

Le système de santé du Rwanda : Exemple pour l'Afrique sub-saharienne ?

par

Hugo DEVLIEGER

MD, PhD, LUMOS UZLeuven

Professeur émér. KULeuven

Depuis le génocide de 1994, qui a complètement perturbé le système de santé du Rwanda et disséminé le personnel médical, une réorganisation a débuté en 2000, améliorant plusieurs indicateurs de santé de façon inégalée en Afrique. Les points clés de ce nouveau système sont une organisation décentralisée, où planification et direction se situent au niveau du district avec une priorité pour la médecine préventive, et l'introduction d'un nombre d'innovations telles que la mutuelle communautaire, qui offre une couverture de santé universelle, un financement des travailleurs de santé basé sur la performance, une accréditation des hôpitaux, et un système de communication par SMS codés pour lancer l'alerte à partir des villages en cas d'urgences. Ces innovations ont été développées par un staff médical compétent au Ministère de la Santé (MOH), qui fournit la vision stratégique et la gestion des programmes nationaux. Le MOH exerce une direction de rigueur, a des attentes élevées et une tolérance zéro pour la corruption. La surveillance des diverses activités est rendu possible par un système intégré d'information de la gestion de la santé. Le texte détaille les différentes caractéristiques du système de santé et discute ses forces et ses faiblesses.

The Health System in Rwanda : an example for Sub-Saharan Africa ?

Since the genocide in 1994 that completely disrupted the health system in Rwanda and disseminated health workers, a reorganisation was started in 2000, that resulted in an improvement in many health outcomes that is unparalleled in Africa. The key features of the new health system are a decentralised organisation, where planning and management takes place at district level with strong emphasis on preventive medicine, and the introduction of a number of innovations, such as the community based health insurance system that provides universal health coverage to all, the performance-based financing of health workers, the accreditation of the hospitals, an innovative phone text message (SMS) based alert system deployed at village level that allows urgent evacuation of obstetrical emergencies. These innovations were designed by highly skilled medical staff at the Ministry of Health (MOH), and who provides the strategic vision and stewardship for national programs. The MOH exerts strong leadership, has high expectations and has zero tolerance for corruption. The surveillance of the diverse activities is made possible due to an integrated health management information system. The paper highlights the major characteristics of the health system in Rwanda and discuss its strengths and limitations.

Keywords: Rwanda-Health care system- Community based health insurance system- Performance-based financing-Hospital accreditation- Phone text message communication

Het Gezondheidssysteem in Rwanda : een voorbeeld voor Sub-Saharisch Afrika ?

Na de genocide in 1994, die het gezondheidssysteem in Rwanda totaal ontwrichtte en de gezondheidswerkers heeft uitgedund, is een reorganisatie gestart in 2000 die resulteerde in een vooruitgang in de gezondheidsparameters, ongeëvenaard in sub-Saharisch Afrika. Hoofdkenmerken zijn de gedecentraliseerde organisatie, planning en bestuur op districtniveau met sterke nadruk op de preventieve gezondheid naast de introductie van een aantal innovaties waaronder het communautair stelsel van ziekteverzekering dat een universele gezondheidsdekking waarborgt, de prestatie-gebaseerde financiering van de gezondheidswerkers, de accreditatie van de ziekenhuizen, een waarschuwingssysteem op basis van SMS-berichten dat op dorpsniveau is opgezet voor dringende evacuatie van verloskundige urgenties. Deze innovaties werden ontworpen door een hoogopgeleide medische staf op het Ministerie van Volksgezondheid die zorgt voor de strategische visie en het

beheer van de nationale programma's. Het ministerie van Volksgezondheid oefent een sterk leiderschap uit en stelt hoge verwachtingen in combinatie met een nultolerantie voor corruptie. Het toezicht op de diverse activiteiten wordt mogelijk gemaakt door een geïntegreerd informatiesysteem voor gezondheidsbeheer. De tekst bespreekt de belangrijkste kenmerken van het Rwandese gezondheidssysteem alsook de sterke punten en beperkingen ervan.

Trefwoorden: Rwanda- Gezondheidssysteem-Communautair stelsel van ziekteverzekering- Prestatie-gebaseerde financiering-ziekenhuisaccreditatie-SMS-communicatiesysteem.

Grâce à l'amélioration de son système de santé, le Rwanda a fait au cours des 2 dernières décennies d'énormes progrès qui se reflètent dans l'amélioration de presque tous les indicateurs de santé, contrairement à ses voisins africains, et est un des rares pays à avoir atteint les objectifs de développement du millénaire pour le développement (OMD) concernant la mortalité des enfants de moins de 5 ans (réduction de 2/3 entre 1990 et 2015) et la mortalité maternelle (réduction de ¾) comme le montrent les figures 1 et 2.

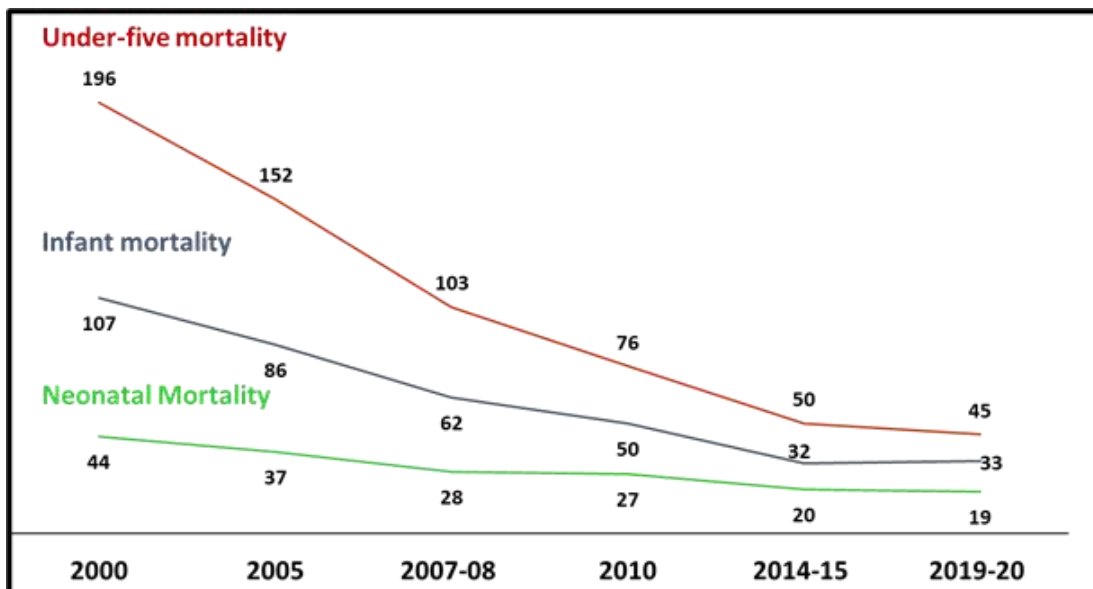


Figure 1. Evolution de la mortalité des enfants <5 ans, mortalité infantile et néonatale 2000-2020 par mille enfants nés vivants ((National Institute of Statistics of Rwanda).

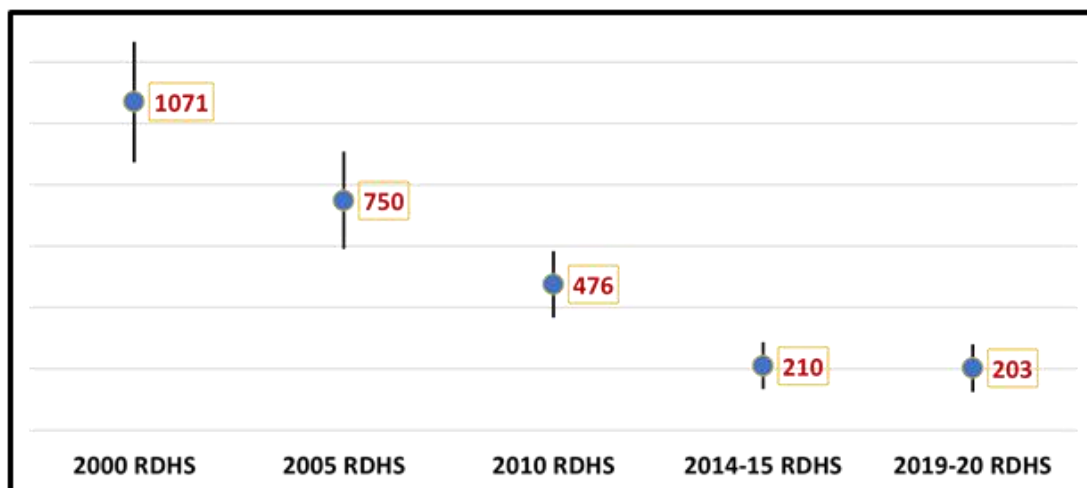


Figure 2. Mortalité maternelle par 100.000 enfants nés vivants 2000-2020 (National Institute of Statistics of Rwanda) RDS : Rwanda Demography and Health Survey

La question se pose : comment le Rwanda y est-il parvenu tenant compte que le génocide en 1994 avait complètement désorganisé le système de santé et décimé le personnel de santé.

Dans cet exposé, je voudrais d'abord analyser les caractéristiques propres au système de santé Rwandais, ensuite approfondir quelques innovations et leurs applications qui ont contribué à ces résultats sans toutefois vouloir fermer les yeux sur les défis. Ce document est essentiellement descriptif et n'a pas l'ambition de faire une analyse personnelle des stratégies déployées et de leurs résultats

Le Rwanda au cœur de l'Afrique centrale, a une superficie de 26.000 km² légèrement inférieure à celle de la Belgique et compte actuellement près de 13 millions d'habitants. La population est composée à 76 % de femmes agricultrices et à 58% d'hommes agriculteurs (Rwanda Demographic and Health Survey 2014-15 - Final Report, p. 45-46).

Une des caractéristiques-clés du système de santé est la décentralisation : C'est le District, entité administrative d'environ 250.000 à 350.000 habitants, qui est à la commande avec une gouvernance conjointe du Ministère de la santé et du Ministère du gouvernement local ou Ministère de l'Administration Locale, la Bonne Gouvernance, le Développement Communautaire & les Affaires Sociales (MINALOC). Le pays compte 30 districts dans 4 provinces, chaque district illustré dans la figure 3 par une couleur différente. La ville de Kigali est une entité séparée et compte 3 districts.

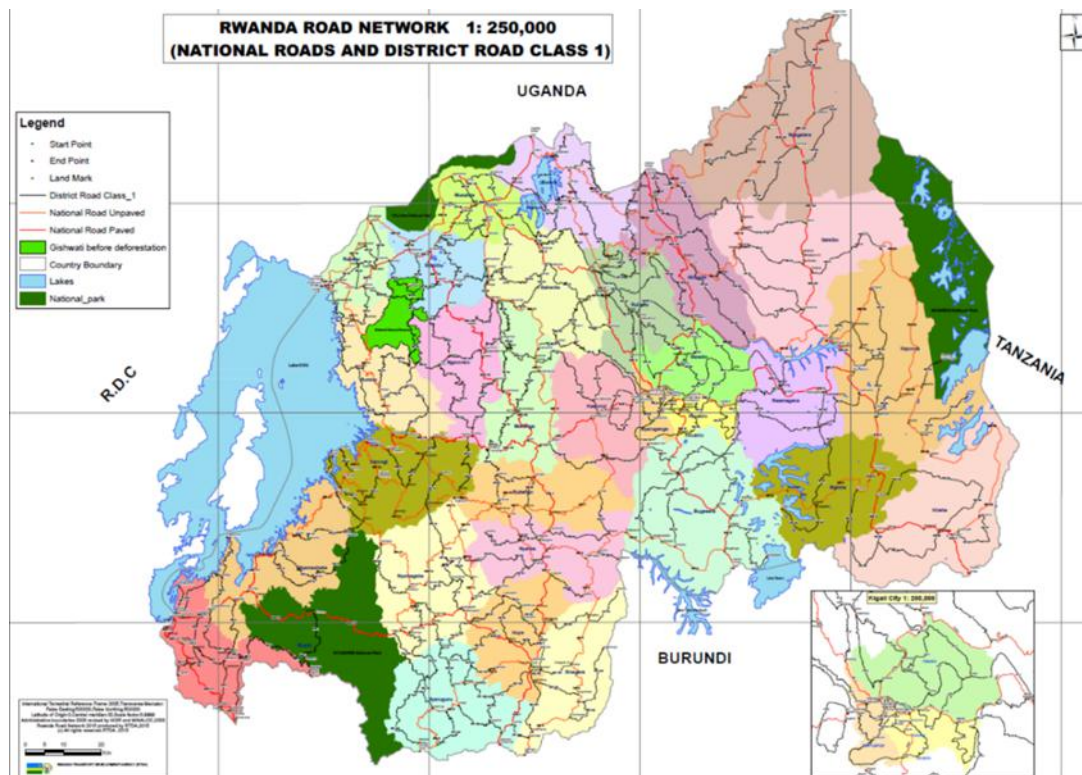


Figure 3. Carte des districts du Rwanda (Rwanda Transport Development Agency)

Le district est subdivisé en secteurs puis en cellules puis en village, la plus petite unité administrative comportant de 50 à 150 ménages ou 250 personnes environ. Chaque entité a sa structure médicale : l'hôpital de district pour chaque district, certains en ont deux, un Centre de Santé et un Poste de santé pour respectivement le secteur et la cellule, et enfin les agents communautaires de santé au niveau de chaque village (figure 4 Fourth Health Sector Strategic Plan 2018-2024).

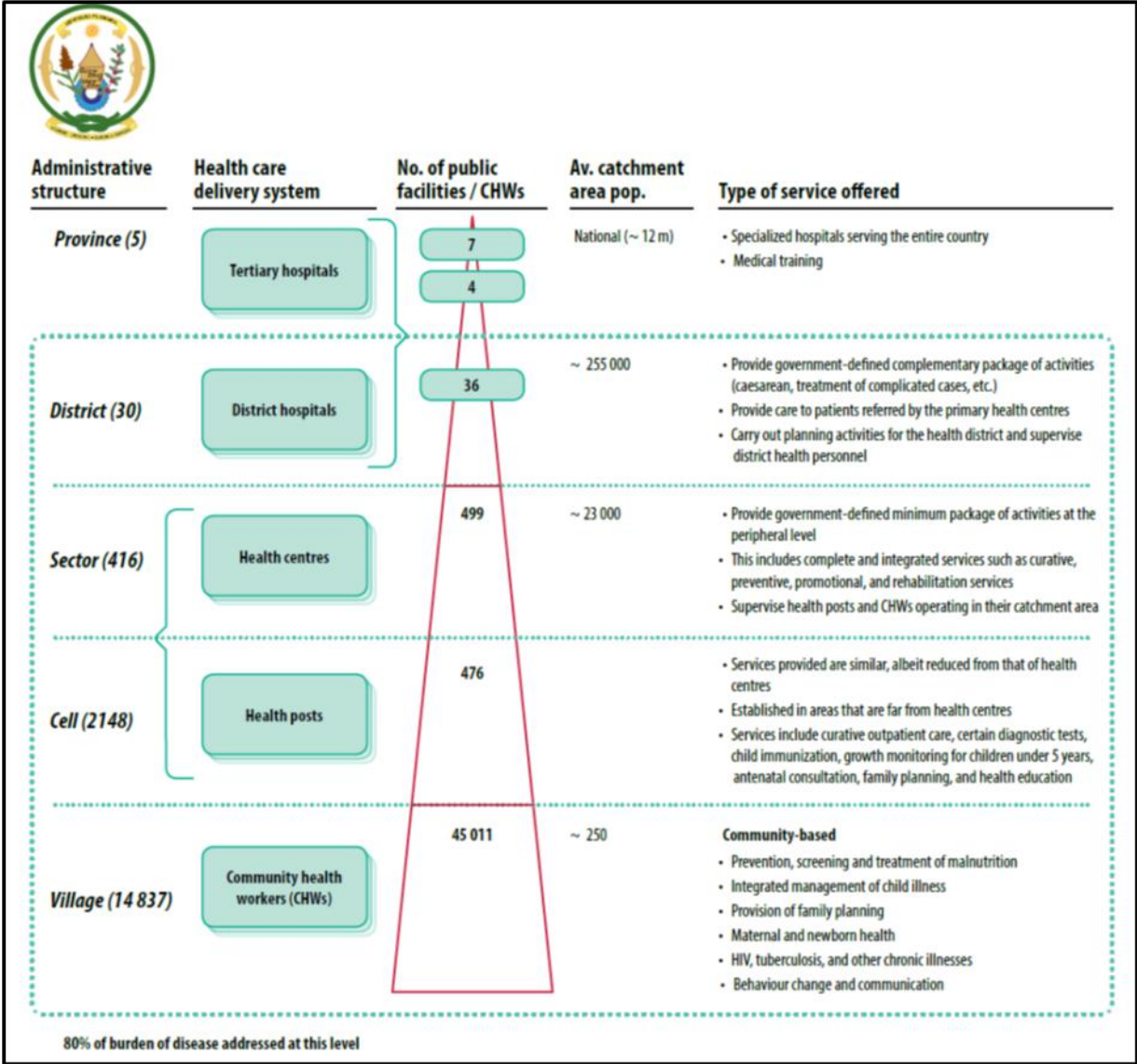


Figure 4 Représentation schématique du système de santé Rwandais (Fourth Health Sector Strategic Plan 2018-2024, 11.3.1 annex 1 . organisation chart of the health sector).

Le fait que les deux ministères, c'est-à-dire le Ministère de la Santé et le MINALOC, travaillent « main dans la main » au niveau du district permet d'intégrer les programmes intersectoriels tels que la lutte contre la malnutrition, contre la pauvreté etc. Les relations entre les niveaux de pouvoir sont imprégnées par un principe traditionnellement cultivé dans la société rwandaise ancestrale : l'« imihigo », c'est-à-dire l'engagement mutuel et la responsabilisation de chaque échelon pour atteindre des objectifs communs ou réaliser un travail bien défini (District Health System Reorganization Guideline from a Managerial

Perspective 2011). Dans ce cadre, il est demandé à chaque district de présenter tous les cinq ans un plan stratégique pour la Santé du District qui traduit l'application spécifique du Plan Stratégique National de Santé (Fourth Health Sector Strategic Plan 2018-2024) dans le district et qui tient compte de ses forces et faiblesses. Il arrive que ce Plan Stratégique de Santé d'un District soit recallé pour manque d'alignement au Plan National ou simplement par manque d'ambition pour atteindre les objectifs proposés.

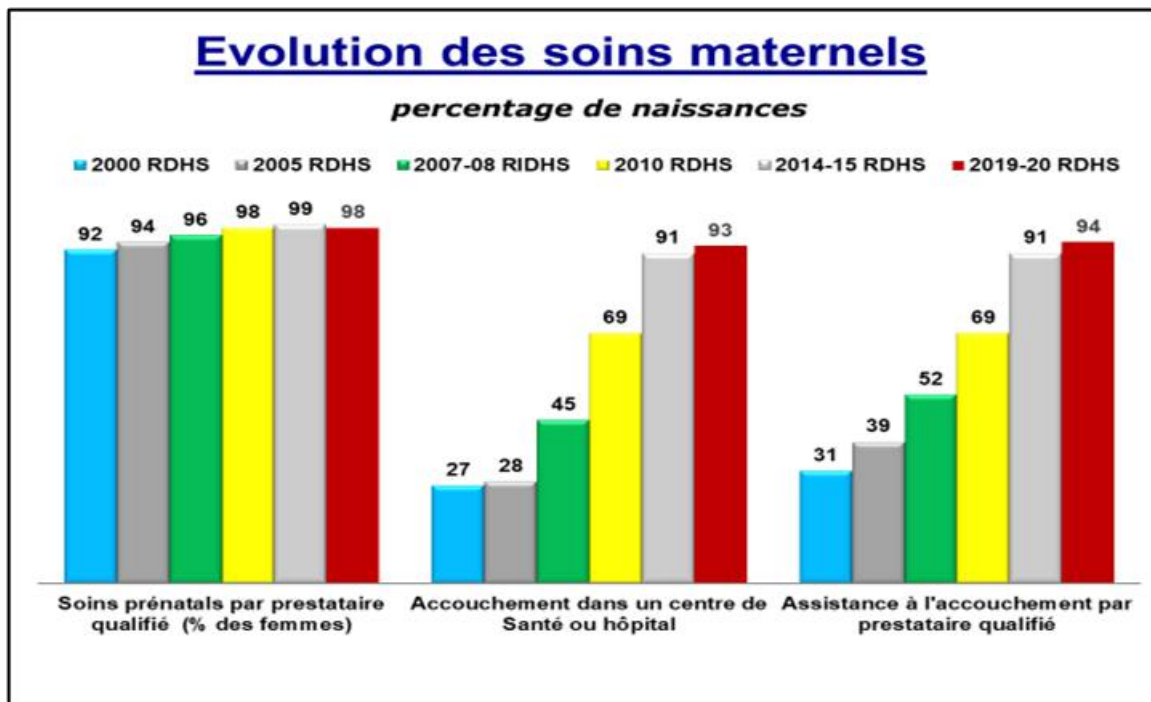
Autre caractéristique est l'accent mis sur la médecine préventive et sociale où l'agent communautaire de santé joue un rôle clé dans le système Rwandais.

Actuellement en 2021, il y a près de 50.000 agents communautaires de santé (ACS), nombre impressionnant qui reflète l'importance accordée à la médecine décentralisée (Fourth Health Sector Strategic Plan 2018-2024, p.42). Les ACS sont actuellement 4 au niveau de chaque village. Ils sont répartis en trois catégories. Deux d'entre eux, appelés agents de santé binôme, souvent homme et femme, s'occupent de la santé des habitants du village en dehors des femmes enceintes et des enfants de moins de 5 ans. Pour ce dernier groupe, il y a un agent communautaire spécifique, en principe une femme, appelée ACS maternelle et infantile ou animatrice de santé maternelle. Un quatrième ACS est spécifiquement responsable pour l'hygiène de la population du village. Cette armée de près de 50.000 personnes est sélectionnée par les habitants du village ou de la cellule sur base de leur autorité, compétences et charisme. Il n'y a pas de niveau d'étude minimum exigé mais ils doivent pouvoir lire et écrire. Ils sont formés par le district au niveau des centres de santé et des hôpitaux de district. Ils jouissent d'un prestige au village, mais, important à dire, jusqu'il y a peu ils n'étaient pas payés pour les heures de prestations. Les agents communautaires de santé contribuent en moyenne 4 heures par jour à cette fonction. La perte de revenu personnel en était compensée par l'accès gratuit à la formation sanitaire, la promotion du statut social et la satisfaction d'aider les co-villageois (Schurer et al. 2020). Actuellement, ils bénéficient de primes ou de bonus issus du programme « financement basé sur les performances » (voir plus loin), primes qui sont versées pour 70% sur le compte d'une coopérative propre aux ACS (Third Health Sector Strategic Plan 2013-2017, p. 8). Leurs tâches sont bien définies et cadrées et consistent principalement à conseiller la population sur les principes de santé, de nutrition, d'hygiène, de lutte contre les infections. Ainsi, sur le plan préventif et promotionnel, ils font le suivi de la croissance de tous les enfants du village et notent leurs données biométriques dans leurs carnets de santé. Ils identifient ainsi les enfants de faible poids ou enfants avec retard de croissance et en envoient la liste au centre de santé pour prise en charge. Ils sont chargé aussi du suivi de ces enfants. Ils sont informés lorsque des enfants ne sont pas venus aux séances de vaccination et vont convaincre ou forcer les parents de l'enfant sous peine d'amende à se présenter, ou le vacciner eux-mêmes. Par ce fait, le Rwanda enregistre un taux de vaccination de 96% de la population de 12-23 mois en 2020, taux peu égalé au monde. Les agents de santé maternelle ou animatrices de santé maternelle jouent un grand rôle dans le repérage et l'enregistrement des femmes enceintes, et dans l'organisation du suivi de la grossesse, c'est-à-dire l'organisation de 4 consultations prénatales et une échographie au deuxième trimestre. Sur le plan curatif, les agents de santé binôme sont en principe les premières personnes auxquelles les villageois font appel quand ils sont malades et les guident vers le centre de santé ou l'hôpital (Health

Sector Strategic Plan July 2009-June 2012, p. 43) . Chez l'adulte, en cas de suspicion de malaria, ils pratiquent un test rapide de détection de la malaria et administrent une première dose d'antimalarique avant d'envoyer le malade au centre de santé ou au poste de santé. Chez les enfants de moins de 5 ans, ils sont autorisés et équipés pour administrer une première dose d'antibiotique, de solution réhydratante ou d'antimalarique en cas de signes de pneumonie, de diarrhée grave ou de malaria. Comme discuté plus loin, les agents communautaires de santé sont aidés par un système de communication par SMS codés en utilisant leur téléphone mobile (Assisting community health workers in Rwanda, WHO 2013). Par ce système, supporté par UNICEF, ils transmettent en temps réel de la communauté au niveau central toutes les informations nécessaires sur la santé de la mère et de l'enfant jusque 5 ans. De même, ils reçoivent les instructions pour le suivi de la mère et de l'enfant. Ce système permet aussi d'avertir le centre de santé ou l'hôpital d'un accouchement imminent et appeler une ambulance en urgence. En résumé, l'ACS joue un rôle primordial dans la première ligne du système de santé, rôle qui est cependant bien défini et cadré quant à ses limites d'intervention et sa relation avec les centres de santé et postes de santé.

Le poste de santé est l'échelon suivant dans les structures de santé. Pour répondre aux besoins, le gouvernement veut doter et équiper dans l'avenir le plus possible de cellules d'un poste de santé et stimule un partenariat public-privé communautaire géré par un infirmier ou infirmière A2 (Fourth Health Sector Strategic Plan 2018-2024, 11.3.1 annex 6). Leur nombre a donc fortement augmenté. Actuellement, ils sont au nombre de 1700. Ils constituent les postes avancés du centre de santé au sein de la cellule et participent aux mêmes activités préventives et curatives.

Les centres de santé jouent un rôle essentiel dans la chaîne de structures sanitaires. Il y en a près de 500 au Rwanda. La répartition est telle que chaque Rwandais en trouve un dans une périphérie de 5-10 km de son habitation, ou « rugo », qui est traditionnellement très dispersée au Rwanda. Un centre de santé est composé de plusieurs espaces bien définis : la partie curative comporte des salles de consultation et des salles d'hospitalisation. La salle d'attente est le lieu de triage des malades urgents où les responsables profitent de la concentration de personnes pour faire de l'éducation sanitaire. A la maternité il y a un espace prévu pour donner les soins mère-kangourou aux enfants prématurés. Il est à noter qu'au Rwanda, les femmes enceintes doivent obligatoirement accoucher dans un centre de santé ou dans un hôpital de district sous la conduite d'une accoucheuse formée et expérimentée ce qui est réalisé dans 90% des cas ces dernières années comme le montre la figure 5. Les 10% restant qui « échappe » à l'accompagnement médical se situe principalement parmi les mères très indigentes. Ces mesures s'inscrivent dans une stratégie globale pour améliorer les soins Mère-enfant (Maternal, neonatal and child health national strategy, July 2013- June 2018). Les accoucheuses traditionnelles ont disparues. Les agents de santé maternelle et infantile peuvent accompagner la mère vers les centres de santé mais ne sont pas habilités à jouer un rôle actif lors de l'accouchement.



Figure

re 5 : Evolution de la santé maternelle 2000-2020 (National Institute of Statistics of Rwanda).
RDS : Rwanda Demography and Health Survey

Chaque centre de santé possède un laboratoire relativement bien équipé surtout pour le diagnostic et le suivi du VIH. Il y a un nombre fixe de services de médecine préventive et sociale tel que le planning familial, le service de vaccination contre 11 maladies, le centre de prévention et de diagnostic et suivi du VIH, un service de lutte contre la violence faite aux femmes et un service d'assistance psychiatrique. Le centre de réhabilitation nutritionnelle reçoit tous les enfants qui présentent une malnutrition soit aigüe soit chronique identifiée par les agents de santé maternelle et infantile. Ils y reçoivent outre les conseils nutritionnels, des suppléments de lait, farines et de protéines sous forme de petits poissons séchés jusqu'à l'âge de cinq ans. Dans le cadre de la lutte globale contre la pauvreté, en plus des mesures d'ancrage dans la société, les familles indigentes (catégorie socio-économique 1, voir plus loin) reçoivent également des suppléments alimentaires.

Le niveau suivant, l'hôpital de district, couvre une population de 250.000 à 350.000 habitants et se consacre principalement à la médecine curative. Récemment, ces hôpitaux de district ont été dotés, grâce aux fonds du Global Health for Malaria, TB and HIV, de nouvelles maternités et de nouveaux laboratoires (fig. 6).



Figure 6. Le service de néonatalogie de l'hôpital de district de Kabutare

L'ensemble des soins essentiels qui doivent être disponibles aux différents niveaux (Poste de santé, Centre de Santé, Hôpital de District, Hôpital provincial) a été bien défini et correspond à des critères de niveau de soins que l'état s'est imposé (Essential Package of Health Services Country Snapshot 2015) compte tenu du budget disponible. Pour les disciplines les plus importantes (soins obstétricaux, soins néonataux, soins pédiatriques, urgences), des protocoles standardisés et élaborés de diagnostic et de traitement sont mis à la disposition du personnel de l'hôpital de district accompagnés de formations (exemple: Gynecology and obstetrics clinical protocols & treatment guidelines 2015). Les hôpitaux disposent aussi d'un formulaire de médicaments essentiels disponibles selon les différents échelons des établissements de santé (National List of Essential Medicines for Adults Rwanda 6th edition 2015). Lorsque le patient a besoin de soins médicaux plus spécialisés, il sera référé soit à un des trois hôpitaux de district qui ont été promus comme hôpital de référence de même que les 4 hôpitaux de province, qui forment l'intermédiaire entre l'hôpital de district et le niveau tertiaire. Celui-ci est représenté par le Centre Hospitalier Universitaire de Butare (CHUB), le Centre Hospitalier Universitaire de Kigali (CHUK), le Kanombe Military Hospital (KMH) et le King Faisal Hospital (KFH). Le Rwandais qui bénéficie d'une mutuelle communautaire doit parcourir les différents niveaux des soins. Ceux qui sont assurés par d'autres assurances peuvent s'adresser au niveau de leur choix.

Avant de parler des innovations, mentionnons encore deux caractéristiques du système de santé rwandais, qui ne valent d'ailleurs pas uniquement pour le système de santé. En premier lieu la gestion de l'aide externe. Après le génocide en 1994, le Rwanda a pu compter sur un grand nombre de donateurs et bailleurs de fonds aussi bien des grands organismes tel que UNICEF, USAID, le CDC, des fonds de coopération de divers pays tel que UK, Hollande, Allemagne, Belgique Suède et bien d'autres, ainsi que d'ONG diverses. Conformément à la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide (Déclaration de Paris sur l'Efficacité de l'Aide, 2005), le gouvernement Rwandais a introduit comme clause à chaque accord de coopération, de se réserver l'appropriation et le suivi de tous les plans et projets de développement.

Grâce à une bonne coordination, la plupart des principaux donateurs ont ainsi aligné leurs projets et leurs financements aux plans stratégiques du gouvernement sans toutefois procéder à une participation intégrale au budget du gouvernement ou « budget funding ».

Une deuxième caractéristique, mais qui n'est pas moins importante : le gouvernement, à tous les niveaux, exerce un leadership fort, est très exigeant pour tout son personnel, et a une tolérance zéro envers la fraude.

Le système de santé rwandais depuis sa restructuration en 2000 a certainement pu bénéficier de quelques innovations (Logie et al. 2008).

En premier lieu, la Mutuelle Communautaire (Kalisa I. et al. 2015, Chemouni B. 2018,). Elle a été initiée en 1998 et généralisée en 2004. A cette période chaque personne cotisait à hauteur de l'équivalent de 1 euro par an, 4 euro /an pour toute la famille. Le bourgmestre du district était responsabilisé pour recruter le plus possible d'adhérents dans son district. Pour booster l'adhérence, la mutuelle communautaire est devenue obligatoire en 2007. Vu le déficit de l'opération, les tarifs ont été augmentés en 2009 en fonction de la classe socio-économique de la famille, appelé Ubudehe, qui était déterminé localement au niveau du village et de la cellule. Des nouvelles normes de classification socio-économiques plus strictes et sur des bases formelles ont été introduites en 2014 qui sonnent la fin de certaines distorsions locales. La catégorie 1 c'est-à-dire la population pauvre sans travail fixe et sans propriété, cotise à niveau de 2 euro par personne, cotisation qui est payée par le gouvernement via la caisse sociale et par le Global Fund. La catégorie 2 (locataire ou propriétaire d'une habitation ou champs, emploi temporaire) cotise à niveau de 3 euro par an et par personne, et la catégorie 3 (propriétaire, emploi fixe) de 7 euro par an et par personne. A noter que tous les enfants de plus de 3 mois doivent cotiser sinon aucun membre de la famille ne peut bénéficier d'une couverture. Finalement en 2015, la gestion de la mutuelle communautaire, qui était gérée jusque là au niveau de la communauté, a été centralisée dans la Caisse de Sécurité Sociale qui gérait aussi les deux autres mutuelles, celle des fonctionnaires (RAMI) et celle des militaires (MMI), afin de mieux répartir les charges. Avec une adhésion de près de 80% de la population, chiffre de loin le plus élevé des pays d'Afrique où elle a été introduite, la mutuelle communautaire a grandement facilité l'accès aux soins et aux services de prévention de la population comme le montre la figure 7.

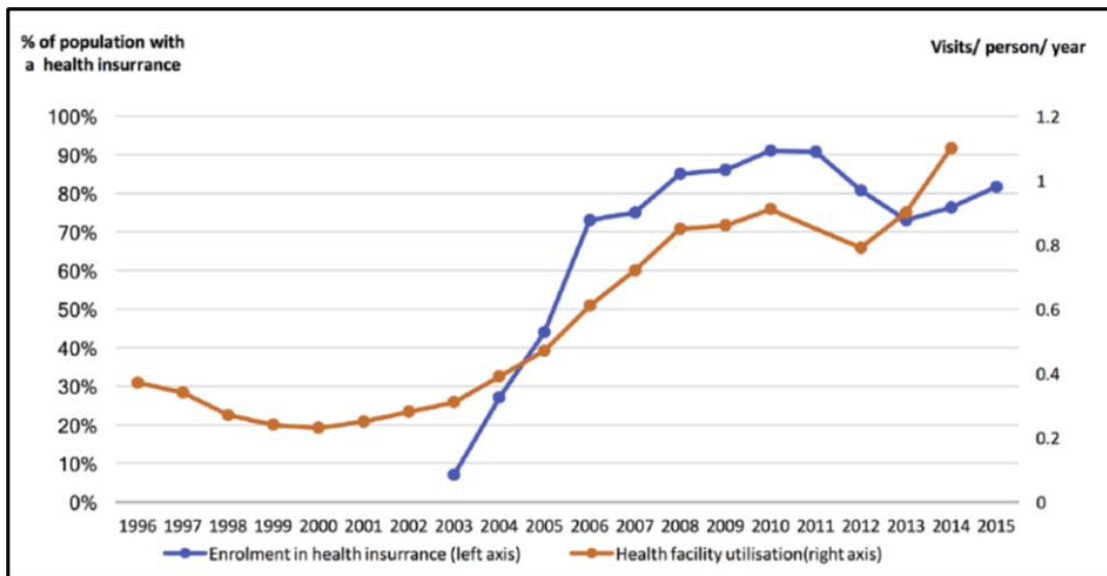


Figure 7. Evolution de l'adhérence à la mutuelle communautaire (ligne bleue) et de l'accès aux établissements de santé (ligne rouge). (Chemouni et al. 2018)

Une autre innovation concerne l'amélioration de la qualité des soins, et le renforcement des compétences du personnel médical. Le troisième plan stratégique de la santé de 2012-2018 prévoyait que tout le personnel médical A2 se recycle pour atteindre un niveau A1, et ceci impliquait la majorité du personnel qui travaillait dans des centres de santé et hôpitaux de district (Third Health Sector Strategic Plan 2012–2018 p. 56). Cette exigence a mis beaucoup d'infirmiers et infirmières à la recherche de cours du soir ou cours du WE dans les grandes écoles et universités qui ont été adaptées à cet effet (Fig. 8).



Fig. 8 Cours du soir de recyclage de personnel infirmier du grade A2 à A1

Pour répondre à cette course au renforcement des compétences et au recyclage, de nombreuses formations ont été organisées par les universités, les grandes écoles, le ministère de la santé, les ONG et tous les grands organismes donateurs ainsi que des formations continues sur terrain (Fig. 9).



Fig. 9. Formation continue dans l'hôpital de district Kabutare

En 2005 le Ministère a introduit le schéma de rémunération selon le principe de « Performance-based financing » (PBF) ou financement ou rémunération sur base de performance (Basinga P. et al. 2011). Le principe est censé donner des stimulants financiers au personnel de santé et aux structures de santé pour augmenter la qualité et la quantité des soins et d'un autre côté augmenter les ressources pour financer la prestation des services. Critiqué de l'extérieur, mais aussi de l'intérieur, ce système n'est profitable que pour autant qu'il n'augmente pas le nombre de documents et rapports pour prouver ces progrès. Il est aussi sujet à des fraudes et peut faire en sorte qu'on néglige les soins non pris en compte (Kalk et A. al. 2010, Lannes L. et al. 2016, Paul E. et al. 2018). Le schéma PBF s'est simplifié quelque peu au cours des années et se résume actuellement en un bonus pour bonne prestation dans les hôpitaux. La répartition de ce bonus entre prestataires et structures de santé est décidée par un comité ad hoc au niveau du district. Le schéma PBF reste important pour les centres de santé et surtout pour les agents communautaires de santé où il représente leur seul revenu actuel dont 30% est distribué parmi les agents, 70% étant versé dans une caisse de la coopérative des agents communautaires de santé. Dans les hôpitaux de district le PBF a été quelque peu supplanté par le programme d'accréditation qui est issue du programme PBF. En effet, le monitoring du programme PBF dans les hôpitaux avait permis de constater de graves lacunes dans les soins hospitaliers, lacunes qui n'étaient pas prises en compte et corrigées par le programme PBF. Le programme PBF est financé pour près de 50% par le budget national Rwandais, le reste provient des aides

d'organismes internationaux y compris la Belgique (Rwanda Health Sector Performance Report 2019-2020 p. 34) .

Le programme d'accréditation des hôpitaux a débuté en 2011 par l'accréditation de l'hôpital King Faisal, hôpital de troisième niveau, par une organisation d'accréditation Sud-Africaine. Par la suite, pour des raisons budgétaires, le Ministère de santé a développé son propre système avec le support de USAID. En 2014 un « cadre des normes essentielles d'accréditation » a été conçu. Ces normes concernent 5 domaines d'intérêt : leadership et responsabilisation, compétence et capacité du personnel, environnement sûr pour le personnel et les patients, soins cliniques, et monitoring de la qualité et de la sécurité. Ce programme d'accréditation comporte trois niveaux de qualification: 1^{ier} niveau: disposer de normes pour les cinq domaines d'intérêt cités plus haut, niveau 2: les avoir implémentés, niveau 3, les avoir implémentés, les monitorer et avoir des procédures pour opérer des améliorations. Ce programme implique aussi la nomination dans chaque hôpital d'un responsable d'amélioration de qualité. Pour des raisons financières, l'évaluation est effectuée deux fois par an par une équipe Rwandaise nommée par le MOH et non par une équipe indépendante et internationale comme c'est le cas pour les accréditations des hôpitaux en Europe. Malgré ses limites, ce processus d'accréditation a fait progresser les hôpitaux dans leur ensemble de façon remarquable (Binagwaho A. et al. 2020).

Toutes ces innovations ne seraient pas possibles sans un système de monitoring et d'enregistrement électronique de toutes les données aussi bien issues des centres de santé que des 40 hôpitaux de district, système appelé « Health Management Information System » (HMIS) qui reçoit aussi les milliers de SMS codés des 50.000 ACS (Nisingizwe M. et al. 2014). Ces données sont analysées au niveau du HMIS et renvoyées à l'ACS pour compléments d'information en cas de manque d'information. Au niveau de la communauté, les ACS transmettent leurs activités sous forme de rapport standardisé (SISCOM Système d'Information Sanitaire Communautaire). Les superviseurs des agents communautaires de santé collectent les données et les font enregistrer électroniquement dans le système HMIS par le gestionnaire des données des centres de santé. L'HMIS reçoit aussi l'entièreté de l'activité curative et préventive ainsi que les mouvements des patients et leur évolution des centres de santé et des hôpitaux de district sous forme de « rapports consolidés », transférés par le réseau de fibre optique de 4500 km dont le pays s'est doté depuis 2012. Le gestionnaire des données de l'hôpital de district extrait les données de HIMS se rapportant au district et en fait des rapports mensuels destinés à l'équipe de gestion sanitaire du district (Fig. 10) . Pour de plus amples informations sur la genèse et les aspects techniques du HMIS, le lecteur est référé à la thèse de Russnes S.S. (2014).

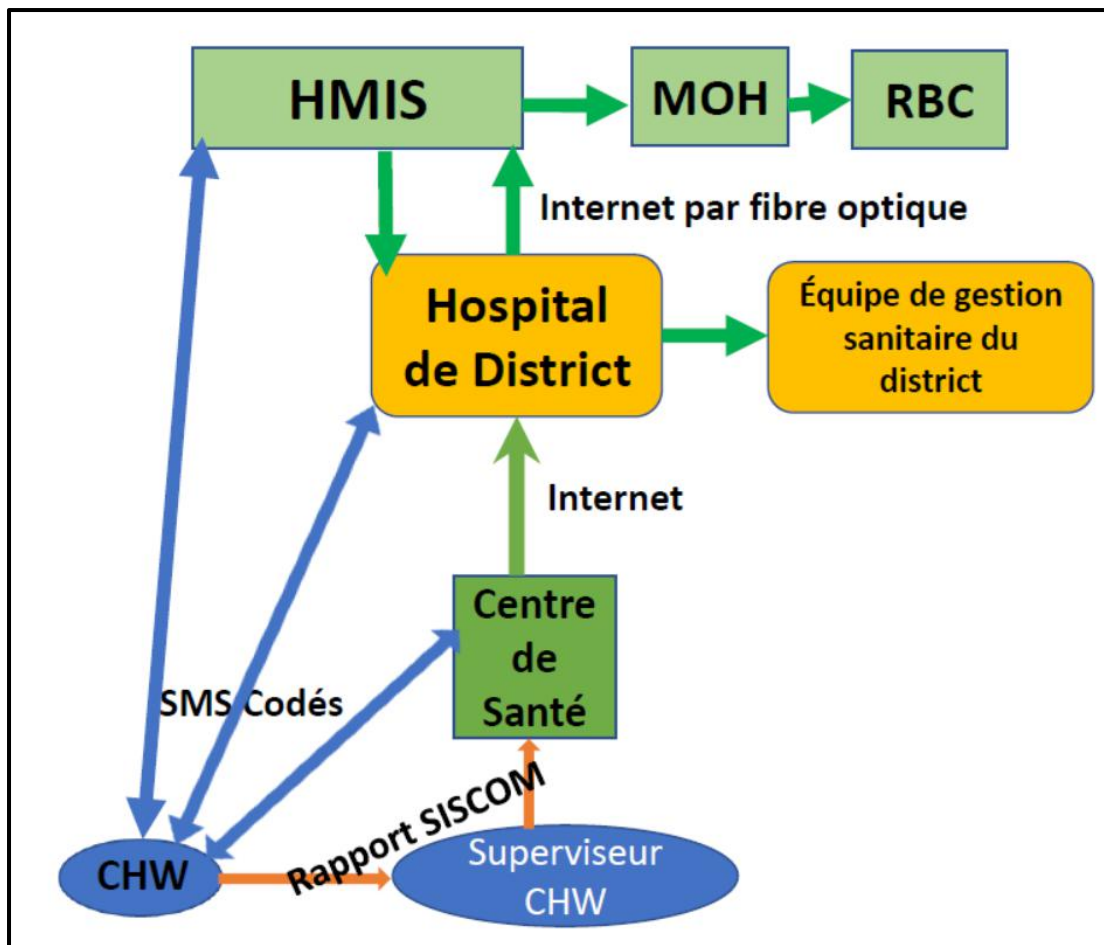


Fig. 10 Schéma simplifié du Système d'Information sur la Gestion de la Santé au Rwanda (CHW : agent communautaire de Santé, MOH : Ministère Rwandais de la Santé, RBC : Rwandan Biomedical Council).

Ce système de santé décrit plus haut comporte aussi ses défis. Dans ce système où le monitoring et l'évaluation prend une grande place, le personnel médical est fortement mis à contribution. En plus, suite au manque de personnel médical dans les hôpitaux, il doit prêter de très longues heures de travail jusqu'à 12 heures par jour. Le manque de médecins est important malgré un effort important ces dix dernières années: en 2010 le Rwanda comptait 1 médecin pour 16.000 habitants, en 2020 il en compte 1 pour 8247 (Rwanda Health Sector Performance Report 2019-2020 p. 34), loin en dessous du seuil de 44.5/10.000 (1/225) proposé par l'OMS (WHO 2016). Les hôpitaux de district manquent de médecins et surtout de spécialistes qui sont principalement concentrés au niveau tertiaire. Pour remplir les cadres, ils sont obligés de faire appel à des médecins étrangers surtout Congolais issus des diverses universités congolaises qui doivent parcourir un long chemin d'apprentissage et une certification avant de pouvoir pratiquer de façon indépendante. Il y a également un manque d'infirmiers et infirmières (1/1198 habitants) et de sages-femmes formées (1/2340 femme en âge de procréation). Les formations multiples souvent peu planifiées et organisées en dernière minute, déstabilisent quelque peu les services, même si elles renforcent la capacité du personnel.

Le Rwanda doit aussi faire face à des défis importants auxquels le système de santé est confronté en premier lieu. La population a plus que triplé en 50 ans faisant du Rwanda le pays le plus peuplé d'Afrique et ceci malgré un programme de planning familial intense (Rwanda Population 1950-2021) et la distribution d'anti-conceptifs au niveau des centres de santé. La figure 11 montre l'évolution quasiment parallèle de la fertilité dans les milieux ruraux et urbains de 1992 à 2020.

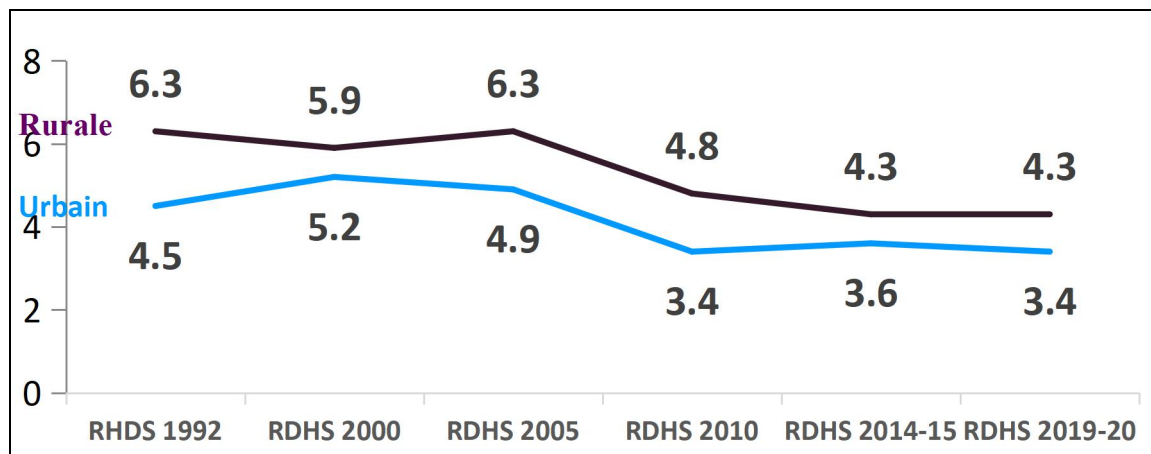


Figure 11 Evolution du nombre moyen d'enfants par femme en âge de reproduction de 1992-2019 par zone d'habitation (Demographic and Health Survey 2019-20 Key Indicators RDHS : Rwanda Demographic and Health Survey).

La malaria est revenue en force depuis 2015 et reste très endémique malgré des mesures de lutte comme la distribution massive de moustiquaires imprégnées, la promulgation des tests de diagnostic rapide, la pulvérisation d'insecticides dans et autour des habitations (Karema C. et al. 2020).

Suite aux multiples programmes de lutte contre la malnutrition des enfants en âge préscolaire, la malnutrition chronique a été réduite de 44% à 30% en dix ans mais reste tout de même un point focal important (Plan stratégique de pays – Rwanda (2019-2023) FAO). Dans le même ordre d'idées, la pauvreté d'une partie de la population est encore criante surtout dans certaines régions de l'ouest et du nord. Ceci contraste avec la croissance économique rapide et l'urbanisation galopante d'une partie de la population ce qui a comme conséquence que le système de santé doit aussi faire face aux maladies liées au mode de vie urbaine telles que le diabète, l'obésité, l'hypertension et les autres maladies cardiovasculaires, les cancers, alourdissant ainsi sérieusement le budget des soins. En plus, les médicaments pour soigner les maladies non transmissibles ne figurent pas (encore) tous parmi la liste des médicaments essentiels du Rwanda (REML) et ne sont pas disponibles à l'hôpital de district, ou alors à des prix exorbitants chez les pharmaciens privés (Bizimana T. et al. 2020).

Ceci vous fait comprendre que le financement du système de santé est un casse-tête pour le gouvernement du pays. La partie du budget gouvernemental allouée à la santé s'est élevée

au cours des années pour dépasser le seuil de 15% visé par la Déclaration de Abuja en 2002 (Mid term review of the Rwanda third health sector strategic plan p.40). Le Rwanda est un des rares pays en Afrique d'avoir atteint cet objectif (State of health financing in the African region, WHO, 2013, p.20). En 2018, les dépenses pour la santé s'élevaient à 27 euro/an par personne (Fourth Health Sector Strategic Plan p. 55), dont 7-8% sortie de la poche du Rwandais, un pourcentage bien inférieur à d'autres pays africains (Wang et al. 2016). On comprend cependant aisément que les 3 euro par an payés comme contribution à la Mutuelle communautaire ne couvrent que très partiellement les dépenses et doivent être supplémentés par les autres mutuelles principalement l'assurance des fonctionnaires de l'état (RAMA), dont la prime d'assurance médicale s'élève à 15% de leur salaire et l'assurance des militaires (MMI) ainsi que par le budget national et par des fonds externes. De nombreux projets et programmes sanitaires sont encore actuellement financés par une multitude d'organismes et d'ONG, principalement Global Fund, la Banque Mondiale, USAid, CDC, UNICEF, UNDP, ENABEL (Rwanda Health Sector Performance Report 2019-2020, p. 34), qui interviennent pour près de 50% du budget total de la santé, mais qui comme discuté antérieurement sont bien formatés et alignés au plan stratégique du MOH.

En conclusion, à partir de 2000 le Rwanda a développé un système de santé efficace offrant des soins préventifs à une très large part de la population grâce à une mutuelle communautaire, ainsi qu'une médecine curative de qualité mais avec une offre restreinte aux soins essentiels pour la grande majorité de la population. Les principales raisons de cette restriction en sont à la fois d'ordre pratique, c'est-à-dire un manque de médecins-spécialistes, et d'ordre budgétaire. En effet, vu la pauvreté d'une partie importante de la population, des soins plus spécialisés ne sont pas accessibles financièrement à bon nombre de Rwandais malgré la Mutuelle et ne peuvent pas être pris en compte par le gouvernement qui dépense déjà près de 15% du budget à la santé.

Comparé cependant aux autres pays d'Afrique, le système de santé du Rwanda est malgré tout exemplaire par son efficacité. Cette efficacité s'est démontrée récemment par la façon dont le Rwanda a géré la crise sanitaire du COVID-19. Il a réagi très vite. Le 22 mars 2020, un confinement total a été mis en place jusqu'au 4 mai 2020. Les tests PCR étaient effectués à l'aéroport avec isolation dans des hôtels en attendant les résultats. Des masques étaient fabriqués en masse et à Kigali deux hôpitaux, entre autre le tout nouvel hôpital de Nyarugenge construit par l'organe de coopération Belge ENABEL, étaient réservés au traitement des patients. Le Rwanda est le seul pays en Afrique sur la « whitelist » de l'Europe en ce qui concerne les voyages à l'étranger et elle est 7ième des top 10 des pays qui ont le mieux géré la crise sanitaire selon l'Institut australien Lowy (<https://interactives.lowyinstitute.org/features/covid-performance/>).

Bibliographie

Assisting community health workers in Rwanda, WHO. 2013. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/92814/WHO_RHR_13.15_eng.pdf

Basinga P., Gertler P.J., Binagwaho A., Soucat A., Sturdy J., Vermeersch Ch. 2011. Effect on maternal and child health services in Rwanda of payment to primary health-care providers for performance: an impact evaluation. *Lancet* 377: 1421-1428

Binagwaho A., Scott K.W., Dushime T. et al. 2020. Creating a pathway for public hospital accreditation in Rwanda: progress, challenges and lessons learned. *Int. J. for Quality in Health Care* 32(1):76-79

Bizimana T., Kayumba P.C. Heide L. 2020. Prices, availability and affordability of medicines in Rwanda. *PLoS ONE* 15(8): e0236411. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0236411>

Déclaration de Paris sur l'Efficacité de l'Aide. 2005. <http://www.oecd.org/fr/cad/efficacite/declarationdeparissurlefficacitedelaide.htm>

Demographic and Health Survey 2019-20 Key Indicators. <https://www.statistics.gov.rw/publication/demographic-and-health-survey-20192020-key-indicators>

District Health System Reorganization Guideline from a Managerial Perspective. 2011. <https://www.medbox.org/pdf/5e148832db60a2044c2d4d1f>

Essential Package of Health Services Country Snapshot. 2015. <https://www.hfgproject.org/essential-package-of-health-services-country-snapshot-rwanda/>

Fourth Health Sector Strategic Plan July 2018-June 2024 11.3.1 annex 1 . organisation chart of the health sector <http://nho.moh.gov.rw/sites/default/files/publications/230/HSSP%20IV.pdf>

Gynecology and obstetrics clinical protocols & treatment guidelines. 2015. https://www.moh.gov.rw/fileadmin/user_upload/Moh/Publications/Guidelines_Protocols/Clinical_Protocols/OBS_Gyn_last-version.pdf

Kalk A., Amani Paul F., Grabosch E. 2010. 'Paying for performance' in Rwanda: does it pay off? *Trop Med. Int. Health* 15:182-190.

Kalisa I, et al. The Development of Community-Based Health Insurance in Rwanda - Experiences and Lessons. July, 2015. University of Rwanda College of Medicine and Health Sciences - School of Public Health, Kigali, Rwanda and Management Sciences for Health, Medford, MA, USA . https://www.msh.org/sites/msh.org/files/the_development_of_cbhi_in_rwanda_experiences_and_lessons.pdf

Karema C. Wen S., Sidibe A. et al. 2020. History of malaria control in Rwanda: implications for future elimination in Rwanda and other malaria-endemic countries. *Malar J.* 19:356-368,

Lannes L., Meesen B., Soucat A., Basinga P. 2016. Can performance-based financing help reaching the poor with maternal and child health services? The experience of rural Rwanda. *Int. J. Health Planning and Management* 16:31:309-348.

Maternal, neonatal and child health national strategy, July 2013- June 2018
https://rbc.gov.rw/fileadmin/user_upload/maternal_newborn_and_child_health_national_strategy_july_2013- june_2018.pdf

Mid term review of the Rwanda third health sector strategic plan <https://www.fast-trackcities.org/sites/default/files/Mid%20Term%20Review%20of%20the%20Rwanda.%20Third%20Health%20Sector%20Strategic%20Plan%2C%202015.pdf>

National Institute of Statistics of Rwanda
<https://www.statistics.gov.rw/publication/demographic-and-health-survey-20192020-key-indicators>

National List of Essential Medicines for Adults Rwanda 6th edition (2015)
<https://www.medbox.org/pdf/5e148832db60a2044c2d3eb2>

Nisingizwe M.P., Lyer H.S., Gashayija M. et al. 2014. Toward utilization of data for program management and evaluation: quality assessment of five years of health management information system data in Rwanda. Global Health Action.
<https://doi.org/10.3402/gha.v7.25829> PMID: 25413722

Paul E., Albert L., N’Sambuk Bisala B., et al. 2018. Performance-based financing in low-income and middle-income countries: isn’t time to rethink? BMJ Global Health 2018 e000664. doi:10.1136/bmjgh-2017-000664
<https://gh.bmj.com/content/bmjgh/3/1/e000664.full.pdf>

Plan stratégique de pays – Rwanda (2019-2023) FAO <https://dss-prod-017575727556.s3.amazonaws.com/0/0/10/CSP-EB22018-16685F.pdf>

Rwanda Demographic and Health Survey 2014-15 - Final Report;
<https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR316/FR316.pdf>

Rwanda Health Sector Performance Report 2019-2020
http://nho.moh.gov.rw/sites/default/files/publications/252/Health_sector_performance_Report_FY_2019-2020.pdf

Rwanda Health Sector Strategic Plan July 2009 -June 2012
https://www.uhc2030.org/fileadmin/uploads/ihp/Documents/Country_Pages/Rwanda/Rwanda%20Health%20Sector%20Strategic%20Plan%202009-2012%5B1%5D.pdf

Rwanda National Health Sector Plan 2018-2024
http://www.rwandafda.gov.rw/web/fileadmin/fourth_health_sector_strategic_plan_2018-2024.pdf
Rwanda Population 1950-2021
<https://www.macrotrends.net/countries/RWA/rwanda/population>

Rwanda Transport Development Agency 2020
https://www.rtda.gov.rw/fileadmin/templates/publications/Classified_Road_Network_Ao_v_ersion_2020.pdf

Schurer J.M. Fowler K. Rafferty E., Masimbi O., Muhire J., Rozanski O., Amuguni H.J. 2020. Equity for health delivery: opportunity costs and benefit among Community Health Workers in Rwanda.—PLOS ONE, 15(9): e0236255 <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0236255>

State of health financing in the African region , WHO, 2013. <https://www.afro.who.int/sites/default/files/2017-06/state-of-health-financing-afro.pdf>

Rusness S.S. 2014. Health Information Systems in Rwanda. Sustainability, Open Source Software, and Android. Master's Thesis Spring 2014. <https://core.ac.uk/download/pdf/30902363.pdf>

Third Health Sector Strategic Plan 2012–2018 http://www.nho.moh.gov.rw/sites/default/files/publications/167/HSSP_III_FINAL_VERSION.pdf

WHO. Healthforce requirements for universal health coverage and the Sustainable Developmental Goals. <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250330/9789241511407-eng.pdf;jsessionid=209EB49284D4547CFE3CEF4AF300884D?sequence=1>

Wang W, Temsah G., Carter E. 2016. Levels and Determinants of Out-of-Pocket Health Expenditures in the Democratic Republic of the Congo, Liberia, Namibia, and Rwanda, ICF International Rockville, Maryland, USA August 2016 <https://www.dhsprogram.com/pubs/pdf/AS59/AS59.pdf>