

Région Afrique
Département du développement humain
Document de travail

Santé et pauvreté au Rwanda :

*Reconstruire et réformer
les services de santé
dans la perspective
des objectifs du
millénaire pour le
développement (OMD)*

© Mars 2005
Département du développement humain
Région Afrique
Banque mondiale

Les opinions et conclusions exprimées dans ce rapport n'engagent que leurs auteurs et ne reflètent pas nécessairement les opinions de la Banque mondiale ou des institutions qui lui sont affiliées.

Photos de couverture : UNICEF Rwanda
Maquette de couverture : Word Express
Typographie : Word Design, Inc.

Table des matières

	Avant-propos .....	.ix
	Foreword .....	.xi
	Remerciements .....	.xiii
	Abréviations .....	.xv
	Résumé analytique .....	.1
	Executive Summary .....	.14
1	Introduction .....	.27
	Vue d'ensemble .....	.27
	Pauvreté et santé : cadre analytique .....	.27
	Organisation du rapport .....	.29
2	Équité des indicateurs de santé : un bilan .....	.30
	Niveaux et tendances .....	.31
	Inégalités des indicateurs de santé .....	.33
	Causes de la morbidité et de la mortalité .....	.37
3	Facteurs communautaires, rôle des ménages et santé des pauvres .....	.40
	Facteurs communautaires .....	.41
	Rôle des ménages .....	.44
4	La couverture sanitaire des pauvres .....	.55
	Réformes sanitaires récentes .....	.57
	Accessibilité des services de santé .....	.59
	Disponibilité des ressources humaines .....	.63
	Efficacité technique et continuité des services .....	.67
	Paquet essentiel de services et couverture des pauvres .....	.72
	Participation communautaire .....	.82
5	Les pauvres et le financement du secteur de la santé .....	.86
	Sources et mécanismes de financement .....	.87
	Efficacité et équité des dépenses publiques .....	.93
	Accessibilité financière des services de santé de base .....	.96

6	Conclusions et implications stratégiques	100
	Références bibliographiques	105
	Notes	107

Liste de Figures

Figure 1.1.	Relations entre la pauvreté et la santé	28
Figure 2.1.	Comparaison de la mortalité infantile du Rwanda par rapport a celles du des pays voisins	31
Figure 2.2.	Évolution du PIB par habitant et mortalité infanto-juvénile : Rwanda par rapport aux autres pays (circa 1999)	32
Figure 2.3.	Mortalité infantile et inégalités pauvres/riches dans plusieurs pays d’Afrique	33
Figure 2.4.	Rwanda : tendances de la mortalité infanto-juvénile (enfants de moins de cinq ans)	34
Figure 2.5.	Rwanda : taux de malnutrition, de mortalité infantile et de mortalité infanto-juvénile selon le lieu de résidence et le niveau d’instruction de la mère, 1995–2000 (en %)	35
Figure 2.6.	Rwanda : mortalité infantile et infanto-juvénile selon le groupe socioéconomique, 1995–2000	36
Figure 3.1.	Accès à l’eau potable et aux systèmes d’assainissement au Rwanda et dans plusieurs pays de la sous-région	42
Figure 3.2.	Rwanda : accès à l’eau potable selon la province : source d’eau potable et temps passé	43
Figure 3.3.	Rwanda : type de latrines disponibles dans les ménages selon la province	45
Figure 3.4.	Niveaux des soins préventifs et des services offerts dans les formations sanitaires selon les données d’enquêtes auprès des ménages : place du Rwanda par rapport aux autres pays	46
Figure 3.5.	Rwanda : écarts des comportements vis-à-vis de la santé des enfants selon le groupe socioéconomique	50
Figure 3.6.	Rwanda : écarts de comportement pour la santé de la reproduction selon le groupe socioéconomique	51
Figure 3.7.	Rwanda : niveau d’utilisation des prestataires modernes de santé selon le groupe socioéconomique et la distance des centres	52
Figure 3.8.	Rwanda : niveau d’utilisation des prestataires modernes (publics ou privés) de santé selon le groupe socioéconomique et la gravité de la maladie (nombre de jours d’immobilisation)	52
Figure 3.9.	Rwanda : dépenses de santé au cours des deux semaines précédant l’enquête selon le type de dépenses et le groupe socioéconomique des malades qui se sont fait soigner	53
Figure 4.1.	Rwanda : accessibilité géographique des services de santé	60
Figure 4.2.	Rwanda : ratio population/infirmier selon la province, 2002	65
Figure 4.3.	Rwanda : ratio population/médecin selon la province, 2002	66
Figure 4.4.	Rwanda : consultations curatives par infirmier et par an selon la région sanitaire	68

Figure 4.5. Rwanda : nombre de prestations par infirmier selon la prestation et la province (niveaux relatifs)	70
Figure 4.6. Rwanda : continuité des soins de l'enfant et de la prise en charge de la grossesse selon la prestation et la province	71
Figure 4.7. Rwanda : évolution de la couverture de l'assistance à l'accouchement selon la région, 1998–2001	75
Figure 4.8. Rwanda : évolution de la couverture vaccinale de routine par antigène, 1997–2001	76
Figure 4.10. Rwanda : couverture vaccinale par antigène et par région, 2001	77
Figure 5.1. Rwanda : évolution des dépenses publiques de santé, 1995–2001	88
Figure 5.2. Rwanda : structure économique et fonctionnelle des dépenses publiques de santé, 1996–2000	93
Figure 5.3. Rwanda : subventions publiques de santé par habitant selon le type de services, le lieu de résidence et le groupe socioéconomique, 2000 (en FRW) ²⁵	95
Figure 5.4. Rwanda : subventions publiques de santé par habitant selon le type de services et la province, 2000 (en FRW)	96

Liste de tableaux

Tableau 2.1. Comparaison des indicateurs sanitaires du Rwanda par rapport a ceux de l'Afrique subsaharienne	31
Tableau 2.2. Rwanda : évolution des indicateurs de santé, 1988-2000	33
Tableau 2.3a. Rwanda : indicateurs de santé par région et par lieu de résidence, 1995-2000	34
Tableau 2.3b. Rwanda : indicateurs de santé par lieu de résidence et niveau d'instruction de la mère, 1995-2000	35
Tableau 2.4. Rwanda : mortalité des enfants de moins de 5 ans par groupe socioéconomique, 1995-2000	36
Tableau 3.1. Rwanda : part des ménages ayant accès à l'eau potable et disposant d'installations sanitaires (en %)	44
Tableau 3.2. Rwanda : comparaison du comportement des ménages en matière de santé par lieu de résidence	48
Tableau 3.3. Rwanda : comparaison du comportement des ménages en matière de santé par groupe socioéconomique	49
Tableau 3.4. Rwanda : dépenses de santé au cours des deux semaines précédant l'enquête selon le type de dépenses et le groupe socioéconomique (FRW)	54
Tableau 4.1. Rwanda : évolution du nombre de formations sanitaires primaires et secondaires dans le secteur public et agréé, 1996 à 2001	60
Tableau 4.2. Rwanda : disponibilité des médicaments dans les formations sanitaires primaires	62
Tableau 4.3. Rwanda : évolution des effectifs du secteur public de la santé selon la catégorie de personnel, 1996 à 2002	64
Tableau 4.4. Rwanda : efficacité technique des services de santé : nombre moyen de cas par infirmier selon la prestation et la région sanitaire	69
Tableau 4.5. Rwanda : continuité des services de santé de l'enfant et des services de santé de la reproduction	72

Tableau 4.6. Rwanda : niveaux et évolution de la couverture des services essentiels de santé, 1998 à 2002	80
Tableau 5.1. Rwanda et autres pays d’Afrique orientale : dépenses publiques de santé par habitant, 1997/98 (en USD)	88
Tableau 5.3. Rwanda : dépenses publiques de santé, 1993–2002	89
Tableau 5.4. Rwanda : dépenses publiques de santé par habitant, 1995–2002	89
Tableau 5.2. Rwanda : finances publiques, 1993-2001	89
Tableau 5.4. Rwanda : dépenses publiques de santé par habitant, 1995-2002	90
Tableau 5.3. Rwanda : dépenses publiques de santé, 1993-2002	90
Tableau 5.5. Rwanda : composition des dépenses publiques de santé par niveau, 1996-99 (en FRW et %)	94
Tableau 5.6. Rwanda : structure des coûts et sources de financement des centres de santé, 1997-2000	97
Tableau 5.7. Comparaison des salaires du personnel de santé au Rwanda et dans d’autres pays africains : niveaux de salaire annuel (unité = PIB/habitant)	77

Liste des encadrés

Encadré 4.1. La médecine privée	67
Encadré 4.2. La santé mentale au Rwanda	79
Encadré 4.3. Émergence des mutuelles de santé au Rwanda	84
Encadré 5.1. Mécanismes de financement des services de santé : les séquelles de la fragmentation	91
Encadré 5.2. Approche contractuelle dans la province de Cyangugu	98

Avant-propos

Les deux moteurs de la réduction de la pauvreté sont, d'une part, la croissance économique et, d'autre part, le renforcement des capacités de celles et ceux qui ne participent pas à cette croissance et sont dans l'incapacité d'en tirer profit. Le développement humain—la santé en particulier—contribue fortement à ces deux processus. Dans le contexte de l'initiative des pays pauvres très endettés (IPTE) et des Plans de Réduction Stratégique de la Pauvreté (PRSP), l'accent est avant tout mis sur des résultats sociaux tangibles. En termes de santé, cela impose de développer les services concourant à l'amélioration de l'état de santé des femmes et des enfants, de protéger les personnes défavorisées contre les effets appauvrissant de la maladie et d'élargir l'accès des pauvres aux services proposés.

La réalisation de ces objectifs impose à de nombreux pays de mobiliser des ressources supplémentaires, intérieures et internationales. L'initiative IPTE constitue à cet égard une réelle opportunité—mais les pays doivent également disposer de capacités d'absorption et d'utilisation efficace et équitable de ces ressources dans le secteur de la santé. La plupart des pays d'Afrique subsaharienne (ASS) vont devoir réaliser d'énormes progrès pour

renforcer la transformation de ces ressources en résultats sociaux.

Pour mieux répondre aux besoins des pauvres, tout pays doit avoir une connaissance analytique des capacités de son système sanitaire afin d'en comprendre les faiblesses structurelles et de pouvoir élaborer des réponses appropriées. Cependant, de telles analyses sont rarement entreprises. Pour remédier à cette lacune, il convient donc d'initier un nouvel ensemble d'analyses sectorielles, d'autant plus que de nouvelles préoccupations émergent, parallèlement à l'apparition de nouveaux outils. Pour ces raisons, un nouveau cadre analytique a été mis au point, qui se concentre à la fois sur les aspects techniques et sur le processus de renforcement des capacités nationales, dans la perspective d'élaborer des politiques basées sur des situations réelles.

Du point de vue technique et dans ce contexte de réduction de la pauvreté, les questions de disparité au niveau : 1) des résultats sanitaires ; 2) de la contribution financière des ménages aux soins de santé ; et 3) de l'équité dans la distribution des services de santé et des ressources publiques prennent encore plus d'importance. La plupart des Rapports Analytiques Santé Pauvreté (RASP), à l'instar de celui-ci, exploitent des données administratives

sur la production de services et sur les dépenses publiques ; ils s'appuient aussi sur les statistiques des résultats sanitaires et de données d'enquêtes auprès des ménages (LSMS, MICS, EDS). Ces rapports se distinguent des autres en ce qu'ils vont au-delà d'une analyse de la performance moyenne pour proposer une analyse désagrégée des résultats et de la couverture pour les interventions clés en fonction du revenu et d'autres critères socioéconomiques, permettant ainsi de différencier les tendances entre les groupes pauvres et riches. Une analyse systématique des obstacles à une meilleure performance des services de santé que sont l'accès, la disponibilité des ressources humaines et des consommables, la diversité de la production, la continuité et la qualité est ainsi effectuée. L'évolution des dépenses publiques, qu'elles proviennent de ressources internes ou de financements externes, est mise en perspective et permet d'appréhender le niveau de couverture des pauvres par rapport au niveau des dépenses publiques.

Du point de vue des processus, ce RASP est avant tout une production rwandaise et non de la Banque mondiale. L'analyse a été réalisée en collaboration avec des équipes nationales, à travers des formations et des activités de renforcement des capacités. Les équipes nationales rassemblent des fonctionnaires du ministère de la Santé et des acteurs du ministère de l'économie et des finances et d'autres ministères travaillant sur la réduction de la pauvreté, ainsi que des partenaires d'agences de financement. Sur ces bases, des discussions se déroulent dans le pays pour présenter des options de politique et conduire à l'adoption d'un programme de réforme soutenu par le Cadre des Dépenses publiques à Moyen Terme (CDMT). L'analyse et les projets de développement sectoriel servent ensuite d'intrants au processus d'élaboration et d'actualisation du PRSP.

La conduite de ces analyses et les processus qui en découlent au niveau national renforcent

la position du ministère de la Santé dans son dialogue avec le ministère de l'économie et des finances, en particulier au moment de l'élaboration du budget. Le secteur de la santé bénéficie ainsi d'une position plus favorable pour revendiquer des ressources obtenues grâce à un allègement de la dette ou par suite de l'augmentation de l'appui extérieur.

Les indicateurs de santé du Rwanda décrivent une situation sanitaire qui est l'une des plus mauvaises de l'ASS et reflètent dans une large mesure les séquelles du génocide et de la guerre de 1994. Avec la reconstruction du système de santé, les taux de mortalité infantile et maternelle ont amorcé une baisse mais le Rwanda n'a pas encore rattrapé les années de vie perdues du fait de ces deux catastrophes. Ce rapport se propose d'effectuer une revue du secteur de la santé du Rwanda et d'identifier les maillons faibles et les défis auxquels devra faire face le pays pour atteindre les Objectifs Millénaire pour le Développement (OMD). Pour accélérer l'amélioration de sa situation sanitaire, le Rwanda devra porter une attention particulière à la réhabilitation des infrastructures sanitaires et à la reconstitution de la base des ressources humaines afin d'étendre la couverture aux populations des régions pauvres. En contribuant au processus d'élaboration et de mise en œuvre du Plan de Réduction Stratégique de la pauvreté (PRSP), cette analyse approfondie illustre la possibilité de préparer des documents de politique basés sur les faits. L'annulation de la dette dans le cadre de l'initiative PPTE et l'alignement de la politique sanitaire avec le PRSP constituent des opportunités pour faire face au défi du financement de la santé et contribuer à l'amélioration de l'efficacité et de l'équité.

Ok Pannenberg, Directeur Sectoriel pour la Santé, Nutrition et Population. Développement Humain, Région Afrique

Foreword

The two driving forces of poverty reduction are, on one hand, economic growth, and on the other hand, the strengthening of capacities of those who do not participate in this growth and are unable to benefit from it. Human development—health in particular—significantly contributes to these two processes. In the context of the Highly Indebted Poor Countries (HIPC) initiative and the Poverty Reduction Strategy Papers (PRSP), emphasis is mainly placed on social sustainable results. Regarding the health sector, this requires designing programs that will significantly contribute to improving women's and children's health, protecting disadvantaged people against the impoverishing effects of diseases and extending access of poor to proposed services.

Achieving these objectives will require many countries to mobilize additional resources both internal and international. To this regard, the HIPC initiative, constitutes a real opportunity, however countries must have efficient and equitable absorption and utilization capacity of resources in the health sector. Most Sub-Saharan African countries ought to realize enough progress to strengthen the transformation for these resources into social results.

To better respond to the needs of the poor, each country must have an analytical knowledge of its health system in order to understand the structural weaknesses and be able to design appropriate programs. However, these analyses are rarely done. To better address this problem, it becomes necessary to initiate a series of sectoral analyses, as new problems emerge, in parallel with using new tools. For these reasons, a new analytical framework has been elaborated and focuses not only on technical aspects but also the process of strengthening national capacity, in terms of formulating policies based on reality.

On the technical level and in the context of poverty reduction, inequity issues at the level of: 1) health results; 2) financial contribution to households for health services; and 3) equity in health services and public resources allocation are again of tremendous importance. Most of the Analytical Reports of Health and Poverty (ARHP), except the present report, use administrative data on the production of services and public expenditures; they also use statistics on health results and data from household survey (LSMS, MICS, EDS). These reports are different from others as they go beyond an analysis of the average performance

to suggest a disaggregate analysis of results and the coverage of key interventions in terms of income and other socio-economic criteria, thus allowing to differentiate trends between poor and rich groups. A systemic analysis of challenges of a better performing health service that are access, availability of human and consumable resources, diversity in production, continuity and quality is thus done. The increase in public expenditures, be it from internal or external funding, is clearly highlighted and allows to better understand the coverage level of poor in relation to public expenditures.

On the process level, this (ARHP) is foremost a publication from the Government of Rwanda and not from the World Bank. The analysis was conducted in collaboration with national teams, through training and capacity building activities. The national teams were constituted of officials from the Ministry of Health and agents from the Ministries Economy and Finance and other ministries working on poverty reduction, as well as representatives from financial agencies. As a result, discussions are being conducted in country to generate policy options that will lead to the adoption of a reform program supported by the Medium-Term Public Expenditures Framework (MTPEF). The analysis and sectoral development projects will then be used as inputs during the preparation and updating of the PRSP.

These analyses and resulting processes conducted at the national level will strengthen the position of the Ministry of Health in its dialog with the Ministry of Economy and Finances, particularly when budgets are being prepared.

The health sector will then have a comparative advantage to advocate for resources gained from debt alleviation process or through increase in external funding.

The health indicators of Rwanda outline a health situation that is one of the worst of Sub-Saharan Africa (SSA) and by far reflect the consequences of the genocide and the war in 1994. With the rebuilding of the health sector, infant and maternal mortality rates have resulted in a drastic decline; and Rwanda has not yet been able to improve years of considerable losses of lives because of these two catastrophes. This report analyzes the health sector of Rwanda and identifies weaknesses and challenges the country will face while trying to reach the Millennium Development Objectives (MDGs). In order to rapidly improve its health sector, Rwanda must not only pay particular attention to renovating health infrastructures, but also rebuilding its human resources basis in order to expand health coverage to the most disadvantaged populations and regions. While contributing to the preparation and implementation of the poverty reduction strategy paper (PRSP), this thorough analysis highlights possibilities of preparing policy documents based on facts. Debt cancellation under HIPC initiative and the alignment of health policies with PRSP are opportunities to better address challenges in financing the health sector and contributing to improving efficiency and equity.

Ok Pannenberg, Senior Advisor for Health, Nutrition and Population. Human Development, Africa Region.

Remerciements

Ce rapport a été préparé par une équipe nationale pluridisciplinaire dirigée par le Dr Claude SEKABARAGA, directeur des Soins de santé et le Dr Vianney NIZEYIMANA, directeur de la Planification santé, au ministère de la Santé (MINISANTE) ainsi que par le Groupe thématique « Santé et pauvreté » composé de M. Ernest RWAMUCYO, directeur du département de la Planification stratégique et de l'observatoire de la pauvreté, au ministère de l'économie et des finances (MINECOFIN) ; Mme Claudine ZANINKA, chef de division du département de la Planification stratégique et de l'observatoire de la pauvreté, MINECOFIN ; M. Lambert NGAMIJE, macro-économiste, département de la Planification stratégique et de l'observatoire de la pauvreté, MINECOFIN ; M. Prosper MUSAFILI, directeur du département de la Politique macro-économique, MINECOFIN ; M. Camille KARAMAGE, directeur du département du Budget, MINECOFIN ; Mlle Kampeta SAYINZOGA, Junior Professional Associate, Banque mondiale, Bureau du Rwanda ; Mlle Antoinette KAMANZI, Assistante de programme, Banque mondiale, Bureau du Rwanda ; M. Toni KAYONGA, chargé des opérations, Banque mondiale, Bureau du Rwanda ; M. Boniface BANYANGA, département de la Gestion des ressources humaines, MINISANTE ; M. Rigobert MPENDWANZI, chargé du système d'information de la santé, MINISANTE ; et M. Charles WAZA, comptable, MINISANTE.

Au niveau de la Banque Mondiale, la préparation de ce rapport a reçu l'appui technique de M. Francois Diop, économiste de la santé, du Dr. Agnès Soucat, économiste de la santé, de Marc Donald Nènè, consultant. Le rapport a été revu par une équipe de la Banque Mondiale composée du Dr. Jacques Baudouy, directeur Santé, Nutrition, Population, du Dr. Khama Odera Rogo, spécialiste de population et de M. Robert Hecht, directeur adjoint, Santé Nutrition et Population.

Des remerciements particuliers sont adressés au ministre de la Santé, le professeur Abel DUSHIMIMANA, au secrétaire d'État chargé de la lutte contre le SIDA et les autres épidémies, le Dr Innocent NYARUHIRIRA, au Secrétaire général du MINISANTE, le Dr Désiré NDUSHABANDI, au ministre des Finances et de la planification économique, le Dr Donald KABERUKA et au Secrétaire général et secrétaire au Trésor du ministère des Finances et de la planification économique, M. Claver GATETE.

Le rapport a également bénéficié des enrichissements de Mme Elsie Laretta MAKI, qui a suivi le processus de production et d'impression du rapport.

Enfin, ce rapport n'aurait pu voir le jour sans l'appui du Fond fiduciaire norvégien pour l'éducation (NETF).

Commentaires à envoyer à :

François Pathé DIOP
Abt Associates Inc
E-mail : fdiop@sentoo.sn

Agnès SOUCAT, Banque mondiale
Policy and Sector Analysis Team—
Room J9-106
E-mail : asoucat@worldbank.org

Abréviations

AA	Aide-Accoucheuse
AI	Aide-Infirmière
AFC	Agence Financière de Cyangugu
APT	Autres Personnels Techniques
ARBEP	Association Rwandaise du Bien-Etre Familial
ARFEM	Association rwandaise des femmes journalistes
AS	Auxiliaire de Santé
ASS	Afrique SubSaharienne
BCG	Bacille Calmette-Guérin
BUFMAR	BUreau des Formations Médicales Agréées du Rwanda
CAMERWA	Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels du RWAnda
CDMT	Cadre de Dépenses à Moyen Terme
CEFOCK	Centre pour l'Éducation et la FOrmation Continue du Kigali Health Institute
CHK	Centre Hospitalier de Kigali
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CICR	Comité International de la Croix Rouge
CPN (1 ou 3)	Consultation Prénatale (première ou troisième)
CSR	Country Status Report (Rapport Analytique sur par pays)
CSRFP	Cadre stratégique de réduction de la pauvreté
DPT (1 ou 3)	Diphthérie-Poliomyélite et Tétanos (premier ou troisième vaccin)
DSRP	Document de stratégie de réduction de la pauvreté
DTC	Diphthérie-Tétanos-Coqueluche
EDS	Enquête Démographique et de Santé
EDSR	Enquête Démographique et de Santé au Rwanda
EICV	Enquête Intégrée sur les Conditions de Vie des ménages (du type LSMS)
FNUAP	Fonds des Nations Unies pour la Population
FRW	Franc RWandais
GAVI	Global Alliance for Vaccines and Immunization (Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination)
HNP	Hôpital Neuro Psychiatrique
IEC	Information, Éducation et Communication

IPPTE	Initiative pour les Pays Pauvres Très Endettés
IRA	Infections Respiratoires Aiguës
IRST	Institut de Recherche Scientifique et Technologique
IST	Infections Sexuellement Transmissibles
JNV	Journées Nationales de Vaccination
KIPHARMA	Pharmacie de Kigali
LABOPHAR	Laboratoire pharmaceutique du Rwanda
LSMS	Living Standard Measurement Study (Enquête sur les conditions de vie des ménages)
MAP	Programme multi-pays pour lutter contre le VIH/sida (Banque mondiale)
MICS	Multiple Indicators Cluster Survey (Enquête à indicateurs multiples)MINECOFIN Ministère de l'économie et des finances
MINISANTE	Ministère de la santé
MMR	Mortalité à Moindres Risques
MST	Maladies Sexuellement Transmissibles
NHA	National Health Accounts (Comptes nationaux de la santé)
ODI	Overseas Development Institute (institut de développement outre mer)
ODM	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONAPO	Office national de la population
ONG	Organisation Non Gouvernementale
OPHAR	Office pharmaceutique du Rwanda
PEV	Programme Elargi de Vaccination
PF	Planification Familiale
PIB	Produit Intérieur Brut
PNLP	Programme National de Lutte contre le Paludisme
PNLS	Programme National de Lutte contre le SIDA
PNSM	Programme National de Santé Mentale
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
PS	Personnel de Santé
PSP	Projet Santé Population
PVK	Préfecture de la Ville de Kigali
PVVIH	Personnes Vivant avec le VIH/SIDA
RAMA	Rwandaise d'Assurance Maladie
RASP	Rapports analytiques santé pauvreté
SCP	Service de Consultations Psychosociales
SIS	Système d'Information Sanitaire
SRO	Sels de Réhydratation Orale
TRAC	Treatment and Research AIDS Center (Centre de recherché et de traitement pour le SIDA)
U5MR	Taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans
ULB	Université Libre de Bruxelles
UNICEF	United Nations Children's Funds (Fonds des Nations unies pour l'enfance)
USD	United States Dollars (Dollar des Etats-Unis)
VAR	Vaccination AntiRougeoleuse
VIH/SIDA	Virus de l'Immuno Déficience Humaine/Syndrome de l'ImmunoDéficience Acquisse

Résumé analytique

L'analyse des relations entre la pauvreté et la santé peut soutenir le processus de mise en œuvre de la composante « santé » du cadre stratégique de réduction de la pauvreté.

Le Rwanda est en train de mettre en œuvre un cadre stratégique de réduction de la pauvreté (CSRП). Ce cadre et le processus associé à sa mise en œuvre sont l'occasion d'analyser les relations entre la pauvreté et la santé dans le pays, afin de soutenir les débats et le consensus sur le type d'actions et de mesures à prendre pour renforcer la contribution des interventions sanitaires sur la réduction de la pauvreté et l'amélioration de la santé des plus pauvres. C'est dans cette perspective que s'inscrit le présent rapport. Il est basé sur un cadre analytique qui situe la santé au cœur de la problématique et des dimensions clés de la pauvreté. Le cadre analytique reconnaît que les conditions sanitaires des groupes les plus pauvres et les plus riches de la population résultent de relations complexes entre la santé et la pauvreté : si la pauvreté entraîne un mauvais état de santé, un mauvais état de santé contribue également à la pauvreté monétaire ; par ailleurs, il est désormais largement reconnu que de faibles états de santé et de nutrition de la population constituent un aspect clé de la pauvreté.

Le rapport couvre quatre champs d'analyse. Le premier fait le point sur la situation sanitaire et les tendances récentes des indicateurs de santé du Rwanda, sur les inégalités sanitaires entre les groupes les plus pauvres et les plus riches de la population mais aussi entre les régions et zones les plus pauvres et les régions et zones les plus riches et enfin sur les causes de morbidité et de mortalité associées aux conditions sanitaires des pauvres. Le deuxième champ d'analyse concerne les facteurs qui influencent les indicateurs de santé au niveau des ménages et des communautés ainsi que ceux liés aux secteurs connexes de la santé. Le troisième champ s'intéresse aux facteurs du secteur de la santé qui conditionnent la couverture et l'accès relatifs des pauvres aux services et soins de qualité, en revenant notamment sur les réformes majeures récemment mises en œuvre dans le secteur et sur leurs résultats en termes d'accessibilité des services, de disponibilité des ressources humaines, d'efficacité technique et de continuité des services, de couverture des pauvres par les interventions sanitaires clés et, enfin, de participation des pauvres dans la santé. Le quatrième champ analyse les schémas du financement de la santé, en s'intéressant aux niveaux des dépenses de santé, à la combinaison des sources et des mécanismes

de financement, à l'efficacité allocative et à l'équité des dépenses publiques ainsi qu'à l'accessibilité financière des services de santé. Les résultats de ces analyses et leurs implications sont résumés dans les paragraphes suivants.

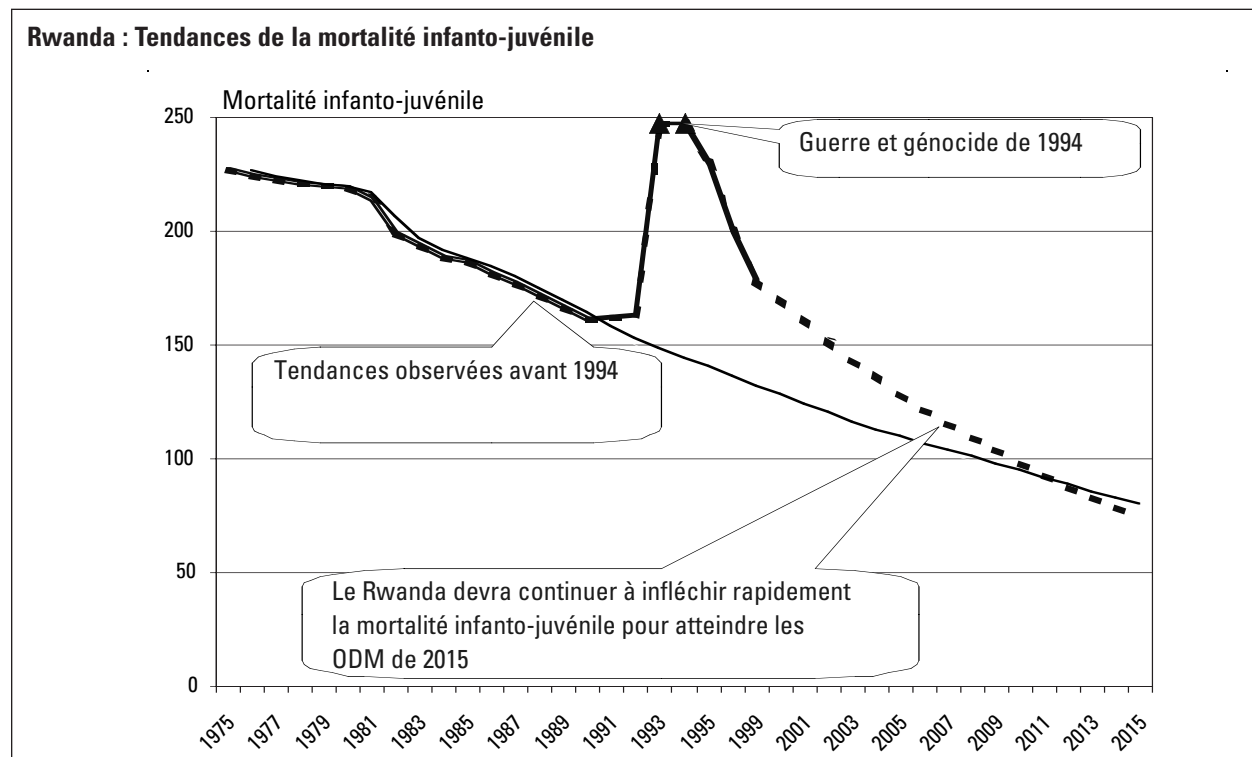
Une situation sanitaire qui reflète toujours les séquelles du génocide et de la guerre de 1994.

Des gains significatifs en matière de survie de l'enfant et de mortalité maternelle ont été réalisés depuis la guerre de 1994 ; cependant, le pays devra accélérer la tendance dans la décennie à venir afin d'atteindre les objectifs du millénaire pour le développement (OMD) en 2015. Sur la base des informations compilées lors d'enquêtes et d'études réalisées sur le terrain et dans les pays voisins au cours des dernières années, on constate que la situation sanitaire du Rwanda est l'une des plus mauvaises d'Afrique subsaharienne (ASS). Cette situation, qui résulte de la combinaison de niveaux élevés de mortalité infanto-juvénile et maternelle, de

malnutrition et de la prévalence du VIH/SIDA, traduit la persistance des séquelles de la guerre et du génocide de 1994 dans la société rwandaise. Si des progrès importants ont été réalisés en termes de mortalité infanto-juvénile et maternelle depuis 1995, le Rwanda n'a pas encore retrouvé les niveaux de survie de l'enfant et de santé de la mère d'avant le génocide. Le pays devra donc continuer à infléchir rapidement les taux de mortalité infanto-juvénile et maternelle dans la décennie à venir afin d'atteindre les OMD en 2015.

Pour atteindre les OMD de 2015, le Rwanda devra redoubler d'efforts pour soutenir une réduction sensible de la prévalence du VIH/SIDA, de la malnutrition et du paludisme mais aussi des inégalités en matière de santé, qui se sont aggravées par rapport à la période d'avant-guerre.

Le Rwanda ne pourra pas atteindre ces objectifs, cependant, sans une réduction sensible de la prévalence du VIH/SIDA, de la malnutrition et du paludisme. Par ailleurs, le



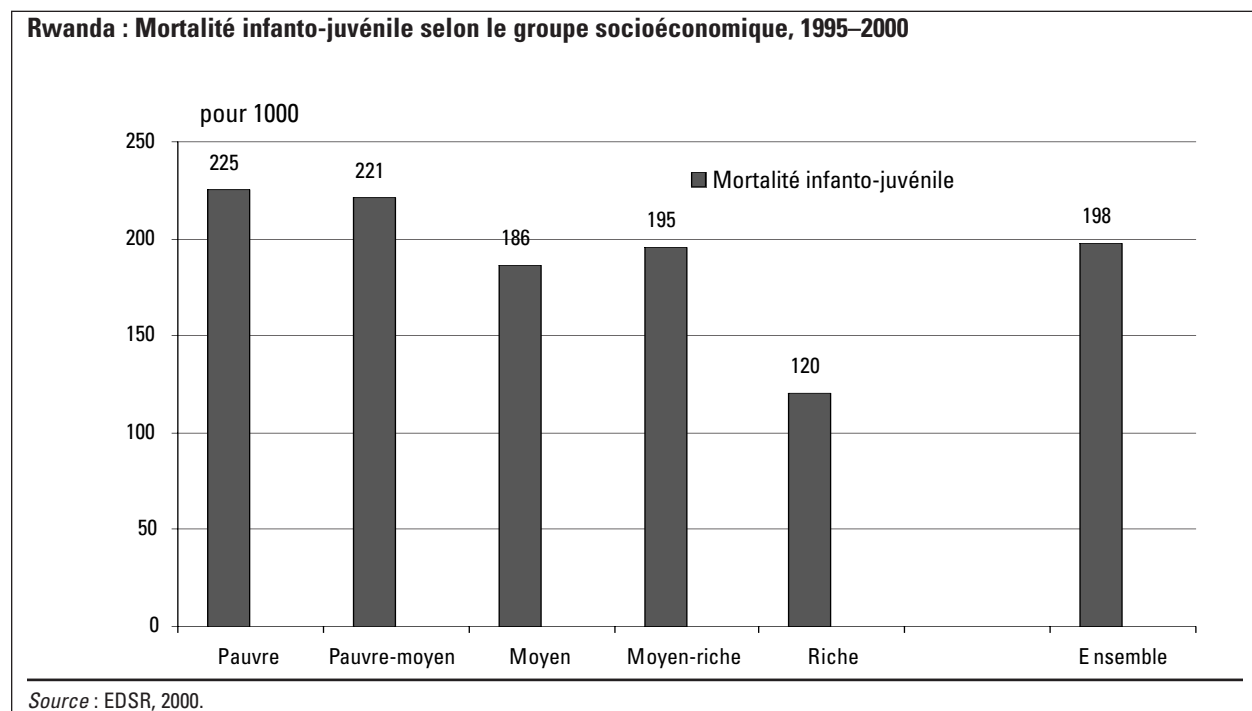
Rwanda devra redoubler d'efforts pour réduire les inégalités sanitaires qui se sont creusées après la guerre de 1994, que ce soit entre le Nord et le Sud du pays, entre les zones urbaines et les zones rurales—reflétant la ruralité de la pauvreté dans le pays, et entre les segments les plus pauvres et les plus riches de la population. Faute de mesures énergiques supportées par un ciblage judicieux des interventions sanitaires dans ces domaines, il sera difficile de traduire les investissements sanitaires en gains significatifs pour l'amélioration de l'état de santé et de la productivité de la majorité de la population.

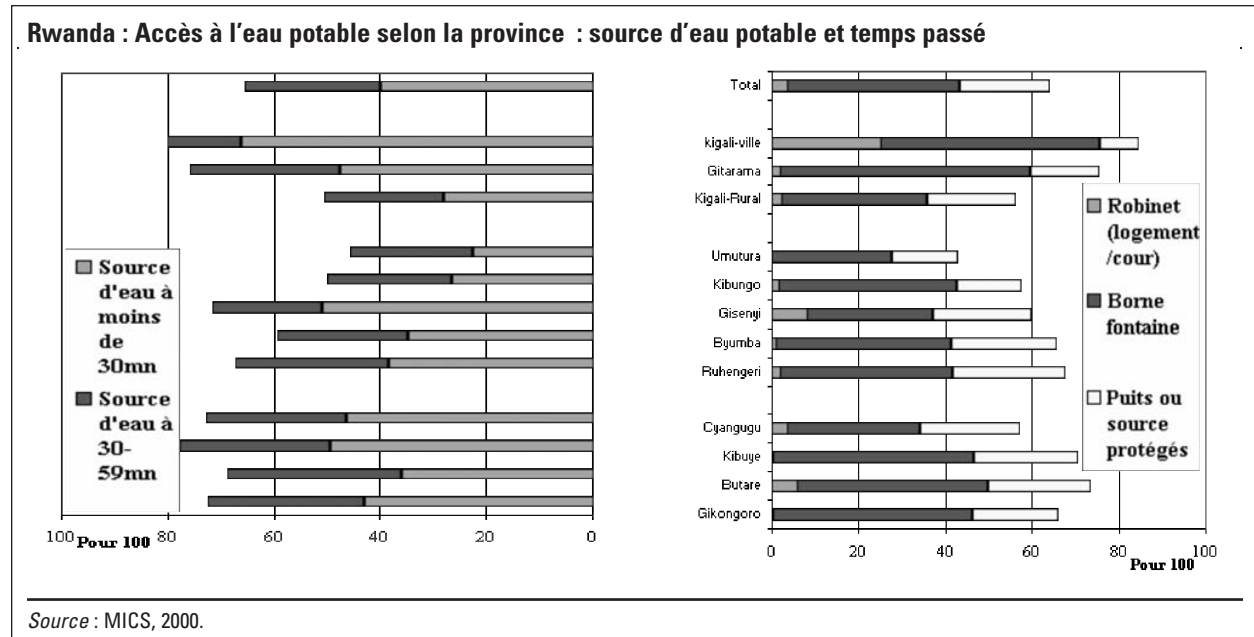
L'environnement communautaire et les comportements des ménages devraient étayer les progrès en matière de santé, de nutrition et de population.

Il faudra renforcer les actions multisectorielles au niveau communautaire pour soutenir la réduction de l'exposition à la maladie et les changements de comportements démographiques et sanitaires parmi les pauvres.

Le Rwanda ne pourra pas réduire sensiblement le fardeau des maladies transmissibles, de la malnutrition, de la prévalence du VIH/SIDA, de la fécondité et des inégalités sanitaires sans renforcer la coordination des interventions multisectorielles au niveau communautaire, sans faire évoluer les comportements en matière de santé et sans améliorer l'accessibilité financière des soins de santé pour les ménages. Beaucoup de ménages rwandais, notamment les plus pauvres, continuent de s'approvisionner en eau auprès de sources non protégées et rares sont ceux qui ont accès à des latrines améliorées. Ces conditions environnementales des communautés pauvres favorisent l'exposition aux maladies diarrhéiques et la récurrence des épidémies de choléra, de dysenterie bacillaire et de typhus épidémique. Le pays doit redoubler d'efforts pour améliorer l'accès à l'eau potable, l'assainissement et l'hygiène domestique et faire en sorte que les ménages pauvres puissent mieux se prémunir contre les maladies.

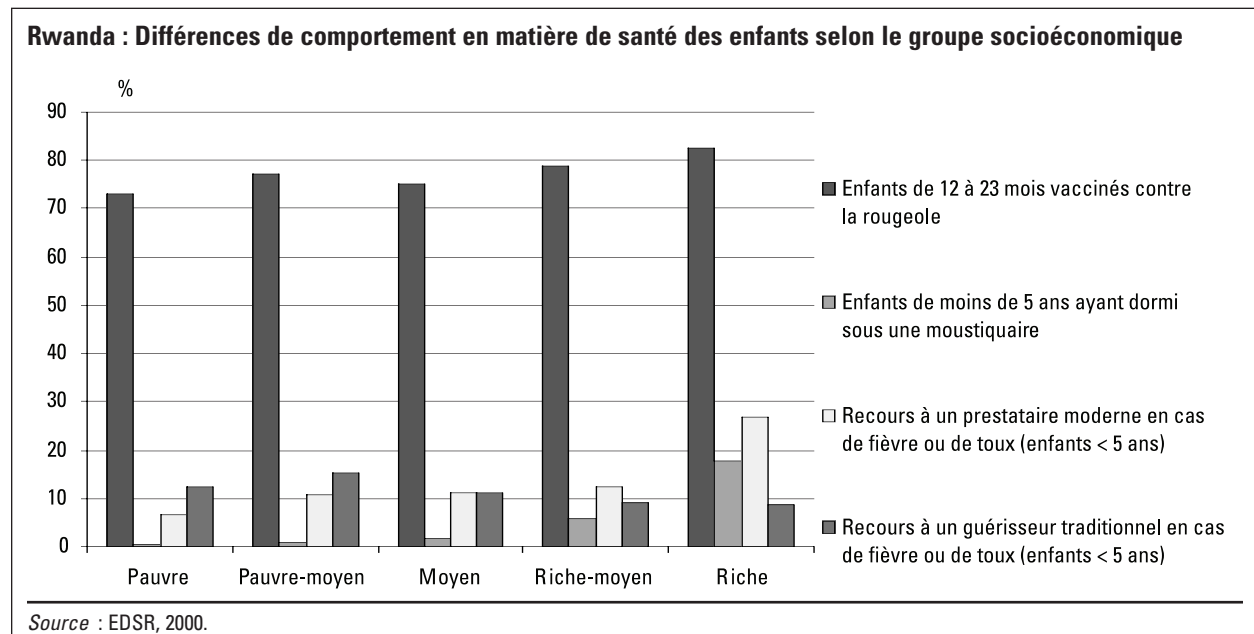
Bien que les orientations stratégiques actuelles de la lutte contre le VIH/SIDA et le paludisme reposent sur des changements de

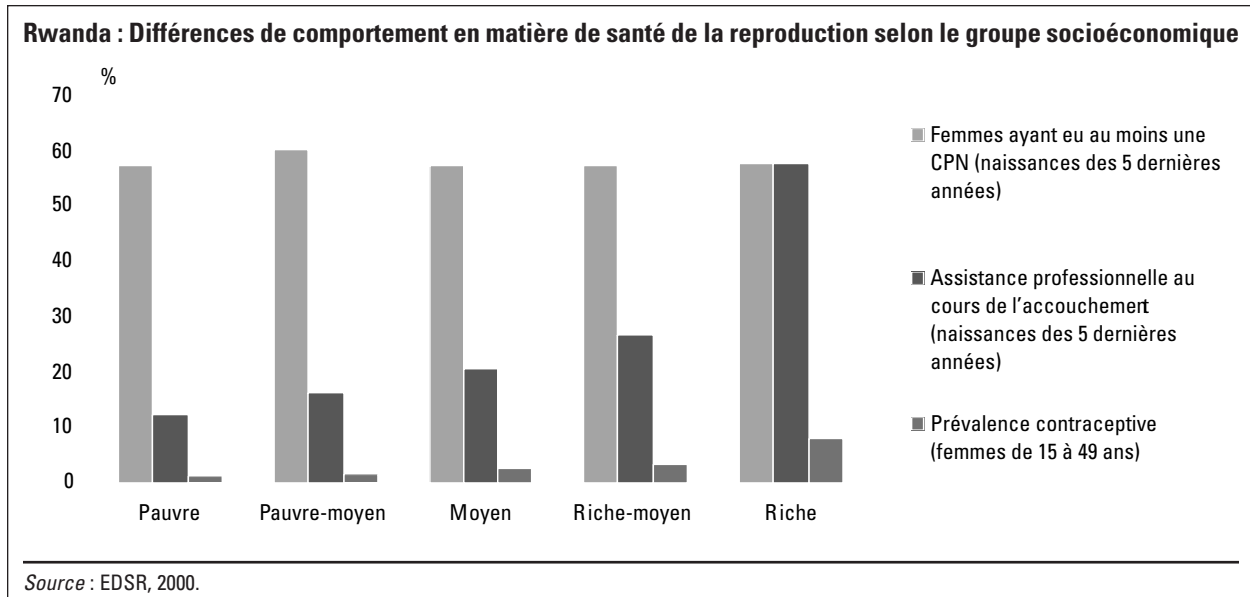




comportement et sur les capacités des ménages, une grande majorité de foyers rwandais restent encore sous-informés quant aux moyens de protection contre ces maladies. Une très faible proportion de femmes pauvres savent que l'utilisation d'un préservatif est un moyen de se prémunir contre le VIH et les ménages pauvres sont encore très peu nombreux à utiliser les

moustiquaires imprégnées pour se protéger contre le paludisme. Il faudra renforcer et adapter les stratégies d'information en tenant compte du faible accès des pauvres aux médias modernes et en multipliant les stratégies à base communautaires. Il faudra par ailleurs mettre en place des mécanismes de subventions ciblées





en faveur des pauvres afin de leur faciliter l'accès à ces moyens de prévention.

Il sera difficile d'observer des changements durables de comportement en matière de santé de la reproduction tant qu'il n'y aura pas de changements au niveau des valeurs et des attitudes sociologiques et des comportements sanitaires au cours de la grossesse. Alors que la société exerce une forte pression sociale sur la femme rwandaise en matière de reproduction, elle n'a pas encore développé les systèmes de valeurs et de supports pouvant amoindrir les risques encourus : trois femmes sur quatre environ accouchent sans assistance professionnelle et dans un cadre où aucune assistance appropriée ne peut leur être apportée en cas de complications.

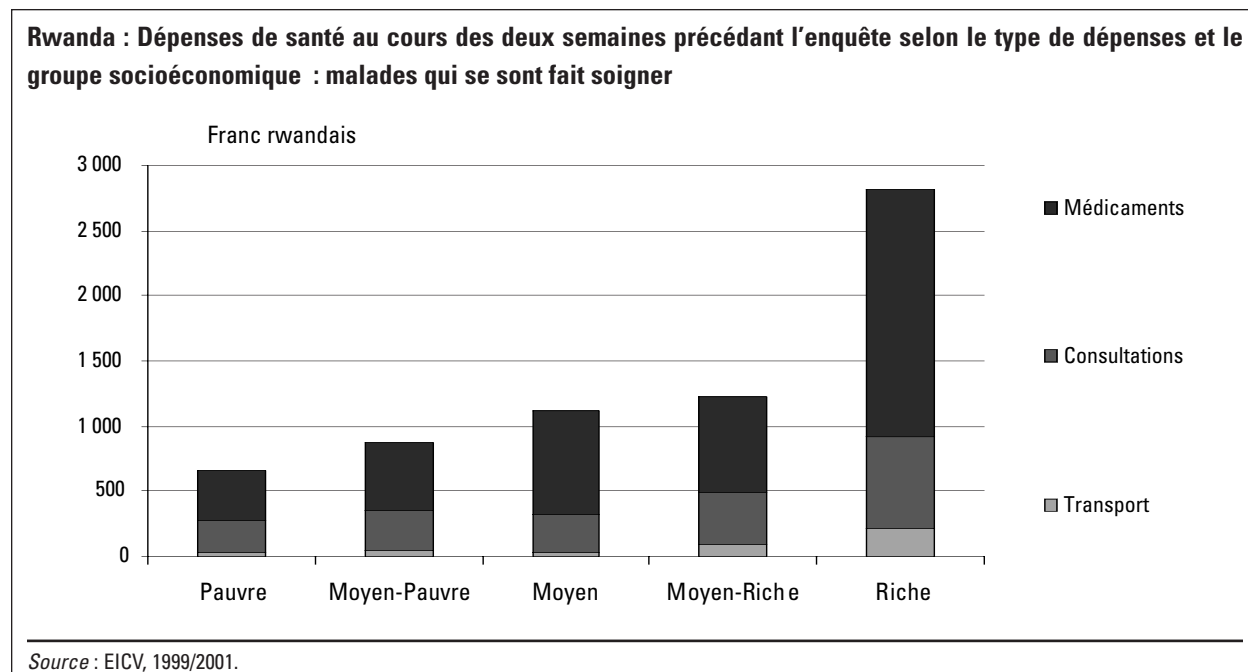
Enfin, on ne pourra pas améliorer durablement l'état de santé des pauvres au Rwanda et protéger les revenus des ménages dans le secteur de la santé si des solutions ne sont pas trouvées aux faibles niveaux de recours aux services modernes de santé en cas de maladie et du lourd fardeau que représentent les dépenses de santé pour les ménages. Plusieurs initiatives ont commencé à mettre à profit les valeurs positives d'entraide mutuelle et de solidarité toujours présentes dans les commu-

nautés, afin de mettre en place des systèmes d'assurance maladie basés sur la communauté ; ces initiatives sont en train d'être renforcées par les mouvements de démocratisation locale et de décentralisation. Des efforts devront être engagés pour renforcer la synergie entre ce mouvement mutualiste émergent et la mise en place de mécanismes de prise en charge des plus pauvres, afin d'accroître l'accessibilité financière des services modernes de santé dans le pays.

Le secteur de la santé devra multiplier les efforts pour maintenir et améliorer la répartition et l'utilisation des ressources sanitaires.

Les capacités de gestion stratégique du secteur de la santé devront être renforcées pour soutenir l'adaptation des services de santé au nouvel environnement de la décentralisation et l'augmentation de la contribution du secteur à la réduction de la pauvreté.

Les réformes sanitaires récentes ont été dominées par des initiatives visant à faire face à l'impact de la guerre et du génocide de 1994 sur le profil épidémiologique du pays, les infrastructures sanitaires, la base de ressources

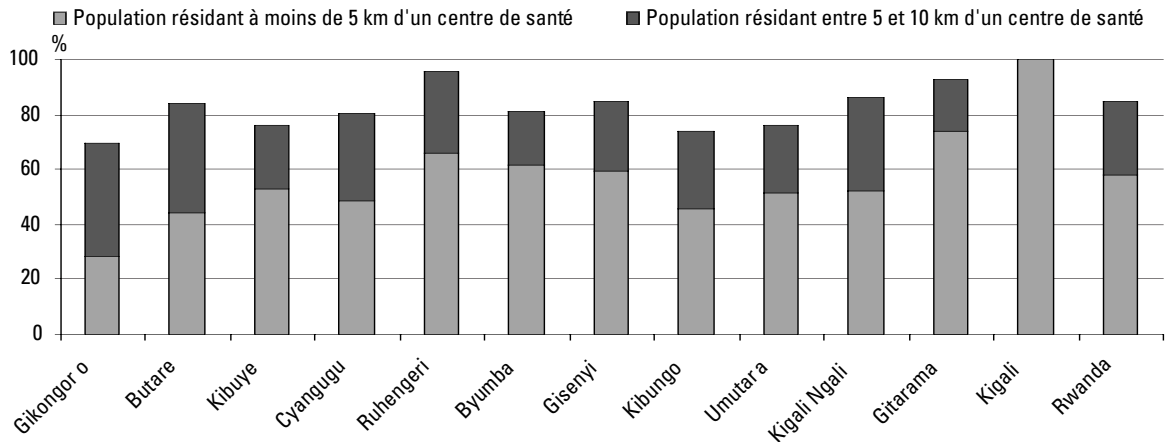


humaines, l'organisation et le financement des services de santé. Les programmes des services de santé sont étendus aux problèmes de VIH/SIDA, de malnutrition et de santé mentale qui, en plus du paludisme et des autres maladies transmissibles, ont pris une ampleur importante du fait de la guerre. La réorganisation des services de santé de base — axée sur le modèle du district sanitaire et l'initiative de Bamako¹ — a soutenu le processus de décentralisation et d'intégration des services de santé, la définition de paquets d'activités au niveau des formations sanitaires primaires et secondaires et l'implication des populations dans la gestion et le financement des services de santé. Les réformes sanitaires sont cependant à la croisée des chemins car il faudra articuler les cadres organisationnels des services de santé de base autour du cadre institutionnel des réformes administratives et politiques en cours dans le pays et adapter les stratégies de financement de la santé à ce nouvel environnement et à la capacité financière des populations.

Les efforts d'amélioration de l'accessibilité géographique des services de santé devront être mieux ciblés dans les régions où les besoins sont plus importants.

Des efforts importants ont été consentis pour la reconstruction et la réhabilitation des infrastructures sanitaires de base et pour la reconstitution de la base des ressources humaines du secteur de la santé. Cependant, des disparités importantes continuent de prévaloir entre provinces au niveau de l'accessibilité géographique des services de santé, au détriment des provinces les plus pauvres et de celles qui ont connu d'importants mouvements de population résultant de la guerre. Il faudra donc poursuivre les efforts d'amélioration de l'accessibilité géographique des services de santé dans les provinces de Butare, Gikongoro, Kibungo, Kigali Ngali et Umutara.

Rwanda : Accessibilité géographique des services de santé



Source : EICV, 1999/2001.

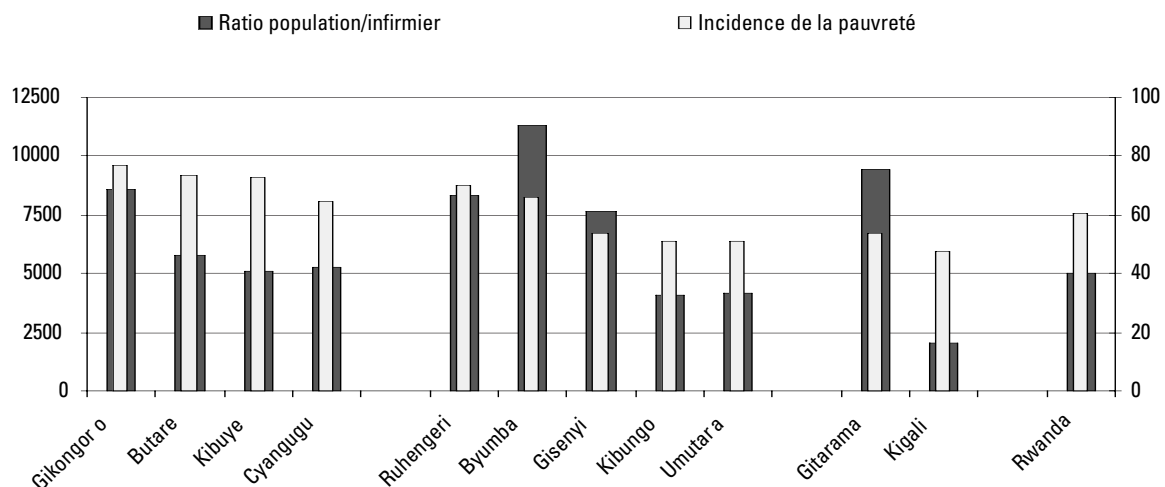
La gestion des ressources humaines devra mettre davantage l'accent sur l'amélioration de la combinaison des compétences, la motivation du personnel de santé et une meilleure disponibilité du personnel qualifié dans les zones et les régions les plus pauvres.

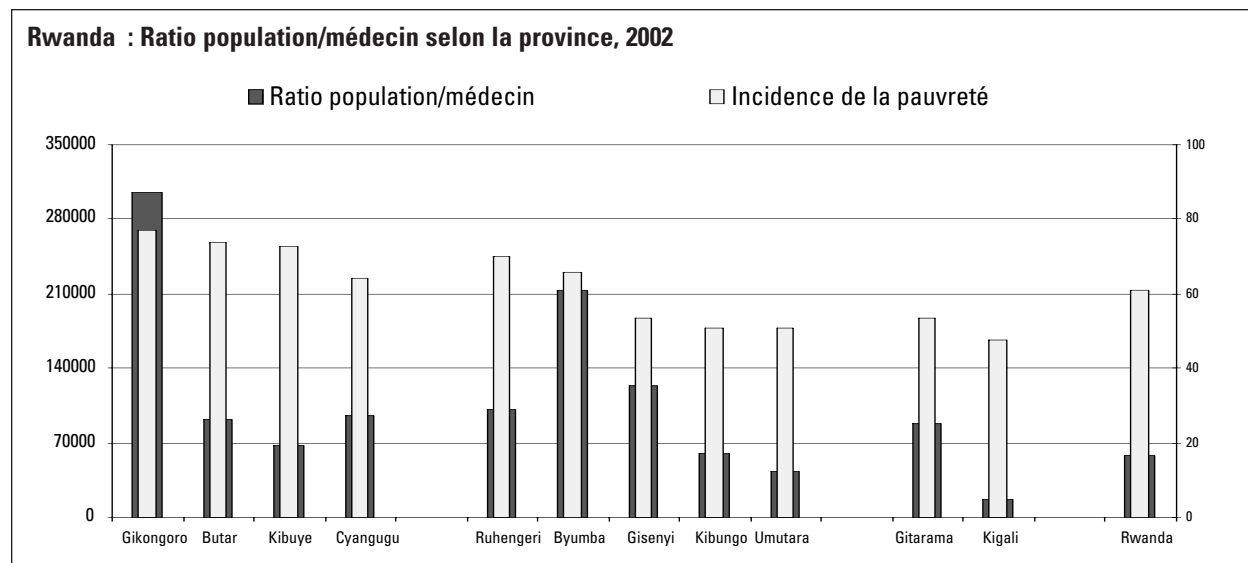
Depuis la période d'urgence qui a suivi la guerre et le génocide de 1994, le Rwanda s'est attaché à reconstituer la base des ressources humaines du secteur de la santé. L'élargissement des structures de formation du personnel paramédical a permis de résorber en six ans les

déficits en personnel infirmier du pays ; mais les structures de formation, plus longue, des professionnels de la santé (médecins, dentistes et pharmaciens) continuent de limiter leur disponibilité.

Il s'agit là pour le pays de l'un des plus grands défis à relever dans les années à venir : améliorer la disponibilité du personnel de santé qualifié en général, et des médecins, des pharmaciens en particulier. A ce défi s'ajoute celui de la réduction des inégalités de la répartition du personnel de santé entre provinces : plus le personnel de santé est qualifié et rare, moins les

Rwanda : Ratio population/infirmier selon la province, 2002

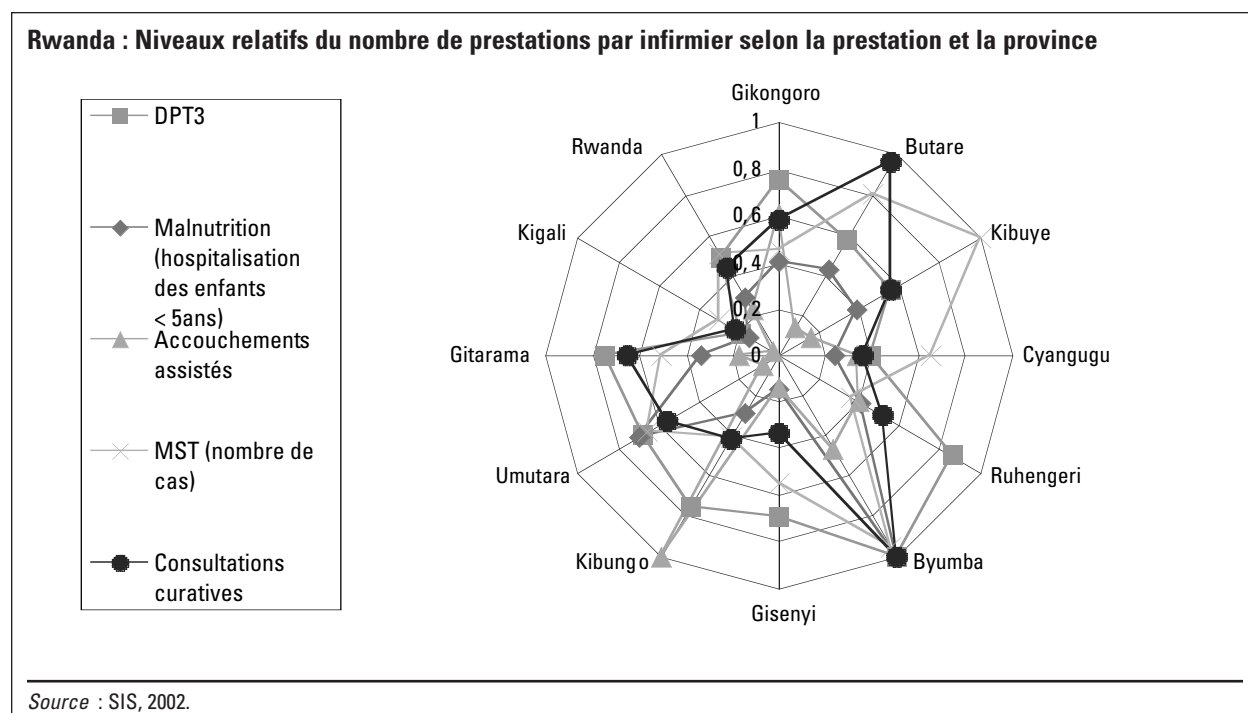




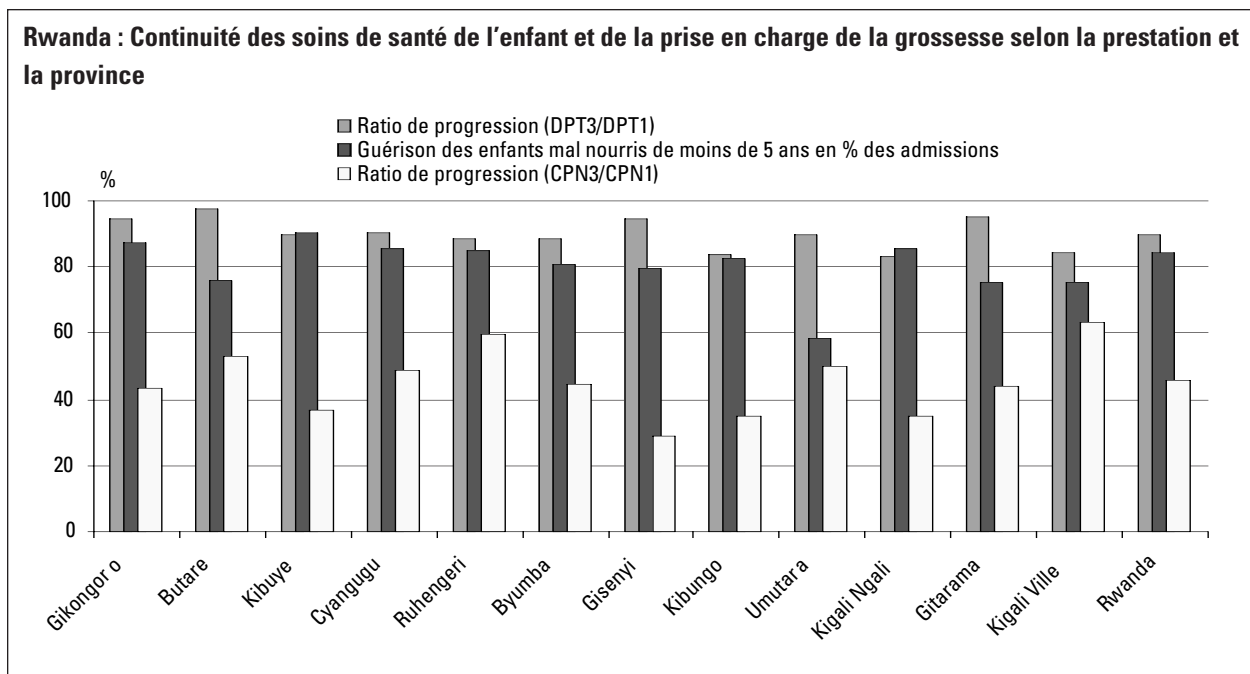
provinces les plus pauvres en bénéficiant, Kigali absorbant une part disproportionnée de ce type de personnel de santé qualifié. Ces inégalités résultent en grande partie d'un manque d'incitations à aller travailler dans les zones rurales du pays et de modes de recrutement et de gestion du personnel de santé trop centralisés.

Les disparités dans la distribution du personnel de santé et les contraintes à l'utilisation

des services de santé reflètent la faiblesse de l'efficacité technique des services de santé. Des gains d'efficacité pourraient être réalisés avec les ressources existantes, en redéployant le personnel de santé de Kigali vers les provinces où les déficits sont importants. Pour accroître significativement l'efficacité des services de santé dans l'ensemble du pays des mesures seront nécessaires pour augmenter l'utilisation et la



Source : SIS, 2002.



continuité des soins de santé afin d'optimiser l'utilisation des ressources humaines existante.

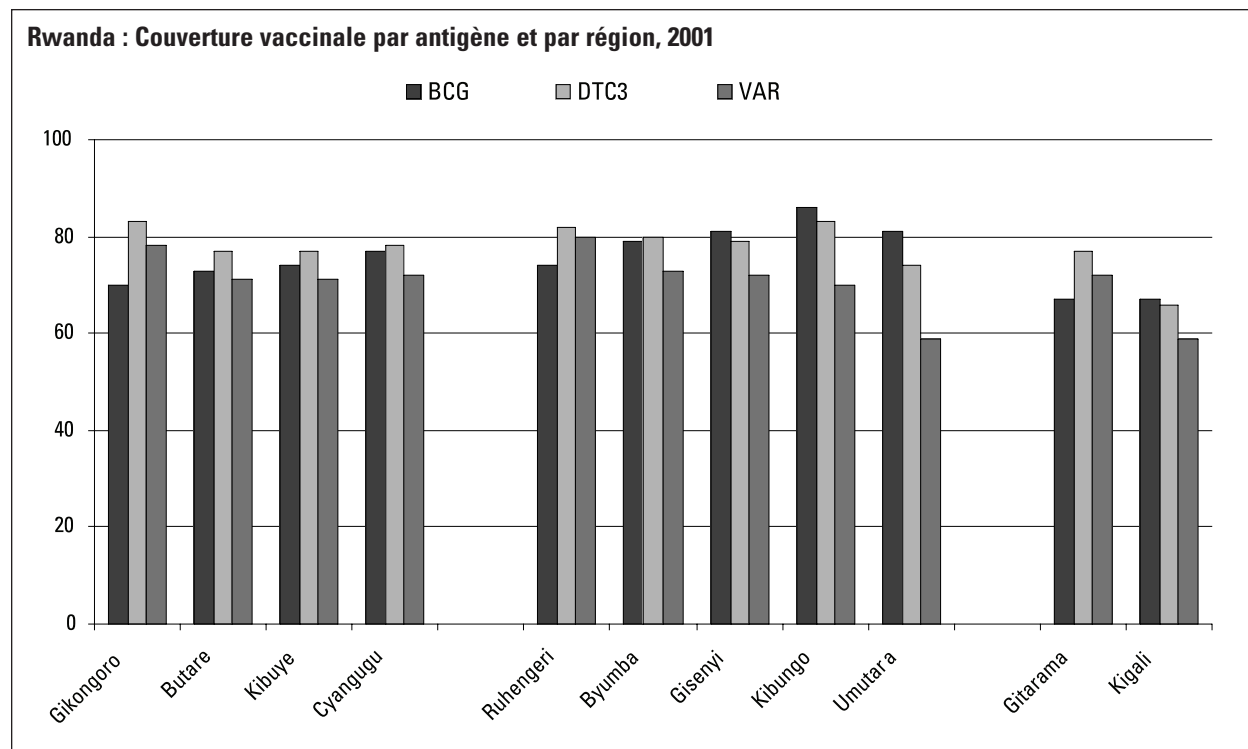
Les capacités des services de santé devront être augmentées pour soutenir la décentralisation des interventions de santé de base, le renforcement des interventions communautaires et la participation des populations dans la santé.

Pour pouvoir améliorer l'efficacité et l'équité des interventions sanitaires, le Rwanda devra renforcer les interventions de santé de base et la couverture des pauvres. Seul le programme élargi de vaccination (PEV) assure une couverture équitable à cet égard. Grâce aux efforts du gouvernement et aux appuis des partenaires extérieurs, le PEV est parvenu en l'espace de quelques années à assurer une couverture satisfaisante sur l'ensemble des antigènes dans les régions les plus riches comme dans les régions les plus démunies. La santé de l'enfant continue cependant de pâtir des faiblesses de la couverture des services de nutrition, de la protection contre le paludisme et de la prise en charge des malades : à ce jour, aucune stratégie communautaire n'a été déployée dans ces interventions, alors qu'elles

permettraient d'accroître l'accessibilité des services de santé pour les enfants.

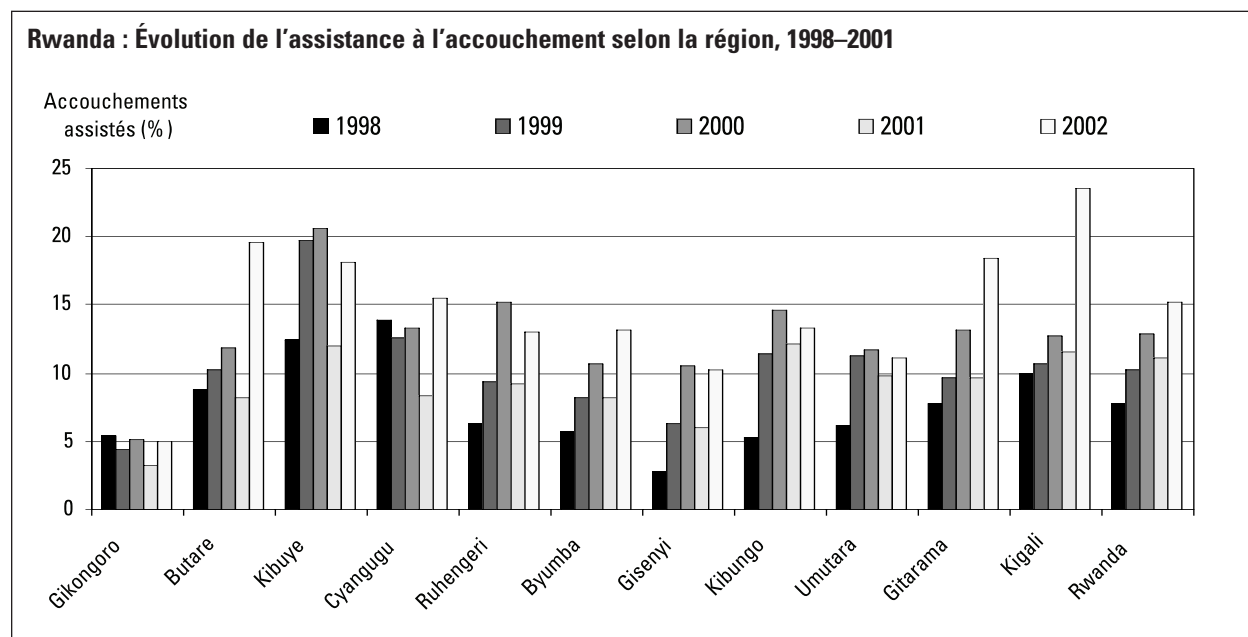
Par ailleurs, bien que des progrès aient été réalisés pour le suivi des grossesses, les services de santé de la reproduction souffrent toujours des faiblesses des services de planification familiale (PF) et du manque de continuité lors du suivi prénatal, de l'assistance à l'accouchement et du suivi postnatal. La santé de la reproduction reste un domaine où le pays aura besoin d'appuis importants pour élaborer et mettre en œuvre des stratégies adaptées. Enfin, les capacités des services de santé de base (hôpitaux de district et centres de santé) devront être renforcées dans le cadre de la lutte contre le VIH/SIDA, la tuberculose et la santé mentale pour contribuer à une meilleure couverture des pauvres, car ce sont les rares services auxquels la majorité des pauvres peut accéder.

Enfin, l'implication des populations dans les services de santé devrait être renforcée. La mise en place des comités de santé au niveau des formations sanitaires primaires et des districts sanitaires avait suscité beaucoup d'espoir ; en pratique cependant, leur fonctionnement est empreint de nombreuses faiblesses, d'autant plus



préoccupantes qu'une part importante du financement des services de santé de base est assurée par les communautés et que les interactions entre celles-ci et les services de santé devront être renforcées pour appuyer les interventions sanitaires et les activités promotionnelles des ani-

mateurs de santé au niveau de la communauté. Les initiatives mutualistes qui sont en train d'émerger dans plusieurs endroits font cependant apparaître de nouveaux acteurs communautaires qui, s'ils sont correctement mis à profit, viendront renforcer les opportunités de partenariats locaux

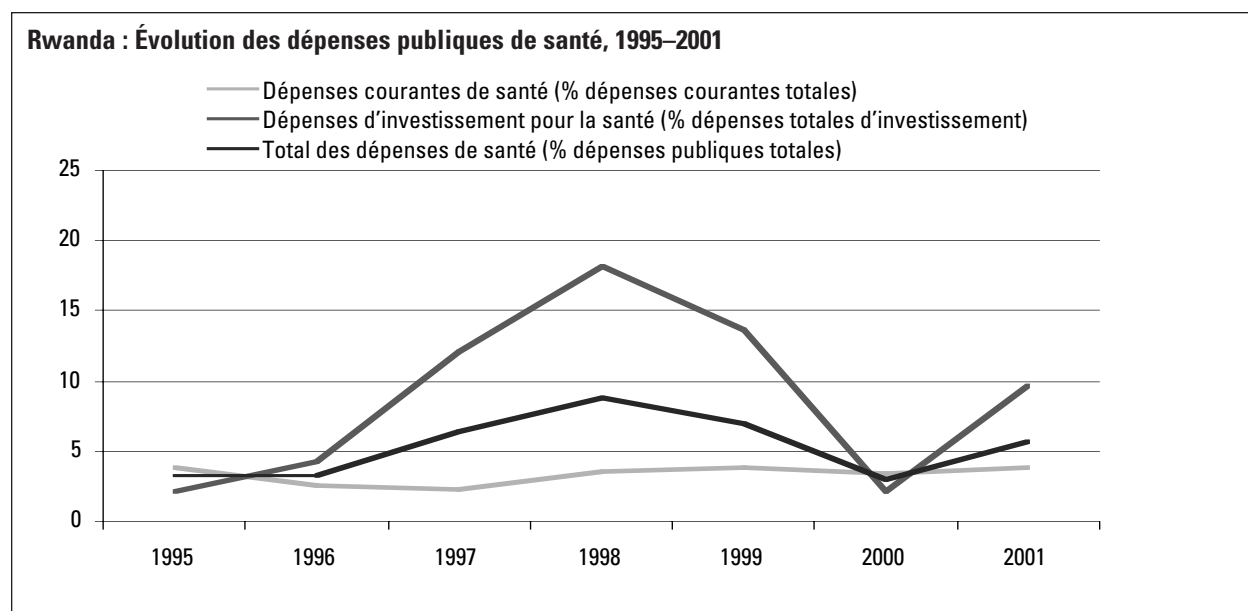


pour la santé et les nouveaux mécanismes de participation des populations à la santé.

Les schémas de financement de la santé devront être adaptés pour favoriser la réduction de la pauvreté, l'accessibilité financière des soins de santé et une meilleure distribution des bénéfices des dépenses publiques dans le contexte de la décentralisation et de la démocratisation en cours dans le pays.

Le Rwanda devra augmenter les dépenses publiques de santé en général et les dépenses récurrentes des services de santé de base en particulier, afin que l'État et les collectivités décentralisées deviennent la première source de financement de ce secteur ; dans cette perspective, le Rwanda devra porter la part des dépenses de santé dans les dépenses de l'État et des collectivités décentralisées à 15 % à l'horizon 2015. Les sources et les mécanismes de financement de la santé sont en pleine transition, après la période d'urgence qui a suivi le génocide. Cette période était marquée par des besoins importants associés à la nécessité de reconstruire les infrastructures physiques et la base des ressources humaines, détruites par la guerre, et de

revitaliser les organismes de prestation de soins, au niveau des districts sanitaires en particulier. Du fait des capacités fiscales limitées du pays, les efforts de reconstruction ont été soutenus par d'importants apports extérieurs, qui constituaient la principale source de financement du secteur de la santé, et par les versements directs des usagers et des ménages. Au cours de l'année 1998 par exemple, les dépenses totales de santé par habitant s'élevaient à environ 12,7 USD (soit 5,0 % du PIB), dont 50 % étaient financés par les apports extérieurs, 33 % par les ménages, 7 % par les entreprises privées et 10 % seulement par des sources publiques internes. Entre 1995 et 2001, la faiblesse du financement public a continué d'être l'une des principales contraintes du financement de la santé : bien qu'en progression, les dépenses publiques courantes sont restées à moins de 1 % du PIB au cours de toute la période. En conséquence et malgré la construction ou la réhabilitation des infrastructures sanitaires, avec un important soutien de l'extérieur, le niveau des ressources publiques injectées dans la santé est resté faible au cours de la période. Depuis 2001 cependant, l'État consent des efforts certains pour augmenter les dépenses publiques courantes dans le secteur.



Les mécanismes de financement devront être adaptés au contexte de la décentralisation afin de mieux allouer les ressources vers des communautés de base.

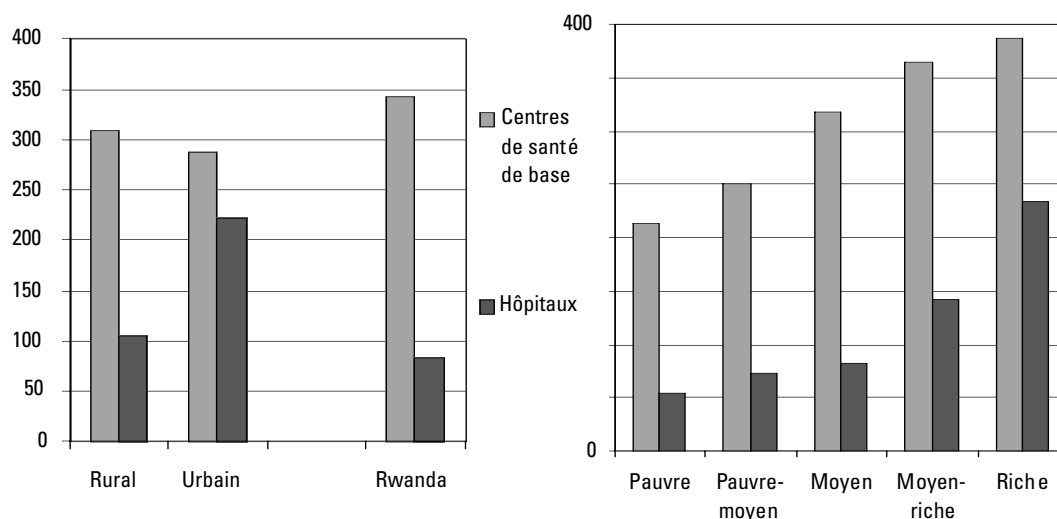
Les mécanismes de financement de la santé sont aussi en train de changer. La multiplicité d'agents intermédiaires de financement et de mécanismes d'allocation des ressources a été l'un des inconvénients de la période d'urgence, d'où un défi majeur pour la coordination des interventions sanitaires dans le pays. Les partenaires du secteur de la santé sont confrontés à ce défi depuis 2001, avec l'introduction de mécanismes de cadrage des dépenses à moyen terme, qui font partie du renforcement des capacités institutionnelles allant de pair avec l'élaboration et la mise en œuvre du CSRP. En outre, ces changements sont accompagnés par l'émergence de nouvelles institutions et de nouveaux acteurs, dont les rôles et définitions sont constamment redéfinis. Cette dynamique de changement est portée par les réformes de décentralisation enclenchées dans le pays et par l'émergence d'organismes d'assurance maladie. Ces deux phénomènes pourraient avoir des implications impor-

tantes sur l'efficacité et l'équité des dépenses publiques dans le secteur de la santé.

La priorité accordée à la lutte contre les maladies et aux services de santé de base devra être maintenue, mais il faudra mettre en place des mesures de subvention de la demande pour améliorer l'accessibilité des services de santé pour les plus pauvres.

La priorité grandissante accordée aux programmes de lutte contre les maladies et aux services de santé de base, soutenue récemment par l'augmentation des dépenses de personnel, de biens et de services, commence à se traduire par une amélioration de l'efficacité allocative du secteur de la santé. À l'inverse, la limitation des instruments de politique pour subventionner l'offre de soins dans un environnement où les contraintes financières ont entraîné une baisse des niveaux d'utilisation des services, s'est traduite par d'importantes iniquités dans la distribution des bénéfices des dépenses publiques en général et des dépenses publiques véhiculées à travers les hôpitaux en particulier.

Rwanda : Subventions publiques de santé par habitant selon le type de services, le lieu de résidence et le groupe socioéconomique, 2000 (en FRW)



Dans les prochaines années, le Rwanda continuera à faire face aux défis de la lutte contre les maladies, notamment le VIH/SIDA et le paludisme. Mais l'augmentation de l'accessibilité financière des services de santé et la réduction des inégalités dans la distribution des bénéfices des dépenses publiques feront aussi partie des grandes difficultés à résoudre. Pour autant, la dynamique de changement institutionnel en cours est propice au renforcement de la décentralisation fiscale, à l'émergence de nouvelles stratégies de mobilisation des ressources (systèmes de pré-paiement et de mutualisation du risque maladie par exemple) et à l'expérimentation de modalités de paiement des prestataires de santé basées sur les performances et les résultats. L'alignement de cette nouvelle dynamique avec le cadre de réduction de la pauvreté pourrait permettre au pays de relever les défis du financement de la

santé et de contribuer à l'amélioration de l'efficacité et de l'équité dans le secteur de la santé.

Note

1. Adoptée en 1987, cette initiative vise à favoriser l'accès aux soins de santé primaires pour l'ensemble de la population dans les pays en développement. En l'absence de tiers payeur (assurance maladie) et selon le principe « la santé n'a pas de prix mais elle a un coût », chaque bénéficiaire doit prendre à sa charge une partie des soins. Le recouvrement global des coûts doit se faire sous le contrôle de la communauté des usagers de chaque dispensaire.

Executive Summary

The analysis of the relationships between poverty and health can help with the implementation process of the “health” component of Poverty Reduction Strategy Paper.

Rwanda is implementing a Poverty Reduction Strategy Paper (PRSP). This framework and the process associated to its effectiveness are the opportunities to analyze the relationships between poverty and health within the country, in order to sustain discussions and consensus on the types of policy actions and measures to reinforce the contribution of health interventions on the reduction of poverty and the improvement of the health conditions of the poorest. It is in this perspective that this report is being prepared. It is based on an analytical framework that puts health at the center of key issues and dimensions of poverty. The analytical framework highlights that health conditions of the most disadvantaged and most wealthiest groups result in complex relationships between health and poverty: if poverty leads to a poor health condition, a poor health condition thereby contributes to monetary poverty; moreover, it is widely known that poor health and nutritive conditions are key to poverty.

The report is divided into four main analytical sections. The first section emphasizes health conditions and recent tendencies of health indicators of Rwanda, on health inequities between the poorest and richest populations, as well as between poorest and wealthiest regions; and the causes of morbidity and mortality associated with poor sanitary conditions. The second section focuses on factors that influence health indicators at the household and community levels as well as those closely linked with line sectors to the health sector. The third part is interested in the health sector factors that condition an overall coverage and access to health services and quality care by poor populations, mainly resulting from major recent reforms implemented within the sector and from the results in terms of accessibility to services, availability of human resources, technical efficiency and continuity of services, expansion of coverage to poor population throughout key sanitary interventions and, through the participation of poor populations in health decision-making process. The fourth and last section analyzes the health sector financing mechanisms while putting emphasis on health expenditures, the combination of sources and mechanisms of financing, efficiency and equity in allocating

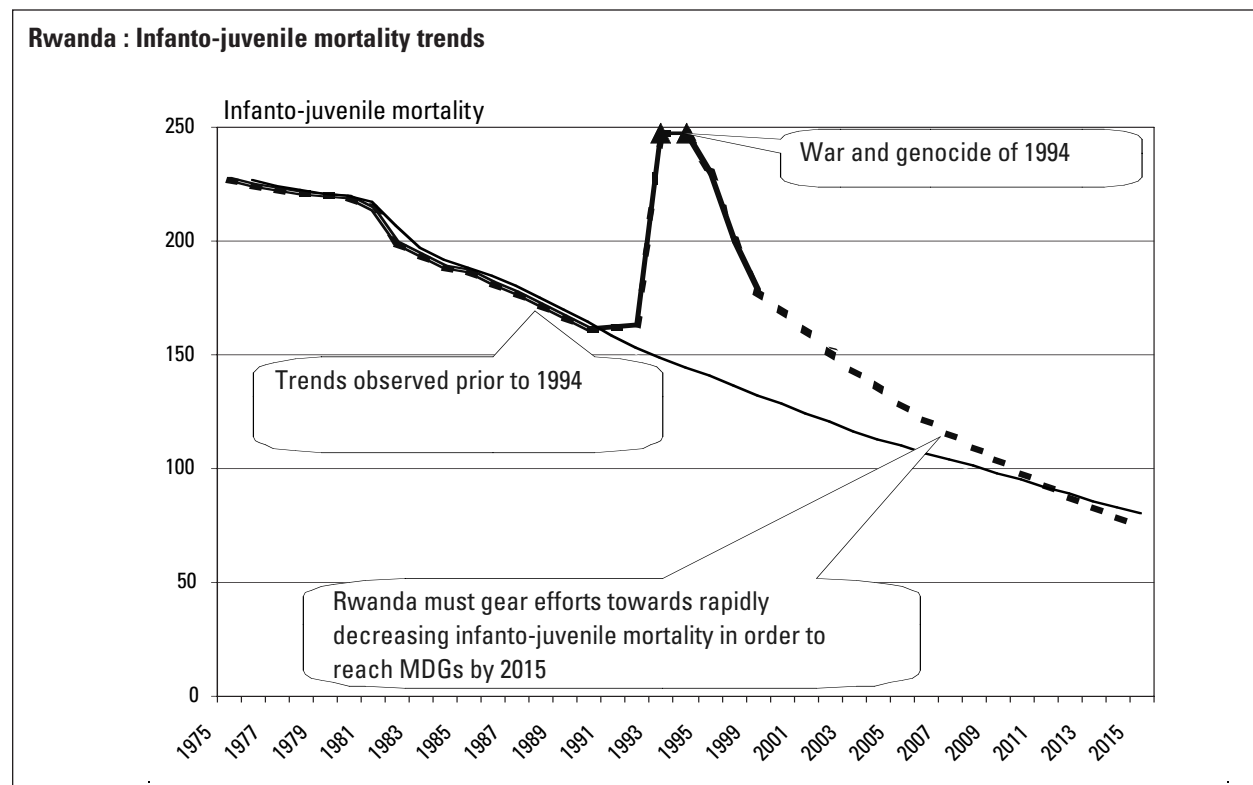
public expenditure as well as financial accessibility to health services. The results of these analyses and their implications are summarized in the following paragraphs.

A sanitary situation that always reflects the consequences of the genocide and war of 1994.

Significant gains in terms of children's survival and maternal mortality have been realized since the war of 1994; however, the country must improve the trends in the next ten years in order to achieve the millennium development goals (MDGs) by 2015. Findings from field surveys and studies in Rwanda and in neighboring countries during the past years showed that the health system of Rwanda is among the worst in Sub-Saharan Africa (SSA). This situation that resulted from the combination of high levels of infanto-juvenile and maternal mortality, malnutrition and HIV/AIDS prevalence, explain the persisting conse-

quences of the war and genocide of 1994 in Rwanda. If significant progress has been made in terms of infanto-juvenile and maternal mortality since 1995, Rwanda has not yet been able to reach levels of children's survival and maternal health prior to the genocide. The country must therefore continue to efforts in decreasing infanto-juvenile and maternal mortality rates during the decade to come in order to achieve the MDGs by 2015.

To achieve MDGs by 2015, Rwanda must not only gear more efforts towards sustaining a significant reduction of HIV/AIDS prevalence, malnutrition and malaria, but also filling inequities in terms of health, that widened in comparison to the era prior to the war. On one hand, Rwanda will not however be able to achieve these objectives without a significant reduction in HIV/AIDS prevalence, malnutrition and malaria. On the other hand, Rwanda must put significant efforts in reducing sanitary inequities that widened after the war in 1994, be it between the northern and southern



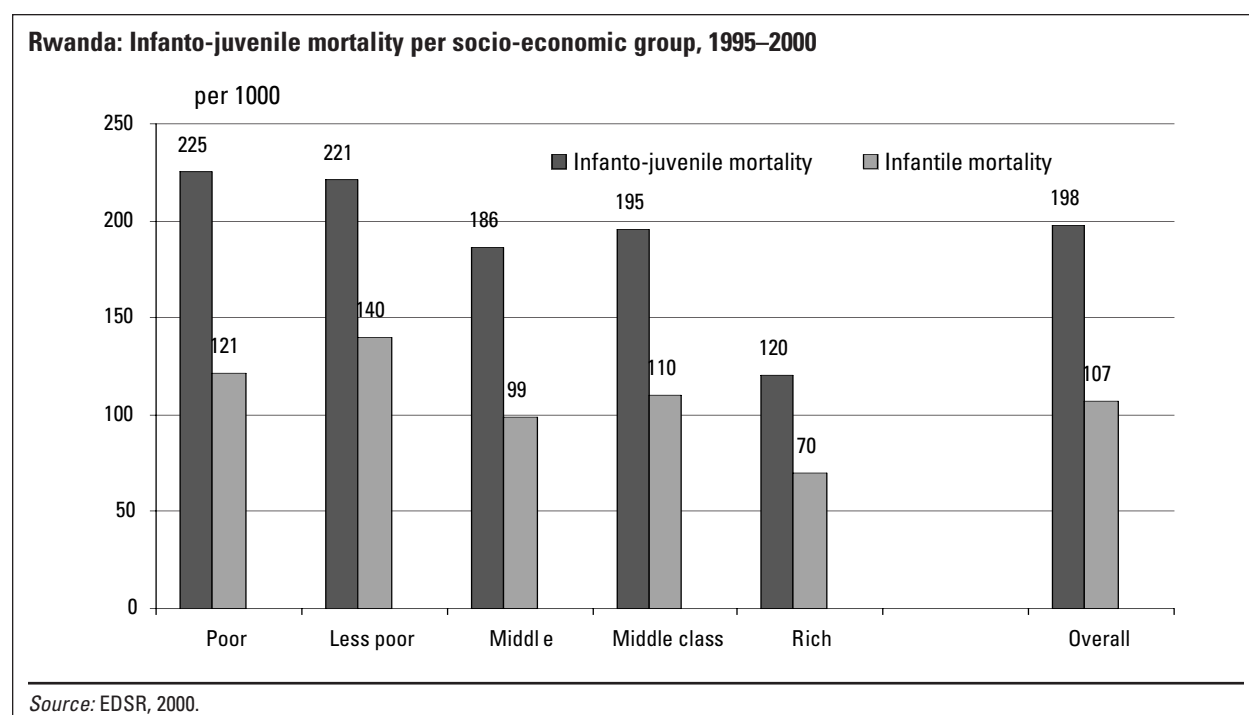
parts of the country or between urban and rural areas—reflecting the “ruralization” of poverty within the country, and between the poorest and richest social stratifications. Lack of sustainable measures by specifically targeting sanitary interventions in these areas, it will become difficult to translate sanitary investments in significant gains for improving the health status and productivity of the majority of the populations.

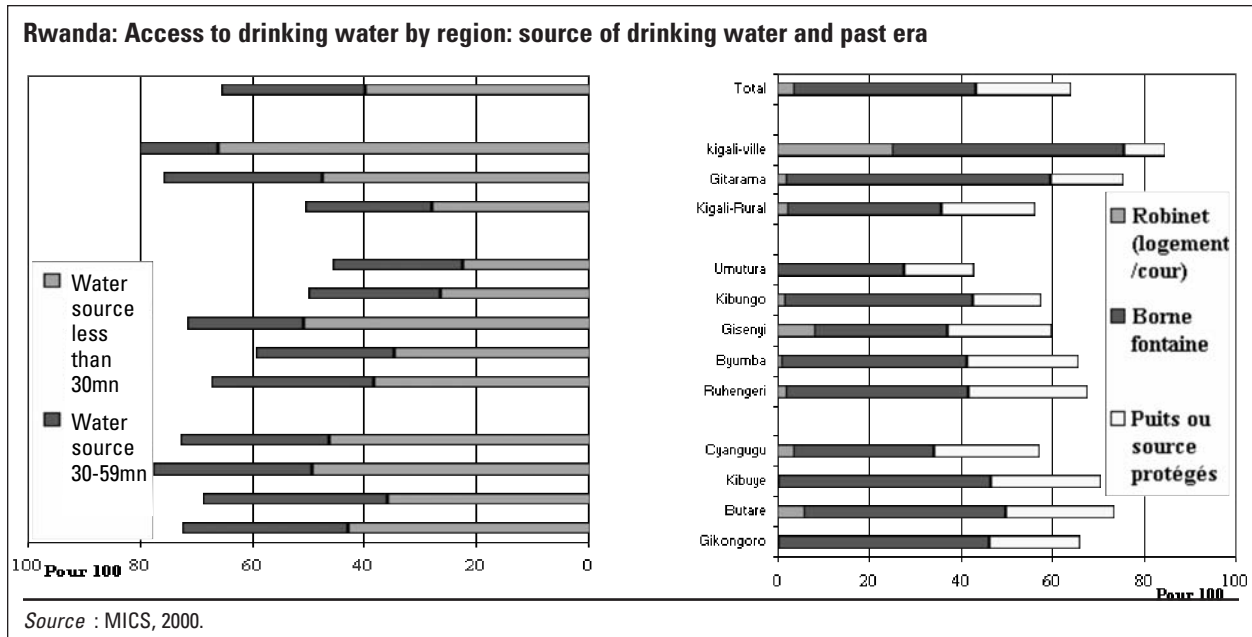
Community environment and behaviors of households must back up progress in terms of health, nutrition and population.

Multi-sectoral actions must be reinforced at the community level to support the reduction to exposition to diseases and changes in behaviors of the population and health services among the poor. Rwanda could not considerably reduce the prevalence of transmissible diseases, malnutrition, HIV/AIDS, fertility and sanitary inequities without strengthening the coordination of multi-sectoral interventions at

the community level, without improve behaviors in terms of health and without improving financial access to health care for the households. Many households in Rwanda, particularly the poorest, continue to have water supply from un-protected sources and rare are those that have improved latrines. These environmental conditions of poor communities favor exposition to diarrheic diseases and the recurrence of cholera, bacillary dysenteries and epidemic typhus. The country must put more efforts to improve access to drinking water, sanitation and domestic hygiene and ensure that poor households could better protect themselves against any disease.

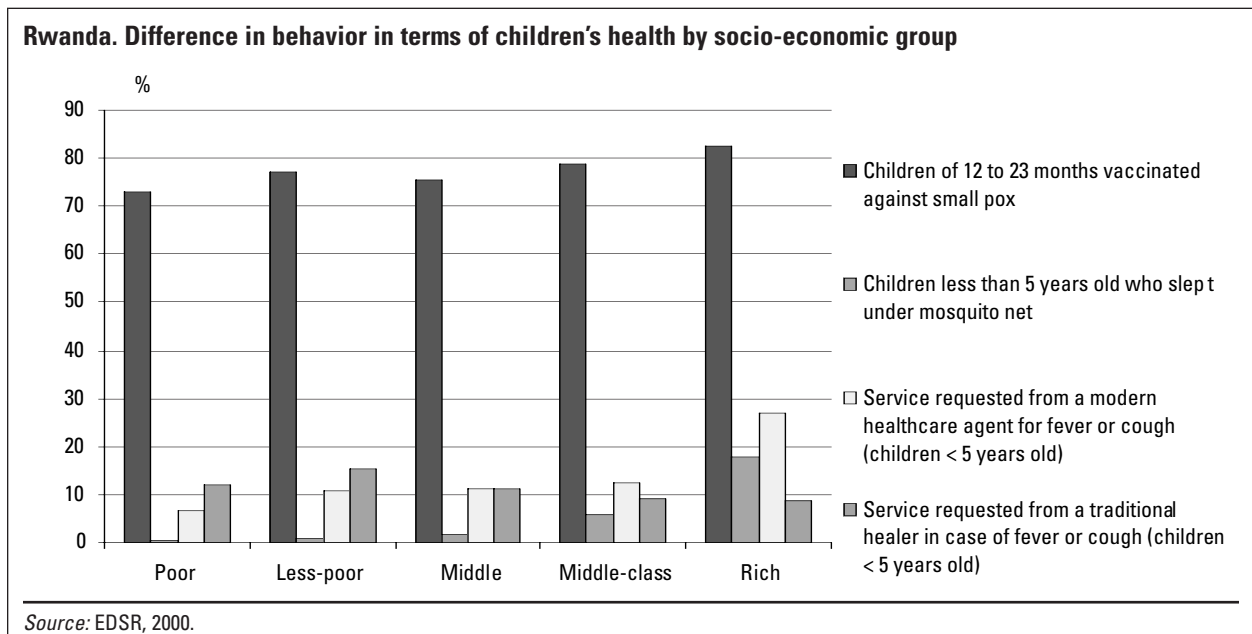
Even though recent strategic goals for HIV/AIDS and malaria prevention emphasize changes in behaviors and households’ capacities, the majority of Rwanda’s households remains un-informed about means of protection against these diseases. A small ratio of poor women know that using preservatives is a means to prevent HIV transmission and poor households are minimal in using medicated mosquito nets to protect themselves against

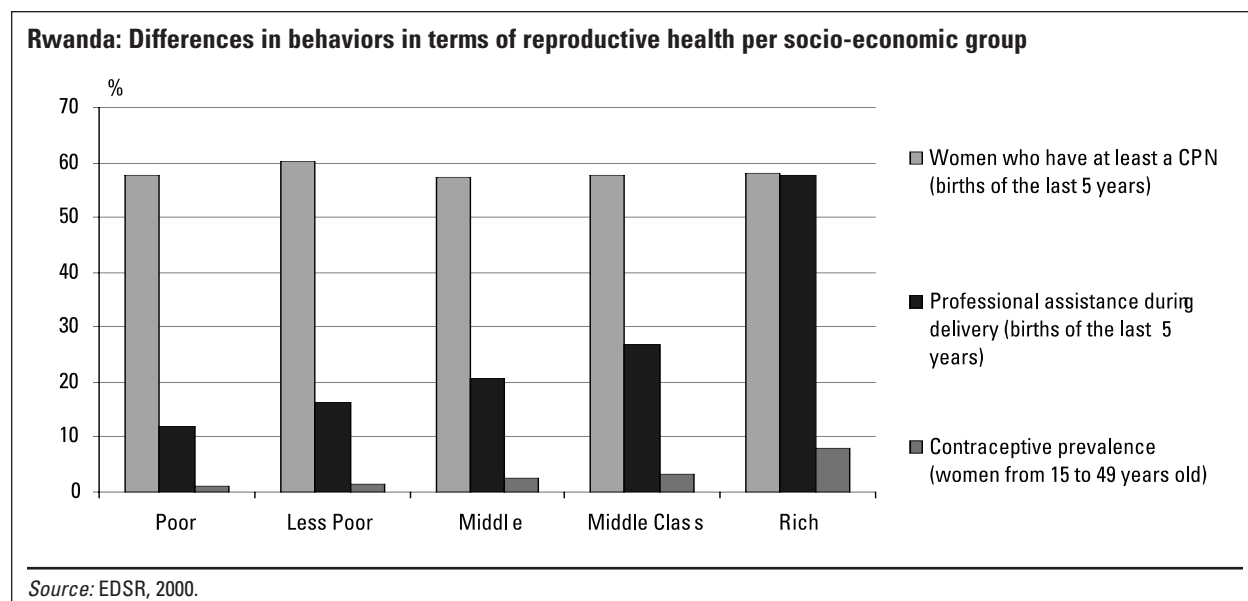




malaria. It is therefore necessary to reinforce and adapt information strategies while taking into consideration poor access of disadvantaged populations to modern medias and in multiplying strategies from community initiatives and needs. It is therefore necessary to implement grant mechanisms targeting poor populations in order to facilitate their access to preventive means.

It will be difficult to observe sustainable behavioral changes in terms of reproductive health unless there are changes in social values and attitudes and sanitary behaviors during a pregnancy. In spite of a strong social pressure on women in Rwanda by the society in terms of reproduction, it has not yet been capable to develop systems of values and supports that can reduce associated risks: 3 out of 4 women

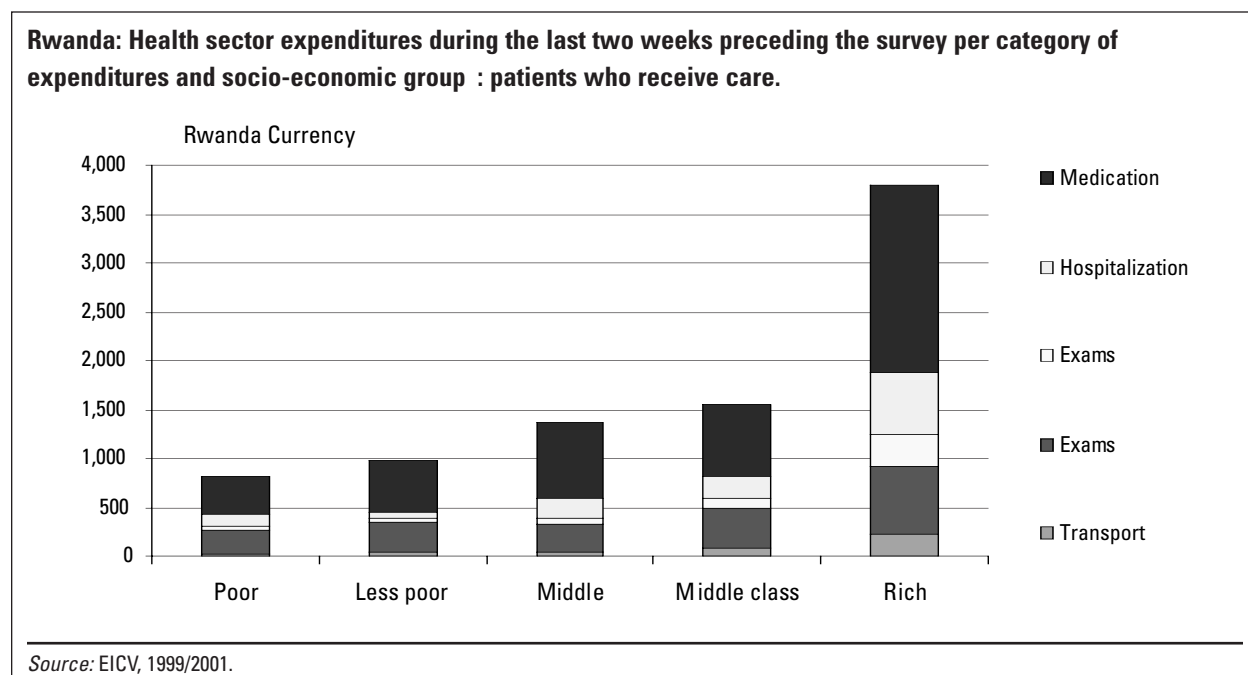




approximately give birth without any professional assistance, in an area where no appropriate assistance can be provided to them in case of complications.

Finally, we can not significantly improve the health status of poor in Rwanda and protect households incomes to the health sector if we could not find solutions to a weak utilization

of modern health services in case of diseases and the heavy burden that represents households' health expenditures. Various initiatives have stressed positive values in mutual assistance and solidarity always present within communities, in order to implement an insurance system based on the community; these initiatives are being reinforced by local democra-



tization and decentralization movements. More commitments must be made to strengthen the synergy between these movements and the implementation of support mechanisms of the poorest in order to increase financial access to modern health services within the country.

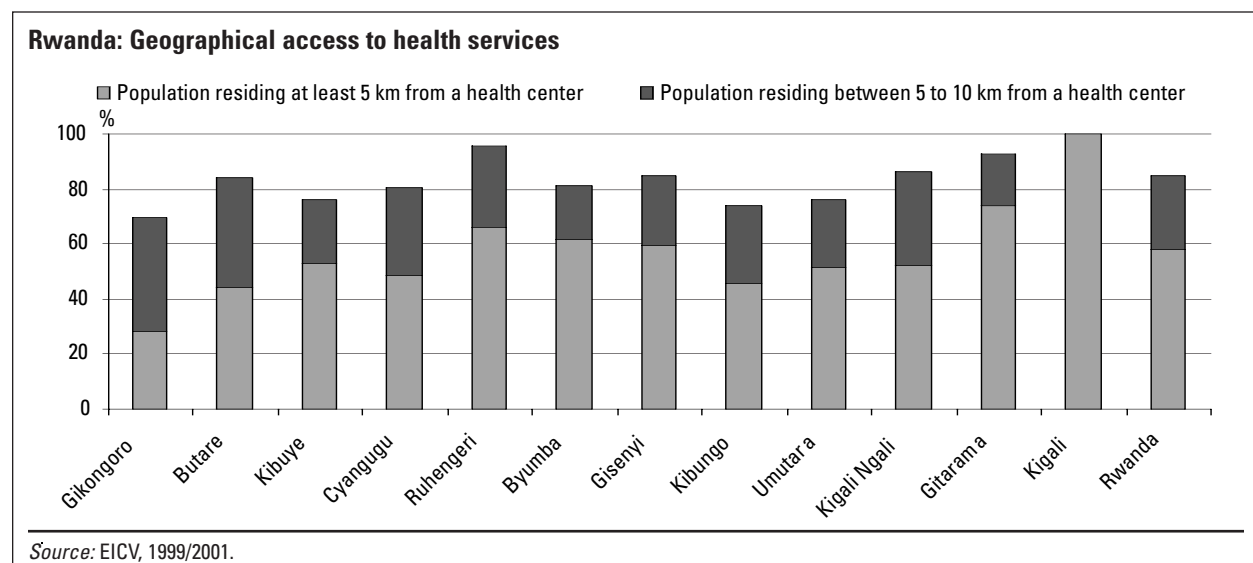
The health sector must multiply efforts to sustain and improve the distribution and utilization of sanitary resources.

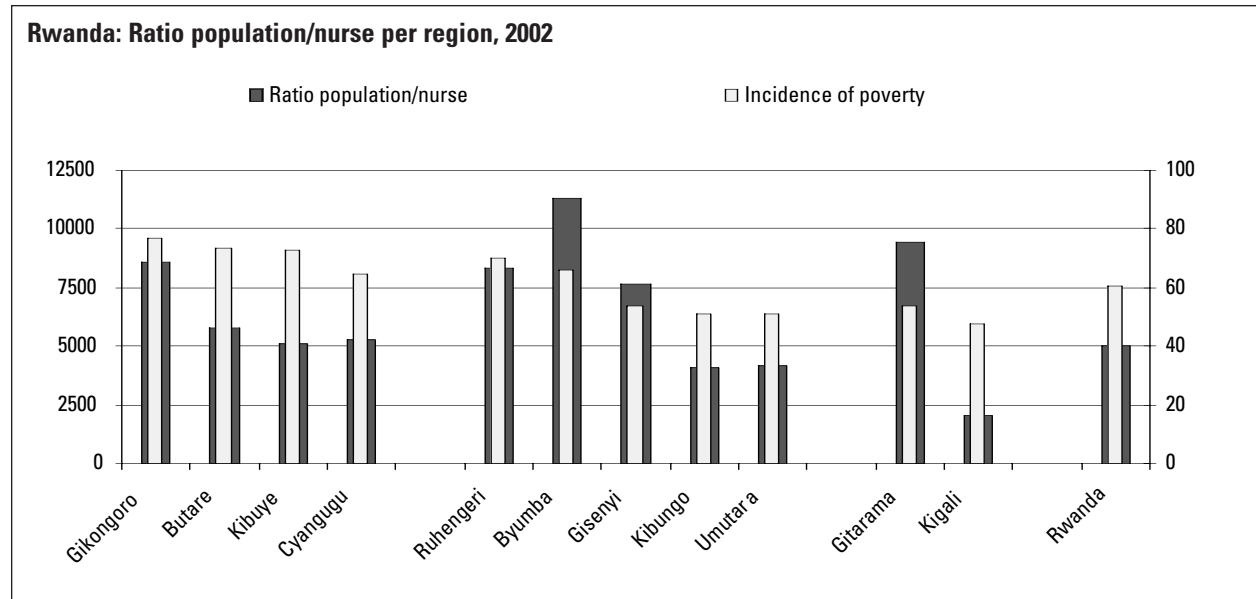
The strategic management capacities of the health sector must be reinforced to support the alignment of health services to the new environment of decentralization and the increase of the sector contribution to poverty reduction. The recent sanitary reforms have been dominated by initiatives aiming at addressing the impact of 1994 war and genocide on the epidemiological profile of the country, sanitary infrastructures, human resources basis, the organization and financing of health services. Health service programs are linked to HIV/AIDS, malnutrition and mental health issues, which, in addition to malaria and other transmissible diseases, have reached a significant scope because of the war. The reorganization of basic health services—centered on dis-

trict's sanitary models and the initiative of Bamako¹—supported by the decentralization and integration of health services, the definition of activities' packages at primary and secondary health education and the involvement of the population in the management and financing of health services. Health reforms are therefore at the crossroad simply because there is a need to elaborate organizational frameworks of basic health services around an institutional framework of ongoing administrative and policy reforms within the country and align health financing strategies with this new environment and the population financial capacities.

Improvement efforts of geographical access to health services must be well targeted within regions where the needs are most obvious.

Important efforts were geared towards the reconstruction and renovation of basic sanitary infrastructures and towards the reconstitution of basic human resources for the health sector. However, significant disparities continue to exist between regions regarding geographical access to health services at the expense of the poorest regions and those that were over-

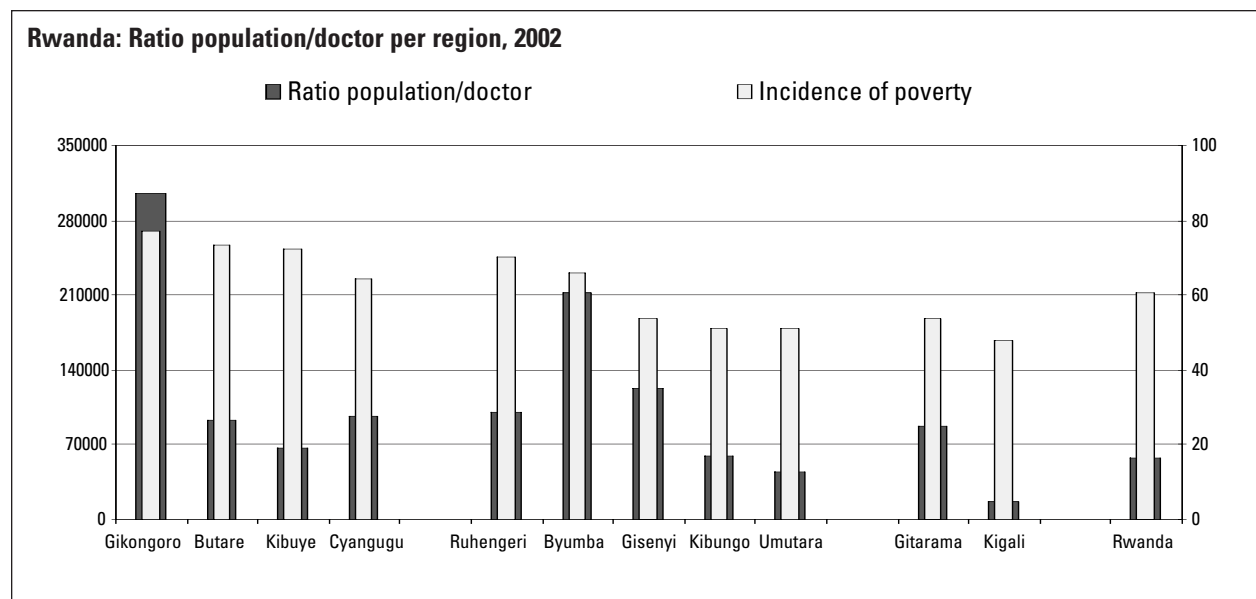




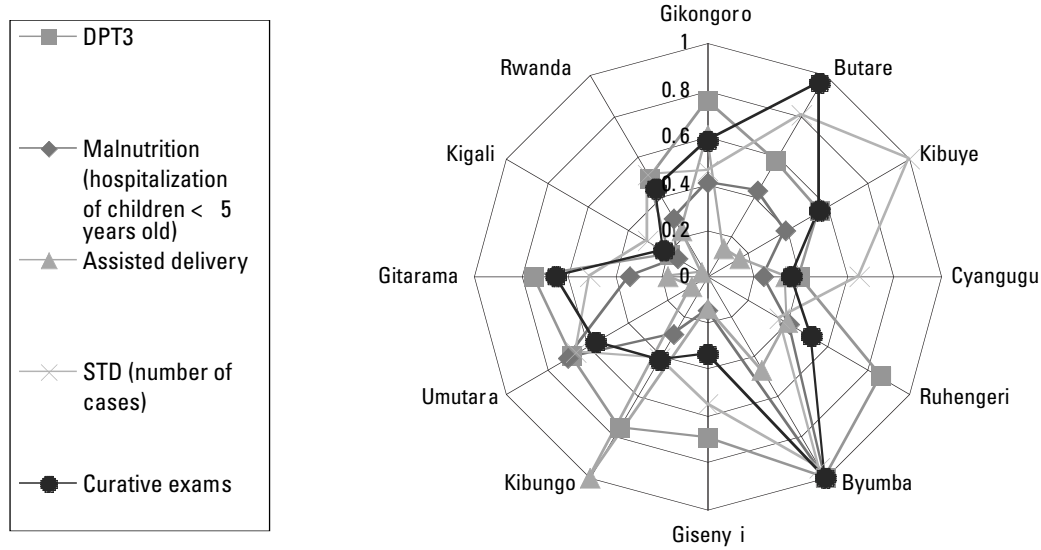
whelmed by considerable migration of populations as a result of the war. It is therefore necessary to gear more efforts to improve geographical access to health services in regions such as Butare, Gikongoro, Kibungo, Kigali and Umutara.

The management of human resources must further focus on improving a combination of skills, motivation of health personnel and a better availability of qualified personnel in the poorest areas and regions.

Since the emergency period that followed the war and genocide of 1994, Rwanda gave priority to rebuilding the human resources basis of the health sector. The extension of training insti-



Rwanda: Average levels of the number of provision of services by nurse by service and by region



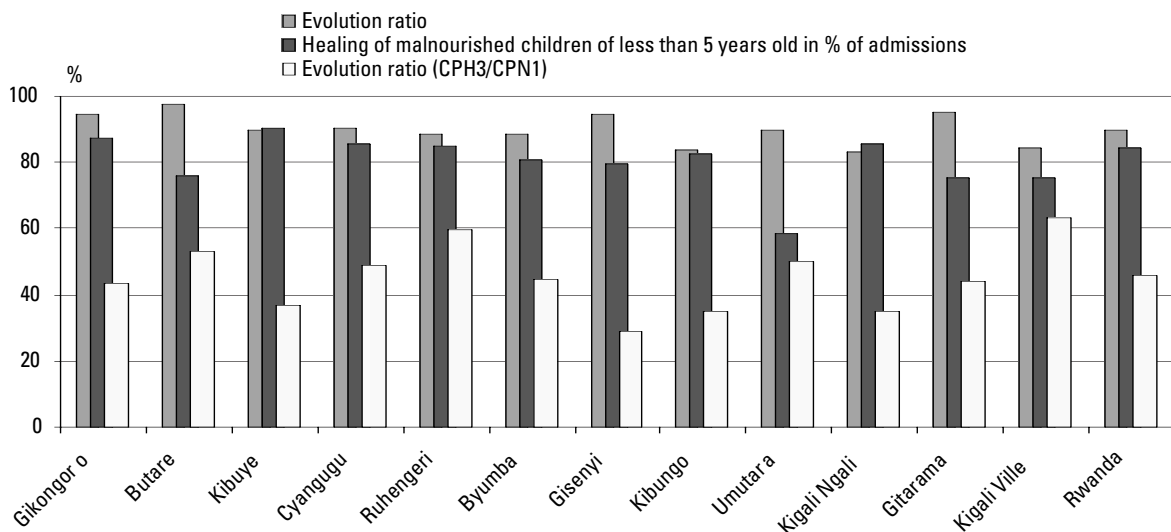
Source: SIS, 2002.

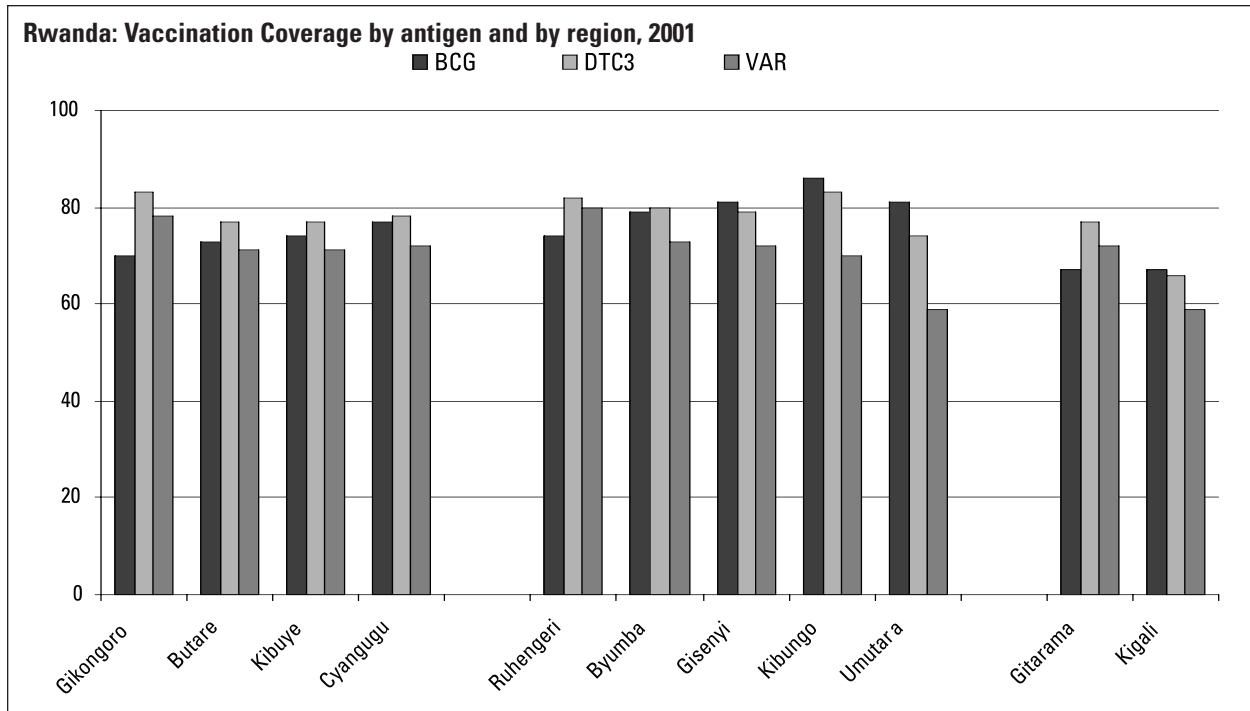
tutions for paramedical personnel allowed to reduce in six years the gap in nurses throughout the country; however long term training institutions for health professionals (doctors, dentists and pharmacists) continue to be limited.

This is one of the biggest challenges that the country needs to address in years to come: improving the availability of qualified health personnel in general, and of doctors, pharmacists in particular. In addition to this,

we have that of reducing inequities in the deployment of health personnel between regions: the more qualified personnel are rare, the more the poorest regions will benefit from them; with Kigali absorbing a disproportionate share in this type of qualified health personnel. These disparities result in most part from a lack of incentives to work in rural areas of the country and the strate-

Rwanda: Continuity in children's health care and financing of pregnancy by service and by regions





gies of recruiting and managing health personnel more centralized.

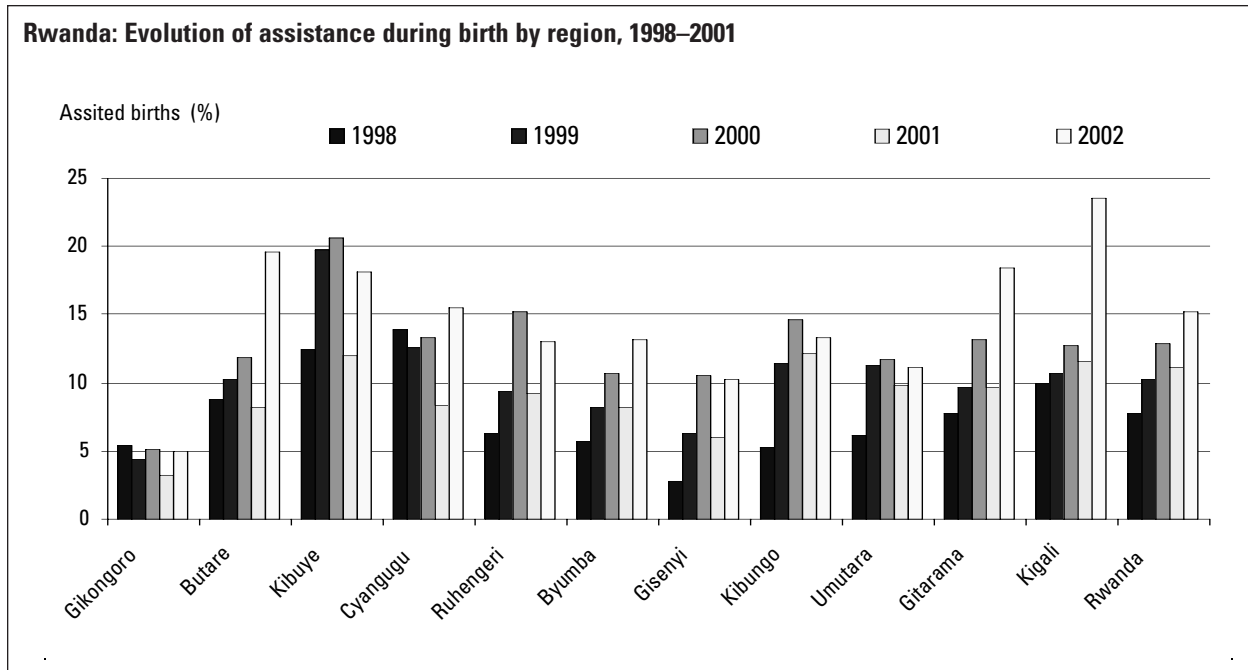
Disparities in the deployment of health personnel and the constraints in using health services reveal the weakness in technical efficiency of health services. Efficiency gains could be made with existing resources in redeploying the health personnel from Kigali towards regions where the gap is significant. In order to significantly increase health services efficiency throughout the whole country, policy measures will be necessary to increase the utilization and continuity of health care to optimize the use of existing human resources.

The capacities of health services must be increased to support the decentralization of basic health interventions, the reinforcement of community interventions and the participation of the population in the health sector.

In order to improve the efficiency and equity of health interventions, Rwanda must increase basic health interventions and expand coverage to the poor. Only an

extended vaccination program (EVP) can ensure an equitable coverage to this extent. Thanks to government efforts and external partners' support, EVP ensures a satisfactory coverage within few years on all antigens in the wealthiest regions as well as the most disadvantaged ones. However, children's health continues to challenge and reveal weaknesses in coverage of nutrition services, prevention against malaria, and the financing of patients: Up to now not one community strategy has been deployed to these interventions, even though they will help increase access to health services for children.

Moreover, while progress has been made in monitoring pregnancies, health services for reproduction continue to always suffer from weaknesses in family planning services and lack of continuity in prenatal monitoring, assistance during birth and postnatal monitoring. Reproductive health remains an area where the country will need considerable support to develop and implement adequate strategies. Finally, the capacity of basic health services (district hospitals and health centers) must be reinforced under the umbrella of the

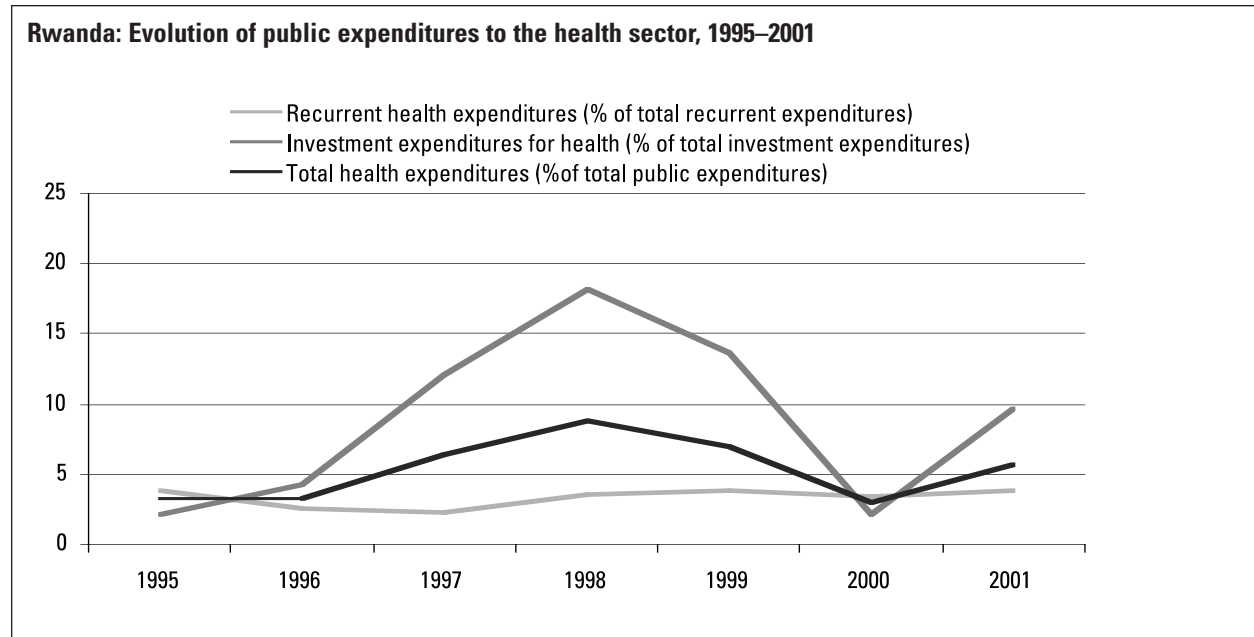


fight against HIV/AIDS, tuberculosis and mental health to better contribute to a better coverage of poor, as these are rare services where the majority of disadvantaged and poor populations can access.

Finally, the involvement of populations in health services must be strengthened. The implementation of health committees at primary health training sessions and in health districts raise hope; in practice, however, their operations are confronted by few weaknesses, more or less pre-occupying that an important share in financing basic health services is being foot by the communities and the interactions between these and health services must be improved to support health interventions and promotional activities of health agents at the community level. The mutual initiatives that are emerging in many areas, are thereby revealing new community actors who, if they are correctly used, will reinforce local partnership opportunities for health and the new mechanisms of the participation of populations in health.

The financing mechanisms of the health sector must be adapted to favor the reduction of poverty, financial access to health care and a better distribution of public expenditures benefits in the context of the ongoing decentralization and democratization processes within the country.

Rwanda must increase the share of public expenditures of the health sector in general and recurrent expenditures to basic health services in particular in order to ensure that the government and decentralized collectivities become the first financiers of this sector; in this perspective, Rwanda must increase the share of health expenditures from the government and decentralized collectivities expenditures to 15% by 2015. The sources and mechanisms of financing the health sector are in full transition, after the emergency period that followed the genocide. This era was characterized by tremendous needs to rebuild health infrastructures and basic human resources destroyed by the war, and to revitalize healthcare centers at district's health centers in particular. Because of limited fiscal capacities within the country, reconstruction efforts were supported by

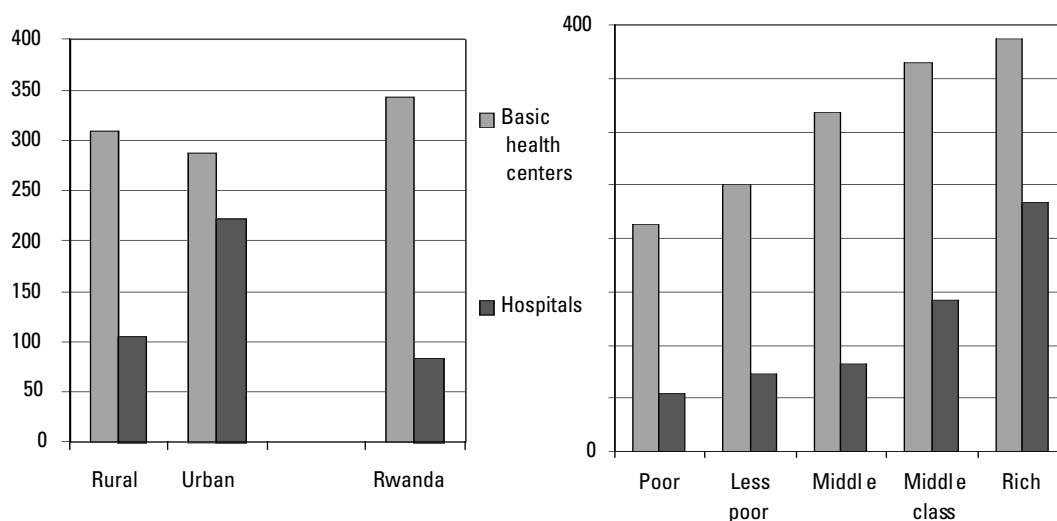


important external financing that was considered the main source of financing of the health sector, through direct funding to users and households. During 1998, for example, total health expenditures per inhabitant were about US\$12,7 (or 5,0% of the GDP), of which 50% was funded by external partners, 33% by households, 7% by private enterprises and only 10% by internal public sources. Between 1995 and 2001, the weakness in public financing continues to be one of the major constraints of financing the health sector: while progressing, recurrent public expenditures are stagnating at 1% of DGP during this period. Consequently and despite the construction and renovation of health infrastructures, with important contributions from external partners, the level of public resources for the health sector remains low during the same period. Since 2001, however, the government committed to increasing recurrent public expenditures in the health sector.

The financing mechanisms must be adapted to the context of decentralization in order to better allocate resources towards local communities.

The financing mechanisms for the health sector are changing as well. The variety of intermediaries financing agents and mechanisms of allocating resources has been one of the constraints during the emergency period, during which a major challenge was the coordination of health interventions within the country. The health sector partners are still faced with this challenge since 2001, with the introduction of medium term expenditures framework mechanisms, that are included in measures of building institutional capacity in parallel with the elaboration and the implementation of the PRSP. In other words, these changes are accompanied with the emerging of new institutions and actors, whose roles and responsibilities are constantly redefined. This changing dynamic is endorsed by the country ongoing decentralization reforms and by the emerging of new healthcare insurance

Rwanda: Public grants for the health sector per inhabitant, per service, areas of residence and socio-economic group, 2000 (in RW Currency)



agencies. These two phenomena might have significant implications for efficiency and equity of public expenditures of the health sector.

The priority on the fight against diseases and basic health services must be retained, however grant measures based on demand to improve access to health services of the poorest must be implemented.

The priority on programs to fight against diseases and basic health services, recently supported by the increase in personnel, goods and services expenditures, begins to result in an improvement of efficiently allocating resources of the health sector. Whereas, the limitation of policy instruments to finance health supply in an environment where financial constraints led to a decrease in the use level of health services, resulted in tremendous disparities in distributing benefits of public expenditures in general

and public expenditures allocated through hospitals in particular.

During the years to come, Rwanda will continue to face challenges in fighting diseases, notably HIV/AIDS and malaria. However, the increase in access to financing the health sector and the reduction of disparities in allocating public resources will be part of the biggest constraints to resolve. Nonetheless, the dynamic of ongoing institutional changes is favorable to reinforcing fiscal decentralization, the emerging of new strategies for mobilizing resources (pre-payment systems and “mutualization” of risks in diseases for example) and the experimentation of new payment modalities of health service agents based on performance and results. The alignment of this new dynamic in addition to the framework of poverty reduction could allow the country to face the challenges in financing the health sector and to contribute in improving the efficiency and equity of the health sector.

Note

1. Adopted in 1987, this initiative aims at expanding access to primary health care to the entire population of developing countries. In absence of a third provider (health insurance) and in compliance with the principle “health does not have a price but a cost,” each benefi-

ciary must be responsible for a part of care. The global cost recovery must be done under the surveillance of the community of users of each health care center.

Introduction

Vue d'ensemble

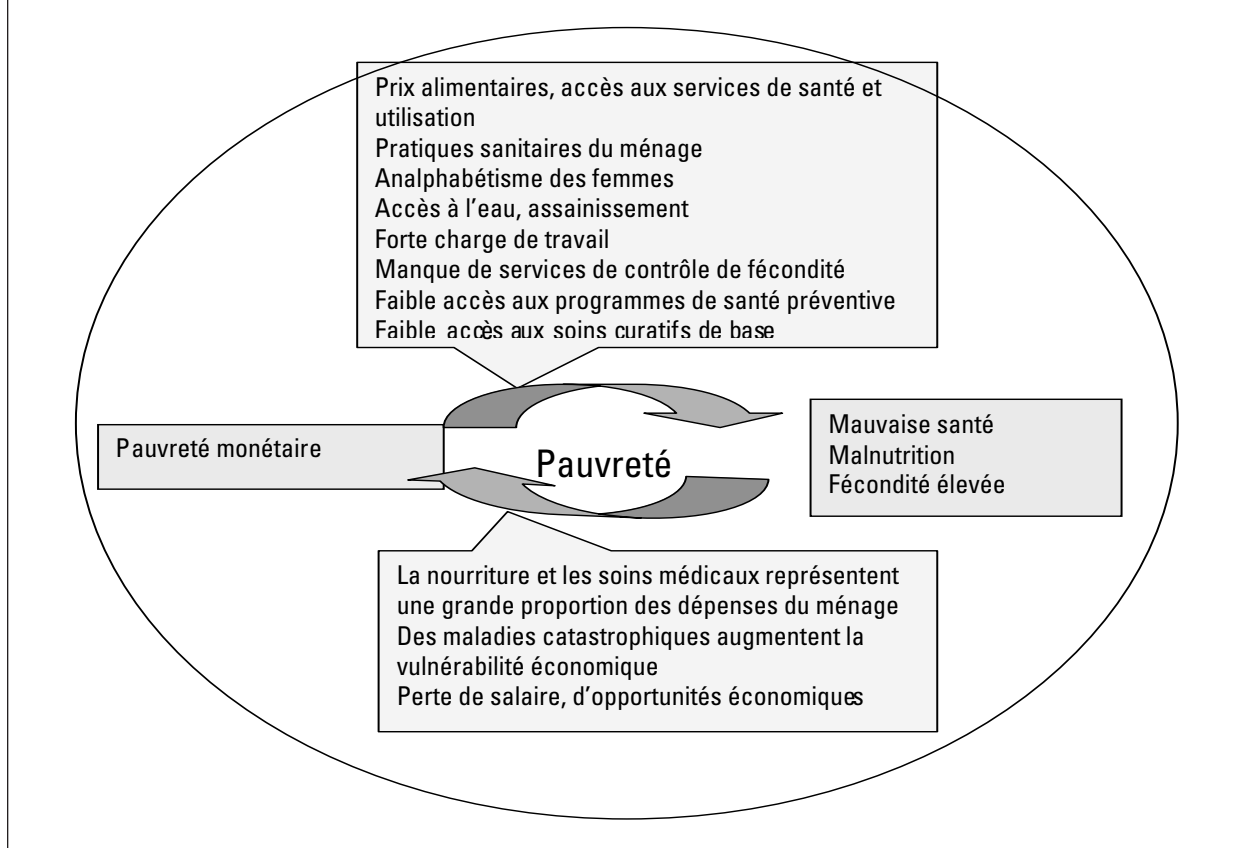
Le Rwanda, qui fait partie de l'Afrique des Grands Lacs, est un pays de dimension relativement réduite tant par sa superficie (26 300 km²) que par sa population (8,7 millions d'habitants en 2001). Son relief très accidenté, avec de multiples collines et plusieurs pics montagneux, lui vaut le surnom de « pays des mille collines ». Malgré une forte densité moyenne de la population (environ 340 habitants au km²), le pays est faiblement urbanisé : en 2001, près de 90 % de la population vivaient dans les zones rurales. Au cours de la dernière décennie, le pays a connu l'un des plus grands drames de son histoire, avec le génocide de 1994 qui a provoqué la mort de plus d'un million de personnes et a totalement détruit le tissu social.

Depuis, le Rwanda est en pleine reconstruction. Si l'économie a connu une embellie soutenue entre 1995 et 2001, avec des taux de croissance du PIB supérieurs à 6 % par an, le Rwanda reste l'un des pays les plus pauvres du monde (avec un PIB par habitant de 250 USD en 1997). En 2001, l'incidence de la pauvreté était de 60 % dans l'ensemble du pays et de 66 % dans les zones rurales—là où vit la majorité de la population¹.

Le Rwanda est en train de mettre en œuvre un CSRP. Ce cadre et le processus associé à sa mise en œuvre sont l'occasion d'analyser les relations entre la pauvreté et la santé dans le pays, afin de soutenir les débats et le consensus sur le type d'actions et les mesures à prendre pour renforcer la contribution des interventions sanitaires sur la réduction de la pauvreté et l'amélioration de la santé des plus pauvres. C'est dans cette perspective que s'inscrit le présent rapport, qui cherche à articuler la lutte contre la pauvreté autour des cadres de référence de l'action sanitaire.

Pauvreté et santé : cadre analytique

Le rapport est basé sur un cadre analytique qui place la santé au cœur de la problématique et des dimensions clés de la pauvreté. Ce cadre analytique reconnaît que les conditions sanitaires des groupes les plus pauvres et les plus riches de la population résultent de relations complexes entre la santé et la pauvreté² : si la pauvreté entraîne un mauvais état de santé, un mauvais état de santé contribue à la pauvreté monétaire ; par ailleurs, il est désormais largement reconnu que de faibles états de santé et de nutrition et de la population constituent un

Figure 1.1. Relations entre la pauvreté et la santé⁶

aspect clé de la pauvreté. Ces relations complexes sont résumées dans la figure 1.1.

Le schéma proposée à la figure 1.1 montre que la pauvreté et les facteurs qui lui sont associés entraînent un mauvais état de santé, un état de malnutrition et de fécondité élevée. On sait désormais que les effets cumulés d'un fort analphabétisme des femmes, du manque d'accès à l'eau potable, de mauvaises conditions sanitaires, de piètres pratiques de soins des ménages³, d'une charge de travail très élevée, d'un manque de contrôle de la fécondité⁴ et d'un accès limité aux soins préventifs et curatifs de base—effets qui résultent tous de la pauvreté—contribuent à la dégradation des indicateurs de santé. Par ailleurs, de par leur impact sur la productivité et les revenus du ménage, en baisse, et sur les dépenses de santé, en hausse, le mauvais état de santé, la malnutrition et la forte fécondité favorisent la pauvreté⁵. Enfin, si l'on envisage la pauvreté de manière plus glob-

ale, on constate que ces privations en termes de revenu, de développement humain, de sécurité financière et physique, d'expansion des opportunités et, surtout, de participation aux aspects clés de la vie sociale sont des dimensions clés de la pauvreté. C'est pourquoi la capacité du secteur de la santé à répondre aux besoins des pauvres mais aussi la participation et la responsabilisation des pauvres dans la santé sont au cœur des relations entre la pauvreté et la santé.

La manière dont ces relations évoluent et se traduisent par des inégalités en termes de santé et d'opportunités entre les segments les plus pauvres et les plus riches de la population d'un pays est assez spécifique, reflétant le contexte, les capacités des ménages et de leurs communautés respectives ainsi que les politiques sanitaires en vigueur et celles régissant les secteurs connexes de la santé. Par conséquent, afin de parvenir à une meilleure compréhension de ces

relations au Rwanda et à une articulation optimale des politiques et des interventions sanitaires dans le cadre des stratégies de lutte contre la pauvreté, le présent rapport va appuyer ses travaux d'analyse sur la situation sanitaire, les enquêtes démographiques et de santé (EDS), les enquêtes sur les conditions de vie des ménages (EICV) réalisées entre 1995 et 2002, la littérature grise et les travaux stratégiques du secteur de la santé visant à renforcer la base d'informations sur la pauvreté et la santé dans le pays.

Organisation du rapport

Le rapport comporte cinq chapitres. Le chapitre 2 se livre à un bilan de la situation sanitaire et des tendances récentes des indicateurs de santé du Rwanda, qu'il compare aux résultats du reste de l'ASS et des pays voisins en particulier. L'analyse repose sur les indicateurs d'impact suivants : l'espérance de vie à la naissance, la mortalité infantile, la mortalité infanto-juvénile, la mortalité maternelle, la fécondité, la malnutrition et la prévalence du VIH/SIDA. Les indicateurs sont mesurés au niveau de la population générale, au niveau des différents quintiles de population (des plus pauvres au plus riches) et au niveau des régions et des zones (des plus pauvres aux plus riches). Cela permet d'apprécier les conditions sanitaires des pauvres. Les causes de la morbidité et de la mortalité associées aux conditions sanitaires des pauvres sont résumées sur la base des données disponibles.

Dans le chapitre 3, l'accent est mis sur les facteurs qui influencent les indicateurs de santé au niveau des ménages et des communautés, en partant d'un consensus qui veut qu'en définitive, ce sont les ménages qui produisent la santé de leurs membres en fonction des ressources dont ils disposent et des contraintes auxquelles ils sont confrontés au sein de leur communauté. Ce chapitre permet de replacer

les comportements des individus et des ménages, les facteurs communautaires et les facteurs liés aux secteurs connexes de la santé au cœur de l'analyse des déterminants de la santé, en plus des facteurs internes au secteur de la santé et des politiques sanitaires y afférent.

Le chapitre 4 s'attache à identifier les inégalités du secteur de la santé qui contribuent à la faible couverture et à l'accès limité des pauvres à des services et soins de qualité. Les réformes majeures récemment mises en œuvre dans le secteur, au niveau de la programmation, de la gestion des organismes de prestation de services et de soins, du financement et de la réglementation sont passées en revue, afin d'apprécier les efforts engagés et les contraintes auxquelles font face les autorités sanitaires pour améliorer la couverture et l'accès des pauvres. Les fruits de ces réformes et interventions sont analysés en termes d'accessibilité des services, de disponibilité des ressources humaines, d'efficacité technique et de continuité, de qualité des services, de couverture des pauvres par les interventions sanitaires clés et, enfin, de participation des pauvres dans la santé.

Le chapitre 5 propose une analyse du financement de la santé, du point de vue du niveau des dépenses de santé, de la combinaison des sources et des mécanismes de financement, de l'efficacité allocative et de l'équité des dépenses publiques mais aussi de l'accessibilité financière des services de santé. L'analyse s'achève par l'identification des défis clés du financement de la santé dans les prochaines années. Enfin, le chapitre 6 conclut ce rapport en résumant les problématiques identifiées et en formulant les implications stratégiques des résultats présentés dans les chapitres précédents pour étayer les débats sur l'optimisation des performances du secteur de la santé pour les pauvres—(amélioration des conditions sanitaires, protection des revenus et renforcement de la participation et de la responsabilisation dans la santé).

Équité des indicateurs de santé : un bilan

Ce chapitre propose un bilan de la situation sanitaire du Rwanda, en tâchant de répondre aux questions suivantes : quelle est la situation sanitaire du Rwanda par rapport au reste de l'ASS, par rapport à ses voisins et par rapport à des pays ayant le même niveau de développement économique ? Quelles sont les tendances des indicateurs de santé au cours des dix dernières années au Rwanda et en ASS ? Existe-t-il des inégalités des indicateurs sanitaires entre les zones rurales et les zones urbaines et entre les régions les plus pauvres et les régions les plus riches ? Existe-t-il des inégalités des indicateurs sanitaires entre groupes socioéconomiques et entre les quintiles les plus pauvres et les plus riches ? Quelles sont les principales causes de morbidité et de mortalité chez les populations pauvres du pays ?

Sur la base des informations compilées lors d'enquêtes et d'études réalisées dans le pays et chez ses voisins au cours des dernières années, on constate que la situation sanitaire du Rwanda est l'une des plus mauvaises de l'ASS. Cette situation, qui résulte de la combinaison de niveaux élevés de mortalité infanto-juvénile et maternelle, de malnutrition et de la forte prévalence du VIH/SIDA, traduit la persistance des séquelles de la guerre et du géno-

cide de 1994 dans la société rwandaise. Si des progrès importants ont été réalisés en termes de mortalité infanto-juvénile et maternelle depuis 1995, le Rwanda n'a pas encore retrouvé les niveaux de survie de l'enfant et de santé de la mère d'avant le génocide. Le pays devra donc continuer à infléchir rapidement les taux de mortalité infanto-juvénile et maternelle dans la décennie à venir afin d'atteindre les OMD.

Le Rwanda ne pourra pas atteindre ces objectifs, cependant, sans une réduction sensible de la prévalence du VIH/SIDA, de la malnutrition et du paludisme. Par ailleurs, le Rwanda devra redoubler d'efforts pour réduire les inégalités sanitaires qui se sont creusées après la guerre de 1994, que ce soit entre le Nord et le Sud, entre les zones urbaines et les zones rurales—reflétant la ruralité de la pauvreté dans le pays—ou entre les segments les plus pauvres et les plus riches de la population. Faute de mesures énergiques supportées par un ciblage judicieux des interventions sanitaires dans ces domaines, il sera difficile de traduire les investissements sanitaires en gains significatifs pour l'amélioration de l'état de santé et la productivité de la majorité de la population.

Ces conclusions seront étayées dans les chapitres suivants. La section 2.1 résume les

Tableau 2.1. Comparaison des indicateurs sanitaires du Rwanda par rapport à ceux de l'Afrique subsaharienne

Pays	Espérance de la vie à la naissance	Mortalité infantile ^a	Mortalité infanto-juvénile ^a	Mortalité maternelle ^a	Indice synthétique de fécondité ^b	Prévalence du VIH chez les adultes (%)	Malnutrition infantile ^c (%)
Rwanda ^d	43	107	198	1 071	5,8	13,7 ^e	24
ASS ^f	52	91	151	822	5,6	8,6	32
<i>Pays limitrophes</i>							
Burundi	46	105	176	1 300	6,5	11,3	38
Ouganda	41	80	141	506	6,9	8,3	26
Tanzanie	47	100	152	530	5,7	8,1	29
<i>Pays ayant un indice de développement humain comparable</i>							
Mali	46	120	192	577	6,7	1,5	31
Mozambique	42	134	203	1 100	5,6	13,2	47
RCA	46	97	151	700	5,1	13,8	33

a. Pour 1 000 naissances vivantes.

b. Nombre d'enfants par femme.

c. Poids pour âge. Données de 1996 (*circa*).

d. Sauf mention contraire, les valeurs moyennes du Rwanda sont celles de 1999 (*circa*).

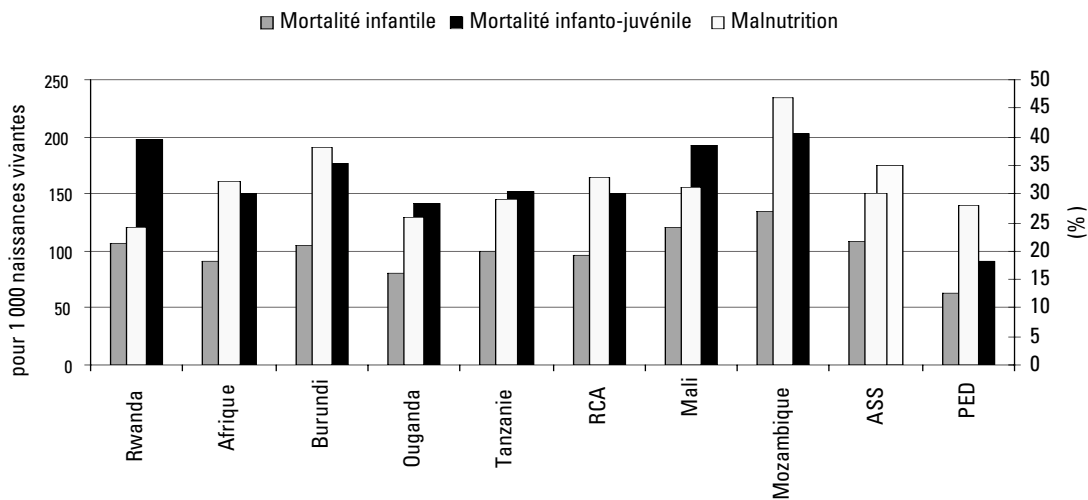
e. Données de 2002.

f. Les valeurs moyennes de l'ASS sont celles de la période 1990-96.

niveaux et les tendances des indicateurs de santé dans le pays. La section 2.2 analyse les inégalités en matière de santé, de population et de nutrition. Enfin, la section 2.3 discute des causes de morbidité et de mortalité dans le pays.

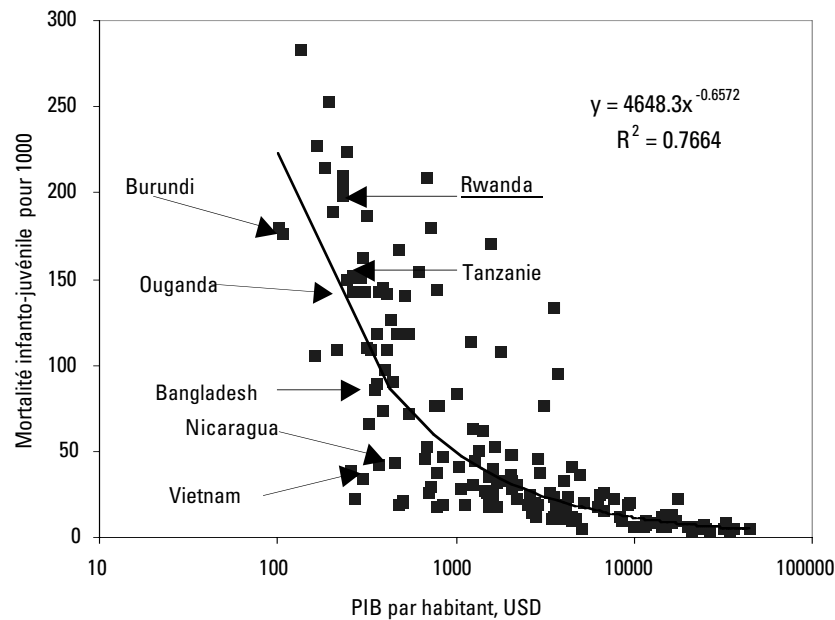
Niveaux et tendances

Les indicateurs de santé du Rwanda traduisent une situation sanitaire qui est l'une des plus mauvaises de l'ASS (tableau 2.1). Cette situation résulte de la combinaison de niveaux très

Figure 2.1. Comparaison de la mortalité infantile du Rwanda par rapport à celles du des pays voisins


Sources : EDS de chaque pays. Pour le Rwanda, EDS de 2000.

Figure 2.2. Évolution du PIB par habitant et mortalité infanto-juvénile : Rwanda par rapport aux autres pays (circa 1999)



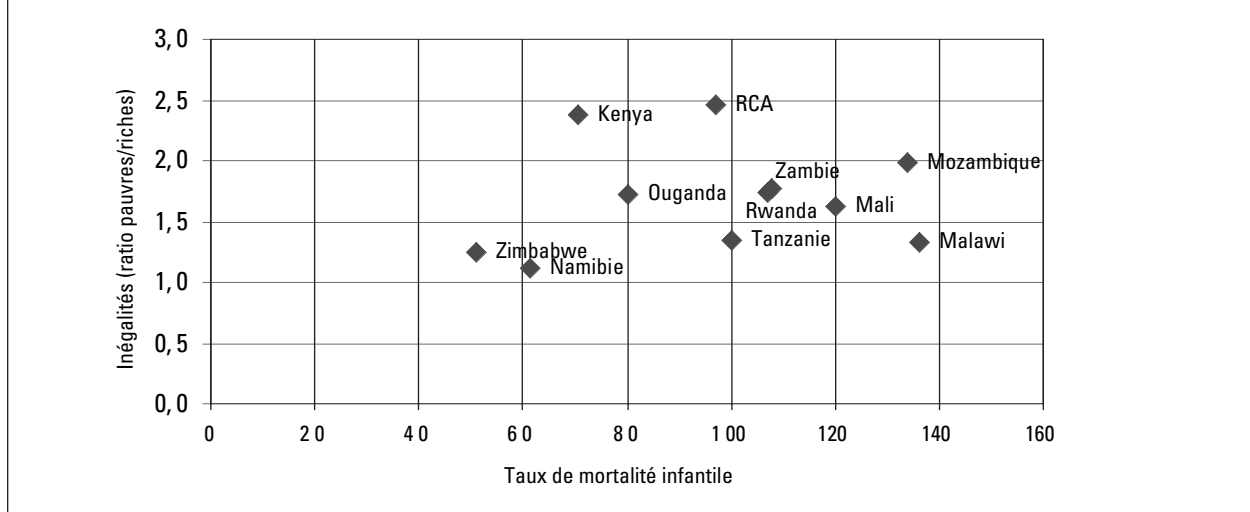
élevés de mortalité infanto-juvénile et maternelle, d'une fécondité moyennement élevée par rapport aux standards régionaux et d'une prévalence particulièrement élevée du VIH/SIDA. Si le niveau de mortalité infantile est proche de ceux observés dans les pays voisins (Burundi, Ouganda et Tanzanie), le niveau de mortalité infanto-juvénile du Rwanda se situe en revanche largement au-dessus des niveaux observés dans les mêmes pays, suggérant ainsi une importante surmortalité juvénile dans le pays.

Cette surmortalité juvénile est aussi perceptible par rapport à la situation d'autres pays africains comme le Mali et le Mozambique qui, bien qu'ayant des niveaux de mortalité infantile beaucoup plus élevés, ont des niveaux de mortalité infanto-juvénile comparables à ceux. Enfin, le pays fait partie des 15 pays au monde ayant les taux de prévalence du VIH/sida les plus élevés.

Si l'on regarde les niveaux de mortalité infanto-juvénile des pays ayant un PIB par habitant proche de celui du Rwanda, on constate que ce pays se classe dans les dix pays les moins performants en matière de santé (figure

2.2). En effet, les niveaux de mortalité infanto-juvénile observés au Rwanda sont deux fois supérieurs à ceux du Bangladesh et près de quatre fois plus élevés que ceux du Vietnam. Le niveau des inégalités entre les riches et les pauvres demeure important, même si le Rwanda se situe dans la moyenne de ses voisins et obtient de meilleurs résultats que le Kenya, le Mozambique et la République centrafricaine.

La mauvaise situation sanitaire du Rwanda reflète dans une large mesure les séquelles du génocide et de la guerre de 1994. Au début des années 1990 en effet, le Rwanda avait atteint des niveaux de mortalité infantile et infanto-juvénile inférieurs à respectivement 90 % et 150 % ; par ailleurs, le niveau de mortalité maternelle était de 611 pour 100 000 naissances vivantes (tableau 2.2). Bien que la mortalité soit en baisse depuis la guerre de 1994, le Rwanda n'a pas encore retrouvé les niveaux d'avant guerre. En d'autres termes, si le Rwanda veut atteindre les objectifs internationaux de santé en 2015, il va devoir accélérer la baisse de la mortalité infanto-juvénile et maternelle tout en réduisant les inégalités (figure 2.4).

Figure 2.3. Mortalité infantile et inégalités pauvres/riches dans plusieurs pays d'Afrique


Inégalités des indicateurs de santé

Des inégalités importantes sont observées au niveau des indicateurs de santé des différentes régions du pays (tableau 2.3a). Les relations pauvreté et santé dans l'ensemble du pays sont brouillées par le gradient Nord-Sud de la mortalité infanto-juvénile. En effet, la mortalité est beaucoup plus élevée dans les régions du Nord que dans celles du Sud, même si l'incidence de la pauvreté est plus élevée dans le Sud, plus l'incidence de la pauvreté est forte, plus les niveaux de malnutrition des enfants et la mortalité infanto-juvénile sont élevés. Les mêmes relations pauvreté et santé sont observées dans les régions centrales de Gitarama, Kigali Ngali et Kigali-ville. Le Nord du pays fait cependant

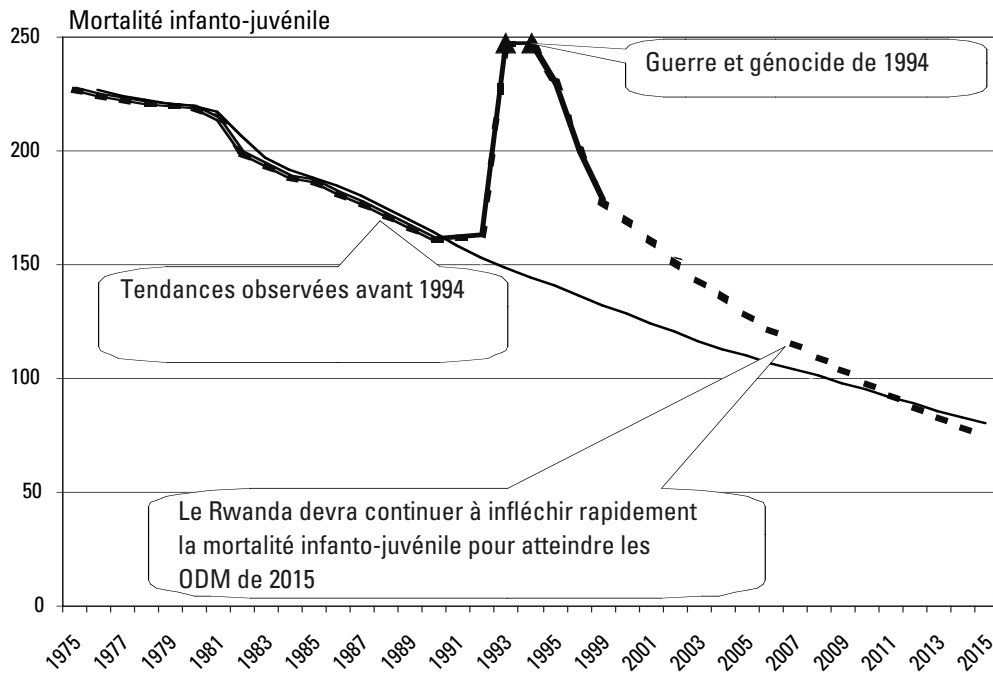
exception : en effet, les niveaux de mortalité infanto-juvénile les plus faibles sont observés dans la région la plus pauvre de Ruhengeri, alors que la région de Kibungo, l'une des régions où l'incidence de la pauvreté est la plus faible, combine des niveaux de mortalité infanto-juvénile et de malnutrition des enfants parmi les plus élevés du pays.

Enfin, la région de Cyangugu, avec une incidence de la pauvreté très élevée (64,3 %), est celle qui a la mortalité infanto-juvénile la plus faible après la capitale Kigali : cela démontre, si besoin était, que les autres régions du pays où l'incidence de la pauvreté est beaucoup plus faible pourraient réaliser des gains sanitaires beaucoup plus élevés que ceux qui sont observés actuellement.

Tableau 2.2. Rwanda : évolution des indicateurs de santé, 1988-2000

	Pays			
	1988-1992 ¹	1992-1994 ²	1995-1997 ²	1998-2000 ²
Espérance de vie à la naissance (en années)	50 (1990)			43 (1999)
Mortalité infantile (pour 1 000)	85	137	105	104
Mortalité infanto-juvénile (pour 1 000)	150	247	205	178
Mortalité maternelle (pour 100 000)	611 (1985-90)		1611 (1990-95)	
Indice synthétique de fécondité	6,2			5,8
Taux de malnutrition	29			24

Sources : 1. EDSR 1992 ; 2. EDSR 2000.

Figure 2.4. Rwanda : tendances de la mortalité infanto-juvénile (enfants de moins de cinq ans)

Sources : EDSR 1992 ; EDSR 2000 ; <http://www.childinfo.org/cmr/Kh98/Part07.pdf>

Avant la guerre de 1994, les inégalités entre zones rurales et zones urbaines en matière de mortalité des enfants étaient relativement faibles ; cela a changé après la guerre (figure

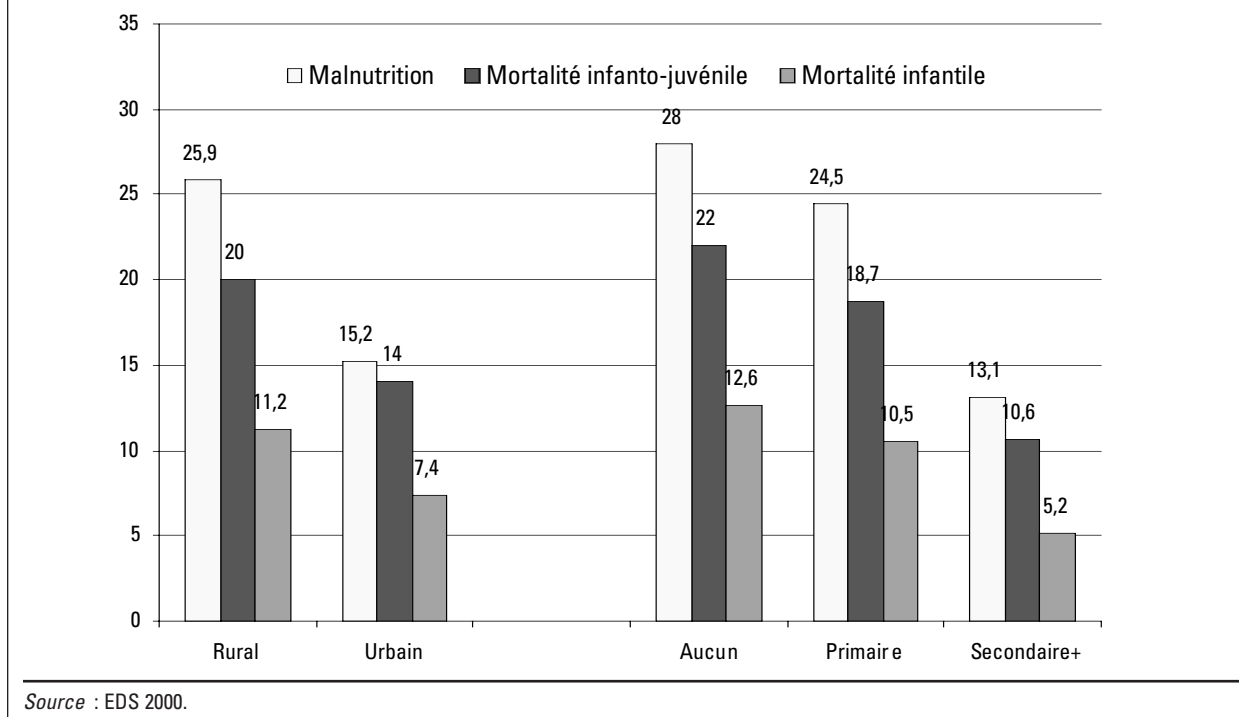
2.5 et tableau 2.3b). Ces inégalités sont observées tant au niveau de l'état nutritionnel des enfants qu'au niveau de la mortalité infantile et infanto-juvénile.

Tableau 2.3a. Rwanda : indicateurs de santé par région et par lieu de résidence, 1995-2000

	Incidence de la pauvreté (%)	Taux de mortalité infantile (‰)	Taux de mortalité infanto-juvénile (‰)	Taux de fécondité	Taux de malnutrition (%)
Sud					
Gikongoro	77,2	105	167	5,9	30,3
Butare	73,6	108	181	4,9	31,5
Kibuye	72,5	100	159	6,0	26,0
Cyangugu	64,3	73	141	6,3	25,5
Ruhengeri	70,3	98	185	6,7	22,2
Byumba	65,8	122	254	6,5	26,0
Gisenyi	53,5	119	205	6,7	18,5
Kibungo	50,8	137	254	5,4	27,7
Umutara	50,5	101	200	6,2	22,1
Kigali-rural	70,9	113	200	5,5	23,8
Gitarama	53,7	98	162	4,9	25,2
Kigali (PVK)	12,3	76	126	4,9	13,7
Total	60,3	107	198	5,8	24,3

Source : EDS 2000.

Figure 2.5. Rwanda : taux de malnutrition, de mortalité infantile et de mortalité infanto-juvénile selon le lieu de résidence et le niveau d'instruction de la mère, 1995-2000 (en %)



Des disparités similaires en matière de santé sont observées selon le niveau d'instruction de la mère, où le gradient des indicateurs de santé rappelle les schémas observés systématiquement dans plusieurs pays en développement. Les niveaux de mortalité infantile et infanto-juvénile et de malnutrition sont deux fois plus élevés chez les enfants de femmes n'ayant aucun niveau d'instruction que chez ceux issus de femmes ayant au moins un niveau d'in-

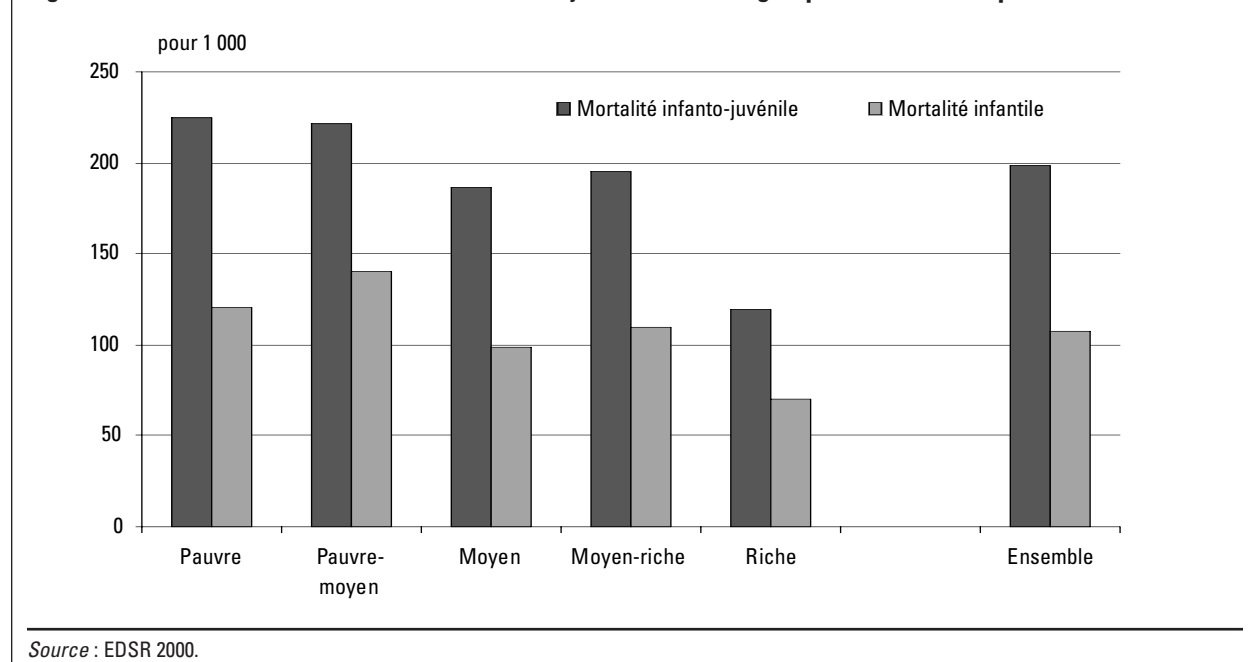
struction secondaire ; les enfants dont les mères ont un niveau d'instruction primaire occupent une position intermédiaire, mais beaucoup plus proche de celui des enfants dont la mère n'a pas d'instruction. De même, seules les femmes ayant un niveau d'instruction secondaire ont des niveaux de fécondité relativement faibles.

Les inégalités au niveau de la mortalité des enfants entre les groupes les plus pauvres et les

Tableau 2.3b. Rwanda : indicateurs de santé par lieu de résidence et niveau d'instruction de la mère, 1995-2000

	Taux de mortalité infantile (‰)	Taux de mortalité infanto-juvénile (‰)	Taux de fécondité	Taux de malnutrition (%)
Lieu de résidence				
Rural	112	200	5,9	25,9
Urbain	74	140	5,2	15,2
Niveau d'instruction de la mère/femme				
Aucun	126	220	6,1	28,0
Primaire	105	187	5,9	24,5
Secondaire ou plus	52	106	4,9	13,1
Total	107	198	5,8	24,3

Source : EDSR 2000.

Figure 2.6. Rwanda : mortalité infantile et infanto-juvénile selon le groupe socioéconomique, 1995–2000

plus riches sont elles aussi importantes, mais elles varient selon le lieu de résidence, en raison du gradient Nord-Sud de la mortalité (figure 2.6 et tableau 2.4). Dans l'ensemble du pays, les ratios pauvres/riches des indicateurs de

mortalité sont de respectivement 1,73, 1,90 et 1,88 pour la mortalité infantile, la mortalité juvénile et la mortalité infanto-juvénile.

Les inégalités sont relativement faibles dans la zone centrale de Gitarama, Kigali Ngali et

Tableau 2.4. Rwanda : mortalité des enfants de moins de 5 ans par groupe socioéconomique, 1995-2000

Indicateurs de santé	Quintiles					Moyenne	Ratio Pauvres/ Riches
	Pauvre	Moyen-pauvre	Moyen	Moyen-riche	Riche		
Ensemble du pays							
Mortalité infantile	121	140	99	110	70	107	1,73
Mortalité juvénile	118	94	97	96	62	95	1,90
Mortalité infanto-juvénile	225	221	186	195	120	198	1,88
Sud							
Mortalité infantile	100	121	95	103	34	96	2,94
Mortalité juvénile	84	63	64	89	60	73	1,40
Mortalité infanto-juvénile	176	176	153	183	92	162	1,91
Nord							
Mortalité infantile	131	156	93	122	83	115	1,58
Mortalité juvénile	142	134	118	105	58	115	2,45
Mortalité infanto-juvénile	254	269	200	214	136	217	1,87
Centre							
Mortalité infantile	123	133	113	98	72	101	1,71
Mortalité juvénile	98	58	97	89	66	82	1,49
Mortalité infanto-juvénile	209	183	199	178	133	175	1,57

Source : EDS 2000.

Kigali-ville. Au Sud cependant, zone de faible mortalité, les inégalités sont relativement importantes pour la mortalité infantile mais beaucoup plus réduites pour la mortalité juvénile. On observe l'inverse au Nord, zone de forte mortalité, où les inégalités sont plus importantes au niveau de la mortalité juvénile. Toujours au Nord, non seulement la mortalité infantile est très élevée parmi les groupes les plus pauvres, mais ce sont ces groupes qui subissent une importante surmortalité juvénile : dans les populations les plus pauvres du Nord du pays, on parvient à des niveaux de mortalité infanto-juvénile supérieurs à 250 %.

Causes de la morbidité et de la mortalité

Les maladies transmissibles ou liées à l'environnement sont les principales causes de décès et de consultations observées au Rwanda. Des mesures d'hygiène et un changement de comportement permettraient pourtant d'éviter la plupart d'entre elles. Deux pathologies s'imposent néanmoins par le fardeau sanitaire et économique qu'elles font peser sur les ménages et l'ensemble du pays : le SIDA et le paludisme.

Les séquelles de la guerre de 1994 et les mouvements de population qui ont suivi se traduisent par l'ampleur des changements du profil épidémiologique du SIDA au Rwanda, où la maladie a fait son apparition en 1983. Avant la guerre, les niveaux de prévalence étaient beaucoup plus élevés dans les zones urbaines que dans les zones rurales. Après la guerre et à la suite de la destruction du tissu social, les niveaux de prévalence ont augmenté, la différence entre les zones urbaines et les zones rurales s'effaçant peu à peu : en 2000, le taux de prévalence chez les adultes âgés de 15 à 49 ans était estimé à 13,5%, faisant du Rwanda le 14^e pays le plus touché au monde. Cette figure a été récemment révisée à la baisse et est estimée aujourd'hui à 5.2.

La morbidité due au SIDA concerne principalement les tranches d'âges les plus à risque, à savoir les 15–45 ans, plus exposés à des partenaires sexuels multiples. Par ailleurs, les femmes sont de plus en plus atteintes, avec un taux de prévalence chez les jeunes filles variant de 9,08 à 12,23 % et seulement de 3,48 % à 6,96 % chez les garçons. Enfin, la maladie frappe lourdement les enfants dont les mères sont séropositives les maladies opportunistes se développent vers l'âge de 5 ans.

En raison de la capacité limitée de diagnostic au niveau du primaire, la prévalence nationale des maladies opportunistes ne peut pas être correctement mise en évidence. Cependant, les infections opportunistes arrivent en tête des causes d'hospitalisation : dans le service de médecine interne du Centre Hospitalo-Universitaire (CHU) de Kigali, 70 % des malades hospitalisés sont séropositifs et présentent des infections opportunistes. Ainsi, le fardeau du SIDA et des maladies opportunistes pèse lourdement sur les ménages, mais aussi sur les services de santé du pays.

Au cours des cinq dernières années, le paludisme a été la première cause de morbidité et de mortalité au Rwanda. A lui seul, il totalisait 40 % des consultations dans les centres de santé et 60 % dans les hôpitaux de district. Phénomène nouveau, le paludisme devient un problème important dans les zones montagneuses, avec des flambées épidémiques. Cela tiendrait autant à l'apparition du paludisme dans une population non immune qu'à la résistance nouvelle à la chloroquine, médicament de première intention utilisé. Les changements climatiques provoqués par la déforestation pourraient aussi avoir favorisé la multiplication des vecteurs, en améliorant les conditions de transmission.

Actuellement, aucune zone n'est épargnée, même si l'incidence varie en fonction des conditions climatiques (zones froides/zones chaudes), du relief (vallées/montagnes), de la présence de marécages, etc. La multiplication des anophèles femelles dans les marais (qui ser-

vent de réserves d'eau pour l'agriculture), l'insuffisance de la protection contre les moustiques (faible utilisation des moustiquaires imprégnées et des insecticides) et la prise irrégulière ou incorrecte de médicaments sont autant de facteurs qui expliquent l'importance prise par le paludisme au cours des dernières années.

Par ailleurs, la chimiorésistance aux antipaludéens est désormais un problème préoccupant au Rwanda. Les études menées dans ce pays ont révélé une résistance à la chloroquine supérieure au seuil recommandé par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) qui préconise un changement de traitement du paludisme.

Le paludisme provoque une anémie sévère chez le nouveau-né et le nourrisson. Avec les maladies des voies respiratoires, les diarrhées et la malnutrition, il représente 90 % des causes de consultations dans les services de santé primaires (Enquête intégrée sur les conditions de vie des ménages, EICV). Chez la femme enceinte, le paludisme est responsable des avortements spontanés à domicile, dont 60 % entraînent le décès de la mère, du fait des retards de prise en charge adaptée. Enfin, il contribue aux accouchements prématurés et, là aussi, l'insuffisance de la prise en charge des enfants au niveau primaire provoque une mortalité néonatale très élevée.

Outre ces deux maladies majeures, d'autres pathologies alourdissent le fardeau de la morbidité et de la mortalité dans le pays. Les infections respiratoires aiguës (IRA) et les diarrhées figurent toujours parmi les dix premières causes de morbidité et de mortalité. Par ailleurs, le nombre de cas de tuberculose augmente d'année en année, la recrudescence de cette maladie étant liée notamment à l'apparition du VIH—mais aussi à une meilleure notification des cas dépistés. De 1995 à 1998, grâce à l'ouverture progressive de nouvelles unités de dépistage (de 30 en 1995 à 170 en 2001) et à un dépistage actif dans les prisons, le taux de détection des nouveaux cas de

TPM+ (tuberculose pulmonaire à microscopie positive) est passé de 35 à 50 cas pour 100 000 habitants. Si la plupart des maladies évitables par la vaccination continuent d'être correctement maîtrisées, le Rwanda est pourtant régulièrement confronté à des épidémies de choléra, de méningite, de dysenterie bacillaire et de typhus épidémique.

Les événements de 1994 ont également eu des effets considérables sur la santé mentale de la population rwandaise en général, et sur celle des enfants en particulier. Par ailleurs, la malnutrition reste préoccupante : une étude réalisée en 2000 mettait en évidence chez les enfants âgés de 0 à 5 ans un taux d'insuffisance pondérale était de 29 %, une proportion de retards de croissance proche des 42 % et une malnutrition aiguë (7 %). La situation nutritionnelle des mères reste elle aussi précaire et les carences en micro-nutriments (iode, vitamine A et fer) sont largement répandues.

La première cause de décès chez les adultes reste le SIDA. Malheureusement, la relation entre les maladies opportunistes et le SIDA n'est pas toujours établie, du fait d'un dépistage encore faible (7,1 % pour les hommes et 4,8 % pour les femmes). Viennent ensuite les accidents de la circulation, les maladies dues à l'alcool (cirrhoses et cancers primitifs du foie), le tabagisme (cancers et troubles cardiorespiratoires) et les troubles métaboliques (diabète) et circulatoires (hypertension artérielle et cardiopathies). Chez les femmes, les principales causes de mortalité maternelle sont l'avortement spontané (paludisme et pénibilité des travaux ménagers) et les dystocies (étroitesse des bassins, petite taille, gros enfants, mauvaises présentations, etc.) pendant l'accouchement, qui sont mal pris en charge. Pendant la période postnatale, ce sont les infections provoquées par les mauvaises conditions d'hygiène pendant l'accouchement. Enfin, les principales causes de mortalité parmi les enfants restent immunitaires (malnutrition) et infectieuses (VIH, paludisme, maladies des voies respiratoires et diarrhées). La mortalité

infantile continue d'être très étroitement liée à l'allaitement maternel, l'hygiène alimentaire, l'alimentation équilibrée, la sécurité alimentaire et la rapidité de la prise en charge des

maladies—or, tous ces facteurs sont tributaires des capacités des communautés et des ménages en matière de santé des enfants.

Facteurs communautaires, rôle des ménages et santé des pauvres

Le Rwanda ne pourra pas réduire sensiblement le fardeau des maladies transmissibles, la malnutrition, la prévalence du VIH/SIDA, la fécondité et les inégalités sanitaires sans renforcer la coordination des interventions multisectorielles au niveau communautaire, sans faire évoluer les comportements en matière de santé et sans améliorer l'accessibilité financière des soins de santé pour les ménages. Beaucoup de ménages rwandais, notamment les plus pauvres, continuent de s'approvisionner en eau auprès de sources non protégées et rares sont ceux qui ont accès à des latrines améliorées. Ces conditions environnementales des communautés pauvres favorisent l'exposition aux maladies diarrhéiques et la récurrence des épidémies de choléra, de dysenterie bacillaire et de typhus épidémique. Le pays doit redoubler d'efforts pour améliorer l'accès à l'eau potable, l'assainissement et l'hygiène domestique et faire en sorte que les ménages pauvres puissent mieux se prémunir contre les maladies.

Bien que les orientations stratégiques actuelles de la lutte contre le VIH/SIDA et le paludisme reposent sur des changements de comportement et sur les capacités des ménages, une grande majorité de foyers rwandais restent encore sous-informés quant

aux moyens de protection contre ces deux maladies. Une très faible proportion de femmes pauvres savent que l'utilisation du préservatif est un moyen de se prémunir contre le VIH et les ménages pauvres sont encore très peu nombreux à utiliser les moustiquaires imprégnées pour se protéger contre le paludisme. Il faudra renforcer et adapter les stratégies d'information en tenant compte du faible accès des pauvres aux médias modernes et en renforçant les stratégies à base communautaires. Il faudra par ailleurs mettre en place des mécanismes de subventions ciblées en faveur des pauvres afin de leur faciliter l'accès à ces moyens de prévention.

Il n'y aura pas de changements durables de comportement en matière de santé de la reproduction tant qu'il n'y aura pas une évolution des valeurs et des attitudes sociologiques et des comportements sanitaires au cours de grossesses. Alors que la société exerce une forte pression sociale sur la femme rwandaise en matière de reproduction, elle n'a pas encore développé les systèmes de valeurs et de supports pouvant amoindrir les risques encourus : trois femmes sur quatre environ accouchent sans assistance professionnelle et dans un cadre où aucune assistance appropriée ne peut leur être apportée en cas de complications.

Enfin, il sera difficile d'améliorer durablement l'état de santé des pauvres au Rwanda et de protéger les revenus des ménages si des solutions ne sont pas trouvées aux faibles niveaux de recours aux services modernes de santé en cas de maladie et du lourd fardeau que représentent les dépenses de santé pour les ménages. Plusieurs initiatives ont commencé à mettre à profit les valeurs positives d'entraide mutuelle et de solidarité toujours présentes dans les communautés, afin d'instaurer des systèmes d'assurance maladie basées sur la communauté. Ces initiatives sont en train d'être renforcées par les mouvements de démocratisation locale et de décentralisation. Des efforts devront être engagés pour renforcer la synergie entre ce mouvement mutualiste émergent et la mise en place de mécanismes de prise en charge des plus pauvres, afin d'accroître l'accessibilité financière des services modernes de santé dans le pays.

Ces questions sont discutées plus en détail dans les sections suivantes. La première section est consacrée aux facteurs communautaires qui aident les ménages à faire face à la maladie. La seconde section met l'accent sur les connaissances et les comportements en matière de santé, le recours aux soins en cas de maladie et les dépenses de santé des ménages.

Facteurs communautaires

Plusieurs caractéristiques de l'environnement des communautés rwandaises favorisent l'exposition aux vecteurs de maladies qui alourdissent le fardeau de la morbidité et de la mortalité dans le pays. Parmi les caractéristiques physiques, l'importance des marais, la faiblesse de l'accès à l'eau potable et l'indigence des systèmes d'assainissement ont des répercussions sensibles sur la capacité des ménages à se protéger contre le paludisme et les maladies d'origine hydrique. Par ailleurs, certaines caractéristiques culturelles, associées aux conséquences de la guerre et du génocide, favorisent des com-

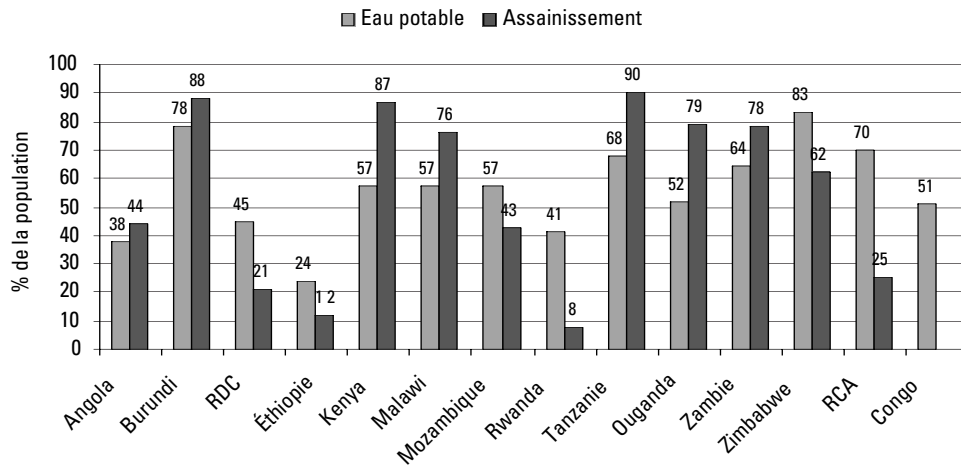
portements risqués face aux infections sexuellement transmissibles (IST) mais aussi les niveaux élevés de fécondité et les risques de mortalité maternelle. Une dynamique communautaire fait pourtant son apparition, en augmentant les capacités internes à réagir aux problèmes de santé au niveau des communautés de base.

L'importance des marais au Rwanda (réservoirs d'eau et espaces agricoles très riches)—favorise aussi le développement des moustiques, dont les larves pullulent dans les eaux stagnantes. Ces étendues d'eau, dont moins de 10 % sont actuellement aménagées, constituent le seul recours pour lutter contre la famine pendant les périodes de sécheresse. Mais s'ils contribuent périodiquement à la sécurité alimentaire de plusieurs communautés, les marais n'en demeurent pas moins le cadre environnemental idéal pour la multiplication des vecteurs du paludisme, qui est l'une des premières causes de morbidité et de mortalité dans le pays.

Face à cet environnement, la lutte contre le paludisme a privilégié des moyens dont l'efficacité dépend des capacités et des comportements des ménages. En effet, l'utilisation des insecticides (testée pendant la période coloniale) se révèle catastrophique pour l'environnement et des résistances se développent rapidement contre les produits insecticides. L'autre solution envisagée, qui a fait ses preuves en Amérique latine, est la lutte biologique. Cependant, les moyens préconisés actuellement par la politique de santé reposent sur la protection mécanique (moustiquaires imprégnées, grilles sur les fenêtres et les portes et fermeture de ces dernières le soir). Nous verrons dans le chapitre 4 que ces choix politiques, à moins d'être accompagnés de mesures qui facilitent l'accès des pauvres à ces technologies sanitaires, sont plutôt biaisés et pénalisent les ménages les plus démunis.

La section précédente a souligné l'importance des diarrhées, qui font partie des dix premières causes de morbidité et de mortalité au

Figure 3.1. Accès à l'eau potable et aux systèmes d'assainissement au Rwanda et dans plusieurs pays de la sous-région



Source : SIMA, Banque mondiale, 2000.

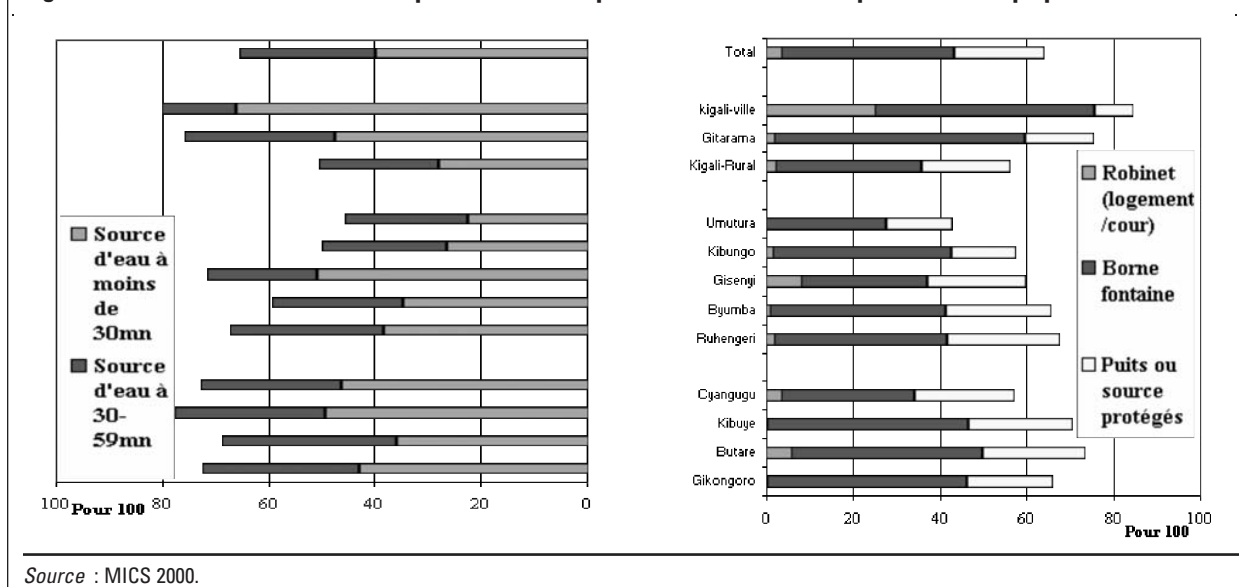
Rwanda ; le pays continue par ailleurs de connaître régulièrement des épidémies de choléra, de dysenterie bacillaire et de typhus épidémique. On voit donc que l'accès à l'eau potable est un facteur communautaire qui contribue largement à la capacité des ménages de se protéger et de préserver leur santé et celles de leurs enfants en particulier. Les inégalités d'accès à l'eau potable contribuent par ailleurs aux inégalités sanitaires observées dans les chapitres précédents.

L'alimentation en eau potable se fait auprès de sources protégées comme les robinets privés, les bornes fontaines et les puits. Sinon, les principales sources d'eau non protégées restent les mares, les rivières, les lacs, etc. D'après une étude de la Banque mondiale, 41 % des ménages rwandais utilisaient en 2000 une source d'eau protégée comme principale source d'alimentation en eau (figure 3.1) ; mais 8 % seulement de la population disposaient de sanitaires, ce qui situe le Rwanda dans le groupe des pays d'Afrique centrale et orientale ayant des performances médiocres. Les voisins immédiats du pays, le Burundi (78 %), le Kenya (57 %), l'Ouganda (52 %) et la Tanzanie (68 %), affichaient tous des taux d'accessibilité à l'eau potable supérieurs, avec

des différences plus ou moins importantes. En outre, au moins 70 % de leurs populations avaient accès à des structures d'assainissement. L'enquête EIM de 2000 révèle un taux d'accessibilité à l'eau potable de 64 %, avec des disparités régionales très importantes, qui se décompose comme suit : 4 % seulement des ménages disposaient de robinets, soit dans leur logement, soit dans la cour de leur maison ; 40 % des ménages s'approvisionnaient en eau potable à des bornes fontaines ; et 21 % prenaient leur eau dans des puits et des sources protégées.

La figure 3.2 révèle des inégalités importantes entre les provinces en termes d'accès à l'eau potable. Seule dans la province de Kigali, la plus riche du pays, significatif 25 % des ménages dispose d'un robinet privé ; partout ailleurs, la proportion de ménages ayant un robinet va de 5 % à 10 %. Les principales sources d'eau potable dans les provinces, en dehors de celle de Kigali, sont donc les bornes fontaines et les puits et sources protégés.

Dans la zone centrale de Kigali Ngali, Gitarama et Kigali-ville, plus la province est riche, plus l'accès à l'eau potable est élevé. Mais ce n'est pas le cas dans le Sud, où les disparités entre les provinces sont moins mar-

Figure 3.2. Rwanda : accès à l'eau potable selon la province : source d'eau potable et temps passé

quées. Dans le Nord en revanche, les provinces avec la plus forte incidence de la pauvreté ont des niveaux d'accès à l'eau potable les plus élevés : seules les provinces les plus pauvres du Nord (Ruhengeri et Byumba) ont un taux d'accès à une source d'eau améliorée supérieur à 60 %.

Le tableau 3.1 met en évidence les disparités entre zones urbaines, où vit la majorité des non-pauvres, et les zones rurales, où vit la majorité des pauvres. La présence d'un robinet est un phénomène exclusivement urbain, moins de 1 % des ménages ruraux ont accès à ce type d'équipement. Dans les zones rurales, les principales sources d'eau protégées restent les bornes fontaines (40 % des ménages) et les puits et les sources protégées (23 % des ménages). Plus marquant encore, le temps passé à chercher de l'eau : pour 36 % des ménages ruraux, il est au moins égal à 1 heure et pour plus de 60 % d'entre eux, il est supérieur ou égal à une demi-heure. Ainsi, non seulement l'accès à des sources d'eau améliorées est faible, mais en plus les corvées d'eau exercent une pression extraordinaire sur les ressources des ménages ruraux, leur temps en particulier. Conséquence de la ruralité de la pauvreté au Rwanda, les ménages pauvres

partagent le lot des ménages ruraux décrits ci-dessus (tableau 3.1).

Outre l'accès à l'eau potable, les méthodes et les pratiques d'assainissement pèsent sur l'environnement sanitaire des communautés rwandaises. Si environ 3 % des ménages rwandais disposent de chasse d'eau ou de latrines améliorées, la majorité d'entre eux (63 %) utilise des latrines traditionnelles et 25 % n'ont ni chasse d'eau ni latrines.

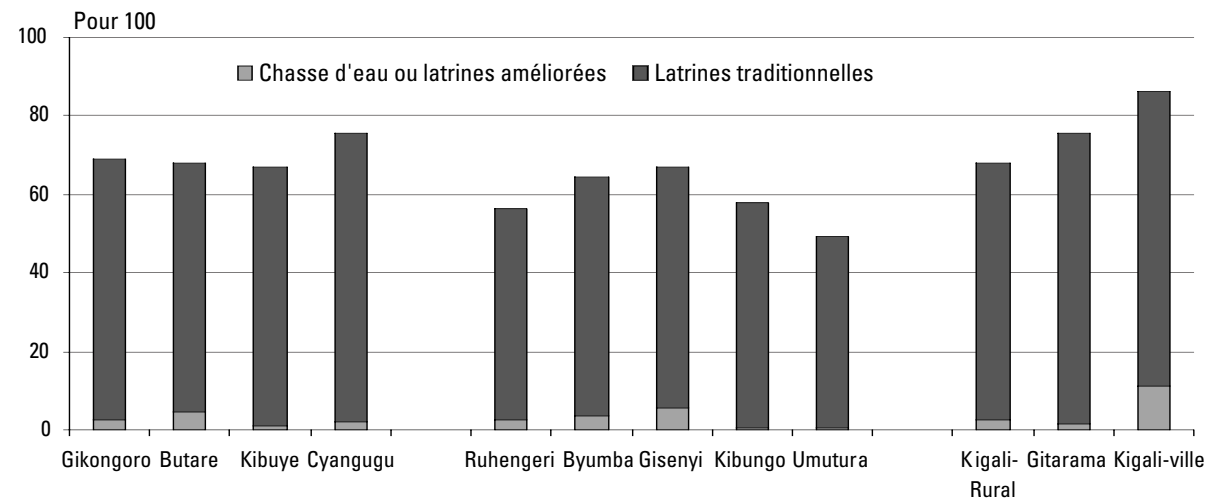
Les disparités régionales observées pour l'accès à l'eau potable se retrouvent au niveau de la disponibilité des sanitaires (figure 3.3). La ville de Kigali se singularise une fois encore, avec une proportion de ménages équipés de chasse d'eau ou de latrines supérieure à 85 %. Seules les provinces de Gitarama, dans la zone centrale, et de Cyangugu, dans le Sud, parviennent à des niveaux comparables (75 %). A l'autre extrême, dans les deux provinces les plus riches du Nord (Kibungo et Umutara), la part de ménages disposant de chasse d'eau ou de latrines améliorées passe à respectivement 58 % et 49 %.

Les disparités sont aussi importantes entre les plus pauvres et les plus riches (tableau 3.1). Le tableau suggère que la chasse d'eau et les latrines améliorées sont des biens de luxe au

Tableau 3.1. Rwanda : part des ménages ayant accès à l'eau potable et disposant d'installations sanitaires (en %)

	Accès à l'eau potable										Installations sanitaires			
	Source d'eau potable			Temps passé pour chercher de l'eau			Chasse d'eau				Latrines traditionnelles	Autres types de latrines		
	Robinet (logement/cour)	Borne fontaine	Puits ou source protégés	Puits ou source non protégés (mares, rivières, etc.)	Moins de 30 mn	30 à 59 mn	Au moins 1 heure	Chasse d'eau améliorées	Latrines					
Province														
Gikongoro	0,3	45,8	20,0	28,6	42,8	29,5	22,5	2,5	66,8	25,5				
Butare	5,7	44,2	23,8	16,6	35,7	33,0	21,8	4,7	63,3	22,6				
Kibuye	0,3	46,2	24,3	23,4	49,1	28,4	16,6	1,2	66,0	26,9				
Cyangugu	3,7	30,5	23,1	34,7	46,2	26,5	19,4	2,1	73,7	16,2				
Ruhengeri	1,9	39,8	26,3	20,2	38,2	28,9	21,0	2,4	53,8	32,1				
Byumba	1,1	40,2	24,5	22,8	34,8	24,5	29,9	3,7	61,0	24,8				
Gisenyi	8,2	29,0	22,6	30,0	50,9	20,6	19,1	5,5	61,5	23,8				
Kibungo	1,6	40,9	15,1	33,0	26,4	23,4	40,9	0,5	57,4	32,7				
Umutura	0,0	27,8	15,1	48,8	22,5	23,1	47,0	0,6	48,8	43,2				
Kigali-rural	2,1	33,7	20,7	31,6	27,9	22,5	41,6	2,7	65,5	23,9				
Gitarama	2,0	57,5	16,0	17,9	47,3	28,5	17,7	1,4	74,4	17,7				
Kigali-ville	25,0	50,8	8,9	6,5	65,8	14,2	11,1	11,3	75,0	5,1				
Lieu de résidence														
Kigali-ville	25,0	50,8	8,9	6,5	65,8	14,2	11,1	11,3	75,0	5,1				
Autres villes	23,4	41,3	7,7	5,5	59,7	12,8	9,4	14,2	56,7	11,3				
Rural	0,3	39,0	23,2	29,8	36,3	27,6	28,6	1,3	63,7	27,5				
Groupe socioéconomique														
Pauvre	0,2	37,7	22,8	29,9	37,2	26,4	27,4	1,4	55,1	34,7				
Moyen-Pauvre	0,6	37,2	23,6	26,6	37,0	27,2	23,9	1,2	54,0	32,9				
Moyen	0,9	36,1	21,6	27,0	35,1	25,4	25,3	0,7	60,2	24,9				
Moyen-Riche	4,0	44,8	18,7	24,7	41,8	24,9	26,9	2,4	74,9	16,2				
Riche	15,3	43,7	17,5	21,4	50,9	23,2	25,3	11,4	75,3	13,0				
Total	3,7	39,6	21,0	26,3	39,9	25,5	25,9	3,1	63,3	25,0				

Source : MICS 2000.

Figure 3.3. Rwanda : type de latrines disponibles dans les ménages selon la province

Source : MICS 2000.

Rwanda. Parmi les deux quintiles les plus pauvres, moins de 67 % disposent de chasse d'eau ou de latrines améliorées.

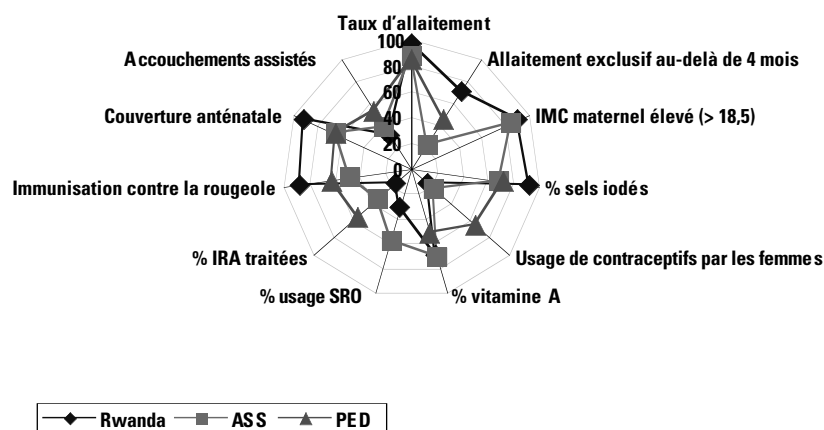
Parallèlement aux mauvaises conditions physiques qui contribuent à la contamination de l'environnement, plusieurs caractéristiques culturelles ainsi que la destruction du tissu social, résultant de la guerre et du génocide de 1994 contribuent à une plus grande exposition aux IST et au VIH. La sexualité reste un sujet tabou dans la culture rwandaise, ce qui interdit toute éducation sexuelle des jeunes. De plus, les déplacements de population et le démembrement des familles causés par la guerre et le génocide ont fragilisé les ménages et augmenté les risques d'exposition aux IST, sans parler de la prostitution et de l'abus d'alcool (important au Rwanda).

Par ailleurs, la forte pression sociale qui pèse sur la femme rwandaise est l'un des facteurs qui contribuent aux niveaux élevés de fécondité et de mortalité maternelle. La femme est également chargée de s'occuper entièrement des travaux ménagers, tout en fournissant une part importante de la force de travail dans les activités agricoles. Les travaux lourds, la multiparité, l'éloignement des centres de soins (40 % des femmes devant emprunter un moyen

de transport pour s'y rendre), combinés à une malnutrition chronique responsable de la petite taille des femmes et de l'étroitesse de leurs bassins, entraînent des dystocies. Enfin, la culture rwandaise qui veut que l'accouchement soit un événement social, qui doit se dérouler en famille, contribue à limiter le recours à une assistance qualifiée au cours de l'accouchement et prive une bonne partie des femmes rwandaises de l'accès aux soins obstétricaux d'urgence en cas de complications.

Il existe cependant des valeurs positives, qui viennent contribuer aux systèmes de support à la santé des ménages dans les communautés. L'entraide sanitaire s'exprime, sous diverses formes, chaque fois que le malade ou sa famille fait appel à la solidarité communautaire pour faire face aux conséquences immédiates de la maladie. La vivacité des traditions de *Ubedebe* (assistance mutuelle) et de *Umusanzu* (support à ceux qui sont dans le besoin et contribution au but commun) a toujours été, et continue d'être, le fondement des associations de hamac qui existent dans presque toutes les communautés du Rwanda pour assurer le transport des malades malgré le relief accidenté du pays. Quand un chef de famille malade reste alité, il est de tradition que les autres membres de la

Figure 3.4. Niveaux des soins préventifs et des services offerts dans les formations sanitaires selon les données d'enquêtes auprès des ménages : place du Rwanda par rapport aux autres pays



Source : UNICEF (<http://www.childinfo.org/cmr/revis/db2.htm>).

communauté s'occupent de ses enfants et entretiennent son champ ou son troupeau. Des collectes spéciales sont organisées au niveau du quartier ou de la cellule en cas d'urgence et, de plus en plus, des tontines structurées constituées au niveau des cellules s'organisent pour palier aux besoins prioritaires, notamment la prise en charge des soins médicaux.

Ces traditions sont en train d'être revitalisées à la faveur d'une dynamique communautaire d'apprentissage de la démocratie directe et de la responsabilisation des populations dans les différentes cellules de base du pays. Plusieurs communautés mettent déjà à profit ces valeurs positives en instaurant des systèmes d'assurance maladie basés sur la communauté : un mouvement mutualiste en matière de santé est en train d'émerger dans le pays qui, s'il est mis à profit, devrait contribuer au renforcement des capacités internes communautaires d'appui aux ménages dans le cadre de la production de la santé.

Rôle des ménages

Le Rwanda devra combler d'importants fossés de connaissances et de comportements en matière de santé au niveau des ménages, si le pays entend maintenir le rythme d'améliora-

tion de la santé de l'enfant et de la mère, mais aussi réduire significativement la prévalence du VIH/SIDA au cours des prochaines années. Bien que d'un niveau d'instruction relativement élevé, les femmes adultes rwandaises n'ont qu'une connaissance minimale des moyens de protection contre les maladies transmissibles, dont le paludisme et le sida qui sont les premières causes de morbidité et de mortalité dans le pays. Si une proportion importante de femmes rwandaises sont suivies par un personnel qualifié au cours de leur grossesse, l'utilisation de la contraception moderne n'est pas encore entrée dans les mœurs. Enfin, une faible proportion de femmes bénéficient d'un accouchement assisté par un personnel qualifié. Par ailleurs, alors que les ménages rwandais adhèrent à la vaccination des enfants contre les maladies cibles du PEV, la protection des enfants contre les autres maladies, dont le paludisme et les maladies diarrhéiques, grâce aux moustiquaires imprégnées et à une bonne hygiène domestique, reste très faible. Lorsque leurs enfants tombent malades, les ménages ont rarement recours aux structures modernes de santé pour les soigner et, d'une manière générale, la population n'utilise que très peu les soins modernes de santé en cas de maladie.

Les disparités de connaissances et d'information quant aux moyens de protection suggèrent que même dans un domaine d'intervention privilégié de l'État dont les segments les plus pauvres de la population devraient bénéficier—l'information en matière de santé publique—beaucoup reste à faire. Eu égard au faible taux d'accès des pauvres aux médias formels d'information et de communication (télévision et radio notamment), le Rwanda devra élaborer des stratégies basées sur la communauté et les mécanismes traditionnels de communication pour renforcer les connaissances et favoriser des changements de comportement en matière de santé parmi les couches les plus défavorisées de la population.

Plus le ménage est pauvre, plus l'écart en matière de connaissances et de comportements sanitaires se creuse. Seul le quintile le plus riche et les habitants de Kigali, la capitale, affichent une réduction sensible desdits écarts. Beaucoup d'éléments viennent conforter l'idée selon laquelle il faudra s'intéresser de près à la problématique de l'accessibilité financière des soins de santé au Rwanda et travailler notamment sur les écarts entre niveaux d'utilisation des soins préventifs, curatifs et obstétricaux ; le poids des dépenses de santé des ménages et la récurrence des coûts (qui font partie des motifs de non-satisfaction des ménages vis-à-vis des services de santé) ; et la faible utilisation des soins modernes de santé.

Ces écarts sont discutés plus en détail dans les paragraphes qui suivent, sur la base des informations issues des enquêtes réalisées dans le pays au cours des dernières années. Les données de l'EDS 2000, du EIM2000 et de l'EICV 1999/2001 viendront étayer les analyses des connaissances et des comportements des ménages en matière de santé, dont les résultats sont résumés dans cette section.

Connaissances et comportements des ménages

La figure 3.4 montre qu'au regard de la moyenne des pays en développement et des

pays de l'ASS, le Rwanda obtient des résultats mitigés au niveau des comportements favorables des ménages face à la santé. Le pays affiche une performance relativement bonne en termes d'allaitement, de consommation de sels iodés, de couverture anténatale et de vaccination mais il accuse un retard pour les accouchements assistés, le traitement des IRA et de la diarrhée chez les enfants, ainsi que pour l'utilisation des contraceptifs.

Les connaissances en matière de VIH/SIDA et de paludisme sont utilisées dans les paragraphes suivants comme traceurs des connaissances en matière de santé en général dans le pays. Les résultats de l'EDS 2000 montrent que les Rwandais, d'un niveau d'instruction relativement élevé, sont bien informés de l'existence du VIH/SIDA, mais le sont moins des modes de transmission et des moyens de protection. En effet, la connaissance et l'information sur les IST autres que le VIH/SIDA est relativement faible dans le pays (EDSR, 2000). Par ailleurs, si la majorité des femmes et des hommes adultes savent que l'abstinence est un moyen d'éviter la transmission du VIH, ils ignorent les autres moyens de protection contre le VIH/SIDA.

C'est au niveau de la connaissance de ces autres moyens de protection que les disparités se creusent entre régions et entre quintiles, car elles sont liées aux inégalités d'instruction et d'accès aux médias. Si dans la province la plus riche de Kigali, 53 % des femmes adultes savent que le préservatif permet d'éviter la transmission du VIH, ce taux chute à 28 % dans la province de Gikongoro (la plus pauvre du Sud) et à 32 % dans la province de Ruhengeri (la plus pauvre du Nord). Dans l'ensemble des zones rurales, seules 33 % des femmes adultes connaissent les vertus protectrices du préservatif, contre 55 % des femmes adultes urbaines (tableau 3.2). Quant aux femmes appartenant au quintile le plus riche, elles sont 52 % à connaître l'utilité du préservatif face au sida—contre 27 % des femmes dans le quintile le plus pauvre (tableau 3.3).

Tableau 3.2. Rwanda : comparaison du comportement des ménages en matière de santé par lieu de résidence

	Niveau d'instruction		Santé de l'enfant		Santé de la reproduction		Maladies transmissibles		Soins curatifs (ensemble de la population)					
	Femmes (15-49 ans) ayant un niveau d'instruction (%)	Enfants de moins de 5 ans ayant dormi sous une tente la nuit précédant l'interview (%)	Enfants (12-23 mois) vaccinés contre la rougeole (%)	Recours aux services de santé en cas de maladie de moins de 5 ans (fièvre ou toux au cours des 2 dernières semaines)	Femmes ayant la CPN au moins une fois (naissances des 5 dernières années) (%)	Femmes couchées avec l'assistance d'un professionnel de la santé (contraception (femmes de 15-49 ans) dernières années) (%)	Mères qui se lavent les mains avec du savon après les selles (%)	Femmes qui savent que les moustiques transmettent le VIH par voie sexuelle (%)	Femmes qui savent que le préservatif protège contre la maladie (%)	Utilisation des services modernes en cas de maladie (%)	Recours aux guérisseurs traditionnels en cas de maladie (%)			
Gikongoro	55,1	0,0	90,0	3,9	14,1	55,3	12,1	2,0	33,8	10,1	27,5	3,9	10,6	4,5
Butare	66,5	6,6	85,9	6,7	14,9	59,8	24,6	1,5	52,1	24,1	40,3	6,4	5,8	1,2
Kibuye	54,3	0,0	77,1	4,9	14,3	55,2	15,3	1,4	29,4	7,1	21,1	7,1	8,0	5,9
Cyangugu	65,4	3,8	81,4	7,2	3,8	54,6	35,4	3,4	31,7	25,3	34,3	10,6	10,6	3,9
Ruhengeri	54,0	0,4	80,7	11,0	11,7	58,6	23,5	2,3	24,2	16,3	31,7	14,0	4,1	12,3
Byumba	56,5	0,5	72,7	6,2	13,2	58,8	19,0	3,6	32,0	14,4	37,3	13,8	6,9	2,2
Gisenyi	52,0	7,7	77,2	7,1	10,0	55,7	26,9	3,7	33,3	16,9	34,0	14,2	5,4	8,5
Kibungo	62,8	5,9	70,3	7,4	11,4	60,4	27,2	4,2	43,8	25,6	39,6	12,6	3,5	2,4
Umutara	64,7	3,5	70,7	9,8	3,9	55,2	27,1	2,1	35,7	34,9	30,8	9,2	7,0	2,2
Kigali-rural	61,9	6,5	75,3	6,6	13,2	58,9	25,7	4,4	65,9	30,0	41,5	11,2	3,6	2,1
Gitarama	70,6	8,7	80,4	9,2	9,5	62,4	31,0	2,7	59,3	25,7	43,4	6,3	7,0	1,2
Kigali-ville	52,2	40,0	73,7	12,2	6,1	57,2	72,0	8,7	75,5	45,0	52,7	17,8	25,3	1,4
Urbain	52,9	27,8	81,6	9,0	9,5	58,9	65,7	8,7	74,0	46,1	54,6	18,0	25,0	1,7
Rural	61,4	2,2	77,0	7,3	11,3	57,8	20,0	2,3	36,3	17,7	33,3	9,7	6,0	4,0
Total	59,9	6,0	77,7	7,6	11,1	58,0	26,7	3,4	41,0	22,6	36,9	10,3	7,2	3,9

Sources

EDS 2000

EIM 2000

EDS 2000

EDS 2000

EIM 2000

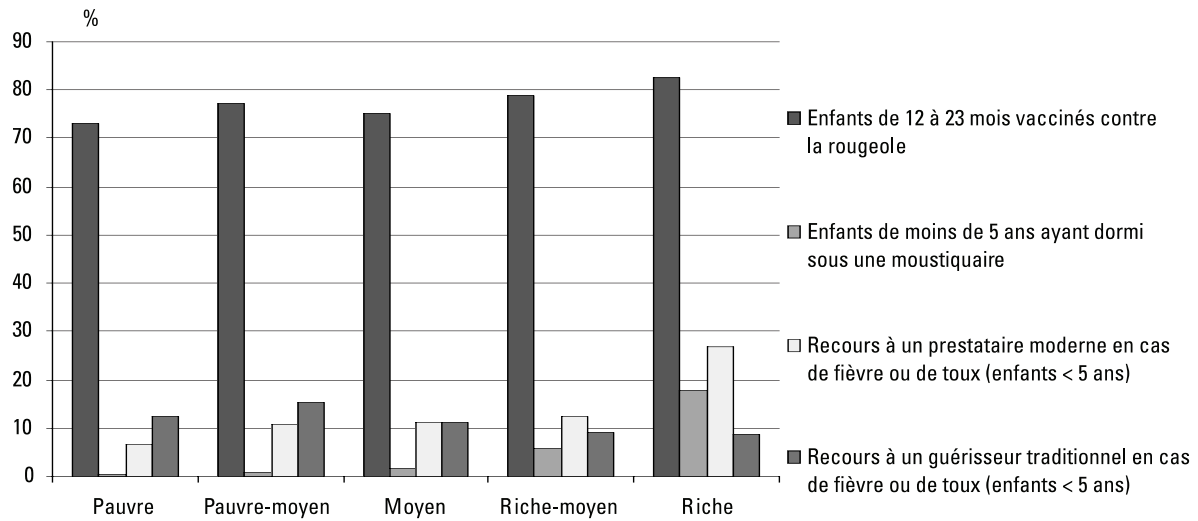
EDS 2000

EICV 1999/20001

Tableau 3.3. Rwanda : comparaison du comportement des ménages en matière de santé par groupe socioéconomique

Indicateurs	Total pays	Pauvre	Pauvre-moyen	Moyen	Moyen-riche	Riche	Source des données
1. Santé de l'enfant							
% d'enfants de moins de 5 ans dont la mère connaît les signes qui doivent l'amener à consulter immédiatement :							
• fièvre	83,1	76,1	79,2	84,3	83,9	88,0	EIM2000
• respiration rapide	19,0	14,1	22,0	20,0	19,3	18,0	
• difficultés à respirer	20,2	17,6	15,8	20,8	23,7	21,2	
• présence de sang dans les selles	33,7	27,0	28,0	37,0	33,7	37,8	
% d'enfants de moins de 5 ans ayant dormi sous une moustiquaire la nuit précédant l'interview	6,0	0,5	0,9	1,5	5,8	17,9	EIM 2000
% d'enfants (12-23 mois) vaccinés contre la rougeole	77,7	73,2	77,2	75,3	79,0	82,6	EIM 2000
Utilisation des services de santé en cas de maladie de l'enfant de moins de 5 ans (fièvre ou toux au cours des 2 dernières semaines) :							
• services de santé publics	7,6	5,0	7,0	6,6	7,9	1,4	EDS 2000
• services de santé privés	5,8	1,6	3,6	4,6	4,5	15,4	EDS 2000
• praticiens traditionnels	11,1	12,2	15,3	11,0	9,2	8,6	EDS 2000
2. Santé de la reproduction							
% de femmes ayant fréquenté la CPN au moins une fois (naissances des 5 dernières années)	58,0	57,5	60,1	57,4	57,5	57,9	EDS 2000
% de femmes ayant accouché avec l'assistance d'un professionnel de la santé (naissances des 5 dernières années)	26,7	12,1	16,2	20,5	26,8	57,7	EDS 2000
Prévalence contraceptive (femmes de 15-49 ans)	3,4	1,2	1,4	2,5	3,2	8,1	EDS 2000
3. Maladies transmissibles							
% de mères qui se lavent les mains avec du savon après les selles	41,0	21,7	30,4	37,3	47,5	59,3	EIM 2000
% de femmes qui savent que les moustiquaires protègent contre le paludisme	22,6	8,5	12,0	16,8	27,1	45,7	EDS 2000
% de femmes qui savent que le préservatif permet d'éviter la transmission du VIH par voie sexuelle	36,9	26,5	29,5	33,2	41,5	51,9	EDS 2000
4. Utilisation des services curatifs (ensemble de la population)							
% d'utilisation des services modernes	17,5	10,7	11,6	17,1	21,5	31,1	EICV 1999/2001
% d'utilisation des services publics	10,3	6,3	7,3	11,1	12,3	16,9	EICV 1999/2001
% d'utilisation des services privés	7,2	4,4	4,3	6,0	9,2	14,2	EICV 1999/2001
% d'utilisation des guérisseurs traditionnels	3,9	4,2	4,1	3,7	4,5	2,5	EICV 1999/2001
5. Autres							
% de femmes (15-49 ans) avec une éducation primaire	59,4	25,4	72,9	68,6	73,3	56,4	EDS 2000
% de femmes (15-49 ans) avec une éducation secondaire	10,6	0,6	0,5	4,3	9,0	37,0	EDS 2000

Figure 3.5. Rwanda : écarts des comportements vis-à-vis de la santé des enfants selon le groupe socioéconomique



Source : EDSR 2000.

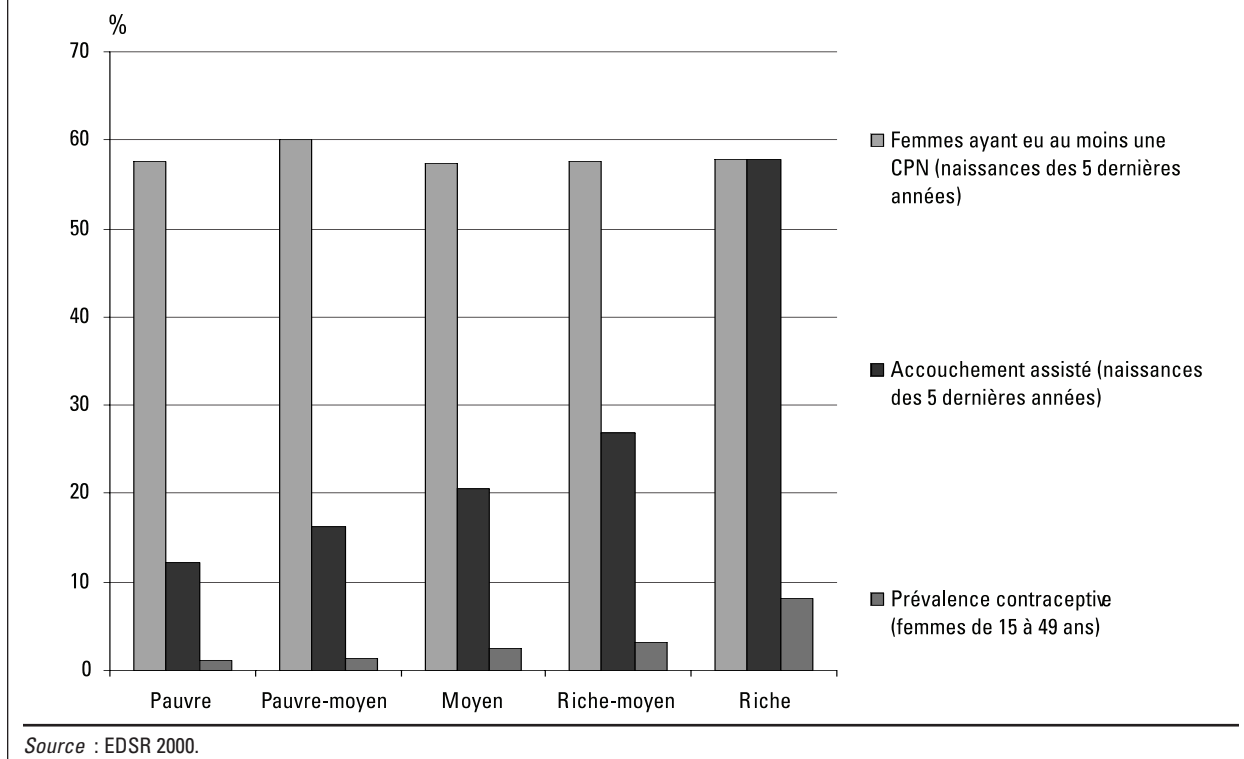
Les écarts sont tout aussi marqués en ce qui concerne les moyens de protection contre le paludisme : dans l'ensemble du pays, moins d'une femme adulte sur quatre (22,6 %) connaît l'intérêt des moustiquaires. Si, parmi les femmes appartenant au quintile le plus riche, cette proportion atteint 48 %, elle dégringole à 8,5 % chez les femmes du quintile le plus pauvre (tableau 3.3).

Ainsi, même dans des domaines prioritaires comme la lutte contre le VIH/SIDA et le paludisme, des écarts importants continuent de prévaloir dans les niveaux de connaissances et d'information des ménages. Associés aux contraintes de budget et de temps des ménages, ces écarts se traduisent dans les comportements et les pratiques sanitaires, qui sont résumés dans les paragraphes suivants.

En matière de santé de l'enfant, les ménages rwandais adhèrent assez largement à la vaccination. La couverture vaccinale des enfants est l'un des rares indicateurs de santé où les écarts entre groupes socioéconomiques s'estompent : la proportion d'enfants âgés de 12 à 23 mois vaccinés contre la rougeole est comparable entre les ménages les plus pauvres et les plus riches (tableau 3.3). Des disparités subsistent

cependant entre les régions : dans le Sud et à l'exception de la province de Kibuye, plus de 80 % des enfants âgés de 12 à 23 mois sont vaccinés contre la rougeole alors que dans le Nord, à l'exception de la province de Ruhengeri, les taux ne sont pas aussi élevés,

Les écarts entre la vaccination et les autres comportements sanitaires pour l'enfant, qui dépendent dans une plus large mesure des informations des ressources et des contraintes des ménages, sont cependant assez profonds. Ainsi, l'utilisation des moustiquaires imprégnées reste rare au Rwanda : 6 % seulement des enfants de moins de cinq ans dorment sous une moustiquaire. Cette proportion atteint 40 % à Kigali-Ville et 28 % dans l'ensemble des zones urbaines du pays, contre moins de 3 % en dehors des villes. A l'exception de la province de Kigali, la proportion des enfants de moins de cinq ans qui dorment sous une moustiquaire n'atteint jamais 10 % et elle est même inférieure à 1 % dans les provinces de Gikongoro et Kibuye (au Sud) et de Ruhengeri et Byumba (au Nord). Cette proportion est identique pour les deux quintiles les plus pauvres du pays (tableaux 3.2 et 3.3 et figure 3.5).

Figure 3.6. Rwanda : écarts de comportement pour la santé de la reproduction selon le groupe socioéconomique

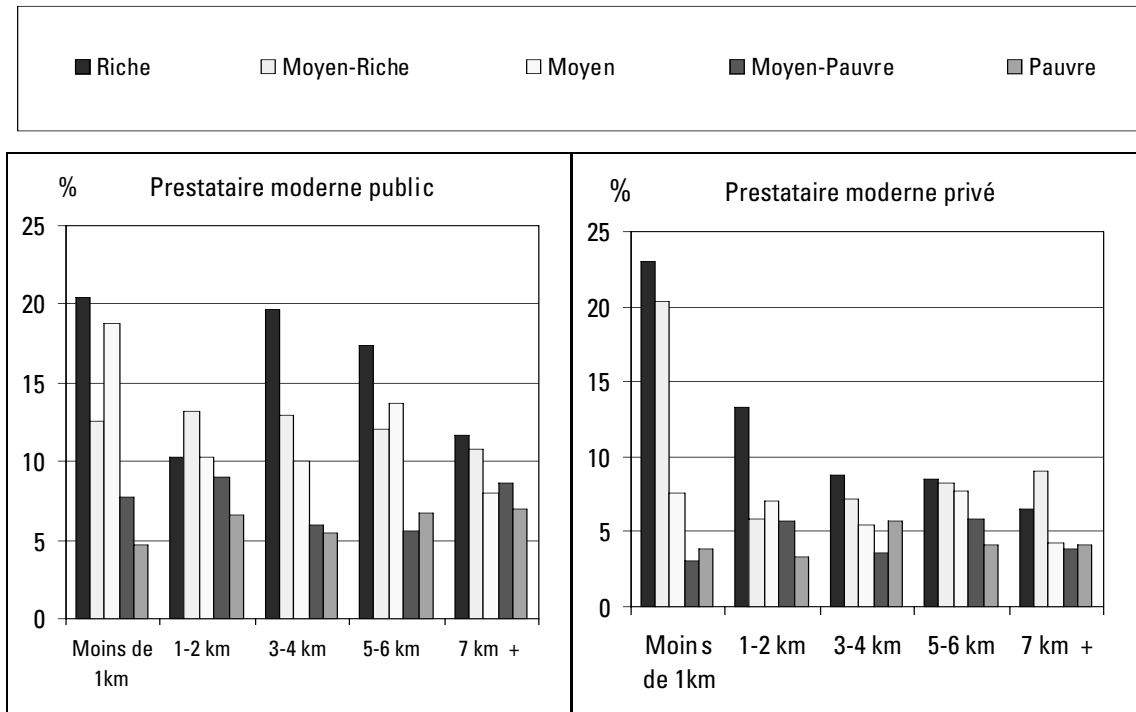
Le recours aux services modernes de santé en cas de maladie de l'enfant est faible dans le pays : moins de 15 % des enfants de moins de cinq ans qui souffrent du paludisme ou d'infections respiratoires seront emmenés dans ces services, dont 7,6 % sont publics et 5,8 % privés. Pour beaucoup de ménages (11 % des enfants) le réflexe en cas de paludisme ou d'infections respiratoires est d'aller voir un guérisseur traditionnel.

La ville de Kigali fait exception, 22 % des enfants de moins de cinq ans souffrant de paludisme ou d'infections respiratoires sont traités dans des services modernes de santé privés, contre 12 % dans des services publics et 6 % chez des guérisseurs traditionnels (tableau 3.2). A l'inverse, l'utilisation des services modernes de santé reste très faible dans les provinces du Sud (Gikongoro, Butare et Kibuye), représentant 6 à 12 % des enfants malades, contre plus de 14 % pour les guérisseurs traditionnels. Dans la province de Cyangugu en revanche, le recours aux guérisseurs

traditionnels (4 %) et aux prestataires modernes (11 %) reste assez faible. Dans les provinces centrales de Gitarama et de Kigali Ngali, le niveau d'utilisation des services modernes de santé dépasse 14 %, devant les guérisseurs traditionnels. Les provinces du Nord se situent à mi-chemin entre le Sud et le Centre.

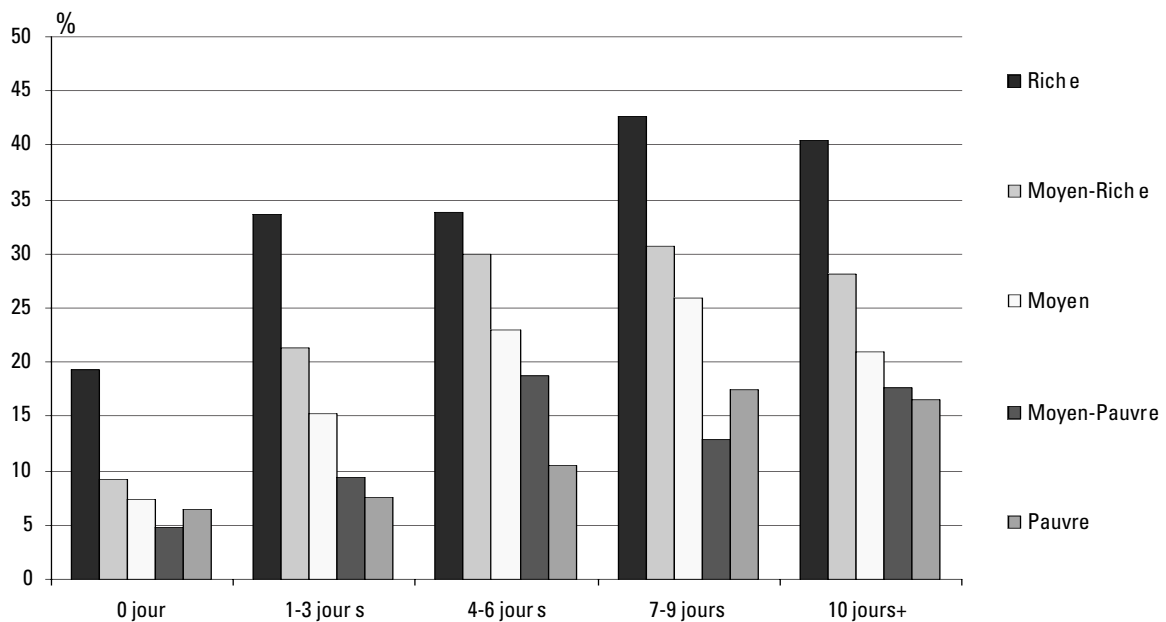
Les enfants pauvres bénéficient moins des services modernes de santé en cas de maladie, que ce soient des services publics ou privés agréés, financés par des bailleurs de fonds étrangers et des organisations non gouvernementales (ONG). On observe un important changement dans les choix des prestataires et une augmentation des niveaux d'utilisation des services entre le quintile le plus pauvre et le quintile le plus riche. Seuls 6,6 % des enfants du quintile le plus pauvre sont soignés dans des services modernes de santé en cas de paludisme ou d'infections respiratoires, alors que 12,2 % sont emmenés chez un guérisseur traditionnel. A l'inverse, 26,8 % des enfants du quintile le plus riche sont soignés dans les services mod-

Figure 3.7. Rwanda : niveau d'utilisation des prestataires modernes de santé selon le groupe socioéconomique et la distance des centres



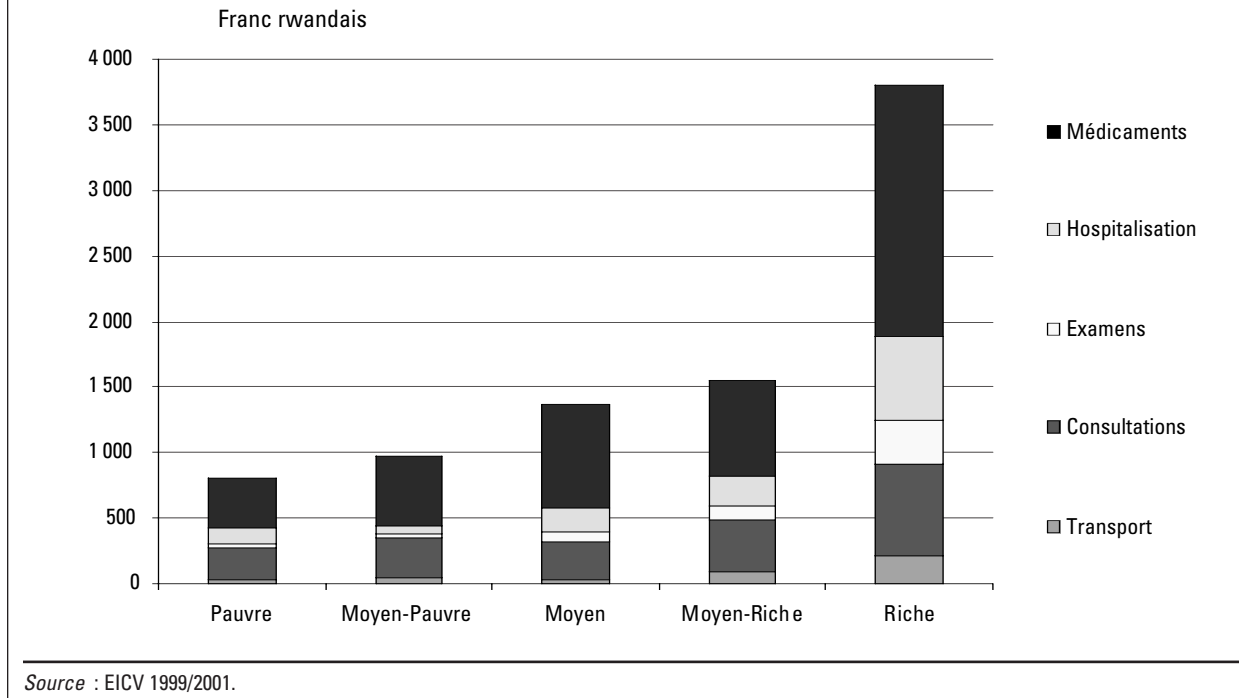
Source : EICV 1999/2001.

Figure 3.8. Rwanda : niveau d'utilisation des prestataires modernes (publics ou privés) de santé selon le groupe socioéconomique et la gravité de la maladie (nombre de jours d'immobilisation)



Source : EICV 1999/2001.

Figure 3.9. Rwanda : dépenses de santé au cours des deux semaines précédant l'enquête selon le type de dépenses et le groupe socioéconomique des malades qui se sont fait soigner



ernes de santé en cas de paludisme ou d'infections respiratoires (dont 11,4 % dans le public et 15,4 % dans le privé), contre 8,6 % qui vont chez un guérisseur traditionnel. En d'autres termes, un enfant appartenant au quintile le plus riche a deux fois plus de chance d'être traité pour le paludisme ou une infection respiratoire dans un service public qu'un enfant issu du quintile le plus pauvre ; le rapport passe à dix quand il s'agit des services privés.

Les disparités observées au niveau des services de santé de l'enfant se retrouvent pour la santé de la reproduction. L'utilisation de la contraception chez les femmes en âge de procréer ne concerne qu'environ 3,4 % des femmes dans l'ensemble du pays. Ce taux ne dépasse jamais les 5 %, sauf à Kigali où environ 9 % des femmes ont recours à une méthode de contraception. Cette proportion reste néanmoins faible, surtout quand on sait que dans les deux quintiles les plus pauvres, seules 2 % des femmes pratiquent la contraception.

La fréquentation des consultations prénatales (CPN) en cours de grossesse est également

faible : dans l'ensemble du pays, 58 % des naissances intervenues durant la période 1995–2000 ont donné lieu à une CPN. A l'instar de la vaccination, les disparités entre provinces et groupes socioéconomiques sont faibles. Les informations tirées de l'enquête EICV 1999/2001, portant sur une période plus récente, indiquent cependant une augmentation du recours aux CPN en cours de grossesse.

A l'inverse, la pratique de l'accouchement assisté par un professionnel de la santé est peu répandue, seulement 27 % des naissances l'ont été au cours de la période 1995–2000, alors que 71 % des naissances ont eu lieu à la maison. Comme pour le recours aux services modernes de santé chez les enfants, les écarts sont très importants. A Kigali, environ 72 % des accouchements ont bénéficié d'une assistance professionnelle au cours de la période 1995–2000. En province, seules Cyangugu (35,4 %) et Gitarama (31,0 %) dépassent 30 % des cas, contre 12,1 % à Gikongoro, 15,3 % à Kibuye et 19 % à Byumba.

Tableau 3.4. Rwanda : dépenses de santé au cours des deux semaines précédant l'enquête selon le type de dépenses et le groupe socioéconomique (FRW)

Groupe socio-économique	Dépenses de santé					Total
	Transport	Consultations	Examens	Hospitalisation	Médicaments	
Ensemble des malades						
Pauvre	4,3	36,9	4,2	17,8	110,8	173,9
Moyen-pauvre	6,1	48,6	5,4	10,0	160,6	230,7
Moyen	7,3	61,3	14,6	39,5	256,9	379,5
Moyen-riche	23,2	103,0	30,0	56,6	296,3	509,1
Riche	75,8	238,3	116,4	218,7	925,9	1 575,1
Total	20,4	89,0	29,4	60,0	315,7	514,4
Malades qui se sont fait soigner						
Pauvre	28,3	245,1	27,6	118,3	389,0	808,3
Moyen-pauvre	38,7	310,1	34,7	64,0	529,8	977,2
Moyen	34,8	292,2	69,7	188,2	789,8	1 374,7
Moyen-riche	89,3	396,1	115,3	217,5	740,5	1 558,7
Riche	220,5	692,7	338,4	635,8	1 909,5	3 796,8
Total	94,7	413,9	136,7	278,9	957,4	1 881,7

Source : EICV 1999/2001.

On observe des disparités similaires entre les groupes socioéconomiques. Dans le quintile le plus riche, le taux d'accouchement assisté atteint 58 %, contre 12 % dans le quintile le plus pauvre (figure 3.6). En d'autres termes, les femmes du quintile le plus riche ont environ cinq fois plus de chance de bénéficier d'une assistance professionnelle lors de l'accouchement que les femmes du quintile le plus pauvre.

On peut donc conclure de ces observations (EICV 1999/2001), notamment pour la santé des enfants et les accouchements, que les ménages rwandais n'ont que faiblement recours aux services modernes de santé en général : parmi les personnes qui ont déclaré

avoir été malade au cours des deux semaines précédant l'enquête, seules 21,4 % ont utilisé des services de santé, modernes (17,5 %) ou traditionnels (3,9 %). On retrouve les mêmes disparités entre régions et groupes socioéconomiques, avec un niveau d'utilisation des services modernes de santé pour l'ensemble de la population de 43,1 % à Kigali, de 20 % à Cyangugu et à Byumba et de moins de 20 % ailleurs. Le quintile le plus riche fréquente les services modernes de santé à 31,1 %, contre guère plus 18 % dans les trois quintiles les plus pauvres.

La figure 3.7 résume les schémas d'utilisation des services modernes de santé pour

La couverture sanitaire des pauvres

Ce chapitre met l'accent sur l'identification des facteurs dans le secteur de la santé qui contribuent à la faiblesse de la couverture et de l'accès des pauvres à des services et soins de santé de qualité. Les réformes majeures qui ont été récemment mises en œuvre dans le secteur sont passées en revue afin d'apprécier les efforts engagés et les contraintes auxquelles font face les autorités sanitaires pour améliorer la situation. Les résultats de ces réformes et interventions sont analysés du point de vue de l'accessibilité géographique des services, de la disponibilité des ressources humaines et matérielles, de l'efficacité technique, de la continuité et de la qualité des services, de la couverture des pauvres par les interventions sanitaires clés et, enfin, de la participation et de l'implication des populations dans la santé.

Comme on pouvait s'y attendre, les réformes sanitaires récentes ont été dominées par des initiatives visant à gérer l'impact de la guerre et du génocide de 1994 sur le profil épidémiologique du pays, les infrastructures sanitaires, la base des ressources humaines et l'organisation et le financement des services de santé. Les programmes nationaux de santé intègrent les problèmes liés au VIH/SIDA, à la malnutrition et à la santé mentale qui, en plus du paludisme

et des autres maladies transmissibles, ont pris une ampleur considérable. La réorganisation des services de santé de base axée sur le modèle de district sanitaire et l'initiative de Bamako—est venue étayer les processus de décentralisation et d'intégration des services de santé, de définition des paquets d'activités au niveau des formations sanitaires primaires et secondaires et d'implication des populations dans la gestion et le financement des services de santé. Les réformes sanitaires sont cependant à la croisée des chemins, car il faudra articuler les cadres organisationnels des services de santé de base autour du cadre institutionnel des réformes administratives et politiques en cours et adapter les stratégies de financement de la santé à ce nouvel environnement et à la capacité financière des populations.

Des efforts importants ont été consentis dans la reconstruction et la réhabilitation des infrastructures sanitaires de base et dans la reconstitution des ressources humaines du secteur. Cependant, d'importantes disparités continuent de prévaloir entre provinces en termes d'accessibilité géographique des services de santé, au détriment des provinces les plus pauvres et de celles qui ont connu d'importants mouvements de population du fait de la guerre. Les efforts d'amélioration de l'accessibilité géo-

graphique des services de santé dans les provinces de Butare, Gikongoro, Kibungo, Kigali Ngali et Umutara devront donc être poursuivis.

Depuis la période d'urgence qui a suivi la guerre et le génocide de 1994, le Rwanda s'est attaché à reconstituer la base des ressources humaines du secteur de la santé. L'élargissement des structures de formation de personnel paramédical a permis de résorber en six ans les déficits en personnel infirmier dans le pays ; mais les structures de formation, plus longue, des professionnels de la santé (médecins, dentistes et pharmaciens) continuent de limiter leur disponibilité. Il s'agit là pour le pays de l'un des plus grands défis à relever dans les années à venir : améliorer la disponibilité du personnel de santé qualifié en général, et des médecins et des pharmaciens en particulier. A ce défi s'ajoute celui de la réduction des inégalités de la répartition du personnel de santé entre provinces : plus le personnel de santé est qualifié et rare, moins les provinces les plus pauvres en bénéficient, Kigali absorbant une part disproportionnée de ce type de personnel. Ces inégalités résultent en grande partie d'un manque d'incitations à aller travailler dans les zones rurales du pays et de modes de recrutement et de gestion du personnel de santé trop centralisés.

Les disparités dans la distribution du personnel de santé et les contraintes à l'utilisation des services de santé reflètent la faiblesse de l'efficacité technique des services de santé. Des gains d'efficacité pourraient être réalisés avec les ressources existantes, en redéployant du personnel de santé de Kigali vers les provinces où les déficits sont importants. Pour accroître significativement l'efficacité des services de santé dans l'ensemble du pays cependant, des mesures seront nécessaires pour augmenter l'utilisation et la continuité des soins de santé afin d'optimiser l'utilisation de la base de ressources humaines existantes.

Pour pouvoir améliorer l'efficacité et l'équité des interventions sanitaires, le Rwanda

devra renforcer les interventions de santé de base et la couverture des pauvres. Seul le PEV assure une couverture équitable à cet égard. Grâce aux efforts du gouvernement et aux appuis des partenaires extérieurs, le PEV est parvenu en l'espace de quelques années à assurer une couverture satisfaisante sur l'ensemble des antigènes dans les régions les plus riches comme dans les régions les plus démunies. La santé de l'enfant continue cependant de pâtir des faiblesses de la couverture des services de nutrition, de la protection contre le paludisme et de la prise en charge des malades : à ce jour, aucune stratégie communautaire n'a été déployée dans ces interventions, alors qu'elles permettraient d'accroître l'accessibilité des services de santé pour les enfants. Par ailleurs, bien que des progrès aient été réalisés pour le suivi des grossesses, les services de santé de la reproduction souffrent toujours des faiblesses des services de PF et du manque de continuité lors du suivi prénatal, de l'assistance à l'accouchement et du suivi postnatal. La santé de la reproduction reste un domaine où le pays aura besoin d'appuis importants pour élaborer et mettre en œuvre des stratégies adaptées. Enfin, les capacités des services de santé de base (hôpitaux de district et centres de santé) devront être renforcées dans le cadre de la lutte contre le VIH/SIDA, la tuberculose et la santé mentale pour contribuer à une meilleure couverture des pauvres, car ce sont les rares services auxquels la majorité des pauvres peut accéder.

Enfin, l'implication des populations dans les services de santé devrait être renforcée. La mise en place des comités de santé au niveau des formations sanitaires primaires et des districts sanitaires avait suscité beaucoup d'espoir ; en pratique cependant, leur fonctionnement est empreint de nombreuses faiblesses, d'autant plus préoccupantes qu'une part importante du financement des services de santé de base est assurée par les communautés et que les interactions entre celles-ci et les services de santé devront être renforcées pour supporter les

interventions sanitaires et les activités promotionnelles des animateurs de santé au niveau de la communauté. Les initiatives mutualistes qui sont en train d'émerger dans plusieurs endroits font cependant apparaître de nouveaux acteurs communautaires qui, s'ils sont correctement mis à profit, viendront renforcer les opportunités de partenariats locaux pour la santé et les nouveaux mécanismes de participation des populations à la santé.

Ces défis du secteur de la santé sont analysés et discutés plus en détail dans les sections qui suivent, sur la base des informations quantitatives du système national d'information sanitaire, des enquêtes récentes auprès des ménages et des informations qualitatives de la littérature grise du ministère de la Santé. La première section résume les récentes réformes sanitaires et la deuxième discute de l'accessibilité des services de santé. La troisième section analyse la disponibilité et la distribution des ressources humaines. L'efficacité technique et la continuité des services de santé sont passées en revue dans la quatrième section. La cinquième section fait un point sur la couverture des interventions essentielles de santé. Enfin, la sixième section discute des mécanismes de participation des populations dans la santé.

Réformes sanitaires récentes

A l'image des pays africains, la lutte contre les maladies transmissibles, l'intégration des services, la décentralisation, la participation communautaire et la mobilisation des ressources ont dominé les réformes tant d'un point de vue organisationnel que de celui du financement de la santé au cours des années 1980 et 1990. Ces thèmes ont été adoptés comme axe principal du développement du secteur, à la fin des années 1970, à travers la stratégie des soins de santé primaire, l'introduction de l'initiative de Bamako en 1989 et la loi de 1992 accordant l'autonomie de gestion aux centres de santé. Les documents de

politique nationale de santé de 1995 et de 2000 ont réintégré ces thèmes de réforme en les adaptant aux besoins du nouvel environnement marqué par les séquelles du génocide de 1994 et les efforts de reconstruction nationale, dont les réformes générales de démocratisation et de décentralisation.

La guerre et le génocide de 1994 ont eu une influence particulièrement importante sur la réorientation du contenu des services de santé. Avec l'impulsion des politiques nationales de santé de 1995 et de 2000, on assiste à un renforcement de la lutte contre le VIH/SIDA, la malnutrition et pour la santé mentale, trois domaines où les besoins ont augmenté avec la guerre et les mouvements de population qui en ont résulté. Parallèlement, la lutte contre le paludisme est en train d'être renforcée. Par ailleurs, des efforts d'intégration sont en cours au niveau de la santé de la reproduction. Les défis et les contraintes de la réorientation des services de santé seront discutés loin.

L'intégration des services, la décentralisation et l'implication des populations dans la gestion des structures de santé ont été les thèmes majeurs de la restructuration des services de santé de base menée dans le cadre de la politique nationale de santé de 1995. Celle-ci a instauré des districts sanitaires, qui servent dorénavant d'unités opérationnelles de planification, de gestion et d'exécution du système de santé. Les districts sanitaires s'appuient sur un système local de prestation de soins, basé sur un réseau de centres de santé et un hôpital de district qui sert de premier centre de référence : le paquet minimum d'activités des centres de santé et le paquet complémentaire de l'hôpital de district servent de cadre à l'intégration et la décentralisation des services de santé ; ces services sont appuyés par un ensemble de systèmes de support animés par une équipe cadre au niveau de chaque district. Ces systèmes de support sont en cours de renforcement, avec l'adoption d'approches d'assurance qualité dans les structures de santé, la définition de normes de services, d'infrastructures et

d'équipements et le renforcement de l'appui stratégique dans le cadre de la promotion de la qualité des soins de santé.

Avec ces systèmes de support, chacune des structures de santé (centre de santé, hôpital de district et district sanitaire) dispose d'un comité de santé qui permet aux populations de participer à la gestion des services sanitaires de base. Par ailleurs, des réseaux d'animateurs de santé, qui servent de relais entre les services de base et les communautés, sont en train de poser les jalons pour des approches de promotion sanitaire basées sur la communauté.

Les séquelles de la guerre et du génocide de 1994 ont également influencé les initiatives de réformes du financement de la santé engagées dans le pays depuis 1995. Face aux besoins sanitaires urgents, la reconstruction des services de santé a bénéficié d'apports extérieurs importants et s'est appuyée sur une multiplicité de mécanismes et d'agents intermédiaires. Ces différents appuis ne répondaient cependant pas à la problématique du financement des charges récurrentes des services de santé à moyen-long terme : en conséquence, les ressources publiques étant limitées, le gouvernement a réintroduit en 1996 l'initiative de Bamako et le principe du paiement à l'acte par les usagers dans les formations sanitaires publiques, afin de mobiliser des ressources pour supporter ces charges récurrentes.

L'instauration des districts sanitaires et de la participation communautaire au financement et à l'organisation de services sont venues renforcer le processus d'autonomisation des structures publiques de santé du pays. Même si la loi de 1992 accordant l'autonomie de gestion aux centres de santé ne mentionnait pas les hôpitaux de district ou les hôpitaux nationaux, ces derniers s'y sont mis eux aussi, rejoints ensuite par le secteur pharmaceutique. C'est dans cette perspective que l'Office pharmaceutique du Rwanda (OPHAR) a été transformé en une association de gestion privée à but non lucratif—la Centrale d'achat des médicaments essentiels du Rwanda (CAMERWA).

Depuis 2000 cependant, les réformes de la santé sont à la croisée des chemins, du fait du renforcement du processus de décentralisation mais aussi de l'émergence de nouvelles initiatives en matière de financement de la santé. Les régions sanitaires qui assuraient les fonctions d'appui technique ont été consolidées pour appuyer le mouvement de déconcentration lancé par les réformes de décentralisation administrative et politique. Par ailleurs, conformément au mouvement de dévolution, les réformes de décentralisation et de démocratisation vont introduire de nouveaux acteurs au niveau des services de santé de base, avec l'émergence des districts administratifs qui, à terme, auront notamment la responsabilité des hôpitaux, des centres de santé et des centres nutritionnels⁹. Plusieurs enjeux institutionnels émergent avec ce nouvel environnement, et notamment l'articulation des districts administratifs par rapport aux districts sanitaires mis en place par le ministère de la Santé et la clarification des rôles des responsables des cellules et des secteurs de santé, des animateurs de santé et des comités de santé.

Parallèlement, des innovations sont introduites pour le financement des services de santé. Une mutuelle de santé obligatoire pour les agents de l'État a été créée en 2001 (la RAMA) : après trois ans de fonctionnement, elle protège aujourd'hui 120 000 personnes contre les risques financiers associés à la maladie. Elle envisage d'étendre ses services aux entreprises des secteurs parapublics et privés. Par ailleurs, un mouvement mutualiste fait son apparition dans le pays depuis 1998, avec la mise en place de systèmes d'assurance maladie à base communautaire autogérés par leurs membres dans les districts sanitaires et les districts administratifs. Enfin, des approches contractuelles (paiement sur la base des résultats obtenus) sont en train d'être expérimentées à Butare et à Cyangugu avec l'appui des ONG Heath Net et Memisa.

Ces évolutions pourraient avoir des implications importantes sur les modalités institution-

nelles du financement des services de santé de base, aussi bien au niveau des mécanismes de mobilisation et d'allocation des ressources (en faveur des plus pauvres) que des régimes d'incitation pour les acteurs sanitaires.

Accessibilité des services de santé

Accessibilité géographique

Depuis la guerre de 1994, le système de prestation de soins et de services de santé du Rwanda est en pleine restructuration, aussi bien pour les prestataires traditionnels que pour le secteur moderne, par le biais d'initiatives publiques et privées. Si le développement d'organismes de prestation de soins publics et publics agréés s'inscrit dans le cadre de partenariats formels en cours de renforcement, il n'existe pas encore de relations de partenariat entre le secteur public et les secteurs traditionnel et privé à but lucratif. Cela étant, toutes ces initiatives et cadres de partenariats contribuent à l'amélioration de l'accessibilité géographique des services de santé dans le pays.

Comme nous l'avons vu au chapitre 3, la médecine traditionnelle reste toujours très présente. Les malades consultent aussi bien les médecins modernes que les praticiens traditionnels, selon la nature de la maladie. Le ministère de la Santé et l'Institut de recherche scientifique et technologique (IRST) tentent actuellement d'organiser les guérisseurs traditionnels en associations, en fonction des secteurs administratifs, pour mieux les encadrer. Jusqu'ici cependant, rares sont les associations fonctionnelles et il n'existe pas d'organisation nationale, de sorte qu'il est difficile d'apprécier la contribution de ces praticiens à l'accessibilité des services de santé.

De son côté, le secteur privé à but lucratif a connu une croissance importante au cours des dernières années. Il est constitué de cabinets médicaux, de polycliniques et d'infirmes privées ainsi que de comptoirs et dépôts phar-

maceutiques privés orientés vers la médecine curative et qui ne desservent que les classes moyennes des zones urbaines. On dénombre un total de 324 dispensaires et cliniques privés, dont plus de la moitié (52 %) dans la seule ville de Kigali. C'est d'ailleurs là que se trouve la seule structure hospitalière privée (l'hôpital Roi Fayçal).

A l'échelle du pays, les organismes du secteur public et agréé constituent le noyau dur du système moderne de soins de santé. La majorité des formations sanitaires publiques est sous la tutelle du ministère de la Santé, qui décide de leur implantation, de l'affectation des ressources humaines, de la fourniture des médicaments et de l'octroi des subsides de fonctionnement ; certaines formations sanitaires publiques sont cependant placées sous la tutelle d'autres ministères, comme la Défense. Le secteur de santé agréé comprend un ensemble de formations médicales placées directement sous la responsabilité d'un promoteur pour tous les aspects de gestion ; le ministère de la Santé leur apporte un appui en personnel, en médicaments et en matériel médical dans le cadre de conventions établies.

En dehors des centres hospitaliers publics de dernière référence (le centre hospitalier de Kigali, l'hôpital universitaire de Butare et l'hôpital neuropsychiatrique de Ndera), le secteur public et le secteur agréé comptent 34 hôpitaux et 365 formations sanitaires de base, le secteur agréé représentant 45 % des hôpitaux et 34 % des formations de base (soit 35 % de l'ensemble des formations sanitaires primaires et secondaires des secteurs public et agréé ; tableau 4.1).

Entre 1997 et 2001, les formations sanitaires de base sont passées de 333 à 365, soit une évolution de 9,6 % tandis que, sur la même période, les hôpitaux fonctionnels sont passés de 30 à 34 (soit une évolution de 13,3 %). Les investissements n'ont donc pas été concentrés sur un type de formations sanitaires. Au cours de l'année 2002, une dizaine de centres de santé étaient en cours de réhabil-

Tableau 4.1. Rwanda : évolution du nombre de formations sanitaires primaires et secondaires dans le secteur public et agréé, 1996 à 2001

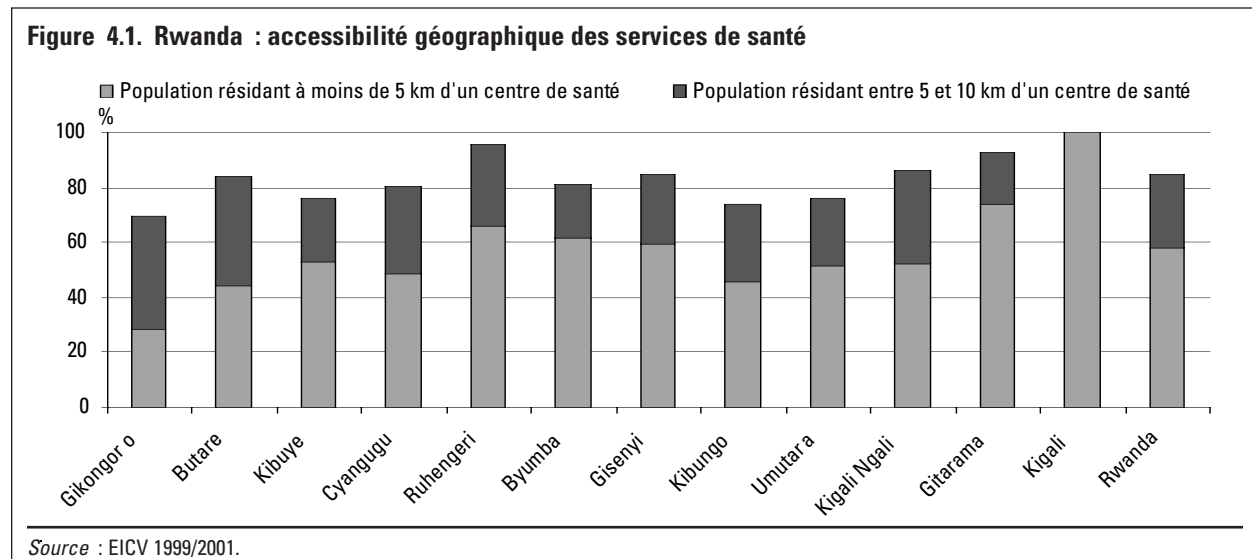
	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Districts fonctionnels	8	30	36	38	39	39
Hôpitaux fonctionnels	29	30	30	30	33	34
Formation sanitaires primaires		333	350	352	350	365
Total des formations sanitaires primaires et secondaires		363	380	382	383	399

itation (Jali, Kibirizi et Mushaka) ou de construction (Muhambo, Kibirizi, Nyamiyaga, Sangaza, Rusumo, Nyange, Nyarubuye et Gatara), alors que les travaux ont été achevés dans neuf autres centres (Cyeru, Nyakariro, Arusha, Nzangwa, Mwogo, Mwendo, Cyungo, Nasho et Rukara). Deux hôpitaux de district ont été réhabilités et achevés : Rutongo et Kibungo ; l'hôpital de Kibirizi est toujours en construction et sera achevé au cours de l'année 2003.

Ces efforts récents renforcent la couverture en infrastructures sanitaires qui, somme toute, est relativement bonne dans l'ensemble du pays. Cependant, le relief accidenté, la médiocrité des moyens de transport et de communication et l'éloignement par rapport aux formations sanitaires continuent de peser sur l'accessibilité géographique des services de santé. D'après l'enquête EICV 1999/2001, env-

iron 60 % de la population résident à moins de 5 km d'un centre de santé et près de 85 % à moins de 10 km (figure 4.1).

Cependant, des disparités importantes en termes d'accessibilité géographique continuent de prévaloir entre les provinces. Si 100 % des habitants de Kigali vivent à moins de 5 km des centres de santé, cette proportion n'atteint pas 30 % à Gikongoro, la province la plus pauvre du pays. Dans les provinces centrales de Kigali Ngali, Gitarama et Kigali, plus l'incidence de la pauvreté est élevée, plus l'accessibilité géographique est faible. La même relation est observée dans les provinces du Sud du pays : la proportion de personnes vivant à moins de 5 km des centres de santé est plus faible à Gikongoro et à Butare (les provinces les plus pauvres) qu'à Kibuye et de Cyangugu (relativement plus riches). La relation s'inverse cependant dans les provinces du Nord : plus la province est pauvre,

Figure 4.1. Rwanda : accessibilité géographique des services de santé

Source : EICV 1999/2001.

plus le niveau d'accessibilité géographique est élevé. A Kibungo et Umutara, les provinces où l'incidence de la pauvreté est la plus faible après la ville de Kigali, la proportion de personnes vivant à moins de 5 km des centres de santé n'atteint que respectivement 46 % et 52 %.

En d'autres termes, il convient de poursuivre les efforts pour réduire les disparités de l'accessibilité géographique des services de santé dans le pays, notamment dans les provinces de Butare, Gikongoro, Kibungo, Kigali Ngali et Umutara.

Disponibilité des ressources matérielles

L'approvisionnement et la distribution d'équipements, de médicaments et de consommables médicaux sont au cœur des systèmes de support aux services de santé. Ainsi, de par le rôle stratégique des médicaments dans la prestation et le financement des services de santé de base des secteurs public et agréé, leur disponibilité et leur coût sont l'une des dimensions clé de l'accessibilité des services de santé dans le pays. Comme nous le verrons au chapitre 6, les médicaments jouent en effet un rôle important dans les charges, la tarification et la mobilisation des ressources au niveau des formations sanitaires ; pour les ménages, ils représentent plus de 60 % des dépenses de santé et leur coût est l'un des premiers obstacles à la fréquentation des formations sanitaires modernes. Ainsi, parallèlement à la réhabilitation et à l'extension des organismes de prestation de soins après 1994, les initiatives publiques et privées ont contribué à la réorganisation du système d'approvisionnement et de distribution des équipements et des produits pharmaceutiques dans le pays ; cependant, beaucoup d'efforts restent à faire au niveau de la disponibilité et de l'accessibilité de produits de qualité dans le pays.

Les capacités internes de production pharmaceutique et d'équipements médicaux étant à un stade embryonnaire, l'essentiel est importé¹⁰, notamment d'Europe, dont la Belgique

(47 % des importations en valeur en 2000), les Pays-Bas (19 %), la France (11 %), le Danemark (4 %) et la Suisse (3 %) ; les autres sources d'importation de médicaments, dont l'Inde et le Kenya, représentent de faibles volumes¹¹.

Le réseau d'approvisionnement et de distribution des produits pharmaceutiques est organisé en deux circuits qui commandent des parts approximativement égales du marché rwandais : le circuit public et privé social agréé (55 % des importations en 2000) ; et le circuit privé à but lucratif (45 %). Le circuit public est alimenté par les importations des différents partenaires du ministère de la Santé, dont les principaux étaient en 2000, par ordre de grandeur des valeurs des importations, le Programme national de lutte contre le SIDA (PNLS), la CAMERWA, le Comité international de la Croix Rouge (CICR), le Projet santé et population (PSP), l'UNICEF et le Bureau des formations médicales agréées du Rwanda (BUFMAR). D'autres partenaires du ministère de la Santé participent à l'importation des médicaments, mais avec des flux annuels inférieurs à 100 millions de FRW. Il faut noter qu'en raison du niveau de la prévalence du VIH/SIDA dans le pays et du coût élevé des médicaments antirétroviraux, le Treatment and Research AIDS Center (TRAC) est devenu l'une des principales sources d'importation de médicaments en valeur dans le pays.

La CAMERWA alimente les hôpitaux publics nationaux et les pharmacies des districts sanitaires ; ces dernières servent d'intermédiaire dans la chaîne de distribution du secteur public entre la centrale d'achat, d'une part, et les hôpitaux de district et les centres de santé des districts sanitaires, d'autre part. Le BUFMAR alimente surtout les hôpitaux et les centres de santé agréés, mais les formations publiques peuvent y recourir. En pratique, tout le secteur public peut s'approvisionner à l'une ou l'autre de ces deux sources et, en cas de rupture de stock à ce niveau, que les formations

Tableau 4.2. Rwanda : disponibilité des médicaments dans les formations sanitaires primaires

	Nombre moyen de jours de rupture de stock par mois et par centre de santé								
	AAS 500	Amoxicilline 250 mg	Pénicilline pr4 miu	Quinine co 00mg	Quinine inj 300mg	Cotrimoxa- zole 480 mg	Métronida- zole 250mg	SRO	Seringues
Gikongoro	1,3	2,5	0,4	0,0	1,7	1,4	1,4	2,6	0,3
Butare	0,7	1,3	0,8	0,4	0,1	0,5	0,5	0,3	0,0
Kibuye	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd
Cyangugu	0,0	1,1	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	1,6	0,0
Ruhengeri	0,1	1,9	0,6	0,3	0,2	0,4	0,2	0,1	0,2
Byumba	0,8	2,6	0,7	0,3	1,8	1,0	0,7	8,5	1,4
Gisenyi	0,2	4,1	0,1	1,2	0,8	1,1	1,3	0,0	0,1
Kibungo	0,3	1,8	3,3	0,0	0,0	3,1	0,1	0,3	0,0
Umutara	3,9	11	0,3	1,8	0,0	1,0	0,1	2,3	0,0
Gitarama	3,1	2,3	0,4	0,4	0,1	0,4	0,5	0,2	0,1
Kigali	1,2	1,4	0,4	0,0	0,8	0,1	0,2	0,5	0,0
Rwanda	1,1	2,6	0,7	0,4	0,6	0,8	0,5	1,4	0,2

Source : SIS 2002.

nd : non disponible.

sanitaires publiques peuvent s'adresser aux pharmacies privées.

Les produits pharmaceutiques des programmes prioritaires de santé publique—dont les médicaments antituberculeux, les vaccins du PEV et les contraceptifs figurant sur la liste officielle—sont achetés et distribués gratuitement par l'État, avec l'aide de la coopération internationale, par les services du ministère de la Santé ou des partenaires précis. Ils sont stockés et distribués à travers la CAMERWA. Un système identique est envisagé pour les antirétroviraux dans le cadre de la lutte contre le SIDA. Auparavant, seuls les médicaments essentiels étaient exonérés de taxes et d'impôt, mais la nouvelle loi a élargi ces exonérations à tous les médicaments et consommables médicaux inscrits sur une liste à établir par le ministère de la Santé.

Le circuit privé est alimenté par six principaux importateurs (KIPHARMA, AFRICHEM, AGROTECH, PAX, OPA et UBUMWE), qui représentent plus de 73 % des importations du secteur privé, aux côtés de plus d'une quinzaine d'autres établissements grossistes. Ces derniers alimentent quelques 16 officines à Kigali et 412 comptoirs répartis sur l'ensemble du pays (dont 26 % à Kigali).

Malgré la multiplication des initiatives publiques et privées, beaucoup d'efforts restent

à faire pour améliorer la disponibilité et l'accessibilité de produits de qualité dans le pays. Des perturbations d'approvisionnement persistent dans le circuit public, en raison de l'absence de maîtrise des méthodes de commande, du non-respect des tarifications et des faiblesses de gestion financière des pharmacies des districts. Ainsi, sur 38 pharmacies de district, huit ont déclaré avoir connu des ruptures de stock en médicaments vitaux au cours de l'année 2000. Par ailleurs, la tarification des médicaments et les marges appliquées dans les centres de santé sont soumises aux pressions de financement des centres de santé, au détriment de l'accessibilité financière des médicaments par les ménages. D'où la nécessité de renforcer les capacités de gestion des médicaments au niveau des districts sanitaires.

En dehors du circuit public cependant, les efforts réglementaires devraient être augmentés : une grande partie des pharmacies continuent de travailler dans la clandestinité ; environ la moitié des comptoirs sont ouverts sans autorisation du ministère de la Santé ; et, en outre, une part importante des comptoirs sont exploités par des personnes sans qualification médicale ou pharmaceutique. Par ailleurs, on pratique beaucoup le cumul médico-pharmaceutique, soit à travers les consultations, les

soins infirmiers ou la distribution de médicaments sans ordonnance dans les pharmacies, soit à travers l'exercice de la pharmacie dans les cabinets, les infirmeries et les dispensaires privés. Enfin, des importations frauduleuses de médicaments, à travers les frontières burundaise et ougandaise, contribuent à la distribution illicite de médicaments dans le pays.

Le ministère de la Santé s'efforce actuellement de renforcer ses capacités de gestion stratégique du secteur, avec la mise en place d'une direction de la pharmacie et d'une commission technique du médicament. Cependant, les modes d'intervention dans le secteur ont été dominés par des mesures législatives qui continueront de n'avoir guère d'effets, à cause de la faiblesse des capacités de mise en œuvre et de contrôle et le manque de relations avec les acteurs privés. Il faudrait non seulement renforcer les partenariats avec les acteurs privés mais aussi les ressources humaines dans l'ensemble du secteur pour assurer la disponibilité et l'accessibilité de médicaments de qualité dans le pays.

Disponibilité des ressources humaines

La reconstruction de la base de ressources humaines du secteur de la santé après la guerre de 1994 est l'un des défis les plus importants pour le Rwanda et qui est appelé à perdurer dans les décennies à venir. Non seulement le pays va devoir renforcer les capacités internes de formation du personnel de santé, mais il va devoir aussi consentir d'importants efforts pour introduire une politique des ressources humaines susceptible d'améliorer la motivation du personnel de santé et l'équité de sa répartition sur l'ensemble du territoire.

Les capacités internes de formation du personnel de santé sont en train d'être renforcées. La formation de base est assurée par la faculté de médecine de l'université nationale du Rwanda, qui a produit une cinquantaine de diplômés au cours des trois dernières années :

les capacités internes de formation de médecins sont d'environ 20 médecins par an. Le Kigali Health Institute (KHI) assure pour sa part la formation des techniciens supérieurs en soins infirmiers, kinésithérapie, santé mentale, anesthésie et radiologie ; il forme aussi les laborantins, les sages-femmes et les agents d'environnement. Par ailleurs, le pays compte deux écoles privées de formation supérieure en soins infirmiers, une vingtaine d'écoles secondaires de soins infirmiers et une dizaine d'écoles secondaires pour les laborantins. Au total, les capacités internes de formation d'infirmiers s'établissent au minimum à 800 infirmiers par an. Enfin, des ONG comme Christophel Blindmission et Handicap International contribuent respectivement à la formation modulaire de techniciens supérieurs en ophtalmologie, d'aides kinésithérapeutes et d'aides appareilleurs¹².

La reconstitution de la structure de l'offre de personnel de santé reflète les distorsions qui prévalent sur le marché du travail de la santé du Rwanda. Les métiers qui requièrent une longue formation (médecins, dentistes et pharmaciens ; personnels paramédicaux spécialisés) connaissent encore une forte pénurie. A l'inverse, on observe des surplus dans le personnel paramédical non spécialisé, où la formation est relativement courte et où coexistent depuis quelques années plusieurs écoles de formation. C'est le cas notamment des infirmiers.

La fonction publique étant le premier demandeur de ce type de profils, ses niveaux de salaire, ses modes de recrutement et ses faiblesses de gestion du personnel déterminent en fin de compte la répartition des différentes catégories de personnel dans le pays. Le tableau 4.3 fait un point sur la reconstitution de la base des ressources humaines dans le secteur public et agréé entre 1996 et 2002. Au 31 décembre 1996, les différents services du ministère de la Santé employaient 4 808 agents de santé (soit environ 42 % de ses effectifs), dont 112 médecins, 1 dentiste, 742 infirmiers, 93 laborantins et 968 agents auxil-

Tableau 4.3. Rwanda : évolution des effectifs du secteur public de la santé selon la catégorie de personnel, 1996 à 2002

Catégorie de personnel	Quantité de personnel au 31 décembre de l'année					
	1996	1997	1999	2000	2001	2002
Personnel de santé (PS)						
Médecins	112	181	148	148	152	153
Dentistes	1	3	3	4	4	3
Pharmaciens	7	8	10	8	12	11
Assistants médicaux	101	96	112	107	95	92
Sages-femmes	0	0	0	0	11	9
Infirmiers*	742	803	1330	1350	1651	1750
Laborantins	93	104	106	115	138	124
APT	30	36	69	95	158	125
AS, AA, AI	968	1181	848	785	743	723
Total PS	2054	2412	2626	2612	2964	2990
% du Total	42,8	47,0	63,4	77,7	79,9	79,7
Autres personnels d'appui						
	2749	2717	1515	749	744	761
Total	4803	5129	4141	3361	3708	3751

Note :

* Personnel infirmier A1, A2 et A3.

APT : Autres personnels techniques (kinésithérapeutes, biochimistes, nutritionnistes, etc.).

AS : Auxiliaires de santé.

AA : Aides-accoucheuses.

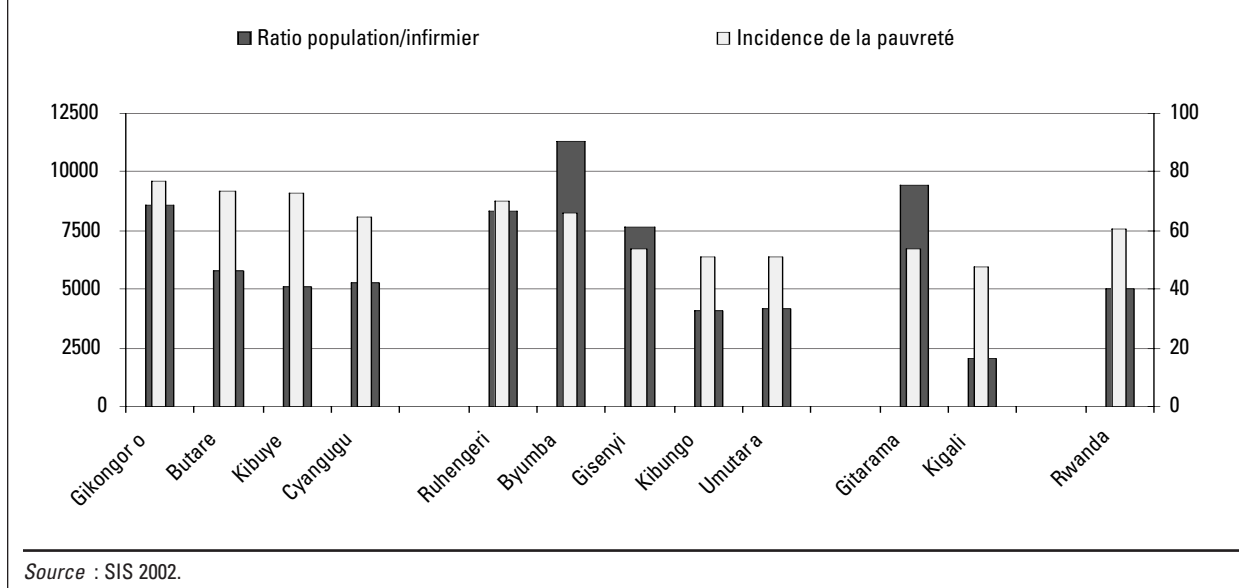
AI : Aides-infirmiers.

iaires (auxiliaires de santé, aides-accoucheuses et aides-infirmiers). Au cours des six années suivantes cependant, eu égard au renforcement des capacités internes de formation et à l'augmentation de l'offre de personnel technique, on observe un large mouvement de substitution des compétences dans le secteur public et agréé. A partir de l'exercice 1999, le processus de substitution du personnel contractuel du ministère de la Santé commence avec la réduction des agents non qualifiés des régions sanitaires de Kigali, Gitarama, Butare, Cyangugu, Byumba et Kibungu et le recrutement massif de personnel technique, dont environ 535 infirmiers. La part du personnel de santé dans les effectifs du secteur public passe de 47 % en 1997 à 63 % en 1999. Le processus de substitution se poursuit en 2000 avec la réduction du nombre de travailleurs, veilleurs, plantons et tout autre agent ayant un salaire inférieur ou égal à 9 000 FRW. Cependant, en dépit d'une augmentation relative des recrutements de per-

sonnel infirmier, on enregistre des départs massifs, le plus souvent parce que les intéressés ont repris leurs études. Fin 2001 et 2002 cependant, le personnel de santé représente près de 80 % des effectifs du secteur public.

Les contraintes du côté de l'offre se traduisent dans le processus de substitution des compétences dans la base des ressources humaines du secteur public de santé. La baisse de la part du personnel faiblement qualifié s'est opérée non seulement au niveau des personnels d'appui sans formation médicale, mais aussi parmi les auxiliaires de santé, les aides-accoucheuses et les aides-infirmiers. Ce personnel a été remplacé essentiellement par des paramédicaux, du fait de la pénurie de professionnels (médecins, dentistes, et pharmaciens), toujours importante dans le pays.

Les effets conjugués du processus de reconstitution de la base des ressources humaines, des modes de recrutement, des niveaux relatifs de salaires et de la gestion du personnel se

Figure 4.2. Rwanda : ratio population/infirmier selon la province, 2002

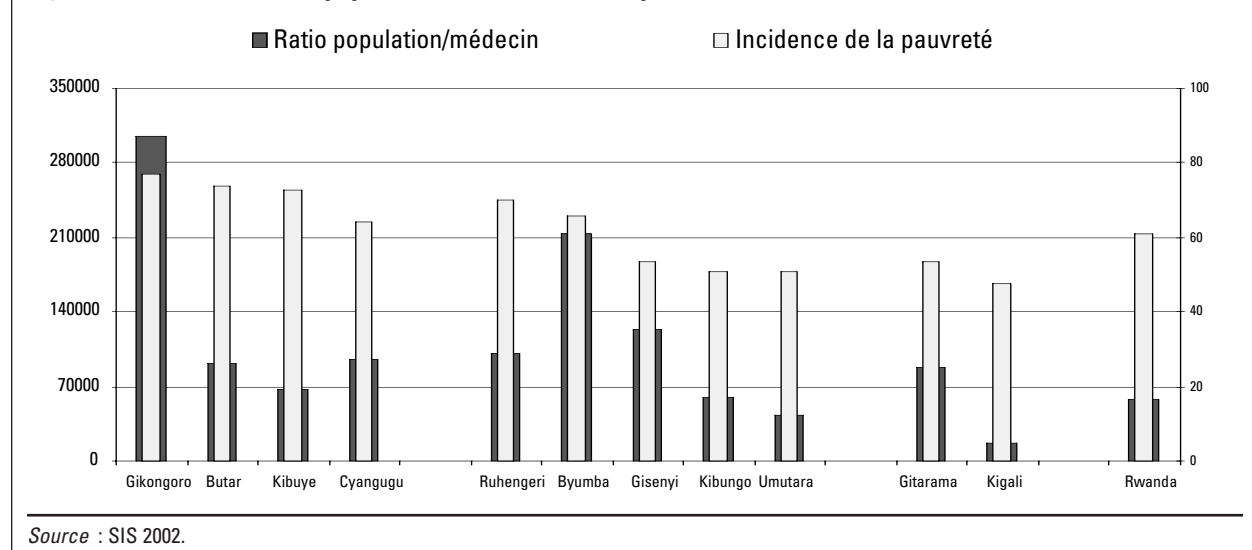
reflètent dans la répartition du personnel de santé entre les différentes provinces du pays.

Grâce aux importants recrutements dans la fonction publique qui sont intervenus entre 1999 et 2001, le pays a atteint fin 2002 le ratio fixé par l'OMS d'un infirmier pour 5 000 habitants. Mais d'importants écarts sont enregistrés d'une province à l'autre (figure 4.2), la région sanitaire de Kigali se singularisant avec un ratio de 2 000 habitants par infirmier, bien en-deçà de la norme OMS¹³ : 53 % des infirmiers du secteur public et agréé de cette région sanitaire sont concentrés dans le centre hospitalier de Kigali (CHK), alors que la ville de Kigali et la province de Kigali Ngali, qui n'abritent que 15 % de la population, concentrent 39 % des infirmiers du secteur public et agréé. Les provinces les plus riches du Nord (Kibungo et Umutara) et du Sud (Kibuye et Cyangugu) atteignent la norme OMS, à l'inverse des provinces les plus pauvres, toutes zones confondues (Gikongoro et, dans une moindre mesure, Butare ; Ruhengeri, Byumba et Gisenyi ; et Gitarama).

La faiblesse des salaires et les manquements du système de recrutement sont les principaux facteurs qui expliquent les inégalités de la répartition du personnel infirmier : à l'heure

actuelle en effet, le recrutement est réalisé en vrac et la répartition ne s'appuie sur aucun critère objectif. Or, vu la quantité d'infirmiers recrutés au cours des dernières années, tous les centres de santé auraient dû disposer d'au moins deux infirmiers qualifiés. Mais un bon nombre de ces agents refusent d'aller dans les formations sanitaires rurales, en présentant les arguments et les appuis nécessaires pour cela, de sorte qu'en dépit d'un surplus d'infirmiers sur le marché du travail, les centres de santé continuent souvent d'être dirigés par des auxiliaires qui n'ont bénéficié que de six mois de formation sur le tas après deux ans dans le secondaire. Ainsi dans les provinces pauvres, les comités de santé sont obligés de recruter localement des infirmiers et de se tourner vers la communauté pour pouvoir les payer.

Il est encore plus difficile de recruter et de conserver dans des postes ruraux des médecins et des paramédicaux spécialisés, du fait de la pénurie persistante sur le marché de travail de ce type de professionnels et du manque d'incitations à aller en zones rurales. Les formations sanitaires rurales doivent pouvoir leur proposer un bon salaire doublé de primes et d'autres avantages spécifiques pour les convaincre de venir. Ce qui impose de gros efforts

Figure 4.3. Rwanda : ratio population/médecin selon la province, 2002

non seulement pour combler les écarts importants au niveau de la disponibilité de médecins sur l'ensemble du territoire mais aussi pour résoudre les inégalités de leur répartition entre provinces (figure 4.3).

Fin 2002, le ratio médecin/habitants s'établissait à 57 000 dans l'ensemble du pays, soit près de six fois plus que la norme de l'OMS (un médecin pour 10 000 habitants). Encore une fois, la région sanitaire de Kigali est nettement favorisée, avec un ratio de 17 000 : elle concentre 51 % des médecins de la fonction publique, pour 15 % de la population du pays. Dans toutes les autres provinces, à l'exception d'Umutara (44 000 habitants pour un médecin), le ratio est supérieur à 50 000 ; il dépasse même 200 000 à Byumba (l'une des deux provinces les plus pauvres du Nord) et 300 000 à Gikongoro, la province la plus pauvre du pays.

Outre les problèmes de recrutement évoqués, la gestion du personnel contribue aussi à la mauvaise répartition du personnel de santé. Il arrive parfois que les agents demandent leur mutation ou leur mise en disponibilité aussitôt finie une formation dans un domaine donné—cette mobilité est favorisée par la gestion en poule de toute la fonction publique. D'où l'instabilité du personnel, qui constitue une

entrave majeure à la formation continue et à la qualité des soins dispensés. Or, le personnel de santé a besoin de recyclages et de formation continue dans les domaines qu'il n'a pas eu le temps d'approfondir pendant sa formation de base mais aussi pour se mettre à jour continuellement. La faiblesse de la coordination et du suivi de la formation continue favorise les gaspillages et l'inefficacité, malgré des appuis substantiels. C'est pourquoi le ministère de la Santé et le KHI ont voulu remédier à ces dysfonctionnements en créant, avec l'appui de la coopération luxembourgeoise, un centre de formation continue des enseignants dans les écoles secondaires de santé (CEFOCK).

Comme on peut le constater, des efforts ont été réalisés depuis la période d'urgence qui a suivi la guerre et le génocide de 1994 pour reconstituer la base des ressources humaines dans le secteur de la santé. L'élargissement des possibilités de formation du personnel paramédical a permis de résorber en six ans les déficits en personnel infirmier, même si les formations longues des professionnels de la santé continuent de limiter leur disponibilité. Rappelons que si le nombre de paramédicaux dans la fonction publique a doublé entre 1997 et 2002, dans le cadre de la substitution du personnel non qualifié ou faiblement qualifié, le

Encadré 4.1. La médecine privée

Jusqu'en 1991, les propriétaires des établissements de soins ouverts à l'ensemble de la population (secteur public) étaient principalement l'État et les organisations religieuses ; les entreprises commerciales détenaient quant à elles les établissements réservés à leurs agents. On entend par médecine privée les soins dispensés dans des établissements (cliniques, polycliniques, cabinets, dispensaires et infirmeries) détenus par des individus (médecins, infirmiers et paramédicaux). L'arrêté ministériel de 1997 précisant les conditions d'ouverture d'un établissement privé autorise les différents professionnels de la santé à être propriétaires, selon des conditions spécifiques (personnel, immobilier, équipement médical et non médical).

Dans la capitale, les établissements de médecine privée sont plus nombreux et plus spécialisés que ceux du secteur public. Si, au niveau national, leur nombre est quasiment équivalent à celui des établissements publics, ils sont malheureusement concentrés dans les villes et les centres de négoce où l'argent est plus présent. On compte 28 établissements détenus par des médecins et 380 détenus par des infirmiers et des paramédicaux. A l'exception d'une polyclinique qui propose quelques soins de chirurgie majeure, les autres pratiquent les soins ambulatoires, les hospitalisations et la petite chirurgie.

Les établissements privés se distinguent surtout par une bonne gestion du temps des malades (peu d'attente, possibilité de prendre rendez-vous, etc.), ce qui a un impact important sur la production économique nationale et les ménages. Mais ils représentent aussi un secteur d'emploi dans le domaine de la santé.

nombre de médecins a pour sa part stagné après 1997 bien en-deçà des niveaux nécessaires pour couvrir les besoins. Dans les conditions actuelles de formation de médecins et avec les normes de l'OMS, le Rwanda va mettre plusieurs décennies pour résorber le déficit de médecins—et c'est là un immense défi.

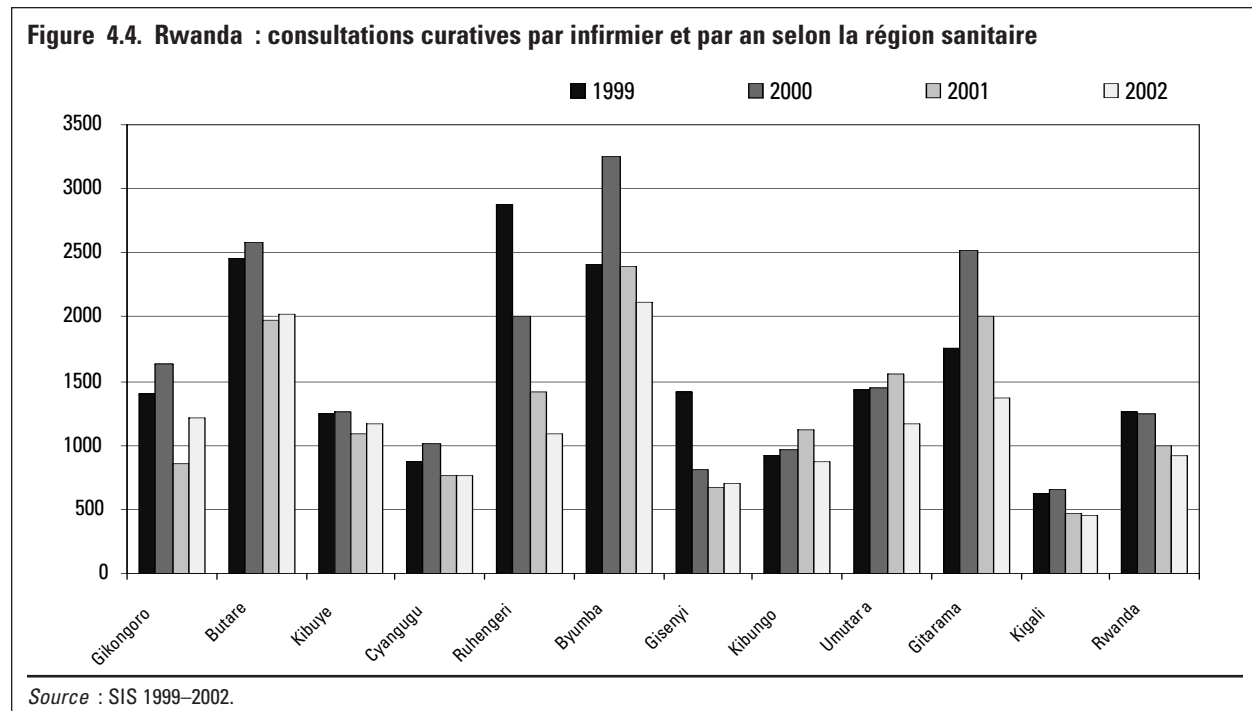
Mais le pays devra aussi s'attaquer aux inégalités de répartition du personnel de santé entre provinces : on constate en effet que plus la catégorie de personnel de santé est rare, moins les provinces les plus pauvres en bénéficient, Kigali et les provinces relativement plus riches absorbant une part disproportionnée de personnel de santé qualifié. Ces inégalités, nous l'avons vu, résultent en grande partie du manque d'incitations à aller travailler dans les zones rurales et de l'inefficacité des modes de recrutement et de gestion du personnel de santé. Aussi le Rwanda devra-t-il profiter du

nouveau cadre institutionnel de décentralisation, en cours, pour décentraliser aussi le recrutement du personnel de santé et tenter d'améliorer ainsi la disponibilité du personnel de santé qualifié dans les zones pauvres du pays.

Efficiences technique et continuité des services

Efficiences technique de l'offre

La restructuration de l'offre de soins entre 1999 et 2002, avec notamment le processus de substitution du personnel faiblement qualifié par un personnel qualifié, s'est traduite par une baisse de l'efficiences technique des services de santé, alors même que les contraintes financières continuaient de limiter l'utilisation de ces services. Le nombre de consultations cura-



tives par infirmier a baissé sur l'ensemble du pays, passant d'environ 1 300 en 1999 à 900 en 2002. En effet, s'il y a eu une augmentation de 32 % du personnel infirmier, qui constitue l'essentiel du personnel technique des services de santé, entre 1999 et 2002, les tendances à la baisse ou la stagnation des niveaux d'utilisation se sont maintenues dans l'ensemble du pays (figure 4.4 et tableau 4.4).

Les changements dans l'étendue des activités des services de santé n'ont pas eu un impact important sur l'efficacité technique. Seules les activités de PF et d'assistance à l'accouchement ont connu une augmentation proportionnelle à l'augmentation du personnel de santé. L'augmentation des activités de santé de la reproduction s'est accompagnée cependant d'une contraction importante des activités de récupération nutritionnelle des enfants et de prise en charge des maladies sexuellement transmissibles (MST) dans l'ensemble du pays. Comparées aux consultations curatives cependant, ces activités ne représentent qu'une très faible partie du temps d'activité du personnel de santé.

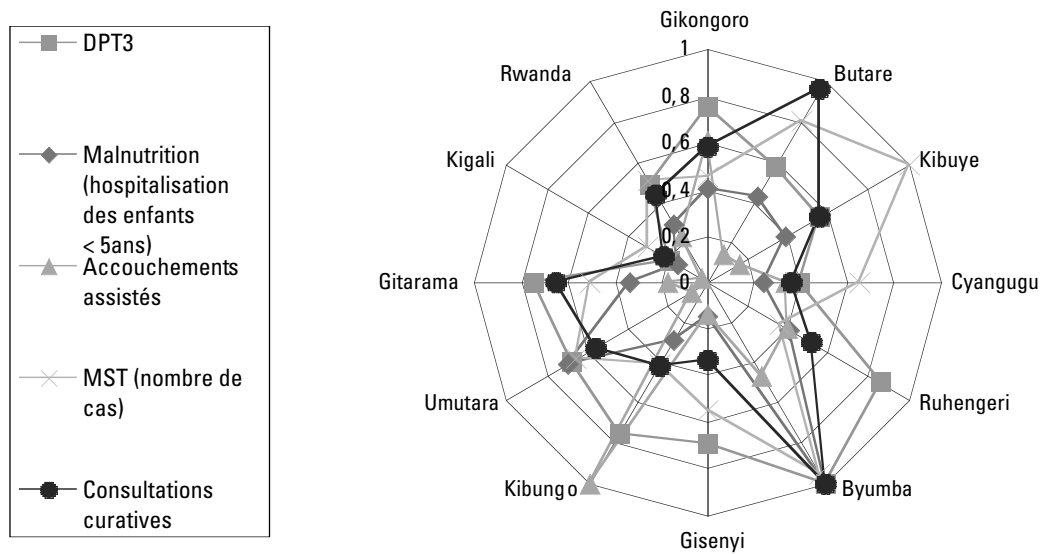
Les effets conjugués des inégalités de répartition du personnel de santé et des faibles niveaux d'utilisation des services ont provoqué de forts écarts d'efficacité technique entre provinces¹⁴. Dans la zone de Kigali, où la productivité du personnel est restée relativement faible sur toute la période, le nombre annuel de consultations curatives par infirmier est passé de 623 en 1999 à 452 en 2002 ; à l'autre extrême, ce taux s'est maintenu au-dessus de 2 000 dans les provinces de Byumba et de Butare, où la productivité est, relativement, beaucoup plus élevée. La performance de Butare est liée aux niveaux d'utilisation des soins curatifs, plus élevés ici qu'ailleurs ; quant à Byumba, c'est plutôt la faiblesse du nombre d'infirmiers par rapport à la population qui explique ce niveau relatif de productivité, car les niveaux d'utilisation des soins curatifs dans la province sont comparables à ceux observés dans l'ensemble du pays. Entre ces deux extrêmes, les régions de Gikongoro, Kibuye, Ruhengeri, Umutara et Gitarama occupent des positions intermédiaires mais supérieures à la moyenne nationale. Les autres régions sont quant à elles beaucoup plus proches de la situation de Kigali.

Tableau 4.4. Rwanda : efficacité technique des services de santé : nombre moyen de cas par infirmier selon la prestation et la région sanitaire

Prestation	Année	Nombre de cas par infirmier															
		Zone Sud							Zone Nord							Centre	
		Gikongoro	Butare	Kibuye	Cyangugu	Ruhengeri	Byumba	Gisenyi	Kibungo	Umutara	Gitarama	Kigali	Rwanda				
DPT3	1999	200	199	127	119	146	390	135	175	194	214	44	124				
	2000	347	233	133	171	418	510	233	156	232	347	56	180				
	2001	246	178	177	111	208	256	165	220	199	226	40	132				
	2002	212	161	157	110	245	283	197	212	191	211	52	139				
	1999	133	75	92	78	89	219	122	93	121	146	22	76				
	2000	98	43	30	59	51	117	29	51	76	131	17	44				
Malnutrition (enfants hospitalisés < 5ans)	2001	89	120	70	52	102	109	57	87	338	126	36	77				
	2002	17	18	16	10	17	42	6	12	29	14	6	12				
	1999	9	7	6	3	8	20	5	7	15	8	3	6				
	2000	7	11	7	5	13	33	6	19	20	15	7	10				
	2001	3	15	16	8	15	27	11	24	16	21	4	13				
	2002	7	9	18	11	13	32	12	17	15	14	5	12				
Accouchements assistés	1999	39	21	6	21	26	23	2	33	24	25	4	14				
	2000	78	16	11	29	48	14	4	60	8	36	2	19				
	2001	24	9	11	29	34	14	10	95	7	20	1	16				
	2002	47	11	12	26	31	36	11	78	6	13	2	17				
	1999	24	31	22	16	33	35	30	17	23	32	15	22				
	2000	19	32	16	15	23	39	19	16	25	33	17	20				
MST	2001	6	17	17	9	13	16	10	10	19	13	5	10				
	2002	9	16	20	13	7	19	11	8	13	10	6	10				
	1999	3	10	3	2	5	6	2	7	7	5	5	5				
	2000	7	9	3	3	3	4	2	7	5	6	5	5				
	2001	1	6	2	2	3	2	1	5	3	3	3	3				
	2002	2	8	2	2	2	3	2	5	6	3	3	3				
Consultations curatives	1999	1 393	2 451	1 237	872	2 873	2 409	1 409	925	1 426	1 762	623	1 255				
	2000	1 632	2 585	1 259	1 004	2 003	3 251	806	957	1 451	2 515	656	1 246				
	2001	848	1 976	1 088	759	1 412	2 398	672	1 117	1 559	2 001	463	1 003				
	2002	1 219	2 023	1 163	764	1 082	2 108	702	872	1 168	1 372	452	916				
Incidence de la pauvreté (pour 100)	1999/	77,2	73,6	72,5	64,3	70,3	65,8	53,5	50,8	50,5	53,7	47,8	60,3				
	2001																

Note : l'essentiel du personnel de santé dans les structures de santé est composé d'infirmiers qui supervisent des auxiliaires de santé, des aides-infirmiers et des aides-accoucheuses. En d'autres termes, le nombre de cas par infirmier mesure le volume de prestations réalisées ou supervisées par les infirmiers.

Source : SIS, EICV 1999/2001.

Figure 4.5. Rwanda : nombre de prestations par infirmier selon la prestation et la province (niveaux relatifs)

Note : la province ayant le nombre de prestations par infirmier le plus élevé est utilisée comme référence (base = 1) pour chaque prestation, afin de résumer les niveaux relatifs de productivité sur la base des données du SIS.

Source : SIS 2002.

Les résultats observés pour les soins curatifs se retrouvent pour les prestations des centres de santé (tableau 4.4 et figure 4.5). Ainsi, quelle que soit la zone, la productivité du personnel technique est plus élevée dans les provinces les plus pauvres—c'est le cas de Gikongoro, Butare et Kibuye dans le Sud, par rapport à la province la plus riche de Cyangugu ; de Ruhengeri et Byumba dans le Nord, par rapport aux provinces les plus riches de Gisenyi, Kibungo et Umutara ; et de la région sanitaire de Gitarama par rapport à l'ancienne région sanitaire de Kigali, dans le centre.

Les résultats suggèrent que des gains d'efficacité pourraient être réalisés avec les ressources existantes, notamment à travers le redéploiement du personnel de santé de Kigali vers les provinces où les déficits sont importants, comme Byumba. Dans beaucoup de provinces par ailleurs, les centres de santé continuent d'entretenir un personnel pléthorique par rapport à leur niveau d'activité. Pour accroître l'efficacité des services de santé dans l'ensemble du pays cependant, des mesures visant à améliorer l'utilisation et la continuité

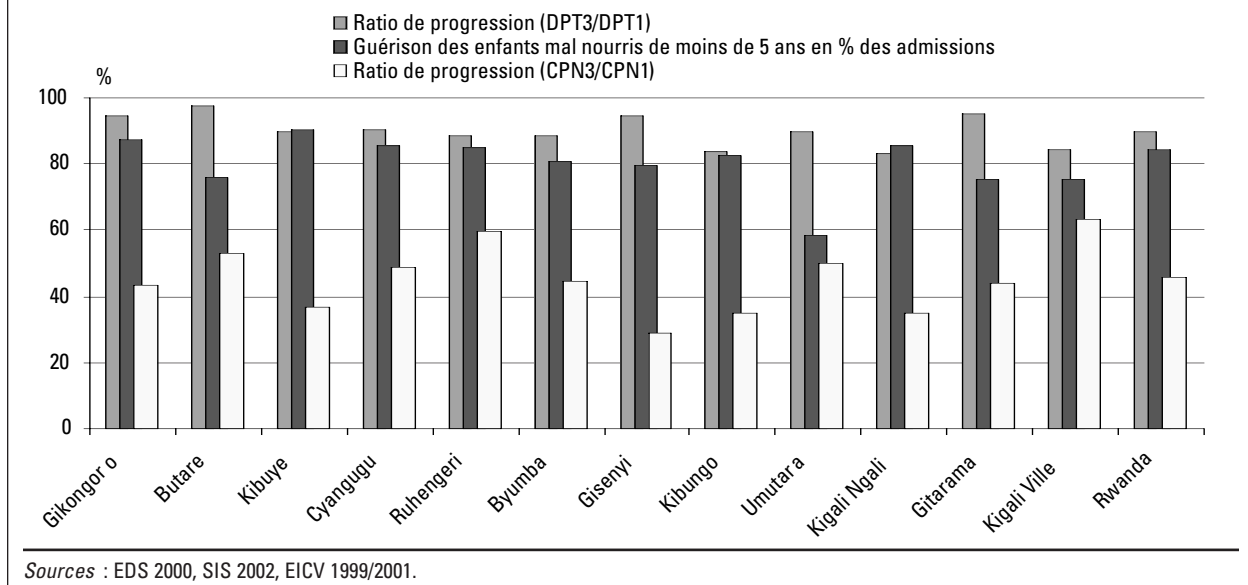
des soins de santé seront nécessaires, afin d'optimiser l'utilisation de la base existante de ressources humaines.

Continuité des services

Pour assurer la qualité des soins, les services de santé de base devraient prendre en charge les patients de façon continue, de la première consultation jusqu'à la fin de l'épisode de maladie ou la disparition du risque encouru. L'observation de la continuité des soins de santé, telle que présentée au tableau 4.5 et à la figure 4.6, suggère qu'en dépit de résultats satisfaisants (la vaccination des enfants notamment), des efforts seront nécessaires dans d'autres domaines, comme la prise en charge de l'enfant malade et des femmes pendant leur grossesse.

Dans l'ensemble du pays, 90 % des enfants qui ont reçu la première dose de DPT (DPT1) ont également reçu la troisième dose (DPT3) : étant donné le niveau élevé de la couverture de DPT1 (86 %), cette progression témoigne d'une bonne continuité des services de vaccina-

Figure 4.6. Rwanda : continuité des soins de l'enfant et de la prise en charge de la grossesse selon la prestation et la province



tion des enfants dans le pays. Toutes les provinces du pays affichent des performances comparables, avec un taux de progression de DPT1 à DPT3 variant de 83 % à 98 %. Des efforts supplémentaires sont nécessaires cependant dans la province de Kibungo et la ville de Kigali, non seulement pour maintenir le taux de progression, mais aussi pour accroître les taux de couverture de DPT1.

Les services de nutrition des enfants de moins de 5 ans présentent aussi des niveaux élevés de continuité. Sur la base des données du SIS, 84 % des enfants hospitalisés pour cause de malnutrition ont été guéris en 2002 : en 1998, le taux de guérison était estimé à moins de 60 %, mais des améliorations notables ont été observées à partir de 1999 et se sont poursuivies en 2000 et 2001. La province d'Umutara fait cependant exception : si les taux de guérison des enfants mal nourris hospitalisés ont progressé entre 1998 et 2000, ils sont en baisse depuis 2001 et sont passés en deçà de 60 % en 2002.

Dans le domaine de la santé de la reproduction, si des progrès ont été enregistrés au cours des cinq dernières années pour la première

CPN (CPN1), beaucoup reste à faire en termes de continuité des soins prénatals¹⁵. Dans l'ensemble du pays, environ 46 % des femmes enceintes ayant eu une CPN1 ont pu bénéficier d'une troisième consultation (CPN3). Dans les zones urbaines, le taux de progression atteint 61 %, contre 44 % dans les zones rurales.

Les disparités entre provinces sont importantes : un écart de 34 % est observé entre la ville de Kigali (taux de progression le plus élevé, à 63 %) et la province de Gisenyi (taux le plus faible, à 29 %). Outre Kigali, les taux de progression du suivi de la grossesse dépassent 50 % dans les provinces de Butare et Ruhengeri ; ils sont inférieurs à 40 % dans les provinces de Gisenyi, Kibuye et Kibungo et Kigali Ngali.

On voit donc que la continuité des soins de santé de base dans le pays est un domaine où des efforts certains devront être consentis. Les gains réalisés pour la vaccination et les services de nutrition des enfants devront être consolidés. Quant à ceux observés dans la couverture de la CPN1, ils ne cachent pas les écarts importants qui continuent de prévaloir dans le pays.

Tableau 4.5. Rwanda : continuité des services de santé de l'enfant et des services de santé de la reproduction

	Santé de l'enfant				Santé de la reproduction		
	% des enfants de 12 à 23 mois vaccinés			% de guérison des enfants de moins de 5 ans hospitalisés pour malnutrition	CPN : % de femmes ayant eu une naissance vivante au cours des 12 derniers mois		
	DPT1	DPT3	Ratio DPT3/DPT1		CPN1	CPN3	Ratio CPN3/CPN1
Urbain	87,5	78,7	90,0		91,5	56,0	61,2
Rural	85,2	76,7	90,0		95,1	42,2	44,4
Gikongoro	95,0	90,0	94,7	87,2	93,2	40,4	43,4
Butare	92,7	90,7	97,8	76,1	88,2	47,0	53,3
Kibuye	83,3	75,0	90,0	90,2	94,1	34,5	36,7
Cyangugu	85,6	77,1	90,1	85,4	86,0	42,0	48,9
Ruhengeri	87,2	77,1	88,4	84,7	97,1	57,6	59,4
Byumba	83,6	74,2	88,8	80,7	99,0	44,2	44,7
Gisenyi	86,1	81,2	94,3	79,7	93,5	26,8	28,7
Kibungo	78,1	65,6	84,0	82,5	95,5	33,3	34,9
Umutara	84,1	75,6	89,9	58,4	96,5	48,3	50,0
Kigali Ngali	84,9	70,5	83,1	85,4	94,7	33,3	35,2
Gitarama	87,5	83,0	94,9	75,6	96,0	42,1	43,9
Kigali-ville	78,5	66,3	84,5		89,7	56,8	63,3
Pauvre	79,6	69,0	86,6		90,8	34,7	38,2
Pauvre-moyen	85,0	77,8	91,6		94,3	42,4	45,0
Moyen	87,4	77,0	88,1		96,4	44,4	46,1
Riche-moyen	85,4	77,7	91,0		94,9	37,8	39,8
Riche	87,7	80,9	92,2		96,4	55,5	57,5
Rwanda	85,6	77,0	90,0	84,3	94,8	43,5	45,9

Sources

EDSR 2000

SIS 2002

EICV 1999/2001

Paquet essentiel de services et couverture des pauvres

Il ressort des discussions sur les réformes engagées depuis 1995 pour réorienter les programmes de santé (section 4.1) que les initiatives ont visé à faire face au double fardeau des maladies liées à la pauvreté et des séquelles de la guerre de 1994. La lutte contre le paludisme, le VIH/SIDA, la tuberculose, les maladies de l'enfance et la malnutrition ainsi que la santé de la reproduction et la santé mentale font partie des priorités des autorités sanitaires du pays. Nous étudierons ici la couverture des

pauvres pour ces interventions essentielles de santé en nous basant sur la littérature grise du ministère de la Santé et les données du système d'information sanitaire (SIS). Les données des enquêtes (EDS 2000, EIM 2000 et EICV 1999/2001) seront combinées à celles du SIS.

Lutte contre le paludisme. Comme nous l'avons vu au chapitre 2, le paludisme reste l'un des plus grands problèmes sanitaires du pays et constitue le premier motif de consultation dans les formations sanitaires ; il est aussi la principale cause de mortalité. Les données des centres de santé indiquent que tout patient

se présentant en consultation avec de la fièvre sans que le clinicien n'arrive à poser un diagnostic précis (soit quelque 50 % des cas) est considéré comme ayant une attaque de paludisme et soigné en fonction¹⁶. Le fardeau économique et social attribuable au paludisme est très lourd au Rwanda, à cause des coûts directs et indirects associés à la prise en charge de la maladie, à l'absentéisme (scolaire et au travail) et aux décès¹⁷. Toutes les couches de la population sont touchées, mais les groupes les plus vulnérables sont les enfants, les femmes enceintes et les personnes non immunes.

Pour résoudre ce problème, les stratégies ont porté principalement sur la prise en charge des cas de paludisme et la prévention. La prise en charge passe par un diagnostic précoce et correct des cas et par un traitement adéquat ; elle implique aussi la formation du personnel de santé à tous les niveaux ainsi que l'éducation des populations pour qu'elles puissent reconnaître à temps la maladie et savoir que faire lors d'une contamination ou d'une crise. La prévention est essentiellement axée sur la lutte anti-vectorielle et l'utilisation de matériaux imprégnés d'insecticide. Une étude conduite en Gambie a montré que l'utilisation des moustiquaires imprégnées pouvait réduire de 25 % le taux de mortalité des enfants âgés de un à 9 ans (Umberto, 1995). Une étude similaire réalisée au Rwanda dans la province de Gikongoro fait état d'une diminution de l'incidence et de la prévalence du paludisme dans cette zone de respectivement 10,2 % et 16 %. Ainsi, l'utilisation à grande échelle de moustiquaires imprégnées au Rwanda pourrait contribuer significativement à la réduction de la morbidité et de la mortalité dans le pays.

L'implantation de ces stratégies dans le pays tarde, la couverture restant minime en particulier pour les populations les plus pauvres : si environ 6 % des enfants de moins de 5 ans dorment sous une moustiquaire imprégnée dans l'ensemble du pays, ce taux passe en deçà de 1 % dans les provinces les plus pauvres (Gikongoro, Kibuye, Ruhengeri et Byumba).

Seule la capitale semble bénéficier d'une couverture significative (tableau 4.6). Au niveau de la prise en charge, non seulement le recours aux soins est tardif, mais il est rare. Le tableau 4.5 indique que le niveau d'utilisation des services de santé dans la population générale reste faible, malgré les tendances à la hausse observées dans la zone centrale après la baisse soutenue des taux d'utilisation entre 1996 et 1999 et une hausse importante dans les provinces de Byumba et de Umutara (Nord) et de Butare (Sud). Les niveaux d'utilisation sont encore plus faibles parmi les enfants de moins de 5 ans en cas de fièvre et parmi les plus pauvres (tableau 3.3 et tableau 4.6).

En d'autres termes, il beaucoup reste à faire si l'on veut que les pauvres bénéficient des interventions dans le cadre de la lutte contre le paludisme. La corrélation entre efficacité des stratégies et capacités financières des ménages dans un pays où 60 % de la population vit en dessous du seuil de pauvreté suggère que des subventions plus importantes devraient être accordées à la lutte contre la maladie. Par ailleurs, le relief accidenté du Rwanda et les contraintes d'accès aux services de santé soulignent l'importance des stratégies communautaires, à développer.

Lutte contre le VIH/SIDA. L'infection par le VIH/SIDA est l'un des problèmes majeurs de santé publique au Rwanda. Depuis la description des premiers cas en 1983, cette épidémie n'a cessé de progresser, atteignant toutes les couches de la population—mais la majorité des personnes infectées sont des adultes âgés de 19 à 45 ans, qui constituent les forces vives de la nation. On estime actuellement à 400 000 le nombre d'adultes vivant avec le VIH et à 10–15 % des PVVIH développent la maladie. L'impact du SIDA sur la production économique des ménages affectés est considérable : non seulement la personne malade est incapable de travailler, mais les autres membres de la famille sont obligés de prendre soin du malade, qui souffre d'infections opportunistes

à répétition et qui reste longtemps alité, soit à domicile, soit à l'hôpital.

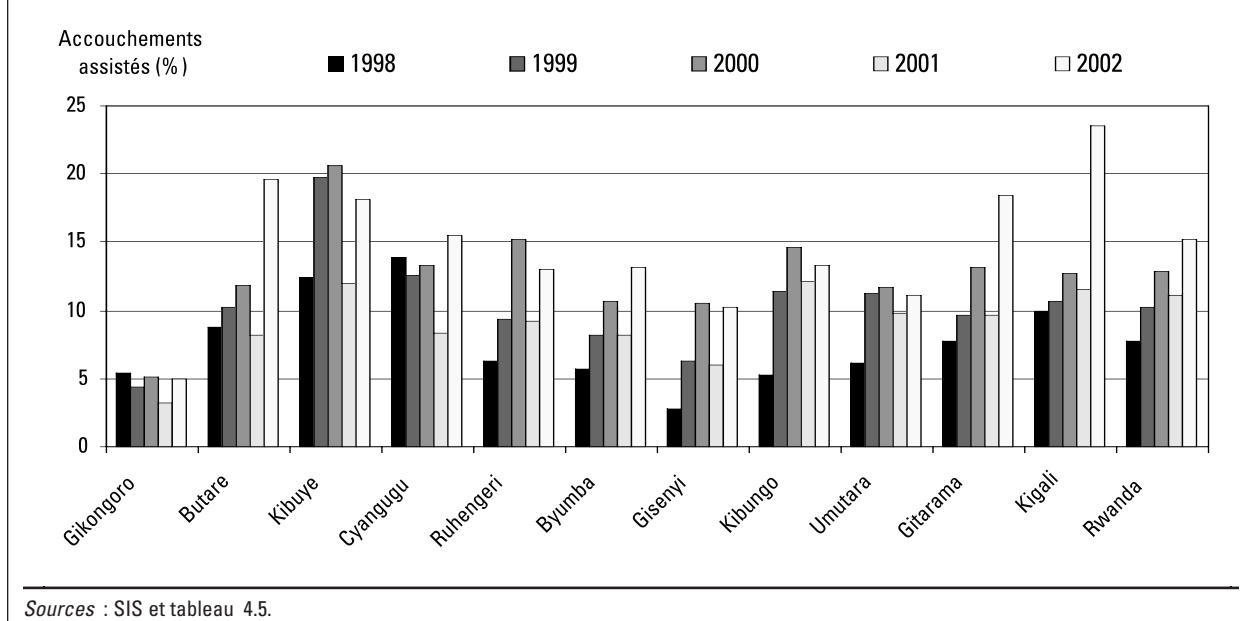
Au cours des 15 dernières années, des efforts considérables de sensibilisation ont été accomplis pour tenter d'endiguer l'épidémie. Avec la maturation et la généralisation de l'épidémie, l'attention porte actuellement sur l'amélioration de la prise en charge médicale des PVVIH, ce qui impose une formation et un recyclage régulier du personnel de santé dans les formations sanitaires. Cela exige aussi que les médicaments préventifs et curatifs pour les infections opportunistes soient disponibles. Par ailleurs, il conviendrait de renforcer l'implantation de services de prévention de la transmission verticale (mère/enfant) dans les formations sanitaires du pays. Le plan stratégique de lutte contre le VIH/SIDA 2002–06, qui bénéficie de l'appui du projet multisectoriel de lutte contre le VIH/SIDA (MAP), financé par la Banque mondiale, et des autres partenaires au développement, contribuera au renforcement des capacités nationales dans ces domaines.

Lutte contre la tuberculose. La tuberculose est un problème séculaire de santé publique au Rwanda. Depuis la tragédie de 1994, la situation épidémiologique n'a fait qu'empirer en 1995 seuls 3 057 cas avaient été notifiés, ce chiffre a plus que doublé en 1999, avec 6 557 cas. Cette aggravation s'explique surtout par les mauvaises conditions de vie de la population. En effet, les événements tragiques de 1994 ont été à l'origine d'une détérioration des conditions de logement, de carences alimentaires multiples, d'hygiène rudimentaire et d'infections en tout genre—autant de facteurs de risque pour la transmission de la tuberculose qui affectent les franges les plus pauvres de la population. De plus, l'ignorance des premiers signes de la maladie et des mesures de prévention dans la grande majorité de la population, la pandémie de SIDA, la surpopulation carcérale entraînant la promiscuité et des conditions précaires d'hygiène sont aujourd'hui des facteurs majeurs de risque. Maladie liée à la pau-

vreté, la tuberculose est aussi un facteur d'aggravation de la pauvreté pour les individus et les familles qui en sont victimes, sans oublier le pays qui doit consentir d'énormes efforts pour assurer un traitement gratuit aux malades.

L'amélioration de la lutte contre la tuberculose dépendra dans une large mesure du renforcement des capacités des services de santé de base et d'une connaissance accrue de la maladie chez les ménages, conduisant à une modification indispensable des comportements. Les stratégies actuelles prévoient la détection précoce d'au moins 70 % des cas bacillifères et leur traitement correct (afin de stopper la transmission), l'intégration des activités de dépistage et de prise en charge dans les services de santé de base, un traitement court, gratuit et standardisé, directement supervisé, pour tous les cas de rechute et l'approvisionnement régulier en médicaments, réactifs et matériels. Ces stratégies comprennent aussi le renforcement du système de pilotage et d'évaluation du dépistage et du traitement pour tous les cas BK+ ainsi que l'éducation et l'information de la population sur l'origine, les signes, le traitement et les mesures préventives contre la tuberculose.

Santé de la reproduction. Au Rwanda, la pauvreté entretient des relations étroites avec les problèmes de santé de la reproduction. Premièrement, on observe une mortalité maternelle très élevée (pendant la grossesse et l'accouchement), supérieure aux estimations de l'EDSR (autour de 1 071 décès pour 100 000 naissances vivantes, ce qui correspond à environ 4 020 décès par an, sans compter les décès liés aux complications des avortements clandestins et des femmes qui décèdent après avoir donné naissance à un enfant mort-né). D'autant plus que pour une femme qui décède, 16 resteront handicapées à vie (fistules). Cette forte mortalité maternelle prive les familles de forces productrices et de prise en charge maternelle, ce qui appauvrit aussi bien la famille que le pays. Autre fardeau important pour les familles

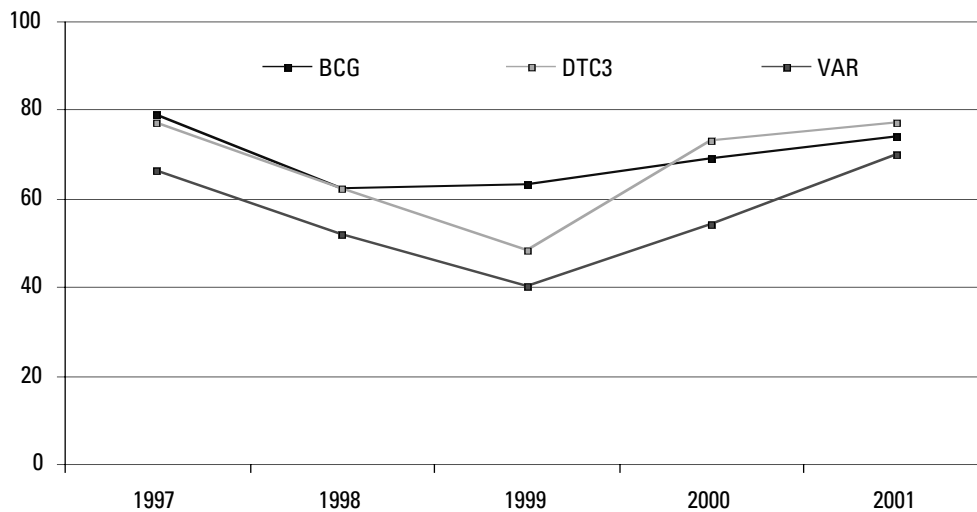
Figure 4.7. Rwanda : évolution de la couverture de l'assistance à l'accouchement selon la région, 1998-2001

pauvres, les niveaux excessifs de mortalité infantile et juvénile (chapitre 2). Mais les problèmes de santé sexuelle et reproductive des adolescents sont eux aussi préoccupants, étant donné les liens avec les MST/SIDA (*supra*) et ce, d'autant plus que les études ont montré que 25 % des jeunes Rwandais sont sexuellement actifs¹⁸. En outre, les femmes étant dépourvues de pouvoir de décision et de négociation en ce qui concerne les relations sexuelles, elles sont particulièrement exposées avec, comme conséquence, une santé précaire associée à une dépendance excessive et de faibles niveaux d'utilisation de services de santé (tableau 4.6). Enfin, la faible utilisation des services de santé de la reproduction et le manque d'assistance professionnelle (à l'accouchement en particulier) contribuent aux risques élevés de décès maternels et infantiles et, par conséquent, à l'appauvrissement des familles (figure 4.7).

Les stratégies d'amélioration de la santé de la reproduction sont en cours d'implantation dans le pays ; les efforts internes et les appuis extérieurs devront être particulièrement renforcés. Il conviendra d'améliorer l'accessibilité des femmes aux services de santé, à travers la création de cases maternelles, le renforcement des

mutuelles de santé et la prise en charge des accouchements. Les activités d'information, éducation et communication (IEC) devront être renforcées pour inciter les gens à modifier leurs comportements vis-à-vis de l'utilisation des services de santé maternelle (consultations prénatales, accouchement et consultations postnatales). Les autorités sanitaires auront besoin d'appuis pour actualiser et mettre en place des normes, pour former le personnel de santé mais aussi pour équiper et approvisionner les services de santé de la reproduction. Enfin, le ministère devra renforcer ses capacités de gestion stratégique des interventions de santé de la reproduction, y compris les capacités de plaidoyer ciblées sur les pouvoirs publics et la société civile.

Lutte contre les maladies de l'enfance. Le gouvernement rwandais a inscrit la lutte contre les maladies de l'enfance dans ses priorités, en privilégiant notamment la prévention. C'est dans ce cadre que le PEV a été créé en 1978 pour lutter contre six maladies évitables par la vaccination : la tuberculose, la poliomyélite, la coqueluche, la diphtérie, le tétanos et la rougeole.

Figure 4.8. Rwanda : évolution de la couverture vaccinale de routine par antigène, 1997–2001

Source : Rapports SIS 1997 à 2001, MINISANTE.

Après la relance du PEV en 1995, le programme est aujourd'hui opérationnel dans toutes les formations sanitaires du pays et les résultats obtenus depuis les cinq dernières années sont globalement acceptables. Cela étant, si la couverture vaccinale atteignait en 1997 un niveau presque satisfaisant pour les six antigènes, on a observé ensuite une baisse de la couverture vaccinale jusqu'en 1999, année où les taux de couverture pour la majorité des antigènes (à l'exception du BCG) sont tombés à moins de 50 % (figure 4.8). Cette baisse s'explique essentiellement par un relâchement des efforts de suivi et de supervision des activités.

L'exemple de la rougeole illustre bien les conséquences de ce relâchement des activités de vaccination sur l'incidence des maladies infantiles (figure 4.9), la baisse enregistrée en 1998 ayant déclenché une flambée des cas. La diminution très significative des cas de rougeole enregistrés ces deux dernières années constitue dès lors un indicateur très important du succès du programme de vaccination dans le pays.

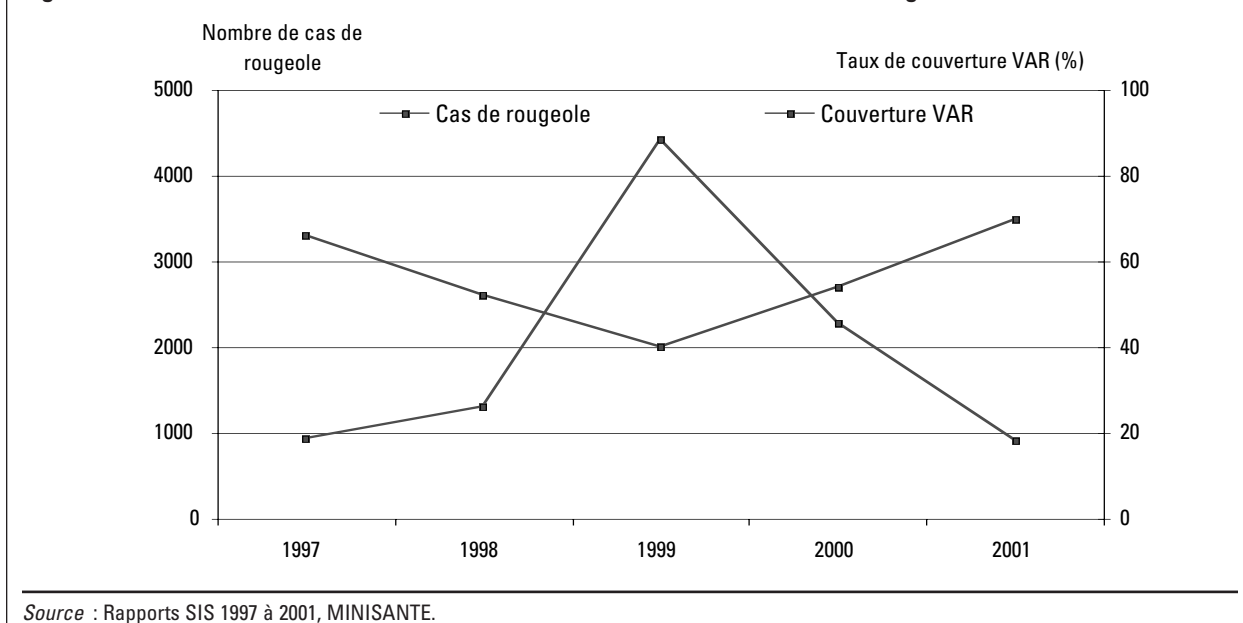
On observe un redressement de la situation à partir de l'année 2000, après la baisse de 1998 et 1999 : grâce au soutien financier reçu de l'Alliance mondiale pour les vaccins et la

vaccination (GAVI) visant à renforcer les services de vaccination. L'adoption de la seringue autobloquante, fournie par le gouvernement rwandais, a suscité la confiance des mères, contribuant ainsi à l'augmentation de la couverture vaccinale. Les taux ont ainsi oscillé en 2001 entre 70 % et 80 % pour tous les antigènes dans la majorité des régions sanitaires, à l'exception d'Umutara et de Kigali où les taux de couverture du vaccin anti-rougeole sont restés inférieurs à 60 % (figure 4.10).

Le Rwanda participe activement à l'effort mondial d'éradication de la poliomyélite en organisant des journées nationales de vaccination (JNV) contre la polio. Les taux moyens de couverture vaccinale dans les JNV ont dépassé 80 % depuis 1998, pour atteindre 97 % en 2001. Le taux de couverture en 1999 a même dépassé 100 %, car la population cible était biaisée par le retour massif des réfugiés et des déplacés, le dénominateur n'étant pas bien connu (maîtrisé). La réussite des JNV est principalement due à une mobilisation sociale soutenue au plus haut niveau politique, à un partenariat multisectoriel et à l'expérience cumulée dans leur organisation.

Plusieurs stratégies ont été combinées pour atteindre ces résultats : la formation des agents

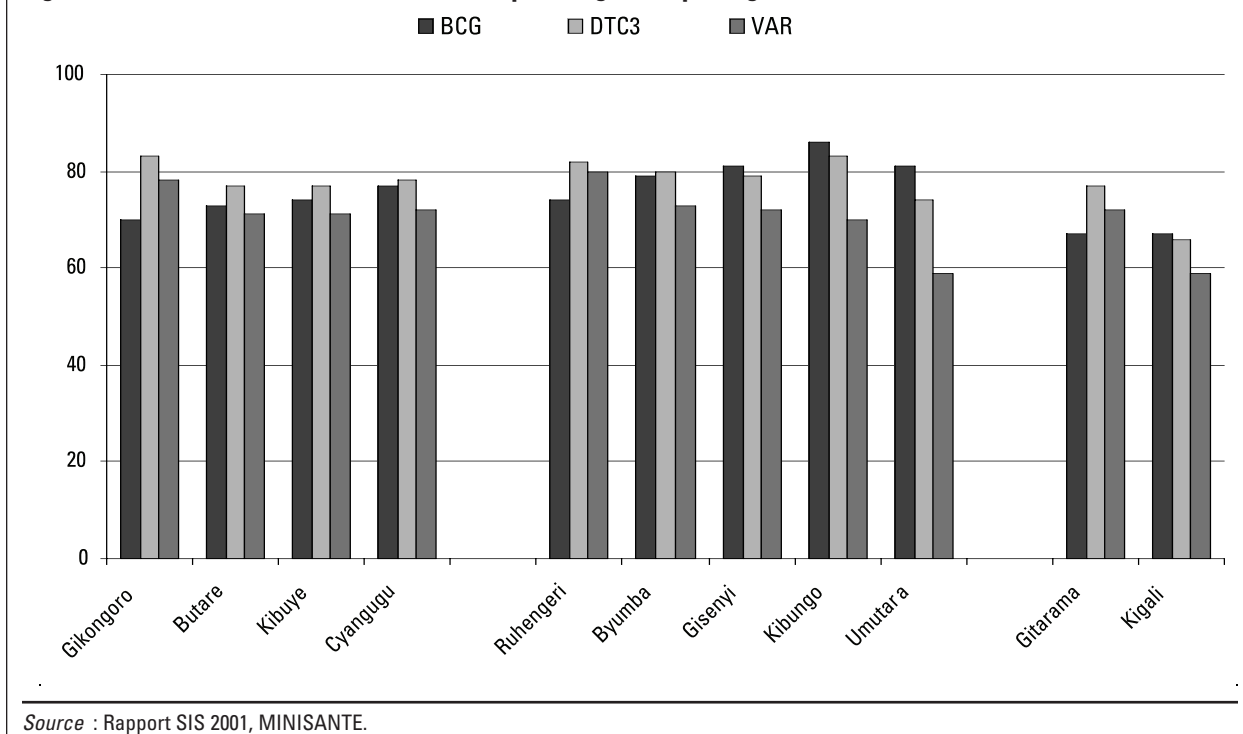
Figure 4.9. Rwanda : évolution de la couverture vaccinale et incidence de la rougeole, 1997– 2001



de santé, la supervision et le pilotage des activités mais aussi le renforcement de la maintenance des équipements et de la logistique du PEV. Ces efforts devront être poursuivis dans

les années qui viennent pour maintenir les taux de couverture à des niveaux permettant leur traduction en gains de survie pour les enfants. De tels efforts bénéficieraient particulièrement

Figure 4.10. Rwanda : couverture vaccinale par antigène et par région, 2001



aux enfants pauvres, les interventions du PEV faisant partie des rares interventions sanitaires du pays où l'équité a été préservée.

Lutte contre la malnutrition. La situation nutritionnelle des enfants de moins de 5 ans est caractérisée par des taux élevés de malnutrition chronique (42 %) et d'insuffisance pondérale (27 %). Cependant, la situation s'est légèrement améliorée entre 1992 et 2000. On constate, en étudiant la situation en fonction du lieu de résidence, qu'en 2000, près de la moitié des enfants ruraux (45 %) souffrent de malnutrition chronique, contre un peu moins d'un tiers (28 %) en milieu urbain. Les femmes rwandaises pratiquent largement l'allaitement : dès la naissance, 99,5 % des enfants sont allaités ; 48 % le sont dans l'heure qui suit immédiatement la naissance, 96 % sont nourris au lait maternel exclusif jusqu'à l'âge de 4 mois et 71 % jusqu'à l'âge de 6 mois. La durée médiane d'allaitement est de 32,6 mois.

A part la forte anémie des enfants de moins de 5 ans (43,1 % d'après l'EDS 1996), qui est un vrai problème de santé publique, les autres carences en micro-nutriments se manifestent de façon moins grave. Toujours selon l'EDS 1996, la prévalence du goitre est relativement modérée (25,9 %) et, selon l'EDS 2000, la quasi-totalité des enfants de moins de 5 ans (92 %) vit dans des ménages utilisant du sel iodé (15 parts par million). L'avitaminose est un problème bénin puisque seulement 1,1 % d'enfants d'âge préscolaire souffrent d'une carence en rétinol sanguin (<10ug/l) ; par ailleurs plus des deux tiers des enfants de moins de 5 ans ont reçu des compléments de vitamine A. Le béribéri (0,1 %), la pellagre (1,0 %) et le scorbut (0,8 %) sont des pathologies très rares.

A l'instar de la lutte contre le paludisme et de l'amélioration de la santé de la reproduction, la lutte contre la malnutrition souffre de la faiblesse de l'utilisation des services de santé. Rares sont en effet les personnes à recourir aux services nutritionnels, dont l'utilisation n'a par ailleurs guère évolué depuis les quatre

dernières années, passant de 16,8 % à 16,5 % entre 1998 et 2001. En outre, les données sur les enfants de moins de 5 ans hospitalisés pour malnutrition (tableau 4.5) suggèrent une baisse généralisée des activités de nutrition dans les centres de santé. Cependant, l'utilisation des services nutritionnels est en moyenne de 32 % dans les districts de santé où cette stratégie est mise en œuvre. Ainsi, une réorientation stratégique mettant beaucoup plus l'accent sur les stratégies à base communautaire pourrait contribuer au renforcement des performances des interventions de lutte contre la malnutrition dans le pays.

Promotion de la santé mentale. L'une des séquelles les plus durables du génocide de 1994 reste son impact sur la santé mentale de la population, qui imprime une dimension spécifique aux interrelations entre la pauvreté et la santé au Rwanda (encadré 4.2). Pour parer à l'urgence, le gouvernement et les ONG, aussi bien locales qu'internationales, ont défini des stratégies permettant de répondre au mal-être psychologique de la population. Le ministère de la Santé s'est résolu à s'occuper des personnes souffrant psychologiquement mais aussi à aider la communauté à mieux les prendre en charge.

C'est dans ce cadre qu'a été créé en 1995 le Centre national de traumatisme, remplacé en 1999 par le Service de consultations psychosociales (SCP), qui dispense des soins ambulatoires. L'hôpital neuropsychiatrique (HNP) de Ndera quant à lui, prend, le relais pour les cas nécessitant une hospitalisation. Des ONG et programmes d'appui se sont également impliqués dans le domaine psychosocial. En outre, dans un souci de rapprocher davantage ces services de la communauté, le ministère de la Santé a doté les hôpitaux de district de structures d'accueil pour les personnes souffrant des maladies psychosociales.

Les principales activités de l'année 2001 illustrent les progrès enregistrés. Le renforcement des capacités internes de réponse aux problèmes de

Encadré 4.2. La santé mentale au Rwanda

En 1994, plus d'un million de Rwandais ont été tués dans des circonstances atroces au cours d'un génocide sans précédent, qui n'aura duré que 100 jours, et plus de 1 700 000 Rwandais se sont réfugiés dans les pays voisins. Parmi ces réfugiés figuraient aussi bien des génocidaires que des simples citoyens ayant suivi la vague d'émigration. Ces derniers allaient rentrer au pays plus tard, après avoir traversé de dures épreuves et perdu beaucoup de proches.

Le Rwanda de l'après génocide comprend trois catégories de population : les rescapés, les rapatriés, et ceux qui rentrent des camps de réfugiés et de déplacés. Toutes ces personnes partagent plus ou moins une même souffrance psychique en raison des chocs subis, mais chacun à sa manière : les victimes, à travers les scènes qu'elles ont vécues ; les rapatriés, à cause des pertes massives des leurs ; les réfugiés, pour avoir subi de lourdes peines sur le chemin de l'exil ; et les bourreaux, pour avoir massacré des innocents.

Les rescapés restent profondément blessés, physiquement bien entendu mais aussi, et surtout, psychologiquement. La famille nucléaire traditionnelle a été démantelée. Le Rwanda compte un grand nombre de veuves, qui ne bénéficient du reste d'aucune assistance familiale, car les familles ont été décimées et meurtries tant corporellement et moralement qu'économiquement. Selon une enquête menée par l'Office national de la population (ONAPO) en 1996, les femmes constituent 53 % de la population rwandaise, dont 34 % sont chefs de ménage. Le Rwanda comprend aussi un grand nombre d'orphelins chefs de ménage (65 000 enfants en 1998, selon un rapport de l'ONAPO) vivant sans encadrement. On déplore aussi une forte prévalence du VIH/SIDA, aggravée par les viols et les lésions corporelles provoquées par des machettes et autres objets tranchants utilisés sur plusieurs victimes.

On remarque également une recrudescence de la violence, qui s'explique par la transgression des mœurs, tabous et valeurs morales intervenue pendant le génocide. Une enquête menée par l'UNICEF en 1995 révèle que sur un échantillon de 3 030 enfants recensés dans 11 provinces, 80 % ont eu au moins un membre de leur famille tué, 90 % se sont sentis en danger de mort et 95 % ont été témoins de scènes de violence.

Tout cela entraîne une souffrance psychique pour bien des ménages rwandais. De plus en plus importants, ces problèmes psychosociaux sont devenus un réel problème de santé publique, auquel viennent s'ajouter deux autres grands défis : le processus GACACA¹⁹ et les abus sexuels.

Que justice soit rendue est une condition vitale pour le rétablissement de la santé mentale de la population et pour la réconciliation nationale. Compte tenu de la complexité des procès du génocide, le gouvernement a créé des juridictions participatives GACACA après une large consultation avec la population. Durant leurs procès, les accusés devront relater les faits, ce qui laisse craindre la survenue d'émotions fortes, aussi bien chez les rescapés que chez les bourreaux, sans parler de l'impact psychique sur les juges élus, obligés d'écouter attentivement ces récits dramatiques. C'est pour gérer cette problématique de décompensation psychique durant le processus GACACA que le PNSM prévoit les activités suivantes : renforcement des capacités techniques des personnes ressources existantes (agents de santé mentale, titulaires des centres de santé, animateurs de santé...) dans tout le pays ; et garantie d'une prise en charge psychosociale et d'un suivi des cas déclarés.

Autre problème qui prend de plus en plus d'ampleur, celui des abus sexuels à l'encontre des enfants et des adolescents. Tout au long de l'année 1999, l'ARFEM (Association rwandaise des femmes journalistes) a réalisé une étude sur les abus sexuels à l'encontre des filles de moins de 15 ans²⁰. Les résultats publiés en avril 2000 montrent qu'au total, 2 437 filles ont été reconnues victimes d'abus sexuels, parmi lesquelles 113 avaient contracté une MST et 14 le virus du sida. Le rapport souligne que, du fait de l'importance des viols non déclarés, la plupart des victimes n'ont pas subi d'examen—ce qui biaise le nombre de filles abusées et contaminées. Conscients de la gravité de la question, le gouvernement et la société civile prennent les choses en main et des initiatives ont été engagées pour endiguer ce fléau. À titre d'exemple, le ministère de la Santé a ordonné la gratuité de l'expertise post-viol. En outre, des sessions de formation ciblant les magistrats et les agents de santé ont été organisées.

Tableau 4.6. Rwanda : niveaux et évolution de la couverture des services essentiels de santé, 1998 à 2002

Année	Zone Nord										Zone centrale			Rwanda	Source de données
	Zone Sud					Zone Nord					Zone centrale				
	Gikongoro	Butare	Kibuye	Cyangugu	Ruhengeri	Byumba	Gisenyi	Kibungo	Umutara	Gitarama	Kigali	Ngali	Kigali			12,3	60,3	EICV 1999/2001
1999/2001	77,2	73,6	72,5	64,3	70,3	65,8	53,5	50,8	50,5	53,7	70,9	12,3	60,3	EICV 1999/2001	
Incidence de la pauvreté (%)															
Santé de l'enfant															
Taux de couverture du BCG (%)	1998	61,9	60	46,2	58,9	57,0	38,0	64,0	36,6	48,4	53,2		52,2	SIS	
	1999	45,6	69	87,7	57,8	67,2	66,3	133,6	125,7	42,2	48,7		65,1		
	2000	74,8	77	101,0	63,4	93,6	88,6	132,1	131,6	51,7	54,2		77,5		
	2001	58,1	70	84,0	59,1	65,8	67,3	140,2	131,2	48,3	80,1		72,2		
	2002	73,3	100	86,4	72,4	75,0	79,3	171,0	145,5	70,7	109,1		93,3		
Taux de couverture de la rougeole (%)	1998	62,7	54	41,2	47,9	47,3	28,1	48,6	24,8	50,0	45,3		45,5	SIS	
	1999	40,2	55	54,1	44,1	28,8	37,3	68,6	62,2	33,0	35,5		42,1		
	2000	57,0	66	69,3	57,7	66,2	73,4	108,5	104,0	45,5	45,6		61,8		
	2001	62,0	70	77,8	52,9	71,7	58,1	112,2	94,3	51,2	60,9		66,1		
	2002	52,1	61	70,7	56,3	53,1	52,2	101,6	79,0	47,2	60,2		59,5		
Taux de couverture de DPT3 (%)	1998	70,0	66	49,4	60,8	52,0	37,7	60,4	36,3	58,2	54,7		54,7	SIS	
	1999	41,1	59	69,3	47,9	39,1	43,7	98,5	95,1	38,3	41,1		50,3		
	2000	79,0	77	104,8	66,7	99,5	93,4	136,2	141,1	61,2	56,3		82,8		
	2001	67,7	77	90,5	60,5	97,1	64,0	134,7	123,3	55,7	71,6		73,9		
	2002	63,4	81	69,6	64,8	70,7	66,9	141,1	126,2	55,2	83,4		78,1		
Proportion d'enfants de moins de 5 ans ayant dormi sous une moustiquaire (%)	2000	0,0	6,6	0,0	3,8	0,4	7,7	5,9	6,1	8,7	6,5	40,0	6,0	EIM 2000	
Proportion d'enfants de moins de 5 ans emmenés chez un prestataire moderne en cas de fièvre ou de toux (%)	2000	6,0	12,3	7,6	11,0	15,2	11,9	14,0	15,0	14,1	14,4	34,2	13,3	EDSR 2000	
Proportion d'enfants de moins de 5 ans emmenés chez un prestataire moderne en cas de diarrhée (%)	2000	12,3	14,3	7,9	27,8	24,5	13,9	21,6	9,8	17,8	17,1	29,3	17,6		
Malnutrition (enfants de moins de 5 ans hospitalisés)	1998	14,535	14,626	12,988	10,859	10,904	10,106	17,419	8,956	20,732	12,833		150,049	SIS	
	1999	6,134	6,709	7,765	9,386	9,203	9,649	9,258	6,148	11,403	11,116		100,532		
	2000	4,413	4,113	2,331	7,158	5,116	4,909	5,054	4,186	10,246	9,034		59,942		
	2001	5,676	14,394	5,674	7,523	12,618	8,864	9,088	19,926	12,950	22,749		126,875		
	2002	1,210	2,275	1,489	1,401	2,291	3,132	1,368	1,856	1,741	3,884		21,409		

Tableau 4.6. (suite)

Année	Zone Sud						Zone Nord						Zone centrale				Rwanda	Source des données
	Gikongoro	Butare	Kibuye	Cyangugu	Ruhengeri	Byumba	Gisenyi	Kibungo	Umutara	Gitarama	Kigali	Mgali	Kigali	Rwanda				
Santé de la reproduction																		
Taux d'utilisation de la PF (nouvelles adeptes/femmes en âge de procréer) (%)																		
1998	0,6	0,8	1,0	0,3	0,5	0,9	1,0	1,3	0,7	1,3	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	SIS	
1999	0,4	0,8	1,5	0,4	1,0	0,9	1,0	1,4	1,8	1,3	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	0,8	
2000	0,2	1,0	1,3	0,6	0,7	1,2	0,9	3,0	2,9	1,2	1,6	1,6	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	
2001	0,3	1,4	1,7	0,9	1,0	1,4	1,2	2,9	2,2	1,1	1,7	1,7	1,4	1,4	1,4	1,4	1,4	
2002	0,4	1,2	2,3	1,3	1,1	1,6	1,0	2,5	2,2	1,3	2,1	2,1	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	
1999/2001	93,2	88,2	94,1	86,0	97,0	99,0	93,5	95,5	96,5	96,0	94,7	89,7	94,8	94,8	94,8	94,8	EICV 1999/2001	
Proportion de femmes enceintes ayant eu au moins 1 CPN (%)																		
1999/2001	40,4	47,0	34,5	42,0	57,6	44,2	26,8	33,3	48,3	42,1	33,3	56,8	43,5	43,5	43,5	43,5	43,5	
Proportion de femmes enceintes ayant eu au moins 3 CPN (%)																		
1998	5,5	8,8	12,4	13,9	6,3	5,7	2,8	5,2	6,2	7,8	10,0	10,0	7,8	7,8	7,8	7,8	SIS	
1999	4,5	10,2	19,7	12,6	9,3	8,2	6,3	11,4	11,3	9,7	10,6	10,6	10,2	10,2	10,2	10,2	10,2	
2000	5,1	11,8	20,6	13,3	15,3	10,7	10,5	14,7	11,7	13,1	12,7	12,7	12,9	12,9	12,9	12,9	12,9	
2001	3,2	8,2	12,0	8,3	9,2	8,2	6,0	12,1	9,7	9,7	11,5	11,5	11,2	11,2	11,2	11,2	11,2	
2002	5,0	19,6	18,1	15,4	13,0	13,1	10,3	13,3	11,1	18,4	23,6	23,6	15,2	15,2	15,2	15,2	15,2	
Maladies transmissibles																		
MST (nombre de cas)																		
1998	1,001	3,403	1,212	1,818	863	1,415	1,374	1,518	1,623	2,301	4,556	4,556	21,084	21,084	21,084	21,084	21,084	
1999	1,088	2,812	1,881	1,921	3,358	1,527	3,431	1,739	1,166	2,461	7,305	7,305	28,689	28,689	28,689	28,689	28,689	
2000	842	3,018	1,302	1,819	2,328	1,648	2,192	1,563	1,351	2,582	8,629	8,629	27,274	27,274	27,274	27,274	27,274	
2001	367	2,076	1,349	1,340	1,581	1,331	1,280	1,079	1,101	1,374	3,302	3,302	16,180	16,180	16,180	16,180	16,180	
2002	614	2,017	1,799	1,934	990	1,446	1,437	917	803	1,159	3,929	3,929	17,045	17,045	17,045	17,045	17,045	
1998	69	837	445	260	282	287	107	740	197	287	2,405	2,405	5,916	5,916	5,916	5,916	5,916	
1999	148	884	220	287	485	248	228	721	359	375	2,405	2,405	6,360	6,360	6,360	6,360	6,360	
2000	310	812	227	347	287	182	204	653	258	438	2,650	2,650	6,368	6,368	6,368	6,368	6,368	
2001	83	723	130	287	430	170	163	522	191	319	2,013	2,013	5,031	5,031	5,031	5,031	5,031	
2002	153	999	208	284	233	214	212	609	380	372	1,697	1,697	5,361	5,361	5,361	5,361	5,361	
Consultations curatives																		
Taux d'utilisation (%)																		
1998	22,1	48,7	28,7	34,4	34,3	28,9	26,0	26,0	24,7	32,2	43,5	43,5	32,4	32,4	32,4	32,4	32,4	
1999	14,5	37,3	35,5	19,6	37,3	16,2	21,6	25,2	41,0	16,7	30,5	30,5	25,8	25,8	25,8	25,8	25,8	
2000	19,3	42,2	33,9	20,4	23,9	19,6	12,8	30,6	45,8	21,8	32,9	32,9	25,8	25,8	25,8	25,8	25,8	
2001	16,0	39,8	25,0	20,7	19,6	26,3	10,3	29,4	47,2	22,1	43,8	43,8	26,1	26,1	26,1	26,1	26,1	
2002	17,3	51,4	31,0	22,7	20,3	24,2	11,7	28,1	38,6	26,4	44,4	44,4	27,6	27,6	27,6	27,6	27,6	

santé mentale est en cours, à travers la formation du personnel pour la prise en charge des problèmes de santé mentale, les supervisions cliniques des agents de santé et les campagnes de sensibilisation de la population (causeries directes et médias). Par ailleurs, les capacités de prise en charge au niveau du SCP et de l'HNP sont améliorées—et les niveaux de fréquentation augmentent progressivement. Les troubles psychiatriques sont la première cause de consultation au centre de référence : en 2000 et 2001, ils représentaient respectivement 5 498 et 5 423 des visites et des hospitalisations. L'épilepsie vient en deuxième position, avec plus de 25 % des cas. En revanche, les troubles neurologiques sont très rares, car les patients ne trouvent pas de réponse appropriée dans les services actuels, marqués par la faiblesse des compétences techniques et des moyens de diagnostic. Pour les autres troubles psychologiques, le taux de fréquentation reste faible, car la psychothérapie est un mode de traitement nouveau pour les Rwandais qui n'est, par conséquent, pas suffisamment intégré.

Des efforts importants restent à faire cependant sur les plans stratégique, technique et opérationnel, et notamment la réactualisation du programme national de santé mentale (PNSM), l'élaboration d'une législation en santé mentale, la mise en place d'un cadre interministériel de coordination, l'intégration de la santé mentale dans le SIS, le renforcement de la formation continue et de la supervision, la sensibilisation accrue aux problèmes de santé mentale, neurologiques et de maltraitance, l'analyse de la situation de la maltraitance physique, émotionnelle et sexuelle en milieu scolaire et familial au Rwanda, le renforcement de la collaboration entre les secteurs judiciaire et médico-psychosocial dans la prise en charge de la maltraitance de l'enfant et l'abus sexuel en particulier, et la promotion de la collaboration entre médecine conventionnelle et médecine traditionnelle.

Maladies à potentiel épidémique. La guerre, le génocide de 1994 et les déplacements massifs

de population ont exposé les Rwandais à la recrudescence de plusieurs maladies à potentiel épidémique auxquelles ils n'étaient pas habitués—le choléra, le typhus, la méningite, la rougeole et la dysenterie bacillaire.

Les maladies à potentiel épidémique sont généralement évitables par des mesures d'hygiène adéquates. Une riposte rapide et la fourniture de médicaments et/ou de vaccins ont permis une diminution de l'incidence de certaines d'entre elles en 2001, dont la diarrhée sanglante et non sanglante, la rougeole, la méningite et le choléra. L'amélioration de la prise en charge a entraîné une réduction de la létalité. La surveillance active a contribué à identifier l'augmentation de l'incidence de certaines maladies (paralysie flasque aiguë, tétanos néonatal et typhus épidémique dans les prisons) et à déclencher une prise en charge adaptée.

La promiscuité dans les camps de déplacés au Nord-Ouest du pays, en 1998 et 1999, a favorisé une propagation exceptionnelle du typhus exanthématique et du choléra. La flambée du choléra enregistrée en 1998 s'explique par la détérioration des conditions d'hygiène provoquée par les déplacements de populations. On note toujours la survenue de cas de choléra dans les provinces proches du lac Kivu.

Les perturbations climatiques, avec de grands écarts pluviométriques, ont favorisé une succession de flambées de méningite dans des zones jusque-là épargnées, s'étendant de l'Est vers le reste du pays. L'épidémie a atteint son pic en 2000 ; l'intervention du gouvernement et de l'OMS, qui ont fourni les vaccins anti-méningococciques et les médicaments nécessaires, a permis d'enregistrer une régression de l'incidence en 2001.

Participation communautaire

La participation communautaire, basée sur l'implication et l'auto-responsabilisation des populations dans la prise en charge de leurs

problèmes de santé, est l'un des principes et des grands axes stratégiques de la politique nationale de santé du Rwanda²¹. Les orientations stratégiques du ministère de la Santé identifient la participation communautaire comme un cadre de partenariat entre les services de santé et les communautés pour renforcer l'implication des populations dans l'identification des problèmes de santé prioritaires et la recherche de solutions appropriées, la planification, l'exécution et le suivi de chaque activité de soins de santé primaires, la gestion des services de santé, la prestation de certaines activités à base communautaire et la mobilisation des ressources nécessaires. Si la mise en place des comités de santé et le programme des animateurs de santé ont été les principales sous-stratégies mises en œuvre sur l'ensemble du pays, de nouvelles stratégies sont en train d'émerger, qui viennent contribuer à la densification des réseaux d'acteurs communautaires dans le secteur de la santé.

Les comités de santé—cadres de partenariat devant servir de véhicule à la participation des populations dans la santé—ont été l'une des principales mesures organisationnelles accompagnant la réintroduction de l'initiative de Bamako dans le pays, en 1996. L'installation des différents organes de gestion s'est poursuivie depuis, avec cependant des inégalités dans le type de comités. En 2000, dans 97 % des formations sanitaires de niveau primaire, près de 99 % des comités existants ont été élus selon les directives ministérielles et 99,7 % d'entre eux possèdent un bureau constitué²². Le nombre de comités de santé de district en place a augmenté entre 1999 et 2000, passant de 28 à 30.

La fonctionnalité des comités de santé est cependant insuffisante. Par exemple, le nombre de réunions par an et par comité a significativement baissé, passant de 0,84 en 1998, à 0,55 en 1999 et à 0,39 en 2000. Par ailleurs, si l'implantation et la fonctionnalité des comités de santé des centres de santé et des comités de gestion des hôpitaux ont progressé au cours de

l'année 2000, une baisse est observée dans la fonctionnalité des comités de santé de district qui sont chargés de la définition d'éléments clés de la participation de la population dans la santé au niveau opérationnel (notamment la fixation des tarifs des formations sanitaires). Ces évolutions sont d'autant plus alarmantes que les comités de santé sont devenus l'un des plus grands détenteurs de ressources financières pour les services de santé de base : en effet, les recettes des centres de santé ont été évaluées à près de 1,3 milliard de FRW (soit environ 2,9 millions d'USD).

La participation communautaire signifie aussi l'implication des animateurs de santé dans les activités promotionnelles au niveau communautaire. Ces animateurs sont chargés de la sensibilisation en termes de prévention, de surveillance de la croissance des enfants, d'identification des cas à référer (poliomyélite par exemple), de transport des cas urgents, de distribution de certains produits (contraceptifs, préservatifs, moustiquaires et produits d'imprégnation insecticide, etc.). De plus en plus, on envisage la définition d'un paquet de soins qui pourra être délivré par les animateurs de santé autour de la formalisation de la surveillance de la croissance des enfants de moins de 5 ans, de la distribution des contraceptifs (encore au stade pilote) et de l'expérimentation de la distribution de vermifuges et de sels de réhydratation orale (SRO). Toute extension des activités des animateurs de santé se traduirait cependant par un taux d'occupation accru alors que, jusqu'ici, ils interviennent sur la base du volontariat et du bénévolat (avec un taux d'occupation de 30 %). Il conviendra donc d'approfondir la réflexion sur la motivation des animateurs de santé dans le cadre de l'extension de leurs activités, en envisageant également le renforcement de leur formation et de leurs moyens de travail (vélos, postes de radio, etc.). Certaines initiatives ont été prises pour gérer le problème de la motivation des agents communautaires, comme le recrutement d'agents par l'Association rwandaise pour le

bien-être familial (ARBEF) dans la province de Gitarama et le district de santé de Kibogora, avec l'appui d'ONG internationales.

Après la guerre de 1994 et la période d'urgence qui a suivi, les expériences mutualistes se sont multipliées face à la réintroduction du paiement à l'acte par les usagers dans les formations sanitaires publiques. Cela a initié la transformation des dispositions institutionnelles régissant le financement communautaire dans le cadre de la participation des populations dans la santé. Les mutuelles de santé sont des systèmes d'assurance maladie basés sur la communauté, gérés de façon autonome par leurs membres en s'inspirant des modes d'organisation du mouvement associatif. Depuis l'expérience de la mutuelle de Ruhondo en 1998, on assiste à une émergence mutualiste dans le secteur de la santé (encadré 4.3). Entre 1998 et la fin de l'année 2002, environ 90 mutuelles de santé se sont implantées dans le pays et couvrent déjà près de 500 000 bénéficiaires. Les réseaux de les plus étendus sont localisés dans les régions de Butare, Byumba, Gitarama et Kigali Ngali, où ils s'appuient sur

les réseaux des centres de santé des districts sanitaires (dans les trois premières provinces) et sur les districts administratifs (dans la province de Kigali Ngali) ; d'autres initiatives, plus dispersées, existent dans d'autres provinces du pays.

Dans la phase actuelle d'émergence, la pénétration des mutuelles de santé est très variable, de 3 % à plus de 60 %, reflétant la diversité des stratégies d'implantation et de l'implication des acteurs clés (leaders d'opinion locaux, autorités religieuses et administratives, personnel de santé), l'accessibilité financière des primes d'adhésion et la pauvreté, mais aussi la diversité des expériences locales en matière d'action communautaire. Cela étant, les mutuelles de santé ont commencé à mettre en place localement un agent de la communauté qui représente les intérêts des populations et qui renforce leur pouvoir de négociation dans le secteur de la santé. Cet agent pourrait servir de relais dans les activités préventives et promotionnelles de santé. Des débats ont lieu actuellement pour étendre ce système à plus grande échelle dans le pays.

Encadré 4.3. Émergence des mutuelles de santé au Rwanda

L'entraide mutuelle en matière de santé s'exprime sous diverses formes dans les communautés de base du Rwanda chaque fois que le malade ou sa famille fait appel à la solidarité communautaire pour faire face aux conséquences immédiates de la maladie. Dans toutes les communautés, des associations de hamac assurent le transport des malades vers les formations sanitaires. Des collectes sont organisées au niveau du quartier ou de la cellule quand une urgence survient. Enfin, on voit s'organiser de plus en plus de tontines structurées, constituées au niveau des cellules, pour pallier aux besoins prioritaires, notamment la prise en charge des soins médicaux. Par le passé pourtant, on accordait peu d'attention à cette culture ambiante d'entraide. Mais après la guerre de 1994 et la période d'urgence qui a suivi, les initiatives mutualistes se sont multipliées face à la réintroduction du paiement à l'acte par les usagers dans les formations sanitaires publiques. Depuis lors, on assiste à une émergence mutualiste, avec l'appui des autorités sanitaires et des ONG.

L'environnement mis en place et les leçons tirées des premières années d'introduction des mutuelles de santé facilitent l'émergence de stratégies innovantes de renforcement des mutuelles de santé existantes et d'implantation de nouvelles mutuelles de santé. Ces initiatives

locales, bien qu'elles maintiennent la conception technique des premières expériences pilotes, se fondent sur les mouvements de décentralisation (déconcentration administrative et dévolution) en cours ainsi que sur les structures administratives de base, le mouvement associatif local et les institutions financières décentralisées pour renforcer les systèmes de support des mutuelles de santé au niveau local et la pénétration des mutuelles de santé dans les communautés.

Deux modèles se dégagent à ce propos. Le premier, le modèle de Bungwe, capitalise à la fois sur la légitimité sociopolitique du district administratif, la proximité et le contrôle social des associations locales ainsi que sur les capacités des institutions financières décentralisées (banque populaire) à promouvoir l'adhésion groupée des membres des associations et améliorer l'accessibilité financière de l'adhésion dans les mutuelles de santé ; ce modèle de Bungwe est en cours d'adoption dans le district sanitaire de Byumba et dans le district administratif de Mbazi (province de Butare). Le second modèle, de Bugesera, se base sur la légitimité sociopolitique du district administratif et des secteurs et sur la proximité des cellules pour décentraliser la fonction de collecte des primes et l'adhésion au niveau des cellules en faisant appel à des comités d'initiative et des groupements mutualistes. Ce modèle maintient toutefois la mutualisation du risque en fonction de la base de la population dans la zone d'activité des centres de santé. Ces deux initiatives ont réussi à produire, à très court terme, des niveaux d'adhésion importants, allant de 30 % à plus de 40 % de la population cible des mutuelles de santé.

Certaines initiatives locales font leur apparition, à l'instigation d'ONG, pour assurer la prise en charge des groupes vulnérables (orphelins, PVVIH et indigents) en exploitant la mise en place des mutuelles de santé. Dans ce cadre, les ONG agissent comme agents de financement intermédiaires entre les sources primaires de financement de la santé et les bénéficiaires finals, qui utilisent les relations institutionnelles en place entre les mutuelles de santé et les organismes de prestation de soins pour minimiser les coûts de transaction associés à l'identification et à la prise en charge des soins de santé de leurs groupes vulnérables cibles. Au fur et à mesure du renforcement des capacités des districts administratifs, dans le contexte de la décentralisation, ceux-ci pourront aussi devenir des agents intermédiaires véhiculant les subsides publics pour assurer aux groupes vulnérables et aux indigents une couverture contre les risques d'exclusion dans les services de santé.

Entre 1998 et 2002, 88 mutuelles de santé ont été mises en place dans plusieurs districts du pays ; elles couvrent en janvier 2003 près de 500 000 bénéficiaires dans les zones rurales. On envisage actuellement leur extension à plus grande échelle et des discussions sont en cours pour l'élaboration du cadre stratégique d'appui.

Les pauvres et le financement du secteur de la santé

Ce chapitre analyse les écarts observés dans le financement de la santé, en étudiant ces différences par rapport aux dépenses de santé, à la combinaison des sources et des mécanismes de financement, à l'efficacité allocative, à l'équité des dépenses publiques et à l'accessibilité financière des services de santé. L'analyse s'appuie sur les études et les recherches sur le financement de la santé réalisées récemment dans le pays, sur les documents de planification financière, sur les revues de dépenses publiques et sur les informations du SIS. La littérature grise du ministère de la Santé—le rapport annuel de 2000 et la politique nationale de santé de 2000 en particulier—est mise à profit pour permettre une meilleure compréhension de la problématique du financement de la santé au Rwanda.

Les sources et les mécanismes de financement de la santé sont en pleine transition, entre la période d'urgence qui a suivi le génocide et l'actuelle phase de développement. La période d'urgence était marquée par des besoins importants associés à la nécessité de reconstruire les infrastructures physiques et la base des ressources humaines, détruites par la guerre, et de revitaliser les organismes de prestation de soins, au niveau des districts sanitaires en particulier. Du fait des capacités fiscales limitées

du pays, les efforts de reconstruction ont été soutenus par d'importants apports extérieurs, qui constituaient la principale source de financement du secteur de la santé, et par les versements directs des usagers. Au cours de l'année 1998 par exemple, les dépenses totales de santé par habitant s'élevaient à environ 12,7 USD (soit 5,0 % du PIB), dont 50 % étaient financés par les apports extérieurs, 33 % par les ménages, 7 % par les entreprises privées et 10 % seulement par des sources publiques internes. Entre 1995 et 2001, la faiblesse du financement public a continué d'être l'une des principales contraintes du financement de la santé : bien qu'en progression, les dépenses publiques courantes sont restées à moins de 1 % du PIB au cours de toute la période. En conséquence et malgré la construction ou la réhabilitation des infrastructures sanitaires, avec un important soutien de l'extérieur, le niveau des ressources publiques injectées dans la santé est resté faible au cours de la période. Depuis 2001 cependant, l'État consent des efforts certains pour augmenter les dépenses publiques courantes dans le secteur.

Les mécanismes de financement de la santé sont aussi en train de changer. La multiplicité d'agents intermédiaires de financement et de mécanismes d'allocation des ressources a été

l'un des inconvénients de la période d'urgence, d'où un défi majeur pour la coordination des interventions sanitaires dans le pays. Les partenaires du secteur de la santé sont confrontés à ce défi depuis 2001, avec l'introduction de mécanismes de cadrage des dépenses à moyen terme, qui font partie du renforcement des capacités institutionnelles allant de pair avec l'élaboration et la mise en œuvre du PSRP. En outre, ces changements sont accompagnés par l'émergence de nouvelles institutions et de nouveaux acteurs, dont les rôles et responsabilités sont constamment redéfinis. Cette dynamique de changement est portée par les réformes de décentralisation enclenchées dans le pays et par l'émergence d'organismes d'assurance maladie. Ces deux phénomènes pourraient avoir des implications importantes sur l'efficacité et l'équité des dépenses publiques dans le secteur de la santé.

La priorité grandissante accordée aux programmes de lutte contre les maladies et aux services de santé de base, soutenue récemment par l'augmentation des dépenses de personnel, de biens et de services, commence à se traduire par une amélioration de l'efficacité allocative du secteur de la santé. À l'inverse, la limitation des instruments de politique pour subventionner l'offre de soins dans un environnement où les contraintes financières ont entraîné une baisse des niveaux d'utilisation des services, s'est traduite par d'importantes iniquités dans la distribution des bénéfices des dépenses publiques en général et les dépenses publiques véhiculées à travers les hôpitaux en particulier.

Dans les prochaines années, le Rwanda continuera à faire face aux défis de la lutte contre les maladies, notamment le VIH/SIDA et le paludisme. Mais l'augmentation de l'accessibilité financière des services de santé et la réduction des inégalités dans la distribution des bénéfices des dépenses publiques feront aussi partie des grandes difficultés à résoudre. Pour autant, la dynamique de changement institutionnel en cours est propice au renforcement de la décentralisation fiscale, à l'émergence de

nouvelles stratégies de mobilisation des ressources (systèmes de pré-paiement et de mutualisation du risque maladie par exemple) et à l'expérimentation de modalités de paiement des prestataires de santé basées sur les performances et les résultats. L'alignement de cette nouvelle dynamique avec le cadre de réduction de la pauvreté pourrait permettre au pays de relever les défis du financement de la santé et de contribuer à l'amélioration de l'efficacité et de l'équité dans le secteur de la santé.

Ces problématiques sont discutées plus en détail dans les sections qui suivent. La première s'intéresse aux sources et mécanismes de financement du secteur de la santé alors que la deuxième section couvre les problématiques de l'efficacité et de l'équité des dépenses publiques. Enfin, en raison de leur place dans le secteur de la santé, l'accessibilité financière des services de santé de base est discutée dans la dernière section.

Sources et mécanismes de financement

Après la guerre de 1994, l'économie rwandaise a renoué avec la croissance, avec une progression annuelle supérieure à 12 % entre 1995 et 1997, avant un ralentissement, autour de 7 %, entre 1997 et 1999 et de 6 % entre 1999 et 2001. Pourtant, ces gains positifs ont été réalisés à partir d'une base relativement faible : ainsi, malgré la croissance rapide de l'économie, le PIB par habitant ne s'élevait qu'à 250 USD jusqu'en 2001. Combinée aux faibles capacités fiscales du pays, l'étroitesse de la base de ressources internes a nécessité d'importants apports extérieurs pour répondre aux énormes besoins de reconstruction.

Dans le secteur de la santé cependant, où les charges récurrentes sont importantes, le montage des sources et des mécanismes de financement a eu de fortes implications sur l'efficacité et l'équité des dépenses de santé. Les structures de ce montage sont bien résumées par la première évaluation des comptes nationaux de la

Tableau 5.1. Rwanda et autres pays d'Afrique orientale : dépenses publiques de santé par habitant, 1997/98 (en USD)

Pays	Dépenses publiques de santé par habitant	Dépenses financées par les ressources budgétaires internes	Dépenses financées par les apports des bailleurs
Rwanda	7,7	1,3	6,4
Éthiopie	8,1	1,7	6,4
Kenya	9,9	5,8	4,2
Malawi	9,7	4,3	5,3
Mozambique	7,1	1,9	5,2
Ouganda	4,3	2,5	1,8
Tanzanie	5,0	2,5	2,6
Zambie	13,5	8,9	4,6

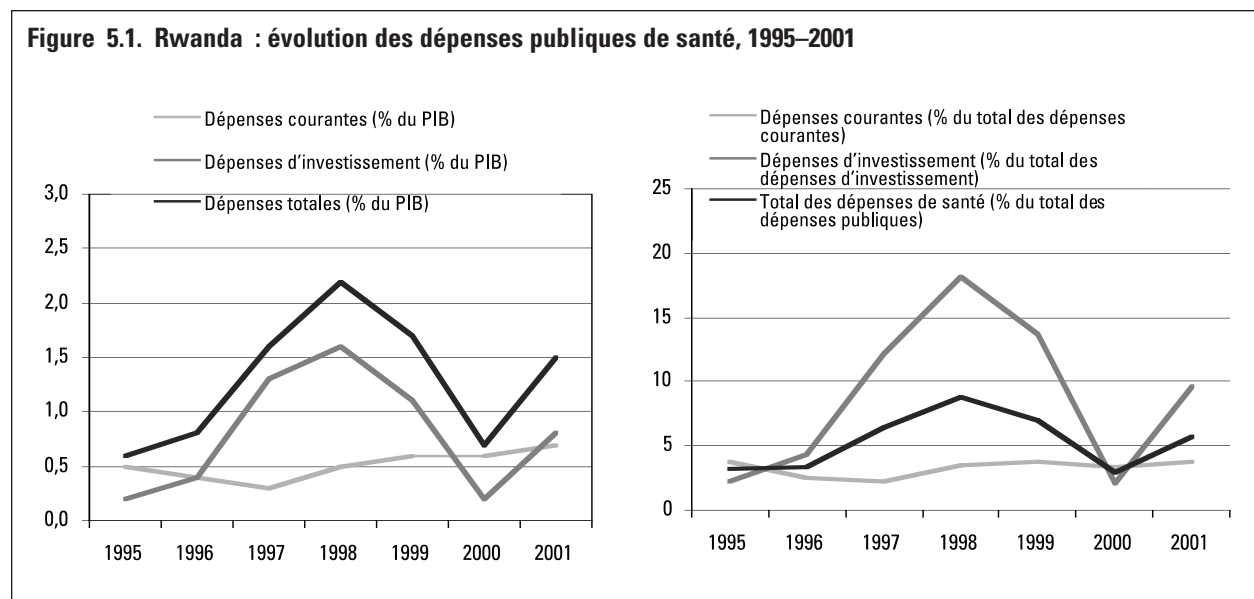
Source : ESA NHA Network (Réseau des comptes nationaux de la santé des pays d'Afrique australe et orientale).

santé (NHA) au cours de l'année 1998²³. Cette année-là, les dépenses totales de santé tournaient autour de 12,7 USD par habitant (soit 5,0 % du PIB) : 50 % des dépenses totales provenaient de sources extérieures, 10 % de sources publiques internes et 40 % de sources privées internes. La quasi-totalité des dépenses privées internes (33 %) provenait des ménages, à travers les paiements directs des usagers dans les formations sanitaires et les pharmacies, publiques et privées ; les entreprises privées ne finançaient la santé qu'à hauteur de 7 %.

En dépit de la période d'urgence que traversait le Rwanda, le pays partageait les mêmes structures de financement des dépenses de

santé que les autres pays d'Afrique orientale (tableau 5.1), les dépenses publiques de santé se situant aux environs de 8 USD par habitant en 1998. De même, tous les pays de la sous-région bénéficiaient alors d'appuis extérieurs importants. Seule spécificité de la situation du Rwanda, partagée avec l'Éthiopie et le Mozambique, le très faible niveau de financement public interne.

Entre 1995 et 2001, le financement public interne de la santé au Rwanda se caractérise essentiellement par sa faiblesse (figure 5.1). Les dépenses publiques totales de santé sont passées de 0,6 % du PIB en 1995 à 2,2 % du PIB en 1998, sous l'effet de la forte augmenta-

Figure 5.1. Rwanda : évolution des dépenses publiques de santé, 1995–2001

tion des apports extérieurs durant la période 1997–99 afin d'appuyer le développement des districts sanitaires et des structures nationales de référence ; depuis, elles ont baissé pour s'établir à 1,5 % du PIB en 2002. Ainsi, bien que des infrastructures sanitaires aient été construites ou réhabilitées, le niveau des ressources publiques injectées dans la santé pour exploiter les capacités du secteur en cours de réhabilitation est resté faible sur toute la période.

La part des dépenses de santé dans les dépenses récurrentes de l'État est restée à un très faible niveau (moins de 4 %) durant toute la période. En 2003, le budget de la santé a été porté à 4,3 % du budget de l'État, signalant ainsi une réorientation des priorités en faveur de la santé. Le Rwanda est cependant très loin de l'engagement pris par les chefs d'État africains à Abuja de porter l'effort interne de santé à 15 % du budget public.

Comme nous l'avons vu à la section 4.1, les contraintes fiscales interdisant d'augmenter le financement public interne des charges récurrentes des services de santé, le gouvernement a anticipé très tôt sur la réduction de l'aide extérieure, en réintroduisant dès 1996 l'initiative de Bamako et le paiement à l'acte par les

usagers dans les formations sanitaires publiques. En conséquence, le financement des services de santé se caractérise aujourd'hui par un faible niveau de financement public interne, d'importants appuis extérieurs et l'apport de ressources par les ménages (à travers le paiement à l'acte).

La période d'urgence, la structure des sources de financement et les récentes réformes administratives ont eu des implications importantes sur les dispositions institutionnelles régissant le financement de la santé au Rwanda. En 1998 par exemple, près de 75 % des ressources publiques internes étaient détenues par le ministère de la Santé, alors que les ministères de l'Éducation nationale et de la Défense détenaient les 25 % restants. Or 55 % des financements des bailleurs de fonds externes étaient détenus par le ministère de la Santé et ses organes locaux (régions et districts sanitaires), le reste étant aux mains des bailleurs de fonds qui agissaient en tant qu'intermédiaires du financement en allouant directement des ressources aux organismes de prestation de soins publics et agréés et aux ONG. Enfin, les importantes ressources privées—mobilisées à travers le paiement à

Tableau 5.2. Rwanda : finances publiques, 1993-2001

Année	Population (millions)	PIB courant (milliards de FRW)	Dépenses courantes (milliards de FRW)	Dépenses du gouvernement central					
				Dépenses courantes (milliards de FRW)			Total (milliards de FRW)	Investissement (% du PIB)	
				Internes	Externes	Total		Dépenses courantes	Investissement
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)=(4)+(5)	(7)=(3)+(6)	(8)=(3)/(2)	(9)=(6)/(2)	
1993		504,1	43,5	1,3	20,3	21,6	65,1	8,6	4,3
1994		254,5	22,2	0,3	4,1	4,4	26,6	8,7	1,7
1995	7,7	339,1	42,1	0,0	27,4	27,4	69,5	12,4	8,1
1996	8,0	382,4	55,9	0,0	39,4	39,4	95,3	14,6	10,3
1997	8,2	435,3	64,0	0,1	46,0	46,1	110,1	14,7	10,6
1998	8,1	473,9	75,3	2,5	39,8	42,3	117,6	15,9	8,9
1999	8,1	509,8	86,9	5,3	35,5	40,8	127,7	17,0	8,0
2000	8,3	540,3	89,2	1,5	40,5	42,0	131,2	16,5	7,8
2001	8,6	576,6	107,4	3,5	46,5	50,0	157,4	18,6	8,7
2002	8,8								

Sources : IMF, 2002. *Rwanda : Statistical Annex*. IMF Country Report No. 02/187. Washington DC : août ; IMF, 1998. *Rwanda : Statistical Annex*. SM/98/138. Washington DC ; SIS.

Tableau 5.3. Rwanda : dépenses publiques de santé, 1993-2002

Année	Dépenses publiques de santé								
	En milliards de FRW			En % des dépenses publiques du gouvernement central			En % du PIB		
	Dépenses courantes	Investissement	Total	Dépenses courantes	Investissement	Total	Dépenses courantes	Investissement	Total
	(10)	(11)	(12)=(10)+ (11)	(13)=(10)/ (3)	(14)=(11)/ (6)	(15)=(12)/ (7)	(16)=(10)/ (2)	(17)=(11)/ (2)	(18)=(12)/ (2)
1993	2,2	—	2,2	5,1	—	3,4	0,4	—	0,4
1994	2,1	—	2,1	9,5	—	7,9	0,8	—	0,8
1995	1,6	0,6	2,2	3,8	2,2	3,2	0,5	0,2	0,6
1996	1,4	1,7	3,1	2,5	4,3	3,3	0,4	0,4	0,8
1997	1,5	5,6	7,1	2,3	12,1	6,4	0,3	1,3	1,6
1998	2,6	7,7	10,3	3,5	18,2	8,8	0,5	1,6	2,2
1999	3,3	5,6	8,9	3,8	13,7	7,0	0,6	1,1	1,7
2000	3,0	0,9	3,9	3,4	2,1	3,0	0,6	0,2	0,7
2001	4,1	4,8	8,9	3,8	9,6	5,7	0,7	0,8	1,5
2002	3,8	4,4	8,2						

Sources : IMF, 2002. *Rwanda : Statistical Annex*. IMF Country Report No. 02/187. Washington DC : août ; IMF, 1998. *Rwanda : Statistical Annex*. SM/98/138. Washington DC ; ministère de la Santé, 2000. 1999 *Public Expenditure Review – Health Sector*. août ; ministère de la Santé : Informations budgétaires de différents exercices ; SIS.

l'acte par les usagers dans les formations sanitaires publiques et agréées—étaient détenues par les comités de santé qui se chargeaient de leur ré-allocation.

Il va sans dire que la multiplicité d'agents intermédiaires de financement et de mécanismes d'allocation des ressources pose un problème majeur pour la coordination des interventions sanitaires dans le pays²⁴ (encadré 5.1),

d'autant plus aigu que les partenaires extérieurs interviennent dans des zones géographiques bien déterminées et financent des intrants bien définis, selon des cycles très variables. Il a fallu attendre 2001 pour que les partenaires du secteur de la santé s'attaquent à ce problème, avec l'introduction de mécanismes de cadrage des dépenses à moyen terme, sous la direction des ministères de l'Économie et des finances et

Tableau 5.4. Rwanda : dépenses publiques de santé par habitant, 1995-2002

Année	Dépenses publiques de santé par habitant					
	En FRW			En USD		
	Dépenses courantes	Investissement	Total	Dépenses courantes	Investissement	Total
	(19)=(10)/(1)	(20)=(11)/(1)	(21)=(12)/(1)	(22)	(23)	(24)
1995	207	78	285	0,9	0,3	1,2
1996	176	214	390	0,7	0,9	1,6
1997	183	683	866	0,8	2,9	3,7
1998	321	952	1,273	1,3	4,0	5,3
1999	407	691	1,098	1,5	2,6	4,1
2000	360	108	468	1,2	0,4	1,6
2001	480	561	1,041	1,4	1,7	3,1
2002	434	502	936	1,3	1,5	2,8

Note : Le calcul des dépenses par habitant en USD pour les années 1995 et 1996 utilise le taux de change FRW/USD de 1997.

Encadré 5.1. Mécanismes de financement des services de santé : les séquelles de la fragmentation

Activités à base communautaire. Du fait de la diversité des intervenants, il est très difficile de déterminer avec précision le montant, la source et les mécanismes de financement des interventions à base communautaire. Le ministère de la Santé a mis en place un programme des animateurs de santé financé sur le budget de l'État et avec l'appui du PNUD. Mais les différents programmes sanitaires prioritaires et les projets de coopération internationale, à travers leurs activités de sensibilisation, contribuent à la formation et, parfois, à l'équipement des agents communautaires. Les activités à base communautaire inscrites dans des domaines techniques d'intervention bien définis combinent aussi plusieurs sources et modalités d'appui. Il s'agit du programme de nutrition à base communautaire, financé par l'État, l'UNICEF et les ONG ; des activités de santé de la reproduction, dont un appui aux accoucheuses traditionnelles et la distribution de contraceptifs par les animateurs de santé, financées par l'État, le FNUAP et les ONG ; des secouristes ayant des activités de santé au niveau des communautés, financés par une partie des fonds dont dispose la Croix Rouge rwandaise ; et du programme de santé mentale, qui assure la formation des animateurs de santé, financé par l'État, la coopération belge et des ONG.

Formations sanitaires de base. Les centres de santé bénéficient de trois grandes sources de financement—l'État, la coopération internationale et les ménages. L'État finance surtout les salaires du personnel et une partie des infrastructures, des équipements et des médicaments (vaccins, antituberculeux, médicaments pour la santé mentale et médicaments d'urgence). La coopération internationale contribue au financement des infrastructures, des équipements, de la formation du personnel et de la recherche. De nombreux projets concernent la formation continue du personnel et la supervision ainsi que l'appui aux activités préventives ; rares sont les projets à subventionner directement les soins ou le fonctionnement des institutions. Enfin, les ménages, qui à travers le paiement à l'acte, prennent en charge une partie du coût du personnel, des médicaments curatifs et des consommables médicaux, d'hygiène, de gestion, de bureau et de charroi. Rappelons cependant qu'une part non négligeable des activités des formations sanitaires de base incluent des intrants, dont le financement est budgétisé dans les programmes et les projets nationaux.

Hôpitaux de district. En principe, l'État prend en charge les salaires du personnel mais ceux-ci ne sont pas suffisamment attractifs pour inciter le personnel qualifié (médecins, infirmiers et paramédicaux de formation supérieure) à aller travailler dans les hôpitaux ruraux (tableau 5.7). Ces hôpitaux sont donc obligés d'accorder des primes (complément de salaires) mais ils n'y parviennent que difficilement, en raison des faibles capacités financières de la population. Les réformes de la décentralisation ne prévoient pas de budget spécifique pour les hôpitaux de district, qui sont censés recevoir un appui de l'État *via* les lignes budgétaires sanitaires de la province (électricité ou entretien des véhicules, par exemple). Dans la réalité, ces budgets sont insuffisants : les services d'appui (directions provinciales et bases administratives de district) les utilisent rarement pour aider les hôpitaux, au motif que ces derniers disposent de recettes provenant de la population—sans tenir compte des capacités financières limitées des ménages.

(à continuer)

Par ailleurs, les hôpitaux de district ayant été omis dans le cadre organique de l'administration déconcentrée et des districts administratifs, ces derniers se sentent moins responsables des problèmes de fonctionnement de leurs hôpitaux, sauf quand ceux-ci sont au bord de la faillite. Pour résoudre les problèmes de financement des charges de fonctionnement des hôpitaux de district dans le nouvel environnement décentralisé, le ministère de la Santé a engagé depuis 2002 des initiatives visant à les assumer dans le cadre de son budget. Ce ne sont hélas que des interventions ponctuelles, au cas par cas et en nature. Enfin, la coopération internationale s'intéresse très peu aux hôpitaux de district, qui coûtent cher et qui ne pratiquent pas les soins de santé primaires.

Hôpitaux nationaux spécialisés. Les quatre hôpitaux nationaux (CHU de Kigali et de Butare, hôpital Roi Fayçal et hôpital neuropsychiatrique de Ndera) sont subventionnés par l'État et totalisent 23 % du budget total de fonctionnement du ministère de la Santé. Outre ces subventions publiques, ils tirent leurs ressources des paiements directs des malades, des assurances, des sociétés commerciales et de la coopération internationale.

Services d'appui. Les fonctions d'appui stratégique et technique assurées respectivement par les services centraux du ministère de la Santé, les programmes spécialisés nationaux, les directions provinciales et les équipes cadres des districts sanitaires sont financées par l'État et la coopération internationale. Tous les programmes et projets nationaux ont des budgets de formation, de supervision et d'équipement destinés aux équipes cadres de district, aux hôpitaux de district et spécialisés et aux centres de santé. Le cabinet est financé essentiellement par l'État—avec une aide de la coopération belge et de l'OMS—à travers le projet d'appui institutionnel au ministère de la Santé.

de la Santé, dans le cadre du renforcement des capacités institutionnelles qui accompagne l'élaboration et la mise en œuvre du PSRP.

Par ailleurs, du fait des réformes administratives et financières, les dispositions institutionnelles régissant le financement de la santé sont en période de transition. La base administrative des régions sanitaires ayant été intégrée dans les préfectures, afin de renforcer le mouvement de déconcentration administrative, celles-ci sont devenues d'importants intermédiaires pour le financement de la santé au niveau local. De plus l'émergence des districts administratifs introduit de nouveaux agents de financement. En outre, l'instauration d'un système d'assurance sociale pour les fonctionnaires et leurs ayants-droits a abouti à la mise en place de la RAMA, organisme appelé à un rôle influent dans le secteur de la santé. Enfin, l'apparition du mutualisme en matière de santé

favorise l'arrivée de nouveaux détenteurs de fonds de la santé au niveau des communautés de base, parallèlement aux comités de santé.

En d'autres termes, l'environnement institutionnel du financement de la santé est en pleine transformation et la définition des rôles et des responsabilités des différents acteurs ne cesse d'évoluer. Cette dynamique de changement ouvre des perspectives intéressantes pour résoudre les problèmes d'efficacité et d'équité des dépenses publiques dans le secteur de la santé.

Efficiences et équité des dépenses publiques

La reconstruction et la réhabilitation des infrastructures de base et le rôle important joué par les partenaires extérieurs dans le financement des services de santé ont eu un impact impor-

tant sur l'allocation des ressources dans le secteur (figure 5.2). La part des investissements a fortement augmenté au cours de la période 1997-99, pour appuyer le développement des districts sanitaires et des programmes prioritaires de santé publique, avant de commencer à décliner à partir de 1998 au profit du personnel de santé et des médicaments (prestations de soins et renforcement des programmes prioritaires de santé). Ainsi, les programmes prioritaires de santé inscrits dans le budget de développement du ministère de la Santé ont reçu 3,5 milliards de FRW en 2001 et 2,2 milliards de FRW en 2002.

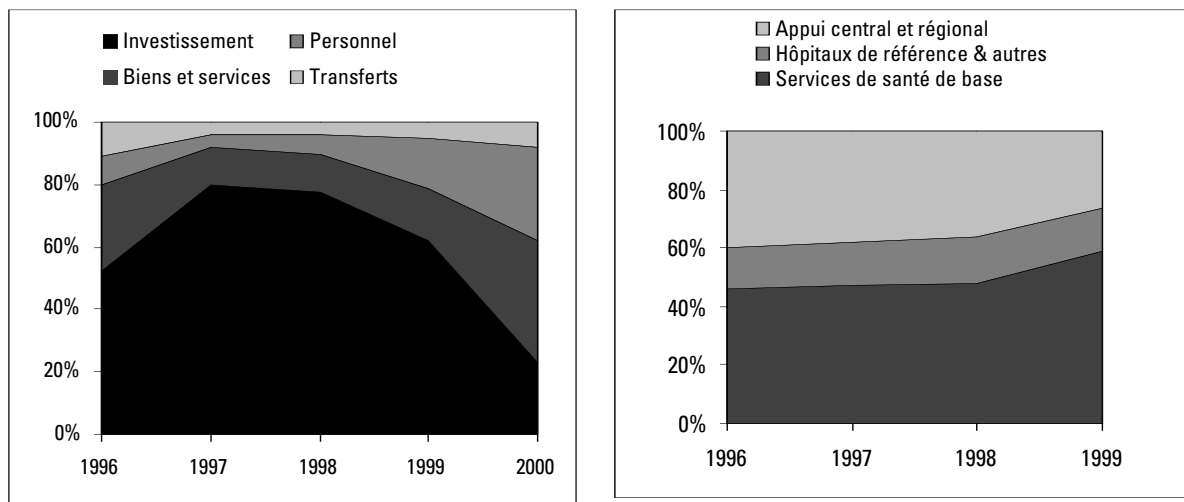
Les montants alloués au personnel de santé ont connu une forte croissance depuis 1999, passant de 1 milliard de FRW en 1998 à 1,6 milliard de FRW en 2001 et ce, pour étayer le processus de substitution du personnel non qualifié par du personnel plus qualifié (section 4.3). Par ailleurs, les allocations des biens et services sont passées de 1,1 milliard de FRW en 1998 à 3,1 milliards en 2001.

Par conséquent, la balance entre les investissements et les dépenses récurrentes s'est nettement améliorée à partir de 2000, en faveur des organismes de prestation des soins

de santé en général et des districts sanitaires en particulier. Ainsi, alors que les allocations à l'administration centrale et régionale n'augmentaient que faiblement, celles octroyées aux charges récurrentes des hôpitaux de référence ont doublé entre 1997 et 1999. Par ailleurs, les ressources allouées aux districts sanitaires ont triplé entre 1997 et 1999, reflétant la priorité accordée aux services de santé de base et à la réduction des écarts créés au niveau des districts sanitaires par l'utilisation des fonds de roulement des médicaments pour l'acquisition d'équipements.

Comme on peut le constater, des efforts sont réalisés pour améliorer l'efficacité allocative dans le secteur de la santé : non seulement on accorde une plus grande priorité aux programmes de lutte contre les maladies, mais on voit aussi que les schémas d'allocation des ressources favorisent les organismes de prestation de soins et non plus les fonctions administratives, la priorité étant accordée aux districts sanitaires et aux services de santé de base. Mais à la lumière des discussions sur l'efficacité technique (section 4.4) et sur l'utilisation des services de santé par les populations (section 3.2), il est évident qu'il reste encore beaucoup à faire

Figure 5.2. Rwanda : structure économique et fonctionnelle des dépenses publiques de santé, 1996-2000



Note : Les dépenses courantes servent de base à la structure fonctionnelle.

Tableau 5.5. Rwanda : composition des dépenses publiques de santé par niveau, 1996-99 (en FRW et %)

Fonctions/composantes économiques	1996		1997		1998		1999	
	Valeur absolue	%	Valeur absolue	%	Valeur absolue	%	Valeur absolue	%
Niveau central et régional (appui stratégique et technique)								
Personnel	86 796 483	2,7	82 718 792	1,2	146 755 979	1,5	192 982 520	2,2
Médicaments et réactifs de laboratoire	0	0	0	0	0	0	0	0,0
Autres biens et services	182 382 520	6	189 287 750	3	265 659 912	3	240 574 398	2,7
Transferts	352 220 357	10,8	274 630 584	3,9	410 550 000	4,1	464 282 935	5,2
Total fonctionnement	621 399 360	19,1	546 637 126	7,8	822 965 891	8,2	897 839 853	10,0
Districts sanitaires (services de santé de base)								
Personnel	592 208 388	18,2	567 104 960	8,1	766 890 734	7,7	1 091 213 416	12,2
Médicaments et réactifs de laboratoire	89 717 744	2,8	74 097 228	1,1	228 783 249	2,3	564 964 094	6,3
Autres biens et services	33 802 296	1,1	34 876 668	0,5	89 123 687	0,9	340 992 601	3,8
Transferts	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Total fonctionnement	715 728 428	22,1	676 078 856	9,7	1 084 797 670	10,9	1 997 170 111	22,3
Hôpitaux de référence et autres								
Personnel	216 584 957	6,7	206 370 417	2,9	316 687 396	3,2	197 755 560	2,2
Médicaments et réactifs de laboratoire	0	0,0	0	0,0	0	0,0	20 540 499	0,2
Autres biens et services	751 500	0,0	0	0,0	36 697 048	0,4	265 490 052	3,0
Transferts	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Total fonctionnement	217 336 457	6,7	206 370 417	2,9	353 384 444	3,6	483 786 111	5,4
Total								
Personnel	895 589 828	27,5	856 194 169	12,2	1 230 334 109	12,3	1 481 951 496	16,6
Médicaments et réactifs de laboratoire	89 717 744	2,8	74 097 228	1,1	228 783 249	2,3	585 504 593	6,5
Autres biens et services	216 936 316	6,6	224 164 418	3,1	391 480 647	4,0	847 057 051	9,5
Transferts	352 220 357	10,8	274 630 584	3,9	410 550 000	4,1	464 282 935	5,2
Total fonctionnement (ministère de la Santé uniquement)	1 554 464 245	47,7	1 429 086 399	20,3	2 261 148 005	22,7	3 378 796 075	37,8
Investissement	1 697 938 515	52,2	5 589 766 752	79,6	7 744 564 919	77,4	5 562 351 696	62,2
Total général	3 252 402 760	100,0	7 018 853 151	100,0	10 005 712 924	100,0	8 941 147 771	100,0

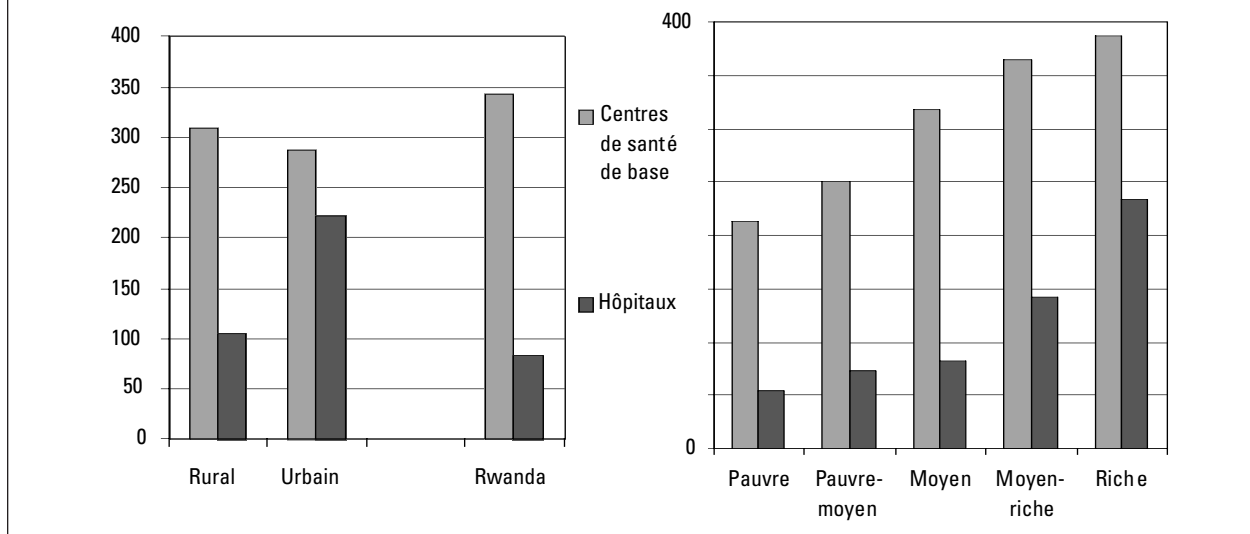
Source : ministère de la Santé. 2000. 1999 Public Expenditure Review – Health Sector, août.

pour améliorer véritablement l'efficacité de l'utilisation des ressources sectorielles.

En effet, si de nombreuses initiatives ont porté sur l'amélioration de la qualité structurelle de l'offre des services et soins de santé, peu a été fait au niveau des autres déterminants de la demande de soins de santé pour en accroître l'utilisation, notamment parmi les populations les plus pauvres. Les niveaux et schémas d'utilisation des soins de santé par les différentes catégories de la population ont des implications importantes sur l'efficacité des dépenses publiques—ils déterminent en outre, en combinaison avec les schémas d'allocation des ressources publiques, l'équité de la distribution des bénéfices des dépenses publiques.

La figure 5.3 propose une synthèse de la distribution des subventions publiques de santé entre différentes catégories de population, en combinant les informations sur les dépenses publiques de santé aux différents niveaux des organismes de prestation (2000) et les schémas d'utilisation des services de santé issus de l'EICV. Comme on pouvait s'y attendre, l'allocation des subventions est biaisée en faveur des zones urbaines, conséquence des inégalités dans l'utilisation des soins hospitaliers entre les ruraux et les urbains : en effet, si les subventions véhiculées à travers les centres de santé sont équitablement distribuées entre les deux zones, les populations résidant en zone urbaine captent deux

Figure 5.3. Rwanda : subventions publiques de santé par habitant selon le type de services, le lieu de résidence et le groupe socioéconomique, 2000 (en FRW)²⁵



fois plus que les ruraux les subventions véhiculées à travers les hôpitaux.

De même, la distribution des subventions publiques de santé entre groupes socioéconomiques est nettement en faveur des plus riches. En effet, si le quintile le plus pauvre bénéficie d'un niveau de subvention publique moyen d'environ 200 FRW à travers les centres de santé, le quintile le plus riche capte deux fois plus de subventions ; quant aux subventions *via* les hôpitaux, le rapport est de un à quatre (avec environ 50 FRW pour le quintile le plus pauvre).

Des disparités importantes sont aussi observées dans la distribution des dépenses publiques de santé entre provinces (figure 5.4). Les subventions distribuées aux centres de santé n'entretiennent aucune relation avec les niveaux relatifs de pauvreté, mais ce sont plutôt les provinces ayant le taux de mortalité infantile le plus élevé qui bénéficient des subventions moyennes les plus importantes (Kibungo, Byumba, Kigali Ngali et Umutara). Les autres provinces, à l'exception de la ville de Kigali, bénéficient de niveaux relativement comparables.

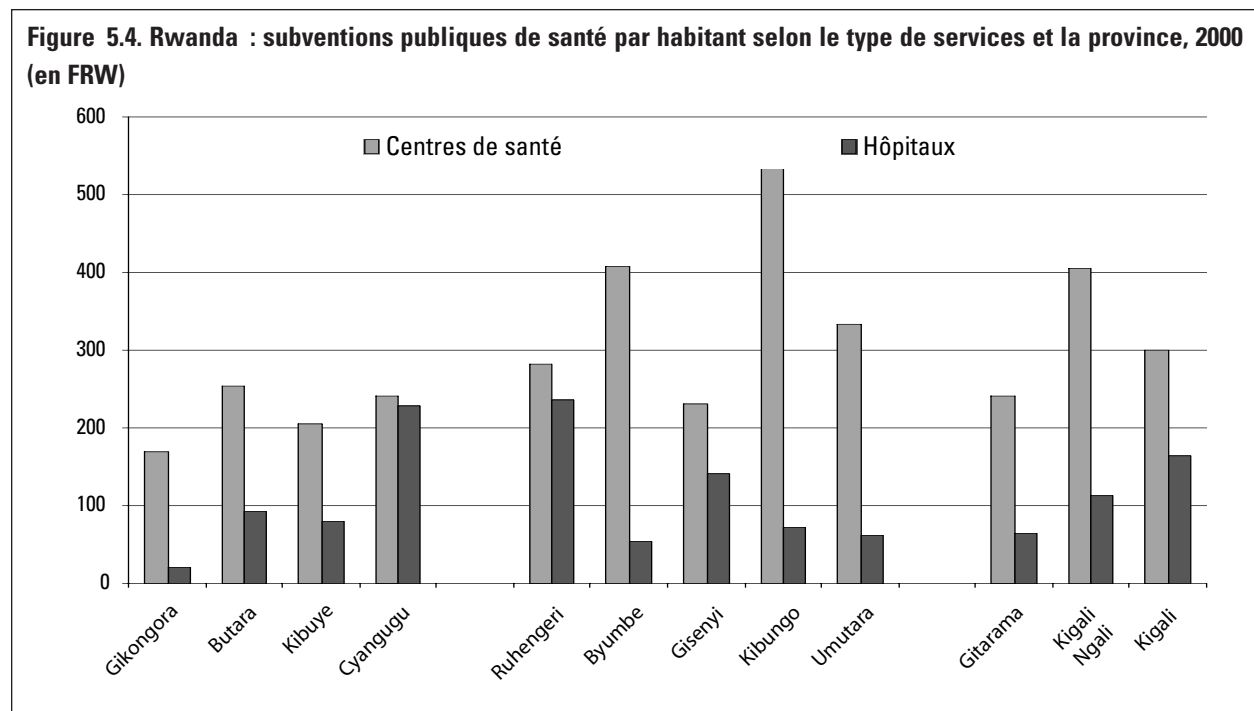
via Quant aux hôpitaux la distribution des subventions n'entretient aucune relation avec

les niveaux de mortalité, on constate, dans les provinces du Sud et les provinces centrales que plus la province est riche, plus les niveaux moyens de subventions sont élevés. L'inverse est vrai dans le Nord, où la province de Ruhengeri (la plus pauvre) bénéficie de niveaux moyens de subventions beaucoup plus élevés que les autres provinces de la zone.

Les hôpitaux ne contribuent donc pas encore à l'amélioration de l'équité dans la distribution des bénéficiaires des dépenses publiques, en raison des faibles niveaux d'utilisation par les populations les plus pauvres. Par ailleurs, si la distribution des dépenses publiques *via* les centres de santé semble plus équitable, la progressivité des dépenses publiques de santé pourrait être encore améliorée en augmentant les subventions en faveur des plus pauvres afin d'optimiser l'accessibilité financière de tous.

Accessibilité financière des services de santé de base

La baisse soutenue des niveaux d'utilisation des centres de santé entre 1997 et 2000 et



l'évocation des contraintes financières comme principale barrière à leur utilisation par les populations pose une fois encore la problématique de l'accessibilité financière des soins de santé. En effet, le nombre de nouveaux consultants par habitant et par an baisse depuis 1997 (0,34), passant à 0,27 en 1998, 0,24 en 1999 et 0,23 en 2000, soit une chute de 32 % des niveaux nationaux moyens d'utilisation des consultations curatives entre 1997 et 2000. Il n'est donc pas étonnant que le ministère de la Santé ait fait de l'amélioration de l'accessibilité géographique et financière des soins de santé le premier objectif de la politique nationale de santé de 2000. La problématique ne se réduit cependant pas aux coûts des soins de santé et à la capacité financière des ménages—elle concerne aussi les politiques, en cours d'élaboration, de subvention et de tarification des soins de santé et de mobilisation des ressources.

Le tableau 5.6 résume les informations relatives aux coûts et au financement des centres de santé à partir d'études réalisées entre 1997 et 2001, période durant laquelle les niveaux d'utilisation des services de santé étaient à la

baisse. On peut constater que les coûts moyens des centres de santé se sont infléchis, sous l'effet de la réduction des charges variables des centres de santé en général et des charges en médicaments en particulier, associée à la baisse des niveaux d'utilisation. Ainsi, malgré une diminution des charges fixes de personnel, reflétant sans doute la baisse du personnel non qualifié dans les structures, la part des charges de personnel dans les dépenses de santé des centres a augmenté. On observe par ailleurs une augmentation de plus de 20 % en moins de trois ans de la part des charges supportées par les usagers, conséquence de la diminution de l'aide des bailleurs de fonds aux centres de santé. En d'autres termes, les centres de santé ont dû dépendre de plus en plus de leurs capacités d'autofinancement pour faire face à leurs charges, opérant ainsi des pressions sur la tarification, la mobilisation des ressources et la prise en charge des indigents.

La tarification dans les centres de santé est basée sur une tarification à l'acte : chaque patient doit payer tous les actes et produits au niveau du centre—carnet de santé, consultation, examens de laboratoire, autres examens

Tableau 5.6. Rwanda : structure des coûts et sources de financement des centres de santé, 1997-2000

		1997		1998-99	1999-2000
		Public	Agréé	Public + agréé	Public + agréé
Nombre de formations sanitaires		24	16	76	76
Nombre annuel moyen de consultations curatives		11 020	11 871	6 200	5 800
Structure des coûts (moyenne)					
Personnel	FRW	2 965 000	3 658 000	2 512 000	2 584 000
	%	44,6	46,8	53,4	51,9
Médicaments	FRW	2 689 000	2 910 000	1 479 000	1 606 000
	%	40,4	37,2	31,4	32,2
Autres	FRW	999 000	1 245 000	716 000	792 000
	%	15,0	15,9	15,2	15,9
Total	FRW	6 653 000	7 813 000	4 707 000	4 982 000
	%	100,0	100,0	100,0	100,0
Sources de financement (moyenne)					
Autofinancement	%	30	49	59	59
État	%	48	18	19	23
Bailleurs	%	20	30	22	17
Ned.	%	2	3		
Total	%	100	100	100	100
Aire d'étude		Ensemble du pays (échantillon)		Districts sanitaires de Byumba, Kabic, Kabbale, Bugesera et Kibungo (exhaustif)	
Sources des données		MINISANTE, 1999		Schneider, P. et al., 2001	

spécialisés, médicaments et hospitalisation, le cas échéant. En d'autres termes, un malade qui envisage de se rendre dans un centre de santé ne sait pas vraiment ce que cela va lui coûter ; en outre, plus l'utilisation des services diminue, plus le prix des soins augmente dans la mesure où ce sont les malades les plus gravement atteints qui viennent consulter ou se faire soigner. Ainsi, l'utilisation s'inscrit dans une lourde tendance à la baisse non seulement à cause de l'augmentation des tarifs par des centres de santé qui ont de plus en plus de difficultés à faire face à leurs charges, mais aussi à cause de paiements attendus plus élevés par les usagers potentiels. L'augmentation de plus de 150 % des ressources publiques allouées aux districts sanitaires entre 1997 et 1999 (tableau 5.5) ne s'est pas traduite pour les populations par une réduction des tarifs—elle a plutôt permis de combler partiellement les écarts creusés par la baisse de l'aide des bailleurs de fonds durant la période.

L'État peut-il prendre en charge une part plus élevée des dépenses des centres de santé pour améliorer l'accessibilité financière des soins de santé pour les ménages ? A ce jour, l'État ne contribue significativement au financement des centres de santé qu'en assumant une partie des salaires du personnel de santé. Or, le tableau 5.7 indique que les catégories de personnel de santé prises en charge par l'État au niveau des centres de santé ne coûtent pas cher par rapport aux salaires qui prévalent dans d'autres pays de la région : un infirmier A1 revient à moins de 5 unités de PIB/habitant, un infirmier A2, à moins de 4 unités et un infirmier A3, à moins de 3 unités. L'État pourrait donc faire un effort au niveau de la prise en charge de l'ensemble des personnels techniques des centres de santé publics et agréés. Mais, faute d'une baisse du coût des médicaments (qui représentent plus de 50 % des dépenses des usagers), toute subvention additionnelle de l'État aux centres de santé ne serait pas trans-

Tableau 5.7. Comparaison des salaires du personnel de santé au Rwanda et dans d'autres pays africains : niveaux de salaire annuel (unité = PIB/habitant)

	Rwanda	Burquina Faso	Cameroun	Mauritanie	Niger	Tchad
Médecin généraliste	7,7	7,3-23,5	4,7	5,7-9,45	10,6-20,8	10,3-18,8
Assistant médical (A1) et laborantin (A1)	5,1					
Infirmier diplômé d'État	4,8	4,2-13,5	1,7	3,2-5,7	5,3-12,04	5-10,6
Sage-femme diplômée d'État	—	4,2-13,5	1,97	3,5-7,3	5,3-12,04	5-10,6
Infirmier						
• A2	3,6					
• A3	2,5					
Auxiliaire de santé, aide-accoucheuse, aide-infirmier, aide-laborantin	1,9					

Notes : Pour la catégorie « infirmier diplômé d'État » pour le Rwanda, il s'agit des infirmiers A1.

Source : Mauritania – Country Status Report on Poverty and Health.

mise aux populations. L'État devra donc inclure dans ses subventions une composante visant à réduire le fardeau des médicaments sur les ménages si son objectif est d'améliorer l'accessibilité financière des soins de santé. Dans cette perspective, l'État pourrait évaluer les expériences de mutualisation du risque

maladie et les approches contractuelles testées dans le pays, pour voir comment elles se situent par rapport à cet objectif (encadrés 4.3 et 5.2).

Encadré 5.2. Approche contractuelle dans la province de Cyangugu

De nouveaux mécanismes de paiement des prestataires sont en cours d'expérimentation. Aux paiements par capitation, testés depuis 1999 dans le cadre des mutuelles de santé, sont venues s'ajouter les approches contractuelles basées sur les performances ; celles-ci sont à l'essai dans les provinces de Butare et de Cyangugu. Nous avons retenu l'expérience de Cyangugu, qui témoigne de l'émergence de la province comme agent intermédiaire de financement de la santé entre l'État central et les services de santé, en raison de son alignement avec le nouvel environnement institutionnel issu des réformes de décentralisation. Il est évident que l'introduction de tels instruments va de pair avec un renforcement des systèmes d'information et de suivi, l'arrivée de nouveaux acteurs et la redéfinition des rôles des différentes parties prenantes pour le suivi et l'évaluation. Ces points sont résumés dans les paragraphes suivants.

Renforcement du système d'information et de suivi. Pour faciliter l'introduction de l'approche contractuelle, le système d'information sanitaire et de suivi a été renforcé autour de quatre axes. Le premier porte sur la réalisation d'un « business plan » soumis à l'agence de financement par les structures de santé qui veulent mettre en place un contrat et des contrats types entre l'agence financière et les zones de rayonnement et entre la zone de rayonnement et un sous-contractant (du secteur privé par exemple). Le deuxième axe concerne la standardisation des bases d'évaluation des performances, avec l'adoption d'un canevas type pour les documents de base des indicateurs subventionnés (outils de collecte des données et registres) et pour la vérification des activités des structures de santé sous contrat (à travers des enquêtes effectuées par des groupements locaux au niveau des ménages). Le troisième axe porte sur l'adoption d'un résumé mensuel de vérification et d'analyse, à remplir par les superviseurs et les titulaires des zones de rayonnement. Enfin, le quatrième axe concerne le renforcement de la supervision, à l'aide d'un guide de supervision trimestrielle de la qualité professionnelle, effectuée par l'équipe cadre du district sanitaire avec les experts de santé publique de l'agence financière.

Rôle de l'agence financière. L'Agence financière de Cyangugu (AFC) a été créée en août 2002, à la demande des autorités provinciales, pour mieux organiser l'appui au secteur de la santé. Le rôle de l'AFC est d'orienter, stimuler et subventionner la mise en œuvre des activités du paquet minimum

(centres de santé) et du paquet complémentaire (hôpitaux de district) dans la province. Elle doit aussi contribuer à la diminution de la pauvreté, en introduisant une baisse de la facturation dans les structures de santé et en réglant les factures des indigents. L'AFC cherche également à stimuler la diffusion du système de partage des risques, par des mutuelles locales. Elle vise par ailleurs à améliorer la disponibilité des services de santé reproductive et, en particulier, des services de PF. Elle doit s'assurer que la population est satisfaite des prestations fournies dans les structures de santé, à travers un système de vérification et de suivi dans chaque zone de rayonnement, assuré par des enquêteurs locaux. Mais elle contribue aussi à assurer le maintien de la qualité professionnelle des activités, à travers l'attribution aux structures de santé d'un bonus trimestriel de qualité, payé sur la base des évaluations faites par les équipes cadres du district avec les experts de santé publique de l'agence. Enfin, l'AFC doit garantir que les subsides payés aux structures de santé sont basés sur des activités réellement effectuées. A cet effet, les superviseurs de l'AFC vérifient les registres (ou documents de base) dans les structures de santé et les enquêteurs locaux contrôlent les activités enregistrées dans les ménages des patients. Le résumé mensuel des activités de chaque zone de rayonnement sert de document officiel administratif/financier pour des audits publics réalisés par l'État ou les bailleurs.

Rôle des ministères de la Santé et de l'Administration locale et du comité de suivi. Conformément aux accords passés entre la province de Cyangugu et le ministère de la Santé, l'AFC assume la responsabilité des procédures contractuelles avec les structures de santé, *mais elle n'a aucune autorité politique ou réglementaire*. Cette dernière appartient au ministère de l'Administration locale, représenté par le préfet, et au ministère de la Santé, représenté par le directeur de la Santé, du genre et des affaires sociales. La coordination est assurée par le comité de suivi de l'approche contractuelle de la province de Cyangugu. Ce comité est chargé de surveiller et d'évaluer les activités ; il se réunit au moins une fois par an en session ordinaire (et en session extraordinaire en cas de besoin). Le comité de suivi peut inviter comme observateurs des représentants du ministère de la Santé, des bailleurs de fonds et des intervenants dans le domaine de la santé au niveau régional.

Rôle des structures de santé sous contrat. La province de Cyangugu compte 28 formations sanitaires publiques et religieuses et environ 25 dispensaires privés, qui desservent 600 000 habitants. Sont actuellement sous contrat avec l'AFC, 24 centres de santé, quatre hôpitaux de district et quatre équipes cadres de district. Des contrats coûts et quantités sont passés avec les formations sanitaires publiques ou religieuses, mais aussi avec des ONG et des dispensaires privés. Ce type de contrat formalise le lien entre le rendement des activités des formations sanitaires et les apports financiers ou les subsides, et est, par conséquent, basé sur la performance et les résultats de la structure de santé. Chaque formation sanitaire a des objectifs à atteindre, fixés en fonction d'une série de normes édictées par le ministère de la Santé dans les paquets minimum et complémentaire d'activités. Les objectifs de chaque zone de rayonnement sont calculés en multipliant la norme fixée au district par le nombre d'habitants vivant dans la zone de rayonnement de la structure de santé sous contrat.

Indicateurs subventionnés. Les premiers indicateurs à subventionner ont été sélectionnés selon les normes nationales du district sanitaire de 1997 ; de nouveaux indicateurs ont été récemment introduits dans le cadre de la santé de la reproduction et de la lutte contre le paludisme. Grâce en outre à un consensus général sur la grande priorité à accorder à la PF, 25 % des fonds sont réservés à cette activité. Seuls des indicateurs vérifiables et quantifiables ont été retenus, pour éviter tout malentendu relatif au calcul des déboursements, basé sur la performance mensuelle quantitative des formations sanitaires. Le niveau de subside par action dépend de la priorité accordée à chaque activité—il sera progressivement modifié au fur et à mesure du déroulement du programme et dépendra de l'expérience acquise, des priorités politiques et de santé publique et de la disponibilité des fonds. Ainsi, même en cas de performance exceptionnelle, le budget disponible ne peut pas être dépassé. Chaque formation sanitaire peut prétendre à une **gratification d'isolement** de 5 ou 10 %, pour aider les formations sanitaires isolées qui rencontrent de graves problèmes de transport et, éventuellement, de qualification du personnel.

Sources de financement et coordination. Pour l'année 2003, la province de Cyangugu, le FNUAP et Corde ont financé l'AFC à hauteur de 900 000 FRW. La province a su susciter l'intérêt des programmes sanitaires nationaux et des autres bailleurs, pour canaliser les fonds dans l'AFC et apporter ainsi différents avantages : utilisation plus efficiente des fonds publics, diminution des coûts fixes par rapport à la situation actuelle dans laquelle chaque programme national ou bailleur doit mettre en place un système de suivi dans la province (un type d'approche sectorielle décentralisée au niveau provincial) et, enfin, maintien de la qualité professionnelle des prestations fournies par les structures de santé, grâce à la supervision et au suivi assurés par l'AFC et les équipes cadres de district.

Conclusions et implications stratégiques

En guise de conclusion, nous allons résumer ici les résultats des différentes analyses présentées dans les chapitres précédents, en identifiant leurs implications stratégiques.

Indicateurs de santé, de nutrition et de population. Les informations compilées à travers des enquêtes et études réalisées au Rwanda et dans les pays voisins au cours des dernières années révèlent une situation sanitaire qui est l'une des plus médiocres de l'ASS. Cette situation, qui résulte de la combinaison de niveaux élevés de mortalité infanto-juvénile et maternelle, de la malnutrition et de la prévalence du VIH/SIDA, traduit la persistance des séquelles de la guerre et du génocide de 1994 dans la société rwandaise. Si des progrès importants ont été réalisés en termes de mortalité infanto-juvénile et maternelle depuis 1995, le Rwanda n'a pas encore retrouvé les niveaux de survie de l'enfant et de santé de la mère d'avant le génocide. Ainsi, le pays devra continuer à infléchir rapidement les taux de mortalité infanto-juvénile et maternelle dans la décennie à venir afin d'atteindre les OMD en 2015.

Le Rwanda ne pourra pas atteindre ces objectifs, cependant, sans une réduction sensible de la prévalence du VIH/SIDA, de la mal-

nutrition et du paludisme. Par ailleurs, le Rwanda devra redoubler d'efforts pour réduire les inégalités de santé qui se sont creusées après la guerre de 1994, que ce soit entre le Nord et le Sud, entre les zones urbaines et les zones rurales—reflétant la ruralité de la pauvreté dans le pays—et entre les segments les plus pauvres et les plus riches de la population. Faute de mesures énergiques supportées par un ciblage judicieux des interventions sanitaires dans ces domaines, il sera difficile de traduire les investissements sanitaires en gains significatifs pour l'amélioration de l'état de santé et de la productivité de la majorité de la population.

Facteurs communautaires, contraintes et comportements des ménages. Le Rwanda ne pourra pas réduire sensiblement le fardeau des maladies transmissibles, la malnutrition, la prévalence du VIH/SIDA, la fécondité et les inégalités sanitaires sans renforcer la coordination des interventions multisectorielles au niveau communautaire, sans faire évoluer les comportements en matière de santé et sans améliorer l'accessibilité financière des soins de santé pour les ménages. Beaucoup de ménages rwandais, notamment les plus pauvres, continuent de s'approvisionner en eau auprès de sources non protégées et rares sont ceux qui

ont accès à des latrines améliorées. Ces conditions environnementales des communautés pauvres favorisent l'exposition aux maladies diarrhéiques et la récurrence des épidémies de choléra, de dysenterie bacillaire et de typhus épidémique. Le pays doit redoubler d'efforts pour améliorer l'accès à l'eau potable, l'assainissement et l'hygiène domestique et faire en sorte que les ménages pauvres puissent mieux se prémunir contre les maladies.

Bien que les orientations stratégiques actuelles de la lutte contre le VIH/SIDA et le paludisme reposent sur des changements de comportement et sur les capacités des ménages, une grande majorité de foyers rwandais restent encore sous-informés quant aux moyens de protection contre ces maladies. Une très faible proportion de femmes pauvres savent que l'utilisation d'un préservatif est un moyen de se prémunir contre le VIH et les ménages pauvres sont encore très peu nombreux à utiliser les moustiquaires imprégnées pour se protéger contre le paludisme. Il faudra renforcer et adapter les stratégies d'information en tenant compte du faible accès des pauvres aux médias modernes et en multipliant les stratégies à base communautaire. Il faudra par ailleurs mettre en place des mécanismes de subventions ciblées en faveur des pauvres.

On n'observera pas de changements durables de comportement en matière de santé de la reproduction tant qu'il n'y aura pas une évolution des valeurs et des attitudes sociologiques et des comportements sanitaires pendant la grossesse. Alors que la société exerce une forte pression sur la femme rwandaise en matière de reproduction, elle n'a pas encore développé les systèmes de valeurs et de supports pouvant amoindrir les risques encourus : trois femmes sur quatre environ accouchent sans assistance professionnelle et dans un cadre où aucune assistance appropriée ne peut leur être apportée en cas de complications.

Enfin, il sera difficile d'améliorer durablement l'état de santé des pauvres au Rwanda et de protéger les revenus des ménages dans le

secteur de la santé si des solutions ne sont pas trouvées au des faibles niveaux de recours aux services modernes de santé en cas de maladie et du lourd fardeau que représentent les dépenses de santé pour les ménages. Plusieurs initiatives ont commencé à mettre à profit les valeurs positives d'entraide mutuelle et de solidarité toujours présentes dans les communautés, afin de mettre en place des systèmes d'assurance maladie basés sur la communauté ; ces initiatives sont en train d'être renforcées par les mouvements de démocratisation locale et de décentralisation. Des efforts devront être engagés pour renforcer la synergie entre ce mouvement mutualiste émergent et la mise en place de mécanismes de prise en charge des plus pauvres, afin d'accroître l'accessibilité financière des services modernes de santé dans le pays.

Facteurs au niveau du secteur de la santé. Les réformes sanitaires récentes ont été dominées par des initiatives visant à faire face à l'impact de la guerre et du génocide de 1994 sur le profil épidémiologique du pays, les infrastructures sanitaires, la base de ressources humaines, l'organisation et le financement des services de santé. Les programmes sont en train d'être étendu aux problèmes de VIH/SIDA, de malnutrition et de santé mentale qui, en plus du paludisme et des autres maladies transmissibles, ont pris une ampleur importante du fait de la guerre. La réorganisation des services de santé de base—axée sur le modèle du district sanitaire et l'initiative de Bamako—a soutenu le processus de décentralisation et d'intégration des services de santé, la définition des paquets d'activités au niveau des formations sanitaires primaires et secondaires et l'implication des populations dans la gestion et le financement des services de santé. Les réformes sanitaires sont cependant à la croisée des chemins car il faudra articuler les cadres organisationnels des services de santé de base autour du cadre institutionnel des réformes administratives et politiques en cours dans le pays et adapter les stratégies de financement de la santé à ce nouvel

environnement et à la capacité financière des populations.

Des efforts importants ont été consentis pour la reconstruction et la réhabilitation des infrastructures sanitaires de base et pour la reconstitution de la base des ressources humaines du secteur de la santé. Cependant, des disparités importantes continuent de prévaloir entre provinces au niveau de l'accessibilité géographique des services de santé, au détriment des provinces les plus pauvres et de celles qui ont connu d'importants mouvements de population résultant de la guerre. Il faudra donc poursuivre les efforts d'amélioration de l'accessibilité géographique des services de santé dans les provinces de Butare, Gikongoro, Kibungo, Kigali Ngali et Umutara.

Depuis la période d'urgence qui a suivi la guerre et le génocide de 1994, le Rwanda s'est attaché à reconstituer la base des ressources humaines du secteur de la santé. L'élargissement des structures de formation du personnel paramédical a permis de résorber en six ans les déficits en personnel infirmier du pays ; mais les structures de formation, plus longues, des professionnels de la santé (médecins, dentistes et pharmaciens) continuent de limiter leur disponibilité.

Il s'agit là pour le pays de l'un des plus grands défis à relever dans les années à venir : améliorer la disponibilité de personnel de santé qualifié en général, et des médecins et de pharmaciens en particulier. A ce défi s'ajoute celui de la réduction des inégalités de la répartition du personnel de santé entre provinces : plus le personnel de santé est qualifié et rare, moins les provinces les plus pauvres en bénéficient, Kigali absorbant une part disproportionnée de ce type de personnel. Ces inégalités résultent en grande partie d'un manque d'incitations à aller travailler dans les zones rurales du pays et de modes de recrutement et de gestion du personnel de santé trop centralisés.

Les disparités dans la distribution du personnel de santé et les contraintes à l'utilisation des services de santé reflètent la faiblesse de

l'efficience technique des services de santé. Des gains d'efficience pourraient être réalisés avec les ressources existantes, en redéployant le personnel de santé de Kigali vers les provinces où les déficits sont importants. Pour accroître significativement l'efficience des services de santé dans l'ensemble du pays cependant, des mesures seront nécessaires pour augmenter l'utilisation et la continuité des soins de santé afin d'optimiser l'utilisation de la base de ressources humaines existante.

Pour pouvoir améliorer l'efficience et l'équité des interventions sanitaires, le Rwanda devra renforcer les interventions de santé de base et la couverture des pauvres. Seul le PEV assure une couverture équitable à cet égard. Grâce aux efforts du gouvernement et aux appuis des partenaires extérieurs, le PEV est parvenu en l'espace de quelques années à assurer une couverture satisfaisante sur l'ensemble des antigènes dans les régions les plus riches comme dans les régions les plus pauvres. La santé de l'enfant continue cependant de pâtir des faiblesses de la couverture des services de nutrition, de la protection contre le paludisme et de la prise en charge des malades : à ce jour, aucune stratégie communautaire n'a été déployée dans ces interventions, alors qu'elles permettraient d'accroître l'accessibilité des services de santé pour les enfants.

Par ailleurs, bien que des progrès aient été réalisés pour le suivi des grossesses, les services de santé de la reproduction souffrent toujours des faiblesses des services de PF et du manque de continuité lors du suivi prénatal, de l'assistance à l'accouchement et du suivi postnatal. La santé de la reproduction reste un domaine où le pays aura besoin d'appuis importants pour élaborer et mettre en œuvre des stratégies adaptées. Enfin, les capacités des services de santé de base devront être renforcées dans le cadre de la lutte contre le VIH/SIDA, la tuberculose et la santé mentale pour contribuer à une meilleure couverture des pauvres, car ce sont les rares services auxquels la majorité des pauvres peut accéder.

Enfin, l'implication des populations dans les services de santé devrait être renforcée. La mise en place des comités de santé au niveau des formations sanitaires primaires et des districts sanitaires avait suscité beaucoup d'espoir ; en pratique cependant, leur fonctionnement est empreint de nombreuses faiblesses, d'autant plus préoccupantes qu'une part importante du financement des services de santé de base est assurée par les communautés et que les interactions entre celles-ci et les services de santé devront être renforcées pour supporter les interventions sanitaires et les activités promotionnelles des animateurs de santé au niveau de la communauté. Les initiatives mutualistes qui sont en train d'émerger à plusieurs endroits font cependant apparaître de nouveaux acteurs communautaires qui, s'ils sont correctement mis à profit, viendront renforcer les opportunités de partenariats locaux pour la santé et les nouveaux mécanismes de participation des populations à la santé.

Facteurs au niveau du financement de la santé.

Les sources et les mécanismes de financement de la santé sont en pleine transition, après la période d'urgence qui a suivi le génocide. Cette période était marquée par des besoins importants associés à la nécessité de reconstruire les infrastructures physiques et la base des ressources humaines, détruites par la guerre, et de revitaliser les organismes de prestation de soins, au niveau des districts sanitaires en particulier. Du fait des capacités fiscales limitées du pays, les efforts de reconstruction ont été soutenus par d'importants apports extérieurs, qui constituaient la principale source de financement du secteur de la santé, et par les paiements directs des usagers. Au cours de l'année 1998 par exemple, les dépenses totales de santé par habitant s'élevaient à environ 12,7 USD (soit 5,0 % du PIB), dont 50 % étaient financés par des apports extérieurs, 33 % par les ménages, 7 % par les entreprises privées et 10 % seulement par des sources publiques internes. Entre 1995 et 2001, la faiblesse du

financement public a continué d'être l'une des principales contraintes du financement de la santé : bien qu'en progression, les dépenses publiques courantes sont restées à moins de 1 % du PIB au cours de toute la période. En conséquence et malgré la construction ou la réhabilitation des infrastructures sanitaires, avec un important soutien de l'extérieur, le niveau des ressources publiques injectées dans la santé est resté faible au cours de la période. Depuis 2001 cependant, l'État consent des efforts certains pour augmenter les dépenses publiques courantes dans le secteur.

Les mécanismes de financement de la santé sont aussi en train de changer. La multiplicité d'agents intermédiaires de financement et de mécanismes d'allocation des ressources a été l'un des inconvénients de la période d'urgence, d'où un défi majeur pour la coordination des interventions sanitaires dans le pays. Les partenaires du secteur de la santé sont confrontés à ce défi depuis 2001, avec l'introduction de mécanismes de cadrage des dépenses à moyen terme, qui font partie du renforcement des capacités institutionnelles allant de pair avec l'élaboration et la mise en œuvre du PSRP. En outre, ces changements sont accompagnés par l'émergence de nouvelles institutions et de nouveaux acteurs, dont les rôles et responsabilités sont constamment redéfinis. Cette dynamique de changement est portée par les réformes de décentralisation enclenchées dans le pays et par l'émergence d'organismes d'assurance maladie. Ces deux phénomènes pourraient avoir des implications importantes sur l'efficacité et l'équité des dépenses publiques dans le secteur de la santé.

La priorité grandissante accordée aux programmes de lutte contre les maladies et aux services de santé de base, soutenue récemment par l'augmentation des dépenses de personnel, de biens et de services, commence à se traduire par une amélioration de l'efficacité allocative du secteur de la santé. A l'inverse, la limitation des instruments de politique pour subventionner l'offre de soins dans un environnement où

les contraintes financières ont entraîné une baisse des niveaux d'utilisation des services, s'est traduite par d'importantes iniquités dans la distribution des bénéfices des dépenses publiques en général et des dépenses publiques véhiculées à travers les hôpitaux en particulier.

Dans les prochaines années, le Rwanda continuera à faire face aux défis de la lutte contre les maladies, notamment le VIH/SIDA et le paludisme. Mais l'augmentation de l'accessibilité financière des services de santé et la réduction des inégalités dans la distribution des bénéfices des dépenses publiques feront aussi partie des grandes difficultés à résoudre. Pour

autant, la dynamique de changement institutionnel en cours est propice au renforcement de la décentralisation fiscale, à l'émergence de nouvelles stratégies de mobilisation des ressources (systèmes de pré-paiement et de mutualisation du risque maladie par exemple) et à l'expérimentation de modalités de paiement des prestataires basées sur les performances et les résultats. L'alignement de cette nouvelle dynamique avec le cadre de réduction de la pauvreté pourrait permettre au pays de relever les défis du financement de la santé et de contribuer à l'amélioration de l'efficacité et de l'équité dans le secteur de la santé.

Références bibliographiques

- A. Soucat *et al.* 2001. *Indication vers l'intégration des questions de santé, de nutrition et de population dans les stratégies de réduction de la pauvreté dans les pays à faibles revenus.*
- FMI. 1998. *Rwanda statistical annex.* SM/98/138. Washington DC.
- FMI. 2002. *Rwanda Country Report No. 02/187.* Washington DC.
- Kline, P. 2000. *Note on the Distribution of Public Spending in Rwanda in 2000: A Benefit–Incidence Analysis for Health and Education,* juin.
- M. Claeson, C. Griffin, T. Johnston, M. McLachlan, A. Soucat, A. Wagstaff et A. Yazbeck. 2000. *Manuel pour les dossiers de stratégie de réduction de la pauvreté.* Santé, nutrition et population, Banque mondiale, Washington DC.
- Nandakumar, A. K. *et al.* 2000. *Use of and Expenditures on Outpatient Health Care by a Group of HIV-positive Individuals in Rwanda.* Partnership for Health Reform. Bethesda. MD.
- ONUSIDA. 2000. *Rapport sur l'épidémie mondiale du VIH/SIDA,* Genève, juin.
- PNUD. 2000. *Rapport sur le développement humain,* Genève.
- R. Eastwood et M. Lipton. 2000. « L'impact des changements de la fertilité humaine sur la pauvreté », *Journal of Development Studies.*
- République du Rwanda, ministère de la Santé, HERA_ULB. 1999. *Study of the Financing of the Health System: Conclusions and Strategic Options.* Projet Santé Population, mai.
- République du Rwanda, ministère de la Santé. 1996. *Politique nationale de la santé 1995,* janvier.
- République du Rwanda, ministère de la Santé. 1998. *Public Expenditure Review (1997 et 1998)—Health Sector,* juin.
- République du Rwanda, ministère de la Santé. 2001a. *Politique nationale en matière de santé,* septembre.
- République du Rwanda, ministère de la Santé. 2001b. *Rapport annuel 2000,* mars.
- République du Rwanda, ministère de la Santé. 2002a. *Rapport annuel 2001,* mars.
- République du Rwanda, ministère de la Santé. 2002b. *Rapport SIS 1997 à 2001,* mars.
- République du Rwanda, ministère des Finances et de la planification économique. 2002. *A Profile of Poverty in Rwanda, A report based on the results of the Household Living Standards Survey,* février.

République du Rwanda. 2001a. *Core welfare indicator questionnaire (QUIQ) survey*, août.

République du Rwanda. 2001b. *Enquête démographique et de santé 2000*, septembre.

République du Rwanda. 2001c. *Loi portant fixation des finances de l'État pour l'exercice 2001 avec d'autres lois fiscales*, janvier.

République du Rwanda. 2002a. *Enquête intégrale sur les conditions de vie des ménages (2000–2001)*, mars.

République du Rwanda. 2002b. *Loi portant fixation des finances de l'État pour l'exercice 2002 avec d'autres lois fiscales*, janvier.

République du Rwanda. 2002c. *Politique nationale de la décentralisation*.

République du Rwanda. 2003. *Loi portant fixation des finances de l'État pour l'exercice 2003 avec d'autres lois fiscales*, janvier.

Notes

1. République du Rwanda, ministère des Finances et de la planification économique, ministry of Finance and Economic Planning, 2002. *A Profile of poverty in Rwanda: A report based on the results of the Household Living Standards Survey*. Republic of Rwanda : February.

2. M. Claeson *et al.*, C. Griffin, T. Johnston, M. McLachlan, A. Soucat, A. Wagstaff, et A. Yazbeck (2000) « HNP « Manuel pour les Dossiers de Stratégie de Réduction de la Pauvreté » Santé, Nutrition et Population, Banque mondiale, Washington DC.

3. Y compris les pratiques diététiques et sanitaires.

4. R. Eastwood et M. Lipton. 2000), « L'impact des changements de la fertilité humaine sur la pauvreté », *Journal of Development Studies*, à venir.

5. A. Soucat *et al.* 2001. « Indications vers l'Intégration des Questions de Santé, de Nutrition et de Population dans les Stratégies de Réduction de la Pauvreté dans les Pays à Faibles Revenus »

6. Adapté de A. Soucat *et al.* 2001. *op. cit.*

7. ONUSIDA. 2000. Rapport sur l'épidémie mondiale du VIH/SIDA ; ONUSIDA, Genève, juin 2000.

8. EDSR. 2000.

9. Nandakumar, A.K. *et al.* 2000. *Use of and Expenditures on Outpatient Health Care by a Group of HIV-positive Individuals in Rwanda*. Partnership for Health Reform. Bethesda, MD.

10. République du Rwanda, '2000. *Politique nationale de décentralisation*. ministère de l'Administration Locale et des Affaires Sociales.

11. Une structure de production locale est en train d'émerger dans le pays, Labophar, qui a produit jusqu'à présent de faibles quantités de certaines molécules, en fonction des besoins du marché local : paracétamol 500 mg, chloroquine 100 mg, quinine 300 mg et cotrimoxazole 480 mg.

12. République du Rwanda, ministère de la Santé. 2001b *Rapport annuel 2000*. République du Rwanda : Mars.

13. Pour le moment, on ne trouve pas encore de personnels compétents sur le marché du travail pour tous les domaines, parce qu'il n'existe pas d'école de formation au niveau national. C'est notamment le cas des techniciens supérieurs en santé oculaire, en orthopédie, etc. Les rares agents qui sont formés dans les écoles étrangères s'installent ensuite en ville.

14. Les données de la ville de Kigali et de la province de Kigali Ngali, qui constituent la

région sanitaire de Kigali, sont combinées dans les graphiques relatifs à la disponibilité du personnel de santé.

15. Étant donné les normes d'un infirmier pour 5 000 habitants et d'un taux de visite par habitant et par an compris entre 0,5 et 1, on devrait obtenir un taux minimum de 2 500 consultations curatives par an et par infirmier.

16. Les informations sur la couverture des CPN présentées ici sont tirées de l'EDSR 2000, qui couvre les naissances des cinq années précédant l'enquête. Les informations de l'E-ICV 1999/2001 du tableau 4.5 couvrent elles les naissances des douze derniers mois.

17. Source : SIS et PNLP.

18. Une étude conduite en 1989 a montré que, par habitant, le coût direct (traitement) était de 0,63 USD pour un coût indirect (temps de production perdu et souffrance due à la maladie) estimé à 2,25 USD, soit en moyenne 3,5 jours de perte de travail (1 % du PNB). L'étude était parvenue ainsi, en se basant sur le nombre de malades enregistrés au moment de l'enquête pour paludisme, à un coût total de 11,82 USD par cas de paludisme (PNLP). Une étude CAP (connaissances/attitudes/pratiques) effectuée dans la commune de Ngenda en 1995 par le PNLP a montré qu'une famille moyenne dépensait environ 6,0 USD

pour le traitement du paludisme (1,5 USD par crise, qui peuvent se répéter jusqu'à six fois par an ; PNLP, 2000) ; si une hospitalisation est nécessaire, le coût peut atteindre jusqu'à 9 USD par crise.

19. EDSR. 2000.

20. Ce processus est fondé sur le système communautaire traditionnel de résolution des conflits—il s'agit d'une forme de justice participative.

21. ARFEM et Rapport Annuel MINISANTE. 2002a.

22. République du Rwanda, . 2001. *Politique Nationale en Matière de Santé*. ministère de la Santé. Kigali : Septembre.

23. Ministère de la Santé, 2001. *Rapport Annuel 2000*. Kigali : Mars.

24. NHA report.

25. Republic of Rwanda, ministry of Health, Health and Population Project. May. NHA Report HERA and ULB. 1999. *Study of the Financing of the Health System: Conclusions and strategic options*. Republic of Rwanda, ministry of Health, Health and Population Project. May. NHA Report

26. Kline, P. 2002. Je suppose que pour toutes les références « République du Rwanda », la ville d'édition est Kigali. A ajouter ?