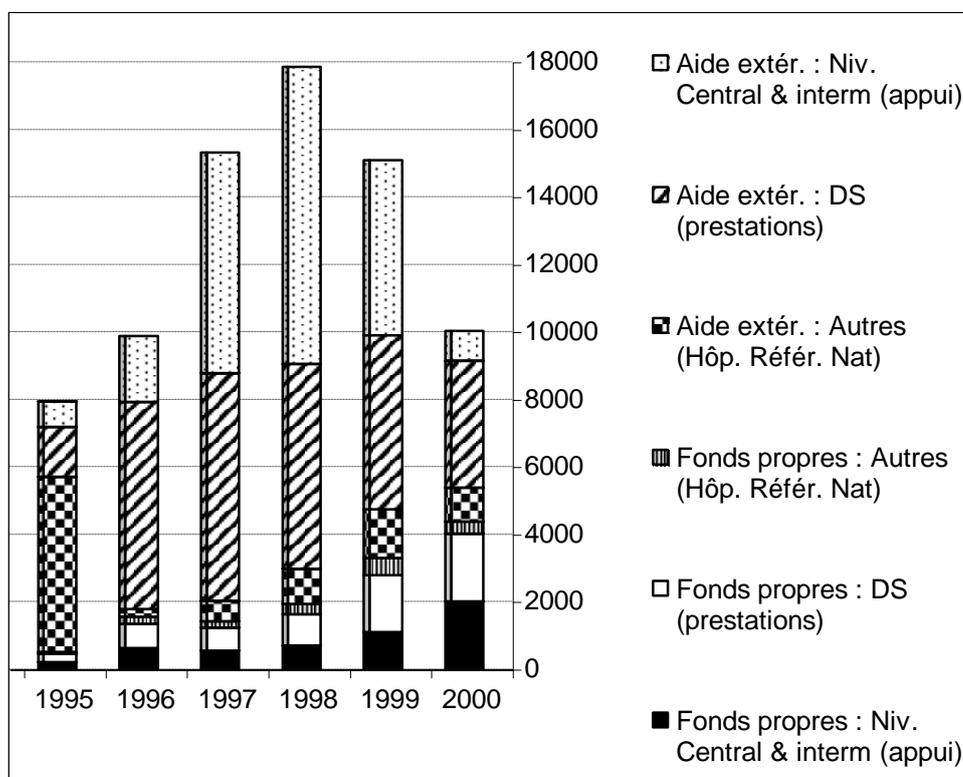
Divers mécanismes, plus ou moins fiables, ont été mis en place pour identifier les indigents. Idéalement, ceux-ci sont identifiés par la communauté. Ils sont pris en charge par les centres de santé et pèsent de manière variable sur l'équilibre financier des établissements sanitaires. En moyenne au niveau des centres de santé, les recettes non perçues représentent entre 5 et 10 % du total des recettes. Cet élément n'est pas négligeable car in fine il est pris en charge par une population pauvre et parce qu'il rend le centre de santé encore plus vulnérable financièrement.

### L'aide extérieure

En ce qui concerne la troisième source de financement, à savoir l'aide extérieure, elle joue un rôle important depuis de nombreuses années dans le financement du secteur. Avant 1994, les bailleurs multilatéraux, bilatéraux et les organisations non gouvernementales intervenaient dans le financement du système de santé. Cependant, il n'existait pas de cadre formel permettant de disposer de données fiables sur le volume de cette aide extérieure. Le chiffre de 20 millions USD par an a été avancé mais devrait être confirmé. La figure 4 montre qu'en 1997-1999 ces montants ont pratiquement doublé.

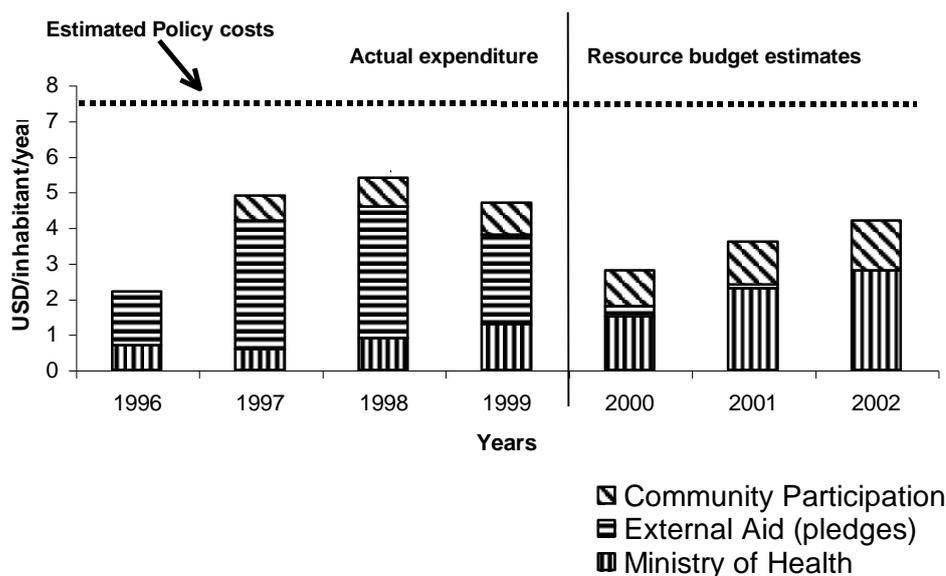
Entre 1995 et 2000, l'aide extérieure a atteint des volumes financiers considérables en apportant une aide humanitaire de secours, notamment pour la réhabilitation des infrastructures

pratiquement toutes détruites ou endommagées (Figure 4). Selon les estimations faites en 1998 sur base d'une analyse détaillée de l'ensemble des projets appuyant le Ministère de la Santé, 40 % des montants engagés ont servi à couvrir les dépenses d'investissement.



**Figure 4 : Evolution de l'aide extérieure [promesses d'engagement] (Aide extér) et de la contribution gouvernementale (Fonds propres) par niveau du système de santé, en millions de francs rwandais : 1996 à 1999 = dépenses réelles ; 2000 = estimations. DS = district de santé; Hôp. Référ. Nat. = hôpitaux de référence nationale - 1 USD = ~ 350 Francs rwandais (Ministry of Health, 2000)**

Dans la revue des dépenses publiques de 1999, une tentative a été faite par le Ministère de la Santé de chiffrer le coût d'un système de santé permettant aux districts de disposer des ressources humaines nécessaires suffisamment motivées et aux autres niveaux de la pyramide sanitaire d'un niveau de financement leur permettant de mener à bien leurs activités. Le montant total nécessaire serait d'environ 8 USD par habitant par an réparti comme suit 14 % pour les niveaux central et régional, 9 % pour les hôpitaux de référence nationale, 10% pour les équipes cadres de district, 42 % pour les centres de santé et 25 % pour les hôpitaux de 1<sup>ère</sup> référence. Ces estimations ont été faites en tenant compte de salaires compétitifs pour la région des Grands lacs africains. En 1999, en additionnant toutes les sources de financement, on atteignait 4 à 5 USD par habitant par an. Il faut donc se poser la question de savoir si le Rwanda peut se payer le système de santé qu'il souhaite mettre en place (Figure 5).



**Figure 5 : Evolution de l'aide extérieure, de la contribution gouvernementale et de la participation communautaire, en USD par habitant par an – 1996 à 2002. (Ministry of Health, 2000)**

### Performances

Selon le Rapport Annuel 1999 du Ministère de la Santé (Ministère de la Santé, 2000), il y avait au Rwanda 372 formations sanitaires de premier et deuxième échelon, contre moins de 300 avant la guerre. On comptait 32 hôpitaux de district dont 30 étaient opérationnels. Il faut noter que 4 districts par ailleurs opérationnels ne disposaient pas d'un hôpital de référence et 2 étaient sur le point d'en voir construire un à court terme. Cette amélioration de la couverture en infrastructures, essentielle pour l'amélioration de l'accessibilité géographique, est mise en péril par l'accroissement démographique. En effet, rien que pour maintenir une couverture en centres de santé et hôpitaux de 1<sup>ère</sup> référence équivalente à l'actuelle, il faudrait construire 10 centres de santé et au moins un hôpital de référence par an au Rwanda (Ministère de la Santé, 2001b).

En matière de participation communautaire, la mise en place des comités de santé aux différents niveaux du système a été réalisée à plus de 75 %.

Le Tableau 5 reprend en guise de récapitulation quelques indicateurs de performance du système de santé rwandais avec une comparaison internationale. On peut constater que le niveau de performance atteint quelques années seulement après la destruction quasi complète du système de santé ramène le Rwanda dans une bonne moyenne par rapport aux autres pays d'Afrique subsaharienne. En outre compte tenu des ressources injectées dans le système, il a fait montre au cours de la deuxième moitié de la décennie des années 90 d'une réelle efficience.

Indicateurs (% , sauf si mention)		Rwanda 2000	Afrique SS 1994-96
1	Taux de complétude des rapports mensuels	> 80	-
2	Taux d'utilisation du curatif (nouveaux cas par habitant par an)	0,25	-
3	Couverture prénatale (1er contact)	76	57
4	Couverture obstétricale	12	41
5	Couverture BCG	65	67
6	Couverture Diphtérie-Tétanos-Coqueluche (3 <sup>ème</sup> dose)	70	54
7	Achèvement Diphtérie-Tétanos-Coqueluche (3 <sup>ème</sup> dose)	95	-
8	Couverture Vaccination anti-rougeoleuse	52	56
9	Nombre d'habitants par infrastructures - 1er échelon	1/23 050	-
10	Nombre d'habitants par infrastructures – 2 <sup>ème</sup> échelon	1/258 065	-
11	Nombre de médecins publics pour 100 000 habitants	1,8	13,0
12	Nombre d'infirmiers publics pour 100 000 habitants	25	99
13	Nombre de lits d'hôpitaux pour 1000 habitants	0,5	0,7
14	Dépenses gouvernementales par habitant (USD par habitant par an)	1,25	6,0*
15	Pourcentage du PIB consacré à la santé	0,6	1,4*

**Tableau 5 : Principaux indicateurs de performances et de ressources Rwanda (Ministère de la Santé, 2001) et Afrique subsaharienne (WHO, 1998) sauf \* Ensor & Jowett, 2000**

### **Le financement communautaire alternatif**

*Le Ministère de la Santé prévoyant la chute de l'aide extérieure a rapidement pris conscience de la nécessité de trouver des méthodes alternatives pour financer le système de santé. Dès 1998 des démarches ont été menées pour relancer la notion de mutuelles dont certaines expériences avaient été menées avant la guerre.*

*C'est ainsi qu'en 1999 une première initiative a été lancée avec l'appui de l'USAID et du projet Partnerships for Health Reform (PHR). Dans le même temps, des initiatives plus locales ont également vu le jour. Ces initiatives avaient en commun de proposer contre une somme modique (environ 1 USD par habitant par an) une couverture pour les soins prestés au niveau des centres de santé (soins préventifs, soins curatifs, accouchements eutociques, examens de laboratoire, activités promotionnelles, hébergement au centre de santé, médicaments essentiels génériques, ambulance) et une couverture pour certains services au niveau hospitalier (consultation chez un médecin, hospitalisation, accouchements dystociques et césariennes, prise en charge du paludisme grave). La principale différence entre les diverses expériences menées en 1999 et par la suite s'est située au niveau de l'initiateur et de l'unité de recrutement. En 1999 l'initiative est venue du Ministère de la Santé qui a démarré un projet ambitieux couvrant plus d'un million de personnes (avec l'appui de l'USAID/PHR). Par la suite, d'autres initiatives ont trouvé leur origine à un niveau plus local auprès de leaders d'opinion ou d'autorités politico-administratives communales. Le recrutement s'est fait sur base volontaire à un niveau individuel, familial ou communautaire*

(certains leaders ont en effet recruté les adhérents par cellule, c'est-à-dire par groupe d'une centaine de familles).

District	Population cible			Adhésions			Taux d'adhésion		
	2000	2001	2002	1999-2000	2000-2001	2001-2002	1999-2000	2000-2001	2001-2002
<b>Mutuelles de santé initiées par le Ministère de la Santé</b>									
Byumba	460.755	474.117	487.866	48.840	43.185	60.772	10,6	9,1	12,5
Kabgayi	365.000	375.585	386.477	21.900	32.619	43.998	6,0	8,7	11,4
Kabutare	288.000	296.352	304.946	17.568	14.991	16.509	6,1	5,1	5,4
Total	1.113.755	1.146.054	1.179.289	88.308	90.795	121.279	7,9	7,9	10,3
<b>Mutuelles de santé initiées par les leaders d'opinions</b>									
Rushaki	-	75.311	77.495	-	26.641	40.279	-	35,4	51,9
Shyorongi	-	14.693	15.119	-	5.940	7.318	-	40,4	48,4
Rulindo	-	15.480	15.929	-	7.476	8.845	-	48,3	55,5
Total	-	105.484	108.543	-	40.057	56.442	-	40,0	52,0
<b>Mutuelles de santé initiées par les autorités politico-administratives</b>									
Mudasomwa	-	8.049	8.282	-	1.500	1.996	-	18,6	24,1
Nyamugali	-	3.887	4.000	-	968	1.096	-	24,9	27,4
Ngarama	-	11.990	12.338	-	2.065	2.973	-	17,2	24,1
Nyarutovu	-	7.817	8.044	-	1.923	2.679	-	24,6	33,3
Total	-	31.743	32.664	-	6.456	8.744	-	20,3	26,8

**Tableau 6 : Populations cibles et niveau d'adhésion aux mutuelles de santé au Rwanda (1999-2001).**

Le Tableau 6 reprend les populations cibles et les taux d'adhésion par type d'initiative. Ce tableau montre des résultants satisfaisants en terme d'adhésion pour les mutuelles initiées par les leaders d'opinions (52%) suivi des mutuelles initiées par les autorités administratives locales (26,8%) De plus, on notait une évolution progressive d'une année à l'autre. En ce qui concerne les mutuelles initiées par les autorités du Ministère de la Santé, l'adhésion est restée relativement faible et l'augmentation du taux d'adhésion était timide dans seulement un des trois districts de santé concernés.

Le Tableau 7 reprend quant à lui deux indicateurs de performances des entités sanitaires concernées par les initiatives de mutuelles.

Entités sanitaires	Taux d'utilisation de la consultation curative (NC/hab/an)			Couverture obstétricale (%)		
	1999-2000	2000-2001	2001-2002	1999-2000	2000-2001	2001-2002
Mutuelles de santé initiées par les autorités sanitaires						
Byumba	0.21	0.26	0.32	9.2	17.6	17.0
Kabgayi	0.31	0.35	0.37	14.8	24.1	27.4
Kabutare	0.50	0.38	0.38	8.5	10.0	8.6
Mutuelles de santé initiées par les leaders d'opinions						
Rushaki	-	0.18	0.24	-	8.5	14.3
Shyorongi	-	0.16	0.26	-	9.5	17.4
Rulindo	-	0.25	0.34	-	10.1	15.5
Mutuelles de santé initiées par les autorités politico-administratives						
Mudasomwa	-	0.13	0.15	-	3.8	6.4
Nyamugali	-	0.16	0.37	-	16.1	32.4
Ngarama	-	0.14	0.13	-	4.4	22.6
Nyarutovu	-	0.12	0.39	-	4.8	12.6

**Tableau 7 : Taux d'utilisation de la consultation curative (nouveaux cas par habitant par an) et couverture obstétricale**

Des différences existaient dans l'utilisation des services de consultation curative entre les districts où les mutuelles ont été initiées par les autorités sanitaires. Globalement, à Byumba et à Kabgayi, l'utilisation s'améliorait alors qu'elle régressait à Kabutare. Pour les mutuelles initiées par les leaders d'opinions ainsi que celles initiées par les autorités politico-administratives on a constaté une nette amélioration de l'utilisation des services de consultation curative. Pour l'utilisation des maternités, il y a ici aussi des divergences entre les districts dont les mutuelles ont été initiées par les autorités sanitaires. Globalement, l'utilisation des maternités augmente sauf à Kabutare. Pour les mutuelles initiées par les leaders d'opinions ainsi que celles initiées par les autorités politico-administratives, l'utilisation des maternités a augmenté de 1,5 à 5 fois selon les structures de santé.

## **DISCUSSION**

Comme on peut le constater, le niveau global de financement du secteur de la santé reste très bas au Rwanda, comparativement à d'autres pays d'Afrique sub-saharienne (Tableau 5 ci-dessus) ou, a fortiori, aux Etats-Unis (environ 4500 USD/habitant/an – Pastor et al, 2002). Malgré les événements tragiques du début des années 90, l'actuel Gouvernement est parvenu à mettre un certain ordre dans l'organisation du système de santé et dans son financement. Ceci s'est fait à plusieurs niveaux. Tout d'abord par la mise en œuvre d'une politique de santé. Les responsables du Ministère de la Santé ont compris très rapidement après la fin de guerre et du génocide en

*1994 que la seule manière d'éviter un désordre total en matière d'intervention sanitaire particulièrement d'urgence, il était essentiel d'avoir une politique de santé claire pour guider les très nombreuses agences (plus de 200) actives au Rwanda dans l'immédiat après guerre.*

*Il était également important d'avoir une ligne de conduite générale cohérente et ferme devant toutes les agences multilatérales, bilatérales et non gouvernementales qui voulaient intervenir, chacune avec un agenda spécifique, dans le cadre tragique prévalant au Rwanda à l'époque. Dans le domaine du financement qui nous intéresse ici, les Revues des dépenses publiques du secteur santé en ont été un bel exemple. Ces exercices ont été réalisés pour les années 1998 et 1999 et faisaient partie des conditionnalités imposées au Rwanda pour avoir accès aux interventions de la Banque mondiale et du Fonds monétaire international d'abord, de l'Union européenne ensuite. A ce titre, la Banque mondiale a essayé d'imposer au Ministère de la Santé le canevas utilisé pour ce genre d'exercice dans d'autres pays (Tanzanie, Kenya,...). Ce canevas prévoyait une analyse des dépenses de santé en fonction des activités curatives, préventives et promotionnelles. Les préoccupations de Ministère de la Santé étaient alors plus tournées vers l'organisation du système de santé dans son ensemble et notamment la répartition par niveau (périphérique, intermédiaire, central) de ses dépenses afin d'apprécier la pertinence de la nouvelle politique nationale mise en place quelques années plus tôt. C'est cette dernière alternative qui a finalement été retenue.*

*Le choix d'organiser le système de santé autour de la notion de district sanitaire et le découpage effectif du pays en districts a permis de disposer d'un outil permettant [1] une répartition des aides extérieures ou domestiques (bien que l'allocation ne se soit jamais faite sur base de critères clairs) [2] un suivi des interventions et des performances des services organisés au bénéfice des populations, [3] la mise en place d'un système d'information sanitaire permettant le suivi des performances des districts et surtout [4] de devancer la politique de décentralisation mise en place au niveau national à partir de 2001. Ce découpage a également grandement facilité les calculs d'efficacité et les calculs de coûts réels de fonctionnement du système de santé.*

*Plusieurs éléments sont en faveur d'une cohérence entre la Politique en matière de santé et le budget.*

- 1) Tout d'abord, le choix de contribuer de manière significative mais non exclusive au paiement du personnel. Comme il a été mentionné plus haut, non seulement la part du budget consacrée aux salaires a été augmentée et maintenue au maximum autorisé par la Banque mondiale et le Fonds monétaire international, mais un effort particulier a été fait également pour rationaliser cet aspect en diminuant le nombre de personnels non diplômés au profit de professionnels qualifiés. La motivation des agents a entre autre été assurée*

*par le paiement de primes diverses (logement, transport,...) permettant de rencontrer les exigences des institutions de Bretton Woods en matière de charge salariale de l'Etat. Cet aspect traduit le souci du Ministère de la Santé d'assurer une certaine viabilité au système de santé tout en garantissant un minimum de financement propre pour le fonctionnement du système de santé.*

- 2) Ensuite, les ressources du budget ordinaire sont clairement orientées vers le niveau périphérique où sont prestés la majorité des soins pour la population (voir Tableau 3). Cela traduit bien les préoccupations du Ministère de la Santé et rejoint les lignes directrices de la Politique nationale en matière de santé. Il faut toutefois noter que les contributions des bailleurs de fonds soutiennent largement les hôpitaux de référence et le fonctionnement des services au niveau central. On peut y voir une contribution de facto des partenaires extérieurs à l'appui du Ministère de la Santé dans la réalisation de ses objectifs sociaux en permettant à ce dernier de concentrer ses ressources sur les services de santé profitant au plus grand nombre. Les données du Rwanda ne sont par ailleurs pas très différentes de celles rapportées par Bossert & Beauvais (2002) pour le Ghana.*
- 3) Dans le budget ordinaire, il y avait un souci constant du Ministère de la Santé de ne pas dépendre complètement de l'aide extérieure pour financer certains aspects dont la responsabilité lui incombe. C'est ainsi par exemple qu'en 1999, suite à une épidémie de malaria difficilement jugulée dans la partie nord du pays, une ligne budgétaire fut négociée avec le Ministère des Finances et de la Planification économique et ajoutée au budget ordinaire (Porignon et al, 1999 ; Porignon et al, 2001). Il s'agit ici clairement d'une volonté d'assurer au système de santé dans sa globalité une certaine viabilité financière, notamment à travers la limitation de la dépendance vis-à-vis de l'aide extérieure.*
- 4) Il en est de même pour le financement des structures de référence, comme l'hôpital général de Kigali. En effet, ce dernier après avoir reçu un soutien important de la communauté internationale en 1995, a vu son financement considérablement réduit en 1996 (voir Figure 4). Les responsables ont choisi d'augmenter progressivement la dotation pour cette institution qui joue un rôle essentiel dans la prise en charge de cas référés de tout le pays mais également comme hôpital de première référence pour la ville de Kigali. Le danger est ici de verser dans le surfinancement de structures hospitalières communes à nombre de pays en développement (Newbrander et al, 1992).*

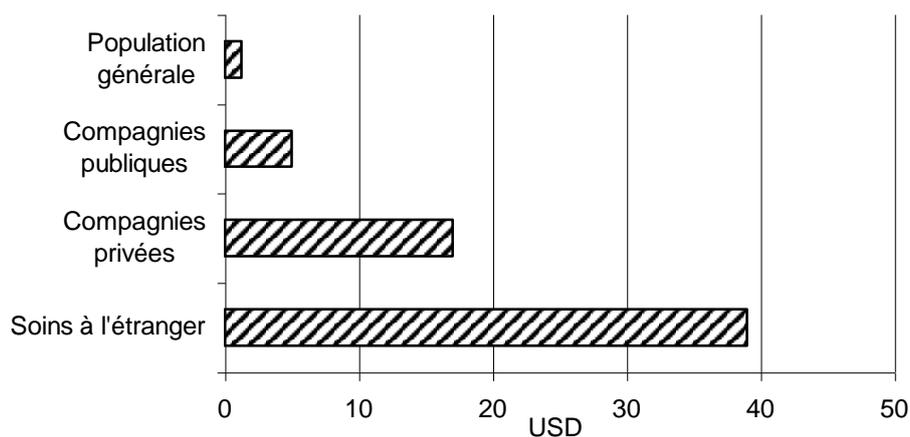
*L'évolution des budgets montrent à la fois une augmentation de la contribution gouvernementale en termes absolus et relatifs. La part prévue pour la santé dans le budget du Gouvernement serait de 7 % pour l'année 2003. La même tendance a été observée dans d'autres contextes, notamment au*

*Cambodge (Lanjouw et al, 1999). Elle montre également un retrait rapide de l'aide extérieure qui est assez préoccupante. Nous reviendrons plus loin sur ce point.*

*Il est également intéressant de s'interroger sur le processus de décentralisation. Collins (1994) ou Bossert (1996) donnent une classification des différentes modalités de décentralisation. Au Rwanda, il s'est agi d'un mélange hybride entre déconcentration et autonomie de gestion (forme incomplète de dévolution). Comme mentionné ci-dessus, l'autonomie de gestion des institutions de soins date de 1992. L'allocation des fonds domestiques et celle des ressources humaines sont restées très centralisées, du moins jusqu'en 2001 où un processus de décentralisation formalisé et touchant l'ensemble des secteurs a été mis en place (Ministère de l'Administration locale, 2000). Le recrutement de personnels de santé au niveau local était toutefois possible pour autant qu'ils soient pris en charge par les fonds générés localement.*

*Néanmoins, il faut également reconnaître que certains aspects sont plus préoccupants. S'agissant de l'équité, la Figure 6 montre clairement qu'il existait de grandes disparités entre les individus selon qu'ils appartiennent à la population générale ou qu'ils travaillent pour une société privée, une société étatique ou para-étatique ou encore qu'ils appartiennent au groupe des cadres de la fonction publique pour lesquels la prise en charge des soins médicaux peut aller jusqu'à un transfert à l'étranger. S'il est clair que le secteur privé est reconnu dans bon nombre de pays comme particulièrement généreux pour ses employés et leurs familles, suite le plus souvent à des législations strictes en la matière, il est moins acceptable que 10 ou 15 % du budget ordinaire de la santé soit consacré au paiement des frais de soins de quelques privilégiés à l'étranger. Ceci constitue une importante question d'équité pour les responsables du Ministère de la Santé. Diverses solutions ont été envisagées sans pour autant aboutir à une situation pleinement satisfaisante. L'ouverture d'un hôpital privé en 1998, certes très cher, mais néanmoins plus efficace que les transferts de malades à l'étranger, n'a pas pu trouver de viabilité financière même à court terme.*

*L'équité est également mise en cause lorsqu'il s'agit de la compensation par le niveau central des éventuels manques de ressources propres au niveau des différents districts. Même s'il n'y jamais eu d'analyse globale des ressources générées localement, il est clair qu'il n'y avait pas non plus de soucis de compenser par les allocations en provenance du niveau central une quelconque disparité entre les districts. Ces points ont été soulevés récemment par Mackintosh (2001).*



**Figure 6 : Dépenses globales pour les soins de santé per capita en fonction des différentes catégories de bénéficiaires potentiels (1998-99)**

*De même, il n'est pas inopportun de s'interroger sur l'équité réelle du système de prépaiement tel que mis en place avec l'aide de la Coopération américaine en 1999-2000. En effet, l'accessibilité aux soins a été rendue probablement plus aisée à une couche de la population qui pouvait payer les primes d'adhésion et utiliser les services. Cette utilisation était d'ailleurs 6 à 7 fois élevée que pour la population générale alors que contribution des adhérents, même si elle était plus élevée ne pouvait pas couvrir cet excès d'utilisation. Dans un contexte de taux d'adhésion bas (moins de 10 % en moyenne), cela peut poser des problèmes de financement des établissements sanitaires concernés. En effet, l'éventuel déficit devra nécessairement être compensé au niveau des centres de santé et des hôpitaux par la population non adhérente qui aura à couvrir les pertes d'exploitation éventuelles.*

*Enfin, il faut reconnaître que les données n'ont peut-être pas été suffisamment détaillées pour juger des effets de la décentralisation du système de santé (Burgess, 1997). Néanmoins dans une perspective de reconstruction, les informations disponibles permettent de mettre l'accent sur certains points forts (performances, cohérence entre politique de santé et financement) et sur des dysfonctionnements devant orienter l'action future.*

*Parmi les contraintes majeures au financement par la communauté des services de santé, il faut citer avant tout la faiblesse du revenu de la population au niveau macro économique (Produit national brut par habitant inférieur à 250 USD par habitant en 1997) mais également au niveau micro économique puisqu'on considérait en 1999 que 70 % de la population vit au dessous du seuil de pauvreté (alors que le pourcentage était de 40 % en 1985). Cela se traduit par une baisse significative du taux d'utilisation par la population et la nécessité pour le Ministère de la Santé de trouver des voies alternatives pour le financement du secteur. Une meilleure intégration des*

*budgets ordinaire et de développement (notamment à travers l'appui budgétaire) ainsi qu'une meilleure organisation de la participation financière (notamment à travers le développement de mutuelles) sont probablement des solutions envisageables à court ou moyen terme. De plus, il faut souligner la difficulté pour le Ministère de la Santé de réaliser son budget. Ceci est dû aux faits suivants : [1] le budget alloué en début d'exercice était systématiquement revu en juin de chaque année avec une adaptation à la baisse, [2] les formalités administratives étaient assez lourdes pour la mobilisation de certains fonds budgétaires (dotations aux services centraux par exemple) et [3] même les montants officiellement engagés ne parvenaient que difficilement au Ministère de la Santé pour des raisons parfois ardues à éclaircir.*

*L'aide extérieure a également été prompte à la diminution une fois la mobilisation initiale tarie. La décroissance des appuis extérieurs n'est probablement pas aussi criante que les Figures 4 et 5 ne le laissent supposer. En effet, le cycle des projets est court en situation d'urgence (6 mois à un an). Cela pourrait laisser espérer que nombre de projets pourraient être rapidement renouvelés et venir gommer la différence de ressources provenant de l'aide extérieure entre 1998, 1999 et 2000. De plus certains fonds n'ont pas été utilisés en 1998-1999 et devraient avoir été reportés sur l'année 2000.*

*Par ailleurs, la faiblesse du système de suivi des projets appuyant actuellement le Ministère de la Santé entraîne probablement une sous estimation de l'enveloppe externe réellement disponible. Elle permet pas non plus de suivre la « transformation » des promesses de financement en engagements réels. Quoiqu'il en soit, cette diminution de l'aide extérieure devrait aboutir à un renforcement de la responsabilité du Ministère dans le financement du secteur de la santé. La durabilité et la viabilité du système de santé mis en place devraient s'en trouver renforcées. L'aide extérieure se répartit sur les différents niveaux du système de santé. Alors qu'aux niveaux central et régional, il s'agit surtout d'un renforcement technique institutionnel, au niveau périphérique, il s'agit plus d'un appui direct comme les constructions/réhabilitations, l'approvisionnement en médicaments et équipements ainsi que la prestation de services directement à la population.*

*La coordination de cette aide a été un problème important. Actuellement, on assiste à un shift de l'aide d'urgence vers une aide au développement plus structurée mais nécessitant néanmoins des efforts de coordination soutenus et une collaboration étroite entre les différents partenaires, ce qui n'est pas simple puisqu'aucun d'entre eux n'est en mesure de jouer ce rôle avec le Ministère de la Santé. Les efforts de réhabilitation ayant porté leurs fruits, le renforcement de la capacité institutionnelle et la mise en oeuvre d'un développement durable sont les objectifs clés de la plupart des interventions menées actuellement. Pour instaurer un système de santé viable, les*

*partenaires au développement doivent en outre renforcer préférentiellement les capacités humaines à tous les niveaux.*

*Au regard de la Figure 4 on peut constater que la part du Ministère de la Santé était prévue à la hausse jusqu'en 2000 et même au delà. Les données fournies dans le rapport annuel 2000 (Ministère de la Santé 2001) et reprises au Tableau 1 nous montrent que cette évolution était optimiste. La dépendance du ministère de la santé vis-à-vis de l'aide extérieure reste donc importante et correspond environ aux estimations de 1998 : 75 % de l'enveloppe financière du secteur provenant de la coopération internationale contre moins de 10 % pour le Gouvernement et 15 % pour la population.*

*Une réflexion a été menée au Rwanda concernant l'approche sectorielle (SWAP – sector wide approach - Cassels, 1997). Celle-ci n'a pas rencontré l'intérêt des bailleurs de fonds essentiellement pour des raisons de « fongibilité » de l'argent qui serait mis à disposition des autorités rwandaises dans le panier commun. De même l'appui budgétaire a été timidement initié, notamment par l'Union européenne et le Royaume Uni. Cet appui servait à couvrir des manques à gagner liés au déficit de ressources du trésor rwandais et n'envisageait pas d'être employé pour une augmentation globale des ressources.*

*Les performances atteintes par le système de santé méritent d'être relevées. On peut en effet difficilement mettre en doute l'efficacité des choix politiques faits par le Ministère de la Santé au Rwanda en 1995. En moins de 5 ans, le niveau de performances en termes d'utilisation et de couverture est revenu à un niveau équivalent voire supérieur à celui qu'on trouve en moyenne en Afrique subsaharienne. De plus, cela s'est fait de manière efficiente puisque les coûts sont restés relativement modestes considérant la nécessité de reconstruction du système de santé. Il est clair que pendant la période initiale, dans l'immédiate après guerre et compte tenu de la destruction massive du système, les coûts marginaux ont été relativement faibles et qu'ils auront tendance à augmenter dans la phase de consolidation de cette reconstruction. Néanmoins, il faut souligner la capacité d'organisation et de coordination du Ministère de la Santé attribuable en grande partie à la définition d'une politique de santé claire ayant permis d'orienter les aides extérieures massives vers la structuration d'un système de santé cohérent, relativement équitable, accessible et de qualité.*

*L'avenir du financement du système de santé au Rwanda dépendra largement des montants que le Ministère de la Santé parviendra à mobiliser tant au niveau interne (Gouvernement et population) qu'au niveau externe et du cadre organisationnel mis en place. La décentralisation, la redéfinition*

*du rôle de l'Etat vers un désengagement de la prestation des services et une meilleure conceptualisation de la régulation (à travers la contractualisation et la législation), de la coordination (pour améliorer l'équité du système de santé), et de la définition des politiques sont des étapes essentielles devant permettre au Ministère de la Santé de mieux remplir la mission qui lui est confiée par le Gouvernement au bénéfice des populations.<sup>4</sup>*

Cet article apporte des précisions utiles (même si elles sont encore largement lacunaires) sur le financement du système de santé au Rwanda. Il démontre la volonté des responsables du Ministère de la Santé de se donner les moyens d'analyser le rendement des prestations afin de convaincre les bailleurs de fonds de maintenir un niveau de financement suffisant pour le maintien des activités.

Les liens avec la notion de district sont apparemment ténus. Il aurait fallu pouvoir disposer de chiffres district par district. Cela n'a pas été possible. Néanmoins, les analyses réalisées permettent d'avoir une idée du financement de l'ensemble des districts par rapport aux autres niveaux du système de santé.

Cet dernier aspect constitue une étape importante dans l'analyse du fonctionnement du système de santé et peut servir de base pour mener une réflexion critique sur le financement des districts de santé au Rwanda comme soutien au processus de décentralisation en cours.

Une partie des données reprises ci-dessus provient d'enquêtes réalisées spécifiquement. L'information sanitaire de routine a également permis d'ajouter des informations complémentaires, notamment sur la participation communautaire. Cette analyse a pu se faire en partie grâce au système d'information sanitaire. Dans un autre champ d'application que le financement, la section suivante illustre l'utilité de cette information sanitaire de routine.

---

<sup>4</sup> Note : Les auteurs tiennent à remercier l'Organisation mondiale de la Santé, la Coopération belge ainsi que l'Université libre de Bruxelles et la Fondation Van Buuren pour leur participation au financement de la réalisation de cette étude.

#### ***V.4 Le système d'information sanitaire: un outil essentiel pour le suivi des activités et le développement d'une méthodologie critique d'intervention***

Les systèmes d'information sanitaire (SIS) ont fait l'objet au cours des 10 ou 15 dernières années de nombreuses tentatives de mise en place un peu partout dans le monde. Leur niveau de fonctionnement est réputé faible (Lippeveld *et al*, 2000). Toutefois, il existe des expériences décrites positivement (voir par exemple De Kadt, 1989 ; Van Norren *et al*, 1989 ; Husein *et al*, 1993 ; Loevinsohn, 1994 ; Aedes, 1996 ; Turnock & Handler, 1997 ; Duran-Arenas *et al*, 1998 ; Azubuike & Ehiri, 1999 ; Basch, 1999 ; Lippeveld *et al*, 2000 ; Cibulskis & Hiawalyer, 2002 ; Gladwin *et al*, 2003 ; Pappaioanou *et al*, 2003).

Dans ce travail, nous nous situons d'emblée dans le cadre d'une vision positive concernant les SIS. Le fait qu'un système d'information sanitaire performant et dépassant le cadre restreint de la surveillance épidémiologique puisse être développé en période critique au sein d'un DS ou même à l'échelle d'une région ou d'une province a déjà été documenté dans la Partie II de ce travail. Il importe ici de montrer comment un système d'information sanitaire peut être mis en place en période post critique à l'échelle d'un pays.

L'expérience rwandaise en matière de système d'information sanitaire est intéressante car elle illustre d'une part le fait que la mise en œuvre d'un SIS en situation post-critique est possible à un niveau national (c'est-à-dire pour le Rwanda, environ 40 districts de santé) et d'autre part le fait qu'il s'agit bien d'un des piliers de la réforme sanitaire, voulu comme tel par les autorités du Ministère de la Santé qui ont reconstruit le système de santé au Rwanda après 1994.

La section V.4 sera basée sur la description succincte de la mise en place du SIS au Rwanda à partir de 1997 et sur un exemple d'utilisation des données de routine pour la prise de décision.

##### **V.4.1 Description du SIS Rwanda**

Dans les années 80 et au début des années 90, le Rwanda s'est doté d'un système d'information sanitaire partiellement informatisé (du moins au niveau central) et très orienté vers la surveillance épidémiologique.

Après les événements de 1994, le SIS existant ayant été complètement détruit, les autorités du Ministère de la Santé ont très rapidement essayé de dégager des moyens pour la mise en place

d'un nouveau SIS. L'Organisation mondiale de la Santé a soutenu la mise en œuvre d'un système de surveillance épidémiologique entrant dans le cadre de la lutte contre les maladies à potentiel épidémique émergentes et réémergentes.

Dès 1996, des contacts ont été pris avec l'Ecole de Santé Publique de l'ULB pour la mise en place d'un système d'information sanitaire national couvrant les autres aspects de l'information sanitaire relatifs à la prestation des services curatifs et préventifs, aux ressources utilisées et à la participation de la population. L'année 1997 fut consacrée à l'identification des acteurs, à la création d'un Comité SIS au niveau du Ministère de la Santé incluant des représentants des différents niveaux du système, à la discussion des besoins en information, à la définition des données à collecter, à l'élaboration/adaptation des outils de collectes. Un cahier des charges a été préparé et un programme informatique sous forme d'une application en ACCESS 2<sup>®</sup> élaboré<sup>5</sup>. L'ensemble a été testé dans une région sanitaire (4 districts de santé). Au début 1998, le nouveau système a été mis en place au niveau des centres de santé dans l'ensemble du pays. Une évaluation partielle a été réalisée en 1999 et une version améliorée a été mise en place en 2000. Cette expérience a, entre autres, servi de base à l'élaboration d'un document de travail sur la conception d'un SIS (Wodon, 2002). La systématisation des éléments repris ci-dessus en est inspirée.

La mise en œuvre de l'implantation du nouveau SIS au Rwanda s'est faite avec l'appui de missions extérieures ponctuelles (2 à 3 fois 15 jours par an – Wodon, 1997 à 2001). Une partie importante du travail a donc été réalisée par les cadres du Ministère de la Santé. Les formations des agents du niveau intermédiaire, des équipes cadres des districts, des hôpitaux et des centres de santé ont été réalisées par les cadres du Ministère de la Santé avec l'appui de consultants externes. Un manuel a été élaboré pour guider les agents dans le remplissage des rapports mensuels. Un exemple de rapport mensuel est donné en annexe 2.

Globalement, le système d'information sanitaire a permis de mesurer les performances du système de santé (voir section V.2 ci-dessus). Ces mesures ont été opérées sur base, du moins au niveau des centres de santé, d'une très bonne complétude située entre 80 et 90 %<sup>6</sup>. Des tableaux de rétro information ont été dressés, qui peuvent être produits à chaque niveau du système. Une rétro information adaptée peut ainsi être élaborée pour les producteurs d'information sanitaire et pour les preneurs de décisions au niveau local, intermédiaire et central.

---

<sup>5</sup> Logiciel AEDES/Cemubac appelé Gesis<sup>®</sup> (voir annexe 1).

<sup>6</sup> Cela signifie que pour l'ensemble des centres de santé du pays entre 80 et 90 % des rapports attendus ont été reçus au niveau des districts de santé et au niveau central (Division Statistiques et Information sanitaire du Ministère de la Santé).

L'architecture globale du système d'information sanitaire de routine et du logiciel Gesis® permet, au Rwanda, de disposer d'informations relatives à : (1) une période [mois ou année(s)], (2) un ou plusieurs établissement(s) sanitaire(s) [isolé(s) ou regroupé(s)], (3) des entités géographiques [district de santé, province, pays], (4) des problèmes de santé, (5) des populations [groupes d'âge], (6) des activités (Porignon *et al*, 2001b).

Un document d'aide à l'analyse des informations sanitaires a également été produit par le Ministère de la Santé et distribué dans tous les centres de santé du pays (Katulanya *et al*, 2001).

Le district de santé et le niveau intermédiaire jouaient un rôle primordial. Tout d'abord, les informations provenant des établissements sanitaires étaient centralisées et encodées au niveau du district de santé, ou à défaut au niveau intermédiaire. Ce n'est qu'en cas de gros problème que le niveau central se suppléait aux autres niveaux. Ensuite, la rétro information était assurée trimestriellement avec des données générales par région sanitaire avec selon l'occasion une information spécifique par district. Cet outil servait de base au niveau intermédiaire aux séances d'analyse des données organisées par district de santé et au niveau périphérique aux séances d'analyse des données organisées par centre de santé. Dans les différents rapports annuels du Ministère de la Santé depuis 1997, les indicateurs de bases sont suivis par district de santé.

Le coût de mise en œuvre du SIS n'a jamais été évalué formellement. Compte tenu des informations disponibles sur les salaires des agents remplissant les formulaires et ceux des agents analysant les données, sur les consultances extérieures, sur le matériels utilisés (ordinateurs, imprimantes,...) sur le coût d'impression des formulaires, le montant total ne devrait pas excéder 250 000 USD par an.

Les performances du système de santé ont été appréciées dans la section V.2. Nous n'y reviendrons pas ici. La documentation de ces performances ainsi que les exemples de prise de décision repris ci-dessous (section V.4.2) et dans différentes communications présentées récemment (Kamoso *et al*, 1998 ; Porignon *et al*, 1999 ; Porignon *et al*, 2001 ; Porignon *et al*, 2001b, Porignon *et al*, 2003b) témoignent de l'utilité d'un tel SIS. Par ailleurs, alliées à des informations recueillies dans le cadre d'enquêtes spécifiques, les données du SIS permettent d'alimenter un tableau de bord (voir Annexe 3) reprenant des indicateurs sanitaires requis par la Banque mondiale et le Fonds monétaire international pour le suivi, en collaboration avec le Ministère des Finances et de la Planification économique, de la mise en œuvre des facilités

d'ajustement structurel (pour une information sur les tableaux de bord voir Anaes, 2002 ; Fernandez, 2002 ; Porignon & Greindl, 2002).

Les difficultés liées à la mise en oeuvre de ce SIS ont été nombreuses. Tout d'abord, il faut rappeler que celle-ci s'est faite en 3 ou 4 années. Il s'est donc agi d'une entreprise de longue haleine. Deuxièmement, le problème de l'informatique constitue un frein important. Il fallait en effet que tous les districts de santé disposent au moins d'un ordinateur capable de recevoir le programme Gesis® et de personnel qualifié sachant utiliser l'ordinateur et les programmes de base (Windows® au strict minimum). Les pannes informatiques sont nombreuses et le recrutement au sein du Ministère de la Santé d'un informaticien ayant, entre autres, la maintenance du parc informatique dans le pays parmi ses attributions est rapidement devenue impérative. Ensuite la mobilité du personnel constitue également un frein au développement du SIS. L'absence de cours sur le SIS dans le curriculum de base des professionnels de santé est une lacune importante puisque, non seulement les agents doivent apprendre à dominer l'outil sans référence préalable mais encore, leur carence en capacité de réflexion critique ne les encourage que très peu à analyser eux-mêmes leurs données. Enfin, l'équipe du niveau central était insuffisante en nombre pour assurer l'analyse des données, la rétro information, la réflexion sur le développement du SIS et surtout la fourniture aux différents acteurs intéressés des informations pertinentes et fiables dont ils ont besoin.

Dans la section suivante, nous allons cependant voir comment, malgré ces difficultés, le SIS rwandais peut être utilisé pour la prise de décision.

La démarche relative au SIS qui vient d'être explicitée a été complétée par l'élaboration d'une carte sanitaire. Celle-ci est en cours de finalisation.

#### **V.4.2 Utilisation des données de routine**

Comme souligné récemment entre autres par Lippeveld *et al* (2000) de manière plus générale, l'utilisation des données de routine constitue un enjeu important des SIS. Ces informations peuvent déboucher, après analyse, sur des connaissances nouvelles (profil épidémiologique général dans un pays ou une province par exemple) mais surtout peuvent aider les preneurs de décisions dans la gestion des problèmes quotidiens de fonctionnement des services de santé (Bolsin & Colson, 2003). En cela il constitue un outil essentiel pour la recherche. L'objet de cette section est de montrer qu'il est possible, à partir d'une information de routine de dégager des éléments permettant aux responsables nationaux, intermédiaires ou locaux d'analyser les

performances des structures sanitaires et d'identifier lesquelles parmi celles-ci doivent faire l'objet d'une attention particulière, par exemple en terme de supervision.

## **Regularity of performance to improve health services in developing countries<sup>7</sup>**

### ***Introduction***

*One of the key elements developed in the Alma-Ata Conference was the scientific soundness of Primary Health Care (World Health Organization, 1978). WHO recently proposed a framework to analysing health systems performance (World Health Organization, 2000). It pertinently rose that one of the key function to be examined in health system analysis is the delivery of services.*

*Research related to health systems or health care organisation is hard to conduct. In this field, studies in which only the studied factor is changing and where controlled randomisation can be applied, are impractical to organize. Biases and confounding variables are therefore difficult to manage. Nevertheless, descriptive uncontrolled observational studies although repeatedly considered of poor value, frequently lead to practical decision making (World Health Organization, 2000b). Although careful attention should always be paid to any conclusion drawn from non rigorous methodology, decision reliability can be improved by using simple statistical methods such as proportion or mean comparisons.*

*The present paper relates to regularity which refers here to the performance achieved by health centres according to a determined periodicity. It has nothing to do with the schedule during which services are made available for the population. Regularity of health service performance depends on many factors linked to quality, beneficiary population, qualification of personnel, drug or vaccine availability, and health service accessibility as well as on other factors like seasonal variations.*

*Health information system (HIS) provides information for monitoring the health situation, the performance of promotive, preventive and curative activities and the availability and utilisation of health resources as well as for researching (Chapman and Sonnenberg, 2000). Health data are often considered as poorly reliable, mainly in developing countries. The awareness of the benefit for health systems from analysing data generated through existing HIS is growing. It becomes*

---

<sup>7</sup> Cet article est basé sur le mémoire présenté à l'Ecole de Santé Publique en septembre 2001 pour l'obtention du Diplôme d'Etudes Approfondies en sciences de la santé (spécialisation santé publique) et a été présenté lors de la AcademyHealth's 20<sup>th</sup> annual research meeting. (Porignon *et al*, 2003b).

*then conceivable to perform investigations by using existing routine data, which can be recognized as useful information on quantitative as well as qualitative aspects of health service organisation (Basch, 1999, Lippeveld, 2000).*

*In Rwanda, health services were seriously damaged during the 1994 war and genocide. Implementation of new health services were then grounded on both comprehensive services delivered through the newly settled network of health centres and hospitals and vertical activities conducted by local and international non governmental organizations as well as by bilateral or multilateral agencies.*

*In 1994, HIS was completely dismantled as well. HIS was deeply redesigned in 1997 and its new version implemented in 1998 in the whole country. From 1998 onward monthly information has been collected in every public and not-for-profit (mostly church related) health centre. Information was then computerised at the district level before being sent to intermediate (i.e. regional) and central levels. The present study was performed by computing HIS data available in the Information, Research and Documentation Unit of the Rwandan Ministry of Health.*

### **Objective of the research**

*By using indicators collected through routine HIS, the present study attempted (1) to argue that performance regularity should lead up to better global results for curative as well as preventive activities and (2) to demonstrate that routine information sets are useful in the analysing process of activities and results.*

### **Methods**

*Study was conducted on 1999 data. During this year, 344 health centres were registered in Rwanda. Out of 344, 318 health centres were eligible for the present study. The other 26 were health facilities linked to jails or private companies (n=16) as well as health centres temporarily non operational for organisational or severe security reasons (n=10). None of these 26 health centres were required to performed preventive or obstetrical activities.*

*Each health centre has a defined catchment's area and a population that was determined either by local authorities or by health professionals generally with the support of aid agencies. In 1999, the mean population of health centres catchment's area was 24 936 inhabitants and the median*

population was 21 848. Yearly targets for each health centres were defined according to population of their respective catchment's area as well as to the share of the population that was supposed to benefit from service delivery, i.e. in the present study, children aged 0-11 months for immunisation, pregnant women for antenatal and obstetrical care and the whole population for curative activities. In Rwanda, the proportions of both children aged 0-11 months and pregnant women were defined by the Ministry of Health on the basis of a Socio-Demographic Survey conducted in 1996 by the Ministry of Finance and Economic Planning under the guidance of the United Nations Fund for Population (Ministry of Finance and Economic Planning, Socio-demographic survey in Rwanda, Kigali, Rwanda, 1998). These proportions represented 4.6 % of the total population. The mean year target population for concerned areas was 1147 and the median year target population was 1004. Monthly targets for each health centre were calculated by dividing yearly targets by 12 and were rounded up or down to the closer unit.

In order to appraise performance regularity, vaccination against tuberculosis (BCG) was selected as baseline activity. It was chosen because it is the first to be given to children aged 0-11 months, be it just after delivery or during the first preventive contact with health services. Health centres were classified according to their ability to reach worthy BCG coverage on a monthly basis. The regularity has been measured for each health centre. The issue was to check if each health centre reached or not 60 percent of the BCG immunisation monthly target. According to their regularity in BCG immunisation performance, the health centres were grouped into two: Group I included health centres which did not performed at least 60 percent of their expected monthly BCG immunisation target for 9 months out of 12 and Group II with all the other health centres.

The threshold of 60 percent was selected because it represents 10 percent above the value for tuberculosis immunisation coverage in Rwanda during the study's year. The 10 percent increase was reckoned as a fair level of requirement. It was decided to lower the regularity criteria to 9 months instead of 12 in order to allow some variations in health centre activities, which may not be under the responsibility of service providers.

From the selected 318 health centres, according to criteria described above, 250 health centres (79 %) were in the Group I while 68 (21 %) were in Group II. Output indicators are universally used to describe the productivity of health services (Kielmann et al, 1991, World Health Organization, 1996). According to data that were available in the Rwandan HIS, the following additional indicators were taken into consideration: (1) third dose of Diphtheria – Tetanus - Pertussis [DTP3] immunisation coverage, (2) measles immunisation coverage, (3) antenatal care coverage [first contact during the pregnancy's first trimester], (4) obstetrical coverage [proportion

*of woman who delivered in health centres] and (5) curative care utilization [number of new cases per inhabitant per year]. Quality aspects were addressed through calculation of relative differences between BCG and measles immunisation coverage. Poliomyelitis immunisation was excluded of analysis because it was the key component of National Immunisation Days, a selective activity conducted in the whole country under the guidance of WHO, as part of the global poliomyelitis eradication Programme.*

*Normal plots were first examined to check health service coverage distributions. These plots showed that BCG, DTP3, and measles immunisation coverage distributions were normal while obstetrical coverage, antenatal care coverage and curative care utilization were not. According to normal plots results, mean or median performances of health centres with standard deviation (SD) or range were then compared in Group I and II with Student's t or Mann-Whitney tests. For each indicator, health centres with coverage higher than 100 percent were excluded. For curative care utilization, the exclusion threshold was 2.5 new cases per inhabitant per year. The number of health centres finally included in the analyses ranged from 277 (obstetrical coverage) to 317 (curative care utilisation)*

*To validate the first results derived from an a priori classification, cluster analysis was also performed. Cluster analysis meets investigator's concern of finding a classification in which the items of interest (health centres in the present study) could be placed into a small number of homogeneous groups or clusters. Cluster analysis may provide a convenient summary of the multivariate data on which it is based and it may have theoretical or practical implications on strategies to define (Everitt and Dunn, 1991). This analysis was performed on 252 health centres after having excluded those centres which did not perform obstetrical activities (n=41) or had a coverage higher than 100 percent (n=25). For cluster analysis, all indicators were considered and data were transformed into z-scores.*

*Statistical tests were performed with SPSS® 10.0 for Windows.*

## **Results**

*In Rwanda, during the study year, the monthly report completion rate was 93 %. Table 1 showed that those health centres that were regular for BCG immunisation (Group II) were also those that systematically had better performance for all other selected indicators, including curative care utilization.*

	N	N		Mean <sup>#</sup> or median <sup>°</sup> (SD <sup>#</sup> or range <sup>°</sup> )		p
		Gr I	Gr II	Gr I	Gr II	
<i>BCG vaccine coverage</i>	289	245	44	50.6 <sup>#</sup> (16.8) <sup>#</sup>	84.3 <sup>#</sup> (9.4) <sup>#</sup>	< .001
<i>DTP 3 vaccine coverage</i>	302	246	56	40.4 <sup>#</sup> (16.3) <sup>#</sup>	67.3 <sup>#</sup> (13.5) <sup>#</sup>	< .001
<i>Measles vaccine coverage</i>	308	248	60	34.3 <sup>#</sup> (15.4) <sup>#</sup>	58.8 <sup>#</sup> (17.3) <sup>#</sup>	< .001
<i>Antenatal care coverage</i>	315	248	67	3.0 <sup>°</sup> (99.4) <sup>°</sup>	4.9 <sup>°</sup> (66.9) <sup>°</sup>	.014
<i>Obstetrical coverage</i>	277	220	57	7.1 <sup>°</sup> (66.2) <sup>°</sup>	14.0 <sup>°</sup> (95.7) <sup>°</sup>	< .001
<i>Curative care utilization</i> (NC/inh/yr)	317	250	67	0.15 <sup>°</sup> (2,03) <sup>°</sup>	0.23 <sup>°</sup> (1.50) <sup>°</sup>	< .001

All results expressed as percentages except where noted

NC/inh/yr = new cases per inhabitant per year

DTP 3 = Diphtheria Tetanus Pertussis (third dose)

Obstetrical coverage = deliveries that occurred under professional assistance in health centres

Antenatal coverage = first contact with antenatal care during the first trimester of pregnancy

Curative care utilisation = proportion of the population that attended clinics once during the year

Gr I = health centres with < 9 months above 60 % of expected performance for BCG immunisation

Gr II = health centres with ≥ 9 months above 60 % of expected performance for BCG immunisation

p: significance value for t-Student or Mann - Whitney test

**Table 1: Comparison of health centre performances according to Groups**

Differences were highly statistically significant for all selected indicators whether there were related to immunisation activities or to other activities. As a qualitative aspect, relative differences between BCG and measles immunisation coverage were analysed for each health centre. The mean value of relative differences was slightly lower although not statistically significant for health centres of Group I than for those of Group II (32.2 % versus 35.8 %,  $p = 0.33$ ).

Clustering technique allowed classifying all health centres into clusters A ( $n = 151$ ) and B ( $n = 101$ ). All health centres that belonged to the Cluster A were reputed to have a lower performance

level (mean z-scores for each indicator between  $-0.58$  and  $-0.08$ ) than the health centres that belonged to the Cluster B (mean z-scores between  $+0.05$  and  $+0.90$ ).

	Mean <sup>#</sup> or median <sup>°</sup> (SD <sup>#</sup> or range <sup>°</sup> )				p
	Cluster A		Cluster B		
n = 252	n = 151		n = 101		
BCG vaccine coverage	44.3 <sup>#</sup>	(14.1) <sup>#</sup>	72.0 <sup>#</sup>	(14.6) <sup>#</sup>	< .001
DTP 3 vaccine coverage	32.8 <sup>#</sup>	(11.6) <sup>#</sup>	60.2 <sup>#</sup>	(12.6) <sup>#</sup>	< .001
Measles vaccine coverage	26.8 <sup>#</sup>	(10.5) <sup>#</sup>	51.7 <sup>#</sup>	(12.5) <sup>#</sup>	< .001
Antenatal care coverage	2.6 <sup>°</sup>	(48.2) <sup>°</sup>	3.8 <sup>°</sup>	(55.1) <sup>°</sup>	.031
Obstetrical coverage	5.7 <sup>°</sup>	(21.9) <sup>°</sup>	13.7 <sup>°</sup>	(66.2) <sup>°</sup>	< .001
Curative care utilization (Nc/inh/yr)	0.13 <sup>°</sup>	(1.07) <sup>°</sup>	0.21 <sup>°</sup>	(1.42) <sup>°</sup>	< .001

All results expressed as percentages except were noted

NC/inh/yr = new cases per inhabitant per year

DTP 3 = Diphtheria Tetanus Pertussis (third dose)

Obstetrical coverage = deliveries that occurred under professional assistance in health centres

Antenatal coverage = first contact with antenatal care during the first trimester of pregnancy

Curative care utilisation = proportion of the population that attended clinics once during the year

p: significance value for t-Student or Mann - Whitney test

**Table 2: Comparison of health centre performances according to Clusters**

Table 2 showed that the level of performance was statistically significantly higher for health centres belonging to the Cluster B. Regarding the relative difference in coverage between BCG and measles immunisation, the mean was higher in health centres belonging to the Cluster A than in those belonging to the Cluster B (37.7 % versus 26.0 %,  $p < 0.001$ ).

Among health centres included in the cluster analysis, all those that belonged to Group II were classified in Cluster B (Table 3).

	Cluster A	Cluster B	Total
Group I	151	62	213
	[2]	[3]	
Group II	0	39	39
		[1]	
Total	151	101	252

Note: 66 health centres excluded (see text)

**Table 3: Spreading of health centres of Group I and II in Cluster A and Cluster B.**

The proportion of health centres of Group I that were classified in Cluster B was significantly lower than the proportion of health centres of Group II classified in Cluster B (30 % versus 100 %, Pearson  $\chi^2 = 69$ ,  $p < 0.001$ ). This Table allowed to identify 3 types of health centres: [1] health centres that were the most performing ( $n = 39$ ), [2] those that performed worst ( $n = 151$ ), and [3] those that were classified as mid-performing and non regular ( $n=62$ ). Health centres that did not performed one or more of the selected activities according to standards determined by the Ministry of Health were considered as a specific grouping ( $n = 66$ ).

## Discussion

Results provided evidence that regularity can be chosen as a mean to reach better performance in service delivery if stress on regularity goes beyond the BCG immunisation through an integrated approach. It appeared that working on one activity's regularity should lead to better performance in other activities. This argued in favour of global and horizontal approach for health system organising. Regularity and integration could then become major arguments for strategic decision-making about health services delivery orientations. Both of them especially if coupled with enhanced management might become a key issue in terms of quality assurance improvement in health facilities. These aspects should be emphasized during initial and in service training of all health professional categories.

*Cluster analysis combined with grouping methodology isolated 4 groups including the one with health centres reporting coverage higher than 100 %. Each group will need to address its particular problems. For example, in group [2] and [3], respectively 151 and 62 health centres should benefit from improved qualitative situation analysis as well as training and supervision in a view to switching them to the lower right cell (see black arrows in Table 3). It could be easily carried out from district level. The appropriate Department of the Ministry of Health at central or intermediate level should then guarantee a yearly follow up to appraise global improvements.*

*Regarding qualitative aspects, the cluster analysis was more accurate on selecting those health centre that kept their performance level for succeeding activities. Qualitative inquiring of factors explaining the results should be initiated at national or peripheral levels.*

*In Rwanda, health centres are very keen to send their monthly reports to district medical authorities. This point is important to pull out the bias of non-response, which could lead to discriminate health centres on absence of data instead of performance criteria. However, albeit the completion rate in Rwanda was remarkably high, accuracy of data may always be questioned, especially for those health centres that reported coverage over 100 %. Proper data analysis at district level should focus on that problem in order to increase reliability of health information collection at facility level.*

*As mentioned above, concerns about confounding factors and biases are numerous but are difficult to address in health services research. First of all, use of routine data that were not collected for the specific purpose of the study could be criticised by some researchers. Such data is becoming increasingly common and hailed as an efficient source of consistent information (Virnig and McBean, 2001). Secondly, regularity of health services delivery could be influenced by many factors among which workload, insecurity due to civil strifes, characteristics of rural and urban settings, personnel skills and qualification, geographical accessibility, nearness of hospital maternity wards, vaccine shortage. The first two factors were specifically addressed. Adjustment to population size was performed. Results varied slightly but differences remained highly significant. Health centres that were in most remote unsecured areas did not provide any services and were excluded from analysis.*

*Concerning other confounding factors, according to the 1996 Socio Demographic Survey, less than six percent of the Rwandan population were living in urban settings, which was a very small share of the population and was likely to have no significant influence on the global results of the study.*

*Regarding skills and qualification of personnel, some studies conducted in Rwanda before 1994 suggested that there were no link between personnel qualification and performances, especially for activities connected with maternal health. With regard to the nearness of district hospital maternity wards and their likelihood to perform BCG immunization as well, it is noteworthy that only three percent of expected deliveries occurred in hospitals in Rwanda. Once again, it makes it unlikely to have a significant influence on the results of the study.*

*Nonetheless, a worrying aspect remains that, according to our classification, only 20 percent of health centres were performing well. Different factors could explain that observation. Firstly, the lapse of time between implementation of the reform and this partial evaluation is very short (i.e. about 3 years). Secondly, performances achieved in 1999 by the Rwandan health system for immunisation were in the range of 40-60 percent, not far from those officially reported by many countries of the WHO Africa Region (World Health Organization, 1998). These results were achieved with ratios of medical doctors and nurses per 10 000 inhabitants respectively 7 and 4 times lower than in the other countries of the Region.<sup>11</sup>*

*The study was focused on year 1999. This year corresponds to a breakpoint in the Rwanda health system recovery process because external aid decreased sharply and domestic resources – although increasing - remained very low (Ministry of Health. Health Sector Public Expenditure Review. Kigali, Rwanda, 2000). According to the World Bank and International Monetary Fund recommendations, the Rwandan Government decided to direct its efforts towards the social sector in order to compensate the loss of external aid. In 1999, global per capita expenditure on health remained inferior to 5 USD per inhabitant per year. The domestic contribution of the Rwandan Government was 1.3 USD per inhabitant per year.*

*Regularity could be understood as a "pointer" for better performance. The argumentation provided medical authorities with relevant elements – health centre classification, integration, comprehensiveness - for influencing strategic thoughts and for decision-making in terms of policy formulation at national or peripheral level. This was an issue that should be emphasized in training sessions organised for all health professionals. By handling available data compiled from peripheral level to national level, information was useful for investigation and reasoning for improving decision making for better local health service operationnality. There would be a real benefit for the whole population.*

L'article qui précède n'est qu'une illustration. Un de ses intérêts principaux est de montrer que, quel que soit son niveau de qualité, l'information sanitaire peut être utile et doit être utilisée pour analyser le fonctionnement du système de santé ou, à défaut de qualité de suffisante, pour

détecter les failles du système d'information sanitaire et les corriger. Le genre de réflexion menée ci-dessus, s'inscrit dans une démarche à long terme qui doit s'inscrire dans une logique de formation continue et de base pour les professionnels de santé et qui doit bénéficier d'un soutien adéquat de la communauté internationale.

### ***V.5 Les principaux résultats***

- 1) Le système de santé de district peut être mis en place et rendu rapidement opérationnel en phase post-critique : suivi d'indicateurs de performance des activités entre 1998 et 2000 ; suivi de la mise en place des organes de gestion entre 1998 et 2000 ; comparaison des performances des districts
- 2) L'analyse du financement du système de santé est possible et en tout cas suffisamment fiable que pour permettre aux décideurs d'envisager et de mettre en œuvre des solutions alternatives.
- 3) L'analyse du financement du système de santé permet également de formuler des propositions sur le financement « idéal » du système de santé au Rwanda
- 4) Le système d'information sanitaire peut être mis en place et rendu rapidement opérationnel en phase post-critique : analyse détaillée par district, région ou CS ; l'information recueillie en routine est utile



**District de santé**

## Rwanda

1. Organisation générale du système
2. Décentralisation
3. Système de santé intégré
4. Supervision
5. Formation
6. Equité dans l'allocation des ressources
7. Utilisation de l'information sanitaire
8. Mise en place des organes de gestion
9. Difficultés à couvrir toutes les activités

**Figure de synthèse III**

## **Chapitre VI Santé publique et processus de paix : de l'expérience rwandaise à la situation au niveau international**

**Objectif :**

**Dégager les rôles que les professionnels de la santé peuvent jouer dans l'élaboration des processus de paix.**

### ***VI.1 Quels rôles peuvent jouer les professionnels de santé dans les processus de paix ?***

L'ensemble des chapitres de ce travail fait clairement allusion aux actions des professionnels de santé pour l'amélioration des conditions sanitaires des populations dont ils ont la responsabilité.

Les cadres des districts de santé en particulier font office à la fois d'organiseurs de services de santé dans les centres de santé et les hôpitaux et à la fois de mobilisateurs de la participation communautaire au sein des organes de gestion. Leur connaissance approfondie du terrain au niveau local en font également des personnes ressources clés pour la prévention et la détection des situations critiques, particulièrement en cas de crise complexe.

Il nous a dès lors paru intéressant de nous pencher, de manière plus globale, sur le rôle que peuvent jouer les professionnels de santé dans les processus de paix. Cette analyse fut menée dans le cadre d'une réflexion multisectorielle organisée par l'Institut d'Etudes européennes de l'ULB sous la forme d'un colloque intitulé « L'art de la paix : approche transdisciplinaire ».

## **La santé publique, un volet essentiel pour l'élaboration d'un processus de paix. Stratégies et acteurs d'une discipline émergente<sup>8</sup>**

### ***Introduction***

*En 1995, Jacques Attali écrivait dans L'Apocalypse Economique : « Pour la 1<sup>ère</sup> fois dans l'histoire de cette planète, une espèce vivante a produit les moyens de se suicider » (Attali, 1995). Cette phrase résume la préoccupation dominante liée à la menace de l'utilisation de l'arme nucléaire entre les blocs soviétique et occidental jusqu'en 1989. Même si la possession et le développement de l'arme atomique ont aussi été un outil de dissuasion, par ailleurs négatif et dont l'efficacité reste douteuse, il n'en demeure pas moins vrai que la hantise des guerres totales a masqué pendant de nombreuses années les conflits larvés qui survenaient un peu partout dans le monde au cours des décennies 70 et 80.*

*Pendant cette période, l'émergence politique du Tiers-monde a été caractérisée par 3 axes fondamentaux qui ont guidé la communauté internationale dans ses relations avec les pays en voie de développement : l'anticolonialisme, le non alignement et le développement. Depuis les années soixante, le colonialisme s'est prolongé à travers d'autres modes relationnels qui sont toujours sources de controverses entre le Nord et le Sud. Avec l'effondrement du bloc soviétique, le Tiers-monde a cessé d'exister de même que le non alignement puisque leur existence était par définition tributaire de celle des blocs de l'Ouest et de l'Est. Le développement quant à lui s'est accompli de manière variable en fonction des continents et des pays. S'il représente une valeur positive et réelle dans certains pays, il se mesure avec une circonspection non moins réelle dans d'autres, notamment en Afrique subsaharienne (Adedeji, 1999).*

*Les mutations industrielles des pays occidentaux, l'avancée technologique qui s'en est suivie ainsi que la mondialisation dans son acception la plus large, alliée au déficit progressif des fonctions étatiques et administratives des pays en voie de développement ainsi qu'à l'importance de la corruption de nombreux dirigeants et responsables dans les pays les moins avancés ont abouti à faire de ces derniers, en Afrique du moins, des laissés pour compte criblés de dettes offrant à leurs populations des conditions de vie misérables où la violence s'exprime d'autant plus facilement qu'elle trouve ses racines dans des problèmes ancestraux de terre, d'appartenance ethnique ou de pouvoir de « chefferie » non résolus depuis l'époque coloniale.*

---

<sup>8</sup> Voir Porignon *et al*, 2001c

*Ce terrain brièvement et très imparfaitement résumé est le lit des conflits que l'Afrique notamment n'a cessé de voir croître depuis plus de 20 ans.*

### ***La place de la santé publique dans les conflits et catastrophes***

*Entre les décades 1960, celle des indépendances et 1990, celles des conflits armés, le contour des interventions de santé publique a considérablement évolué.*

*On est en effet passé de l'organisation de la lutte contre les maladies à travers les hôpitaux et les campagnes organisées (campagnes de dépistage ou de vaccination de masse par exemple) à des interventions où les professionnels de santé doivent envisager l'individu dans sa globalité (**Soins de Santé Primaires**), avec sa pleine participation (**Initiative de Bamako**) et dans un environnement profondément conflictuel où guerres civiles et troubles en tout genre obligent le plus souvent à mettre en place une réponse humanitaire plus ou moins efficace, grosse consommatrice de moyens et au terme de laquelle les acquis en matière de développement sont fragilisés, voire entièrement détruits.*

*Dans ces conditions réunissant problématiques sanitaires majeures avec milieux socio-politiques et économiques instables, la santé et tout ce qui touche aux droits de l'homme deviennent de plus en plus inextricablement liés ne fût-ce que parce que l'environnement influence toujours de manière significative l'organisation de la lutte contre les maladies (Waldman & Martone, 1999).*

*Beaucoup d'auteurs ont relevé ces dernières années la difficile compatibilité entre la notion de santé publique et celle de conflit ou guerre. Cette analyse repose sur l'excès de morbidité et de mortalité que les conflits engendrent souvent dans des proportions qui autorisent à parler de désastre humanitaire ou de catastrophes humaines. Depuis quelques années de nombreux auteurs ont relevé le risque de mortalité beaucoup plus élevé des populations victimes de conflits, non seulement à cause des effets directs de la guerre mais surtout suite aux conséquences indirectes comme la famine, les déplacements de populations ou les épidémies ravageuses (Toole & Waldman, 1993; Goma Epidemiology Group, 1995; Roberts, 2001; Salama et al, 2001). A titre d'exemple, une équipe suédoise a récemment comparé la mortalité chez les tuberculeux en temps de paix et en temps de guerre en Guinée-Bissau, pour trouver que celle-ci était trois fois plus élevée en période critique (Gustafson et al, 2001).*

*Mais il faut dépasser ce stade pour essayer de comprendre comment les stratégies et les personnes actives dans le domaine de la santé publique (et qui, dans les pays en voie de développement, sont souvent parmi l'élite) peuvent participer à l'analyse des problèmes et à la*

*résolution directe ou indirecte des conflits. Dans les situations critiques et les urgences complexes comme on en connaît de nombreux foyers en Afrique - mais pas seulement sur ce continent (aussi en Afghanistan, au Kashmiri ou au Timor Oriental, pour ne citer que quelques exemples) - , la santé publique en terme d'outil de lutte contre la maladie et de prise en charge des principaux problèmes de santé s'organise de la manière suivante :*

- 1. la collecte d'information et la documentation à travers l'identification des cas et la surveillance des maladies (surveillance épidémiologique) ;*
- 2. la réalisation d'études épidémiologiques qui déterminent et quantifient l'impact en terme de Santé Publique des catastrophes naturelles et désastres divers liés à des guerres civiles ou internationales ;*
- 3. la conduite d'études pour déterminer et identifier les conditions, facteurs de risque et précurseurs qui peuvent conduire aux troubles ;*
- 4. la mise en œuvre d'actions d'éducation et d'information des populations, des professionnels de la santé et des décideurs politiques pour améliorer leur compréhension des enjeux ;*
- 5. l'élaboration et la diffusion d'un plaidoyer pour les politiques et programmes qui peuvent prévenir ou atténuer les effets des troubles ;*
- 6. le traitement physique et psychologique des survivants ;*
- 7. la mise en place de systèmes de santé ;*
- 8. l'évaluation de toutes ces actions.*

*Ces interventions potentielles doivent aller dans le sens d'un engagement des professionnels de santé pour l'intervention adéquate de tiers visant à réduire la morbidité et la mortalité parmi les populations vulnérables (Willis & Levy, 2000).*

*De tous les éléments repris ci dessus, celui qui apparaît comme le plus évident est celui lié à la prise en charge des problèmes de santé directs (traumatismes) et indirects (famines, déplacements de populations,...). Dans ce cadre, la Communauté internationale et principalement les organisations non gouvernementales se sont mobilisées pour dégager des lignes de conduite*

*standardisées afin de répondre de manière efficace et pertinente aux situations critiques en profitant des expériences des dernières décennies (Médecins sans Frontières, 1996; The Sphere Project, 2000).*

*Mais un autre élément essentiel est lié à la documentation, au témoignage et au plaidoyer. En effet, les professionnels de la santé ne peuvent rester muets devant l'utilisation de certaines armes (chimiques, biologiques, nucléaires ou occasionnant des blessures inutiles ou inutilement graves) ou devant les atrocités en tout genre que les victimes ont à supporter en temps de guerre ou de troubles civils. Enfin, ils doivent également s'investir dans la compréhension et la recherche de solutions aux problèmes majeurs qui sous-tendent les conflits dans lesquels ils ont à intervenir médicalement. Ils doivent donc franchir le pas qui sépare les aspects purement médicaux de ceux relevant des Droits de l'Homme (Mann, 1996 ; Yussuf et al, 1998).*

*A ces formes de documentations « opérationnelles » s'ajoute une forme plus « conceptuelle » visant par exemple à fournir des arguments pour une classification des conflits ainsi que de leurs conséquences et donc à établir les bases permettant d'identifier les différents types de solutions qu'on peut leur apporter notamment dans le domaine sanitaire (Zwi & Ugalde, 1991).*

*De manière pratique, voyons quelques exemples issus de l'expérience récente de l'Université libre de Bruxelles et du CEMUBAC en particulier où la santé publique a joué un rôle important dans la compréhension ou la résolution de conflits:*

#### *1. Prise en charge des réfugiés en dehors des camps en République démocratique du Congo*

*L'Université libre de Bruxelles à travers le CEMUBAC appuie depuis de nombreuses années un hôpital pédiatrique et trois districts de santé respectivement au Sud et au Nord Kivu (2 provinces situées à l'est de la République Démocratique du Congo). Ces structures ont été très sévèrement touchées par les différentes crises qui se sont succédées dans cette partie du pays depuis le début des années 90. Dans le district de Rutshuru en particulier, situé à environ 70 kilomètres au nord de Goma, la crise des réfugiés rwandais a été particulièrement ressentie (Porignon et al, 1998). En effet, en quelques jours, ce district qui compte environ 200 000 habitants a vu arriver sur son territoire quelque 300 000 personnes faisant partie du million de réfugiés venus du Rwanda et s'étant installés au Nord-Kivu. Parmi ces 300 000 réfugiés, environ 220 000 ont rapidement été canalisés dans des camps et ont été pris en charge par la communauté internationale à travers des dizaines d'ONG coordonnées par le Haut Commissariat des Nations Unies aux Réfugiés (UNHCR). Environ un quart, soit 80 000 réfugiés sont restés en dehors des camps entre le 15 juillet et le 31*

octobre 1994. Pendant cette période, ces derniers ont été pris en charge du point de vue sanitaire par l'hôpital et les centres de santé du district de santé de Rutshuru. Ils ont évidemment pesé de manière significative sur la charge de travail de ces établissements sanitaires. En effet, l'utilisation des services de santé était environ 10 fois supérieure pour les réfugiés par rapport à celle de la population autochtone. Les coûts de prise en charge pour des épisodes de maladies semblables étaient environ 6 fois plus élevés pour les réfugiés que pour les autochtones mais restaient deux fois moins élevés pour les réfugiés en dehors des camps par rapport à ceux traités dans les camps. Ainsi, outre une réponse plus rapide que celle organisée dans les camps de réfugiés, les services de santé locaux ont été à même d'assurer 65 000 consultations curatives pour les réfugiés en dehors des camps avec un personnel 6 à 10 fois moins nombreux que dans les camps par rapport au nombre de personnes à prendre en charge.

Lorsqu'on analyse les facteurs explicatifs de cette expérience positive au sein du district de Rutshuru, les performances atteintes par les services de santé congolais en faveur des réfugiés rwandais ont été possibles entre autres (1) car les professionnels en place avaient pour beaucoup d'entre eux été formés aux aspects de santé publique, (2) car les différents comités de santé, avec l'aide du CEMUBAC, ont pris les décisions adéquates afin de mobiliser des ressources additionnelles auprès des bailleurs de fonds et (3) parce que le travail en équipe dans un cadre organisé et soutenu par l'extérieur au sein d'un système de santé fonctionnel a été privilégié. Ceci a permis entre autre d'éviter – du moins partiellement - la fuite du personnel des services de santé locaux vers les agences humanitaires demanderesse de grandes quantités de professionnels qualifiés pour effectuer la prise en charge des réfugiés dans les camps.

Cet exemple concret (comme d'autres, voir Van damme et al, 1998a) montre que les services de santé locaux sont capables de participer à la prise en charge des victimes d'une catastrophe même majeure. En cela, les interventions internationales doivent demeurer attentives à la place occupée par les services de santé locaux afin d'éviter de lancer des actions qui leur soient préjudiciables (recrutement de personnels, utilisation de stocks de médicaments non recouverts en faveur des victimes,...). Par ailleurs, cet exemple illustre également la nécessaire complémentarité des actions d'urgence et de développement. Cet aspect est essentiel lorsqu'on parle de reconstruction et de stabilisation d'une région soumise à la guerre. En effet, les parties en présence retrouveront d'autant plus vite la paix que les mesures assurant la mise en œuvre des conditions de cette paix auront été prises. Les conditions d'une bonne santé des populations en font partie et l'organisation de services de santé locaux performants est une exigence sine qua non (même si non suffisante) pour assurer aux communautés un niveau sanitaire minimum.

## 2. Situation nutritionnelle dans et en dehors des camps de réfugiés rwandais au Kivu

*Un autre aspect qui a pu être étudié par le CEMUBAC dans le cadre de la crise des réfugiés rwandais au Kivu est la distribution de l'aide alimentaire (Porignon et al, 2000). La crise rwandaise est survenue dans un contexte congolais particulièrement difficile : désintégration progressive et durant depuis plus de 20 ans de l'économie nationale, disparition de l'Etat en tant que pouvoir organisateur de la Société, prévarication et corruption grandissantes des dinosaures du régime devant l'affaiblissement progressif du Président Mobutu, troubles interethniques sanglants et répétitifs. La région dans laquelle les réfugiés se sont installés était déjà soumise à une pression en terme de succession de désastres chroniques et aigus depuis de nombreuses années. Par ailleurs, la région est connue depuis plusieurs décennies pour ses carences alimentaires chroniques conduisant à un déficit de croissance des enfants que l'on peut qualifier de structurel (Wils, 1978; Tonglet, 1991).*

*L'aide alimentaire revêtait donc un intérêt particulier pour les populations. La communauté internationale a apporté une aide alimentaire considérable dans les camps déversant des milliers de tonnes de nourriture tous les mois au bénéfice des populations réfugiées. Les populations autochtones vivant aux abords immédiats des camps ont certainement profité de cet approvisionnement sous forme d'échanges plus ou moins licites entre elles et les réfugiés. Mais les populations ne vivant pas au contact des populations réfugiées et ayant néanmoins subi le contre-coup de leur présence massive n'ont pas été du tout prises en compte dans les enquêtes nutritionnelles et n'ont pas bénéficié d'une aide dont elles avaient grandement besoin. Et ce, d'autant plus que des tonnes de nourriture (viandes et produits maraîchers) produites dans des endroits jouxtant plus ou moins les camps y étaient envoyées - souvent après être volées- pour y être achetées à bas prix.*

*Le résultat a été que la situation nutritionnelle dans la région de Masisi par exemple (située à 80 kms au nord-ouest de Goma) s'est considérablement détériorée avec des prévalences de malnutrition chronique importantes (au delà de 50 %) et des prévalences de malnutrition aiguë tout-à-fait inhabituelles pouvant atteindre jusqu'à 10 %. Ceci correspondait à une prévalence jusqu'à 2 fois supérieure à celles trouvées en 1988 dans la même région. Dans le même temps, dans les camps, la situation des enfants avait atteint des limites acceptables (prévalence de la malnutrition aiguë inférieure à 1 %).*

*Ce problème soulève la difficile question de l'équité de l'aide apportée en cas d'urgence. Ce problème est important à soulever et à résoudre dans le cadre de la résolution des conflits et de la recherche d'une stratégie pouvant déboucher sur la paix. En effet, comment demander à des communautés de se mettre à table pour discuter si les hommes, les femmes ou encore les enfants qui la composent meurent de faim et surtout si les uns savent que les autres sont aidés de manière exclusive.*

*« La guerre affecte la santé humaine à travers la violence directe des bombes ou des balles mais également à travers le démantèlement des systèmes économiques et sociaux avec lesquels les populations ont l'habitude de faire face aux besoins sanitaires de base, épidémies et autres famines qui se déclarent souvent dans le décours des désastres, guerres ou catastrophes et à travers le détournement des ressources à des fins militaires plutôt que sociales » (MacQueen & Santa Barbara, 2000). Ceci est un point capital, qui bien qu'il relève de la responsabilité des Etats, n'en demeure pas moins une source de préoccupation réelle dans un cadre de construction de la paix. Un petit exemple illustrant cet aspect du problème est la proportion du budget qui est consacré par les Autorités rwandaises à la défense et à la santé. En 2000, selon le Journal Officiel de la République, près d'un tiers du budget national était consacré au « maintien de la sécurité » alors qu'à peine 3 à 4 % étaient consacrés à la santé.*

### **Paix et santé publique**

*Comme nous venons de le voir non seulement il est de plus en plus clair que le champ de la santé publique s'est étendu aux notions de guerre, crises humanitaires et violence, mais il est aussi de plus en plus évident que la santé et les droits de l'homme sont étroitement liés de facto, et qu'en temps de guerre ou de conflits, ces deux domaines se rejoignent de manière inextricable pour couvrir des aspects comme l'équité, la justice ou l'environnement.*

*Même si elles trouvent leur ancrage dans la réflexion générale relative aux conséquences sanitaires de la guerre marquée à la fin du siècle dernier par la création de la Croix Rouge, les préoccupations concernant les relations entre paix et santé publique sont relativement récentes. Elles ont fait l'objet de publications de plus en plus nombreuses dans des revues scientifiques médicales au cours des dix dernières années (MacQueen et al, 2001).*

*Quelles sont les bases sur lesquelles on peut s'appuyer pour établir une relation entre l'action de santé publique et l'élaboration d'un processus de paix ?*

*Des chercheurs de la McMaster University, Ontario, Canada ont essayé de les stigmatiser (MacQueen & Santa Barbara, 2000). Elles ont été définies par trois éléments caractéristiques des services de santé qui permettent le développement de 5 mécanismes pouvant contribuer à l'élaboration d'un processus de paix.*

*Quels sont ces éléments caractéristiques ?*

- 1. L'**altruisme** qui représente la motivation à s'occuper des autres, qui est retrouvé dans toutes les sociétés humaines et qui est une des bases sur lesquelles s'appuient la prestation des services de santé. Très variable en tant que réelle motivation, il est un vecteur de la compassion au sein de nos sociétés. Il est ancré au sein d'organisations internationales comme l'Organisation Mondiale de la Santé, Médecins Sans Frontières, International Physicians for Prevention of Nuclear Weapons ou Physicians for Human Rights.*
- 2. L'**objectivité scientifique** permet de valoriser des études dont les résultats sont vérifiables et reproductibles et qui deviennent autant d'outils de lutte contre la propagande ou catalyseurs d'arguments unificateurs des populations ou encore qui apportent un soutien technique pour une argumentation organisationnelle en matière de soins de santé souvent influencée par des considérations subjectives. Comme le soulignaient récemment des auteurs de la London School of Hygiene and Tropical Medicine : « le mariage entre connaissance scientifique et éthique humanitaire<sup>9</sup> est tout à fait légitime » (Zwi et al, 2001).*
- 3. La **légitimité** reconnue aux professionnels de la santé en tant que témoins et rapporteurs capables d'exercer une influence considérable, quoique très variable en qualité et en intensité, sur les décideurs politiques qui ne bénéficient pas, dans beaucoup de pays, du même label de valeur éthique ou de rigueur. En Afrique notamment les infirmiers ou sages femmes sont souvent reconnus comme personnes ressources importantes dans les mouvements associatifs locaux.*

*Par quels mécanismes paix et santé publique peuvent-ils se rejoindre ?*

### **1. La limitation de la destruction**

*Outre la **prévention secondaire** visant à minimiser les effets de la guerre et la **prévention tertiaire** dont le but est d'en soulager les conséquences néfastes éventuelles, la description des effets délétères en terme de santé publique de certaines armes chimiques, mines anti-personnelles, armes nucléaires et autres ainsi que leur contribution à la réflexion aboutissant à*

---

<sup>9</sup> Le mot humanitaire est ici considéré dans son acception la plus large (note des auteurs).

*l'interdiction de ces armes font partie des responsabilités des professionnels de santé (prévention primaire)<sup>10</sup>.*

*Ainsi, ces derniers ont-ils largement contribué à la mise en place d'une réglementation voire d'une interdiction de l'utilisation des armes nucléaires et des mines anti-personnelles,...)<sup>11</sup>. Récemment également, le Comité International de la Croix Rouge a développé des critères objectifs et médicalement acceptables pour affiner la définition de « blessure superflue et souffrance inutile » reprise dans les Conventions de Genève de 1949.*

## **2. La contribution directe dans la gestion des conflits**

*Dans un rapport cité récemment dans un éditorial du Lancet, l'Organisation mondiale de la Santé affirmait avec une juste conviction : « Regarder la contribution dans la construction de la paix des professionnels de santé comme étant externe à leur rôle relève au mieux de la myopie et au pire de la négligence » (Editorial, 2000). En effet, les professionnels de la santé sont capables à la fois d'avoir accès aux plus hautes instances d'une nation, comme ce fut le cas par exemple de l'Association internationale des médecins pour la prévention des armes nucléaires avec Reagan et Gorbatchev durant la guerre froide, mais également et de manière plus prosaïque, de s'interposer dans des agendas politiques pour faire valoir des combats purement sanitaires comme la lutte contre la poliomyélite au Salvador, en République Démocratique du Congo ou au Sri Lanka (Bush, 2000). Dans ces cas par exemple, des millions d'enfants ont été vaccinés, y compris dans des zones de combat à la seule condition possible que cela se fasse avec l'entendement des parties en présence. Cela suppose bien évidemment la mise en place de canaux de communication entre les belligérants et la prise de décision unanime de stopper les hostilités pendant la période où les vaccinations contre la poliomyélite devaient être réalisées de manière systématique dans la population des enfants de moins de cinq ans (Journées Nationales de Vaccination). Ceci a eu des conséquences importantes pour l'éradication de la poliomyélite dans ces pays mais également, et ce fait est nettement moins bien connu, pour la construction de la paix dans ces mêmes pays. A titre d'exemple, au Salvador, les différents comités et organes de concertation mis en place au niveau national et régional pour les vaccinations ont été impliqués ostensiblement dans la finalisation des accords de paix.*

---

<sup>10</sup> Les notions de prévention primaire, secondaire et tertiaire sont développées dans Levy & Sidel, 1997.

<sup>11</sup> A titre d'exemples, les associations International Physicians for Prevention of Nuclear Weapons (IPPNW) et Handicap International ont toutes deux reçu le Prix Nobel de la Paix pour leur lutte en faveur du désarmement et en faveur de l'abolition des mines anti-personnels.

### **3. La solidarité**

*Celle-ci s'exprime d'une part à travers les liens interprofessionnels qui peuvent entraîner une certaine protection contre les persécutions, les disparitions ou les assassinats arbitraires des professionnels de la santé mais encore par la contribution d'équipes de soins qui se déplacent vers les populations les plus retirées dans le but de leur administrer des soins dont ils sont privés suite aux faits de guerre.*

*Cette solidarité peut également se marquer par un soutien externe à des professionnels de santé actifs dans une situation critique. Ce soutien tel que celui pratiqué dans le cadre de projets de développement, permet le maintien d'une « connexion » avec le monde extérieur offrant aux intéressés un appui technique et humain qui s'est avéré salutaire dans bien des situations.*

### **4. Le renforcement de la cohésion sociale**

*Puisque les soins de santé sont un des moyens principaux par lesquels une société exprime son engagement, pour le bien-être de chacun, la reconstruction ou l'élaboration d'un système de Santé accessible à tous les membres de la société peut promouvoir le sentiment de sécurité et d'appartenance à un groupe large qui respecte les personnes et rencontre leurs besoins de base.*

*Cet aspect a trouvé une illustration récente au Rwanda où la réhabilitation du système de santé a fait partie des objectifs principaux choisis avec l'appui des organisations internationales par le gouvernement mis en place dans la reconstruction du pays. Encore actuellement dans l'Est de la République Démocratique du Congo la fonctionnalité des hôpitaux et centres de santé est à la fois source et indicateur de stabilité dans les zones troubles occupées par les forces étrangères (Goyens et al, 1996). Enfin, au Kosovo, la collaboration des médecins des différentes parties en cause a été sollicitée auprès des gouvernements responsables afin de rationaliser les maigres ressources médicales encore disponibles dans la région (Palmer, 1999).*

*La prise en charge à un moindre coût de la santé par exemple des ex-soldats et de leurs familles (surtout si ceux-ci ont bénéficié d'une prise en charge gratuite pendant le service) est importante pour la réinsertion de ces personnes (World Bank, 1996) Par ailleurs la prise en charge des aspects psychologiques est une condition essentielle pour l'apaisement des peurs, des angoisses, du stress et de la tristesse consécutifs aux actes de violences endurés par les victimes. Sans cet apaisement il n'est point de salut. Cet aspect lié à l'apprentissage dans les écoles des mécanismes des*

*résolutions non violentes des conflits joue un rôle capital dans le renforcement de cohésion intra et inter communautés et donc dans l'établissement d'une paix durable.*

## **5. La dissidence**

*Enfin, la dissidence, outil non spécifique aux professionnels de la santé mais ne les excluant nullement peut prendre des formes diverses : de la protestation à la persuasion, à la non-coopération ou au retrait d'intervention des organisations non gouvernementales. Médecins sans Frontières ou d'autres ont illustré cet aspect notamment lors de la crise des réfugiés Rwandais où, après avoir marqué un désaccord certain avec l'intervention dans les camps de réfugiés abritant les « génocidaires », certaines se sont purement et simplement retirées de toute action (Peters & Monroe-Blanchette, 1996). Bien que ce ne soit pas toujours le cas, les professionnels de santé peuvent refuser de participer à la vague meurtrière (Geltman, 1997).*

*Au delà de cette analyse et de ces quelques exemples, les questions qui continuent à se poser de manière aiguë sur le sujet sont :*

- 1. Est-ce que les services de santé peuvent contribuer à limiter les effets des conflits et des désastres ? En d'autres termes peut-on agir en prévention secondaire (réduire les effets directs de la guerre) et tertiaire (réduire les effets des conséquences de cette dernière)*
- 2. Quels sont les principes fondamentaux et opérationnels de construction de la paix à travers la santé ?*
- 3. Comment ces considérations peuvent-elles influencer les politiques de santé et leur mise en œuvre ?*
- 4. Comment l'impact d'une initiative de paix peut-elle être évaluée ?*
- 5. Comment peut-on contribuer à la formation des professionnels de santé sur ce sujet ?*

*Ces questions étaient au centre d'un colloque organisé récemment (octobre 2001) à Ottawa (Canada) par la Mc Master University avec le soutien du Lancet. Que ce soit dans le cadre d'une nouvelle discipline de la santé publique (MacQueen et al, 2001) ou plus simplement d'un engagement dans la mise en œuvre d'une capacité et des ressources déjà définies (Zwi et al, 2001), les réponses à y apporter seront d'une importance capitale pour l'avenir des services de santé dans de nombreux pays soumis à un stress guerrier majeur pendant des périodes prolongées.*

*En tout état de cause, trouver des réponses à toutes ces questions ne peut se faire en quelques lignes. Néanmoins, nous avons voulu proposer quelques pistes de réflexion sur les actions concrètes qui peuvent être menées sur le terrain.*

*Quelles voies pouvons nous dégager pour le futur ?*

### **1. La notion d'organisation des services de santé : la complémentarité entre développement, urgences et programmes dits « verticaux »**

*Les données épidémiologiques recueillies souvent par les organisations internationales ont permis d'identifier les problèmes de santé qui causent, de manière récurrente, la mortalité et la morbidité les plus importantes dans les situations critiques, souvent appelées « urgences complexes » (Toole, 1997). Elles ont également montré que les enfants et les femmes sont particulièrement touchés par ces situations adverses. Les programmes d'aide ont besoin de se focaliser sur ces problèmes de santé publique – diarrhées, infections des voies respiratoires, rougeole, malnutrition, blessures, violences en tous genres – et principalement au bénéfice de ces deux groupes cibles. Les programmes mis en place doivent se baser sur des argumentations techniques et les interventions doivent être évaluées. Les rôles respectifs des programmes de développement et des interventions d'urgence doivent être respectés et renforcés.*

*Comme illustré plus haut, il est apparu depuis quelques années que les services de santé locaux sont à même de jouer un rôle significatif dans la prestation de service en situation critique (Porignon et al, 1998; Van Damme, 1998b). Ceci diminue la tension entre populations hôtes et déplacées et/ou réfugiées par exemple et facilite l'intégration de ces dernières. De même, la collaboration entre « urgence » et « développement » doit se faire de manière plus harmonieuse, notamment à l'instigation des bailleurs de fonds qui, en mettant en place des mécanismes sélectifs d'octroi des fonds favorise des compétitions inutiles préjudiciables non seulement à la prise en charge des victimes mais encore à l'élaboration de stratégies permettant la reconstruction en phase post-critique. Cette compétition est de nature à altérer les processus de rapprochement des opposants et donc de reconstruction de la paix (Goyens et al, 1996).*

*En outre, les activités sélectives comme les campagnes de vaccination ou la distribution de nourriture doivent être organisées en faveur de l'ensemble des bénéficiaires potentiels sans qu'une partie d'entre eux soit exclue sous prétexte qu'ils ne sont pas des victimes directes du désastre en cours (Haelterman et al, 1996; Porignon et al, 1998; Porignon et al, 2000). La coordination des aides en cas de conflits ou de catastrophes est souvent confiée à des organisations d'urgence*

*comme le Haut Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés, Médecins sans Frontières ou International Rescue Committee. Afin d'assurer une meilleure intégration entre actions d'urgence, programmes verticaux et services de santé locaux, le recours à des agences plus orientées vers le développement - voire à l'Organisation mondiale de la Santé en cas de crise majeure comme au Rwanda, en ex-Yougoslavie ou en République démocratique de Congo - devrait être organisé et financé.*

*Par ailleurs, il existe des étapes intermédiaires décisives qui peuvent être suivies pour diminuer les conséquences sanitaires. Par exemple, la réparation des adductions d'eau et des systèmes d'évacuation des déchets, la réhabilitation des infrastructures médicales, la distribution de nourriture pour les populations enclavées ou comme mentionné plus haut le renforcement des programmes de vaccination des enfants et des femmes enceintes sont autant d'activités qui peuvent contribuer à diminuer les souffrances en allégeant la souffrance des populations victimes ou des combattants (Toole et al, 1993).*

## **2. La mise en place des organes de gestion et la participation de la communauté**

*Un des axes développés dans le cadre de la stratégie des Soins de Santé Primaires qui constitue elle-même un des piliers de l'organisation des services de santé dans les pays en voie de développement est la participation de la communauté. Celle-ci, outre ses aspects financiers, se comprend également dans une acception de contribution à la prise de décision dans la gestion des services de santé.*

*Dans cette optique, il a été recommandé de mettre en place au niveau de chaque établissement (centre de santé, hôpitaux,...) des « comités de santé » devant assurer la gestion des infrastructures, des personnes, des équipements et des ressources financières avec, à côté des professionnels de santé, des membres élus et représentant au mieux la population que l'établissement est amené à prendre en charge au point de vue sanitaire.*

*En cas de conflits, ces comités sont amenés à se réunir et à prendre les mesures qui permettront au personnel de continuer, si possible, à prêter les soins nécessités par l'état de santé plus ou moins gravement altéré des populations victimes.*

*En République Démocratique du Congo, ces comités de santé ont été mis en place dès la fin des années 80. Au Nord-Kivu et dans le district de santé de Masisi en particulier leur mise en place a été appuyée par le CEMUBAC, la Coopération belge et l'Union européenne. Ils ont joué un rôle*

*significatif dans la gestion des différents épisodes critiques que l'Est du pays a connu ces dernières années : troubles interethniques en 1993, afflux des réfugiés rwandais en 1994, guerres en 1996 ainsi qu'en 1998 et finalement, persistance de troubles et de zones de guérilla depuis 1999. Malgré les différents pillages que le district de santé de Masisi a subi, détruisant ou endommageant centres de santé et hôpital à plusieurs reprises, l'existence des comités de santé a permis de maintenir une cohésion suffisante pour assurer un service de santé minimum à la population et surtout de contribuer aux efforts de reconstruction appuyés par différentes agences internationales comme le Comité international de la Croix Rouge, Médecins sans Frontières ou Oxfam. Leur rôle a été de canaliser les efforts afin de rationaliser la reconstruction. Par ailleurs, la collaboration avec les autorités politico-administratives de la place a permis de garantir que l'aide proposée par les partenaires internationaux soit obtenue d'abord, puis équitablement répartie entre les différentes factions. Enfin, en accord avec ces comités de santé, les professionnels de santé (médecins, infirmiers, gestionnaires,...) ont contribué à la restauration de la cohésion de la région en organisant et en réalisant - parfois à pied - des missions de supervision destinées à porter secours aux populations les plus isolées. Des consultations curatives, des évacuations de blessés graves vers l'hôpital, le renforcement des programmes de vaccination ont pu ainsi être réalisés et ce, au profit des ressortissants des différentes parties en présence dans le conflit. Ces actions ont permis aux responsables du district de santé de garder une certaine « neutralité » dans le conflit et d'être considérés par les parties en présence comme des personnes ressources dans les négociations de paix au niveau local.*

### **3. la documentation et la publication scientifique**

*Il s'agit ici, non seulement de la documentation sur les effets dévastateurs des guerres et troubles mais encore de la défense d'un certain nombre de principes destinés à faciliter l'élaboration d'une paix durable (Silkin & Hendrie, 1997 ; Levy & Sidel, 1997). Par exemple, l'évacuation des blessés et/ou la défense du maintien d'un minimum de services de santé pour les population hôtes du conflit diminueront la rancœur des survivants et faciliteront d'autant la reconstruction. Par ailleurs toutes les actions permettant de renforcer la transparence des actions et la confiance au niveau individuel et communautaire sont également appréciables car elles permettent de renouer plus facilement un dialogue sain et constructif.*

*Les professionnels de santé publique ont un rôle important à jouer dans le développement d'un système de détection précoce des conflits qui soit sensible et adapté en mettant en place des systèmes d'alerte permettant la documentation précise et fiable d'une augmentation du nombre de cas de telle ou telle pathologie spécifique appelant une intervention rapide. Ils devront aussi agir*

*comme avocats crédibles en faveur d'une réponse humanitaire rapide au plus haut niveau de décision politique (Toole, 1997).*

*Dans ce cadre, les organisations non gouvernementales commencent à jouer un rôle dont le contenu politique devient de plus en plus important par la dénonciation et la documentation pertinente (Smith, 1997). L'exemple récent d'International Rescue Committee relatif à la mortalité encourue par les populations victimes dans le cadre des récents conflits en République Démocratique du Congo est tout à fait illustratif sur ce point (Roberts, 2001). Cette ONG a, pour la première fois fourni des estimations sur le nombre de décès (environ 2,5 millions au cours des trois dernières années) dans la guerre en République démocratique du Congo.*

*Il faut enfin noter que de grands journaux, relais de la diffusion de l'information scientifique dans le monde médical, comme The Lancet, le British Medical Journal et le Journal of the American Medical Association se font, depuis quelques années les échos systématiques de situations critiques en mettant souvent l'accent sur les aspects d'équité (voir par exemple Spiegel & Salama, 2000). Cette contribution scientifique est importante par la réputation et le sérieux des journaux concernés vis-à-vis d'un pouvoir politique local ou international qui demande une information technique fiable pour prendre des décisions adéquates.*

#### **4. La formation du personnel**

*Les professionnels de santé qui souhaitent s'impliquer dans la médiation et dans la résolution des conflits doivent recevoir une formation adéquate dont les axes principaux sont les suivants :*

- développement et affinage des capacités de relations interpersonnelles ;*
- connaissance de la dynamique et des processus conduisant aux conflits intra et interpersonnels, intra et inter communautés et internationaux ;*
- compréhension des causes des conflits et des théories relatives aux résolutions de conflits ;*
- connaissance de l'histoire et des causes du conflit pour lequel une intervention est souhaitée ;*
- un engagement humanitaire personnel pour la recherche de la paix dans un cadre de justice ;*
- si possible, une absence de parti pris en faveur de l'un ou l'autre « camps ».*

*Cette formation est nécessaire pour la compréhension de l'environnement dans lequel les professionnels de santé sont amenés à travailler mais également pour renforcer la pertinence des actions à mener dans le cadre de leurs interventions (Brennan & Nandy, 2001).*

*A cela il faut ajouter les initiatives de formations locales pour répondre aux besoins les plus criants. La Croix Rouge forme depuis des années des personnes capables d'assurer des soins de base aux populations. Cette formation peut même être l'occasion de réinsérer des anciens militaires dans un circuit professionnel civil. Ainsi, au début des années 90, la Bolivie a lancé avec le soutien des Nations unies, un programme de recyclage des soldats en agents de santé communautaire (Chelala, 2000). Au Rwanda, la création de l'association des médecins devrait contribuer au regain de crédibilité des professionnels de la santé par la participation à la reconstruction et par la définition et la diffusion d'un code d'éthique de conduite (Geltman, 1997).*

*Enfin, la formation des étudiants en médecine et des autres professionnels de santé doit impérativement progressivement s'ouvrir vers des préoccupations internationales de manière à pouvoir mieux comprendre les enjeux de la mondialisation qui, sous différentes formes, influence de plus en plus le travail quotidien des cadres médicaux et paramédicaux au quatre coins de la planète. L'initiative du University College of London est à souligner dans ce domaine. Cette institution vient de créer un centre de santé internationale et de formation médicale. Elle vient également d'inscrire à son programme des modules de santé internationale au cours des première et dernière années du curriculum de formation des médecins (Editorial, 2001).*

## **5. L'implication des professionnels de santé dans la médiation**

*Un fois les compétences nécessaires acquises, le professionnel de santé peut se lancer dans une action qui sera le lit d'une intervention orientée sur la médiation ou la résolution de conflits. Par exemple, la prestation dans le cadre de l'aide humanitaire, le développement de couloirs de tranquillité ou encore le maintien de contacts avec des cadres médicaux de chacune des parties opposées sont autant d'occasions qui pourront être saisies pour participer à une action de développement de la paix (Lewer, 1997; Iacopino & Waldman, 1999).*

*Toutes ces actions peuvent être menées à titre individuel mais auront plus de poids si elles sont conduites à travers des organisations de reconnaissance internationale, comme l'Organisation mondiale de la Santé, Médecins sans Frontières, le Comité international de la Croix Rouge ou Physicians for Human Rights.*

Les contextes évoluant rapidement à la fin du siècle dernier, la santé publique s'est progressivement intéressée aux conséquences sanitaires des conflits et catastrophes. Elle a pris conscience de la globalité de la problématique de la plupart des guerres qui n'autorise pas de séparer la santé des autres droits humains. Enfin, elle développe actuellement un champ d'intervention positif dans les processus de paix qui doivent eux-mêmes tenir compte des aspects liés à la santé afin de s'asseoir profondément dans les attentes des populations qui sortent d'un conflit dont les suites au point de vue sanitaire sont souvent lourdes à court et à long terme pour les victimes.

## ***VI.2 Principaux résultats***

De l'analyse qui précède, il ressort que :

- 1) les domaines d'intervention pour les professionnels de santé dans le processus de paix sont nombreux : l'action sanitaire directe en faveur des victimes, la documentation scientifique et le plaidoyer auprès de la communauté internationale (en particulier les bailleurs de fonds), le soutien aux acteurs de terrain (encadrement technique et financier), la formation spécifique en santé internationale, la création de canaux de communication à travers les organes de gestion,...
- 2) le niveau du district de santé en tant qu'outil de développement, peut être une charnière essentielle pour la mise en œuvre au niveau local des éléments repris ci-dessus. En particulier, la prise en charge des problèmes de santé, le maintien d'une dynamique participative et communicationnelle au niveau des organes de gestion, la documentation des effets délétères des guerres et autres conflits, une éventuelle décentralisation, ... Cet élément rejoint certains auteurs voyant dans le développement un outil pour le maintien et/ou l'élaboration de la paix dans les situations d'urgence complexe (Nkundabagenzi & Santopinto, 2003).
- 3) la prise en charge des problèmes de santé en cas de conflit fait partie des droits humains fondamentaux pour lesquels l'ensemble de la société doit se mobiliser. Les professionnels de santé doivent s'impliquer et être impliqués dans tout processus de reconstruction dont les acteurs choisissent de placer la paix et l'homme en son centre.



## **Processus de paix**

1. Prise en charge des problèmes de santé
2. Coordination de l'aide
3. Décentralisation
4. Organes de gestion
5. Formation

**Figure de synthèse IV**