



gtz



RAPPORT DU CONTROLE D'AVANCEMENT DU PROJET « SANTE » DE LA COOPERATION TECHNIQUE ALLEMANDE AU RWANDA PAR RAPPORT À SON EFFICACITÉ DANS LA LUTTE CONTRE LA PAUVRETÉ

Une évaluation par le pair

Kigali, janvier 2006

Préface

Le document présenté ici se base sur deux idées :

- ♠ *Au cours de l'année 2004, la Division « Santé, Éducation et Affaires Sociales » du siège de la GTZ à Eschborn, Allemagne, a développé un cadre pour analyser la contribution des projets « Santé » de la GTZ à la lutte contre la pauvreté. Ce cadre comprend une étude préliminaire de la documentation du projet au siège, une visite sur le terrain par des consultants, et une synthèse finale des observations à réaliser au siège. La visite sur le terrain était supposée de suivre le modèle du « Contrôle de l'avancement du projet », un modèle qui permet le rapportage régulier de la GTZ au Ministère de Coopération d'Allemagne.*
- ♠ *Comme dans d'autres pays, l'idée d'une telle analyse était bienvenue au Rwanda. Pour augmenter l'objectivité de l'analyse, la Coopération Technique Belge (CTB) comme « pair » était invitée à réaliser l'étude suivant le modèle du « peer review ». Cette proposition a été acceptée immédiatement, et le document présenté ici reflète les résultats de la visite des consultants belges au Rwanda en septembre 2005.*

Il nous semble que l'approche utilisée pour la rédaction de cette étude est assez nouvelle. Pour développer cette approche dans l'avenir, il semble utile d'approfondir encore certains aspects, entre eux :

- ♠ *Pour assurer la cohérence de la coopération allemande depuis le début d'une telle analyse, une préparation conjointe pourrait être considérée au niveau des sièges des organisations en Allemagne. Une analyse qui focalise exclusivement sur la contribution de la GTZ ne semble ni faisable ni souhaitable.*
- ♠ *Les limitations temporaires et financières de cette étude n'ont pas permis un échange final entre les consultants et les responsables de toutes les organisations de la coopération allemande mentionnées dans le document. Donc, certaines observations communiquées ne sont pas basées sur un consensus. Une répétition de l'analyse profitera sans doute d'un calendrier et d'un budget plus généreux.*

Malgré ces contraintes, nous considérons l'approche soi-même et la qualité de l'analyse comme remarquables, et nous sommes confidents que l'idée mérite un suivi systématique dans l'avenir. Les recommandations seront certainement répercutées dans la planification future du projet.

Il nous reste de remercier très cordialement à tous les collègues qui ont participé au projet, notamment à Mr. Dirk Deprez, Dr. Jean-Marie Tromme, Dr. Paul Bossyns, Dr.

Christa Mayrhofer et Dr. Bernard Nzigiyiye de la CTB, et à Dr. Petra Windisch et Dr. Wolffhard Hammer de la GTZ. Nous remercions particulièrement à Dr. Kai Gesing de la KfW pour ses commentaires constructifs. L'étude a largement profité des contributions de nos partenaires rwandais et de tous les autres impliqués dans la collecte des informations.

Bonne lecture !

Dr. Andreas Kalk

Coordinateur Secteur « Santé » de la Coopération Allemande au Rwanda

*Contact : Bureau « Santé »
2, av. Paul VI
B.P. 59
Kigali, Rwanda*

gtzsante@rwanda1.com

1 TABLE DES MATIERES

1	TABLE DES MATIERES	4
2	SIGLES ET ABRÉVIATIONS:	6
3	RÉSUMÉ.....	8
4	INTRODUCTION	10
5	DEMARCHE	11
5.1	Mission et déroulement.....	11
5.2	Démarche méthodologique	11
5.3	Difficultés rencontrées et limites de la mission:	12
6	DESCRIPTION DU PROGRAMME DANS LE CONTEXTE DE LA COOPERATION .	13
6.1	Le plan stratégique de la lutte contre la pauvreté du Rwanda et la vision 2020.....	13
6.2	Politique sectorielle de la santé en Rwanda.....	13
6.3	Brève description du programme santé de la coopération germano-rwandais	14
6.3.1	Historique.....	14
6.3.2	Les agences d'exécution du programme santé et leur domaines d'intervention.....	15
6.3.3	Les objectifs du programme.....	15
6.3.4	Les axes d'intervention	16
6.3.5	Zones d'intervention et groupes cibles.....	17
6.3.6	Budget	17
7	LA LOGIQUE D'INTERVENTION	18
7.1	La planification du programme et les effets attendus	18
7.2	Les prestations.....	20
7.2.1	Prestations destinées à la mise en place d'une protection sociale (Fig. 1 à la page 20):	21
7.2.2	Prestations destinées à renforcer l'autodétermination des pauvres (Fig. 2 à la page 21)	22
7.2.3	Prestations destinées à améliorer la santé des pauvres (Fig. 3 à la page 22)	22
7.3	Le suivi de la planification.....	23
8	Effets directs	27
8.1	Sur la population en général et sur les pauvres en particulier.....	27
8.1.1	Niveau d'information.....	27
8.1.2	Accessibilité des services.....	27
8.1.3	Adhésion à la mutuelle.....	27
8.2	Sur le personnel de la santé (prestataires et administration sanitaire au niveau décentralisé)	29
8.2.1	Compétence.....	29
8.2.2	Motivation.....	29
8.2.3	Environnement de travail.....	29
8.2.4	Implication dans la gestion des mutuelles.....	29
8.3	Sur les décideurs	30
8.3.1	Niveau d'information.....	30
8.3.2	Communication avec les bailleurs de fonds.....	30
8.3.3	Mobilisation des ressources supplémentaires	30
9	Effets indirects.....	31
9.1	Effets relatifs à la population	31
9.1.1	Planning familial	31
9.1.2	Utilisation des préservatifs.....	31
9.1.3	Dépistage volontaire VIH	32

9.1.4	Utilisation des services.....	32
9.1.5	Economie des ménages	33
9.1.6	Fonctionnalité des mutuelles.....	33
9.2	Effets relatif au fonctionnement du système.....	34
9.2.1	Viabilité financière des centres de santé.....	34
9.2.2	La qualité des soins	35
9.3	Sur la politique sectorielle.....	36
10	Mecanismes de pilotage	37
10.1	Intégration dans les structures partenaires	37
10.2	La prise en compte des connaissances	37
10.3	La coordination parmi les acteurs allemands.....	37
10.4	Rôle du programme dans la coordination des partenaires au développement au niveau régional et national.....	38
11	Efficacité, efficacité et pérennité du programme par rapport à la lutte contre la pauvreté	39
11.1	Efficacité.....	39
11.1.1	Stratégies visant l'accessibilité et la qualité de l'offre.....	39
11.1.2	Stratégies visant la capacité institutionnelle des mutuelles, formations sanitaires et administration sanitaires	40
11.1.3	Stratégies visant l'autodétermination des pauvres au niveau collectif et individuel	40
11.1.4	Efficacité par rapport à l'atteinte de l'objectif global	42
11.2	Efficience	43
11.2.1	Le choix des interventions	43
11.2.2	Le problème de la coordination entre bailleurs et organisations	44
11.2.3	La mobilisation des ressources supplémentaires	45
11.3	Pérennité.....	45
11.3.1	Financement durable	45
11.3.2	Complémentarité entre interventions sanitaires et économiques.....	46
12	ENSEIGNEMENTS	47
12.1	Investir dans la santé.....	47
12.2	Efficacité théorique versus efficacité réelle.....	48
12.2.1	Influence du contexte	48
12.2.2	Attention aux effets négatifs secondaires.....	48
12.3	La perspective d'équité.....	49
12.3.1	Equité dans le financement ?	49
12.3.2	Efficacité, mais pour qui ?	49
12.4	Volonté politique versus dynamique communautaire.....	50
12.5	Comment être encore plus efficace ?	51
12.5.1	L'importance de la collaboration intersectorielle	51
12.5.2	L'importance du pilotage.....	51
13	Recommandations	52
14	ANNEXES	54
14.1	Annexe 1: Termes de Référence	55
14.2	Annexe 2: Calendrier de la mission	57
14.3	Annexe 3: Liste des personnes rencontrées	58
14.4	Annexe 4: Liste des documents consultés.....	59

2 SIGLES ET ABRÉVIATIONS:

ARV	Anti-RétroViraux
AURA	AUfragsRAhmen
BM	Banque Mondiale
BMZ	BundesMinisterium für wirtschaftliche Zusammenarbeit
CAP	Contrôle d'Avancement du Projet
CCM	Country Coordinating Mechanism
CPN	Consultation PréNatale
CTB	Coopération Technique Belge
DED	Deutscher Entwicklungsdienst (Service allemand du développement)
DSGAS	Direction provinciale de la Santé, du Genre et des Affaires Sociales
DSRP	Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté
ECD	Equipe Cadre de District
EDS	Enquête Démographique et de Santé
FOSA	FOrmation SAnitaires
GTZ	Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (Coopération technique allemande)
HSSP	Health Sector Strategic Plan
IEC	Information – Education – Communication
InWEnt	Internationale Weiterbildung und Entwicklung GmbH
IST	Infection Sexuellement Transmissible
KfW	Kreditanstalt für Wiederaufbau (Coopération financière allemande)
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
PHR	Partnership for Health Reform
PPTE	Pays Pauvres Très Endettés
PSI	Population Services Interantional
PVVIH	Personnes Vivant avec le VIH
SIDA	Syndrome d'ImmunoDéficiency Acquis
SIS	Système d'Information Sanitaire
SWAP	Sector Wide APproach
TBC	Tuberculose

USD	Dollar américain
VCT	Voluntary Counselling and Testing
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine

3 RÉSUMÉ

Dans le cadre d'une évaluation transversale des projets et programmes de la coopération technique allemande par rapport à leur efficacité dans la lutte contre la pauvreté, un contrôle d'avancement du projet « GTZ Santé » s'est déroulé au Rwanda du 6 au 17 septembre 2005. Cette évaluation a été confiée à la CTB comme *lead agency* parmi les partenaires au développement du secteur de la santé au Rwanda.

Le programme santé qui regroupe depuis début 2004 les interventions de la coopération technique à travers GTZ, DED et InWEnt et celles de la coopération financière à travers le PSI pour une période de 6 ans vise l'amélioration de la santé de la population dans les provinces de Byumba, Butare et Gikongoro. En mettant l'accent sur la santé maternelle et infantile, le VIH/SIDA et la tuberculose, le programme tient bien compte des Objectifs de Développement du Millénaire.

La planification originale du programme est en conformité avec les priorités de la politique nationale de développement sanitaire, les principes de la coopération allemande, le plan stratégique de lutte contre la pauvreté du Rwanda et les orientations de l'OMS ainsi que celles de la Banque Mondiale. Cela tant au niveau des objectifs visés (assurer une protection sociale face aux dépenses liées à la maladie, renforcer la capacité d'autodétermination au niveau individuel et collectif, améliorer l'état de santé à travers l'utilisation de l'offre de soins), des stratégies appliquées (mutualisation du risque maladie, renforcement de l'offre des soins, recherche des synergies entre intervenants dans une approche sectorielle) que des indicateurs définis (mortalité infantile, séroprévalence VIH, taux de dépistage de la tuberculose).

Les ajustements apportés au cours de la phase sous revue (nécessaires pour atteindre davantage les couches les plus pauvres) ont pris en compte les effets négatifs involontaires observés et les nouvelles connaissances. Fort de cela, la GTZ au Rwanda a réalisé plusieurs recherches utiles et a essayé d'obtenir des indicateurs de base fiables.

L'intégration du programme dans les structures nationales est évidente et une bonne collaboration entre les acteurs allemands et ceux d'autres programmes bilatéraux et internationaux a été constatée.

Les acquis de la phase sous revue se résument comme suit:

- Mise en place d'un dispositif pour le dépistage volontaire et la prise en charge médico-psycho-sociale complétée par un appui financier aux activités génératrices de revenus en vue d'améliorer l'état de santé et les conditions de vie des personnes vivant avec le VIH.
- Elaboration et diffusion conjointes d'approches pilotes et de modèles de financement au niveau des districts. Certaines initiatives, ayant dépassé le stade des projets pilotes sont devenues des véritables stratégies nationales (mutuelles, approche contractuelle).
- Augmentation du taux d'utilisation des services curatifs et préventifs au niveau des centres de santé grâce à une meilleure accessibilité financière, géographique et culturelle.
- Amélioration de la coordination entre les acteurs allemands d'un côté et entre le programme et les autres partenaires d'un autre côté.
- Mobilisation des ressources supplémentaires pour la mise en place d'un fonds de solidarité destiné à la prise en charge des indigents.

Bien que les effets observés démontrent le potentiel du programme relatif à la lutte contre la pauvreté, il est encore un peu tôt pour se prononcer sur son efficacité et son efficience, la majorité des interventions

étant encore à leur début et les informations sur la tendance des indicateurs pas encore disponibles. Toutefois, à ce stade de la mise en œuvre du programme, il paraît quasi évident que son efficacité dans la lutte contre la pauvreté pourrait être améliorée par une recherche plus systématique des synergies entre intervenants, entre différents secteurs, entre interventions sanitaires et économiques et entre thèmes prioritaires et interventions transversales.

Parmi les défis majeurs à relever au cours des années à venir, on relève que :

Certaines stratégies adoptées par le programme se heurtent à des barrières d'ordre financier, culturel ou psychologique et sont (au moins dans un premier temps) plutôt au bénéfice des couches déjà favorisées. Quelles mesures envisager pour atteindre davantage la population pauvre ?

Certaines stratégies ne concernent pour le moment que le niveau primaire des soins. Leur réussite au niveau secondaire est menacée par une insuffisance de la qualité des prestations et la capacité de gestion de risque. En l'absence d'autres partenaires qui couvrent ces domaines et en vue de pérenniser ses interventions, la coopération allemande dans sa planification aurait pu prendre en compte les besoins en assistance technique relatifs à ce déficit

Etant donné que le Rwanda ne disposera pas dans un proche avenir des ressources propres pour assurer la continuité des interventions en cours, ne serait-il pas indiqué d'assurer un financement durable des interventions (à moyen ou long terme) ?

4 INTRODUCTION

Une mission de contrôle d'avancement du programme santé a séjourné au Rwanda du 6 au 17 septembre 2005. Cette mission qui intervient 20 mois après le démarrage de la première phase du programme de la coopération technique s'inscrit dans le cadre d'une évaluation transversale des projets et programmes santé de la Coopération Technique Allemande relative à leur efficacité dans la lutte contre la pauvreté et doit refléter l'interaction avec l'engagement de la coopération financière (KfW) dans le pays à travers l'ONG PSI.

La République Fédérale d'Allemagne appuie le secteur de la santé au Rwanda depuis 1982. Suite aux priorités définies conjointement par ces deux pays, une approche programmatique qui regroupe les interventions des différentes organisations de la coopération technique allemande (GTZ, DED, InWEnt) a été conçue fondée sur les acquis des différentes phases des projets développés jusque-là.

Conformément à la nouvelle stratégie de la Coopération Technique Allemande, la présente mission CAP s'est appesantie sur le degré d'avancement du projet particulièrement sous l'angle des effets induits et de l'atteinte des objectifs spécifiques du secteur de la santé dans la lutte contre la pauvreté. Elle formule des recommandations à la suite d'un récapitulatif des principaux enseignements tirés au cours de la phase sous revue qui couvre la période allant de janvier 2004 à septembre 2005.

Par souci de réaliser un contrôle « par le pair », la présente mission CAP a été confiée à la Coopération Technique Belge (CTB) qui est un des principaux partenaires au développement du secteur de la santé au Rwanda. Elle a ainsi été réalisée par deux experts internationaux (Dr. Christa Mayrhofer et Dr. Paul Bossyns) et par un expert national (Dr. Bernard Nzigiyé), tous de la CTB.

Les grandes lignes du présent rapport sont comme suit:

- la démarche
- le programme dans le contexte de la coopération
- la logique d'intervention
- les effets (directs et indirects)
- les mécanismes de pilotage
- l'évaluation de l'efficacité, de l'efficience et de la pérennité
- les leçons apprises
- les recommandations.

5 DEMARCHE

5.1 Mission et déroulement

Tel que stipulé dans les termes de référence (voir annexe 1), la mission de l'équipe d'évaluation se résume comme suit:

- Evaluer la cohérence entre l'orientation du programme et les documents de politique et stratégiques nationales et internationales relatives à la lutte contre la pauvreté,
- Apprécier la mise en œuvre du programme sous l'angle de la coordination des intervenants et de l'évidence scientifique,
- Comparer les effets constatés avec les effets attendus et analyser l'atteinte des objectifs spécifiques et de l'objectif général,
- Conclure sur l'efficacité et l'efficience des interventions du programme par rapport à la lutte contre la pauvreté,
- Faire des recommandations relatives à une réorientation éventuelle du programme et d'une documentation adéquate.

La mission CAP s'est déroulée du 6 au 17 septembre 2005 (voir annexe 2). Une restitution a été organisée sur le terrain à la fin de la mission, restitution qui a regroupé les représentants de la coopération allemande ainsi que ceux d'autres coopérations bilatérales. Au cours de cette session de restitution, les experts ont analysé les problèmes et les acquis du programme et présenté quelques pistes de réflexion conformément aux termes de référence de la mission. Ils ont également proposé quelques orientations pour la continuation de la coopération.

5.2 Démarche méthodologique

La démarche méthodologique a suivi les étapes ci-après :

Comparaison entre les effets constatés et les effets attendus des interventions de la coopération allemande. Pour ce faire il s'est avéré nécessaire d'élaborer d'abord un schéma des chaînes causes-effets entre les prestations fournies et les effets attendus,

Identification des facteurs externes favorisant ou bloquant pouvant être à l'origine des changements constatés,

Evaluation de la mesure dans laquelle les prestations du programme ont contribué aux changements constatés

Evaluation de l'atteinte des objectifs spécifiques de la lutte contre la pauvreté dans le secteur de la santé.

La récolte des informations a reposé essentiellement sur:

- La revue documentaire (voir annexe 4)
 - des documents relatifs au programme santé
 - les études réalisées ou financées par le programme

- des documents politiques et stratégiques sur la lutte contre la pauvreté en général et pour le Rwanda en particulier
- des documents relatifs à la politique sectorielle de la santé en Rwanda.
- La participation à un atelier sur la situation et les perspectives des mutuelles de santé en Rwanda
- La visite sur site marquée par l'observation directe et entretiens individuels. Ainsi ont été visités:
 - la Direction de la Santé et des Affaires Sociales et le centre de santé public de Rubona dans la province de Butare
 - le centre de conseil et dépistage volontaire (VCT) urbain et le service de tuberculose à l'hôpital dans la province de Byumba.
- Les entretiens individuels (voir annexe 3) avec les différents intervenants et personnes concernées, notamment :
 - le conseiller technique principal de la GTZ, la directrice du DED, la représentante du PSI parmi les acteurs clés de la partie allemande du programme santé
 - certains représentants de la CTB et de l'Institut Tropical Suisse parmi les intervenants bilatéraux
 - le Directeur des soins au Ministère de la Santé au niveau national
 - les chargés de la santé de Butare, Byumba et Gikongoro au niveau provincial
 - le directeur de l'Ecole de Santé Publique de Butare
 - les prestataires dans le centre de santé de Rubona, le VCT et le service de tuberculose de Byumba
 - un malade hospitalisé dans le service de tuberculose à Byumba ainsi que
 - la secrétaire permanente de la mutuelle de santé de Byumba.

5.3 Difficultés rencontrées et limites de la mission:

La mission s'est déroulée dans de bonnes conditions. Bien que le temps était trop court pour une récolte relativement exhaustive des informations requises, les différentes observations et leur confrontation avec les documents disponibles auront permis d'avoir une vue d'ensemble du programme. Certaines données chiffrées sont provisoires et à rectifier quand les données de l'enquête démographique et de la santé (EDS) réalisée en 2004 seront disponibles.

6 DESCRIPTION DU PROGRAMME DANS LE CONTEXTE DE LA COOPERATION

6.1 Le plan stratégique de la lutte contre la pauvreté du Rwanda et la vision 2020

Le Rwanda se trouve aujourd'hui confronté à un grand nombre de problèmes d'ordre structurel : une population en mauvaise santé, une démographie galopante, la plus forte densité de peuplement d'Afrique ainsi qu'un taux inquiétant de prévalence du VIH/SIDA. Ralentir la forte croissance démographique par une politique de santé reproductive moderne et enrayer la propagation de l'épidémie de SIDA constituent des éléments clés pour un développement durable et à long terme du pays nécessaires pour une réduction effective de la pauvreté, comme souligne le Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté (DSRP) adopté en août 2002.

Le DSRP qui vise comme objectif global de garantir le bien être de la population à travers une augmentation de la production et une réduction de la pauvreté dans un environnement de bonne gouvernance, offre une bonne base de départ pour une définition plus poussée de la politique de réduction de la pauvreté. La pauvreté au Rwanda se manifeste au niveau de la nutrition, de la scolarisation, de l'utilisation des services de santé et de l'habitat et conduit à une faible espérance de vie de 39 ans soutenue par une la mortalité maternelle et infantile élevée.

Le gouvernement rwandais accorde une grande importance à l'amélioration de la situation sanitaire. Pour le secteur de la santé qui constitue l'un des axes principaux de la lutte contre la pauvreté, le gouvernement rwandais a défini les objectifs suivants :

- Assurer la prévention et le traitement des problèmes de santé prioritaires (en particulier le paludisme et le VIH/SIDA),
- Faciliter, sur le plan géographique et financier, l'accès aux services de santé primaire, notamment en réduisant les coûts pour les groupes défavorisés et en diffusant des informations sur la santé au niveau des communautés,
- Améliorer la qualité des services de santé.

Par ailleurs, une amélioration de l'état de santé de la population est une condition essentielle pour permettre aux habitants du Rwanda de mieux tirer parti de leurs capacités productives et ainsi de participer ainsi activement à la vie économique et sociale.

6.2 Politique sectorielle de la santé en Rwanda

La politique de santé du Rwanda repose sur la stratégie des soins de santé primaires qui a été adoptée peu après la conférence d'Alma Ata (1978) et la participation communautaire selon l'Initiative de Bamako (1987). Le système de recouvrement des coûts mis en place en 1988, puis abandonné en faveur de la gratuité des soins a été réintroduit en 1996. Le système de recouvrement des coûts adopté en Rwanda est la tarification à l'acte. La vente des médicaments donne une marge bénéficiaire permettant de subventionner le fonctionnement des centres de santé.

Suivant les recommandations de l'OMS en 1985 (Déclaration de Lusaka sur la décentralisation et les systèmes de santé de district) le processus de décentralisation a été initié d'abord au niveau provincial et

puis poursuivi au niveau de district. Avec la révision du découpage administratif en cours, le pays disposera à l'avenir de 30 districts sanitaires dont l'étendu géographique sera identique à celle des districts administratifs et de l'éducation.

Le génocide de 1994 a conduit à la destruction du pays en général et du système de santé en particulier. Le pays se trouve aujourd'hui confronté à un grand nombre de problèmes d'ordre structurel qui se traduisent entre autres dans un mauvais état de santé de la population. Sur le plan financement le système de santé est largement dépendant des ressources externes et cela encore pour plusieurs décennies.

Les priorités pour les années à venir ont été définies dans un plan national de développement sanitaire (HSSP) qui couvre la période de 2004 à 2009. Il est basé sur le plan stratégique de la lutte contre la pauvreté et vise

L'amélioration de l'état de santé de la population à travers des services curatifs, préventifs, promotionnels et de réhabilitation de qualité.

Afin d'atteindre son objectif global il poursuit 7 objectifs spécifiques à savoir :

- Assurer la disponibilité des ressources humaines
- Assurer la disponibilité en médicaments, vaccins et consommables médicaux
- Améliorer l'accessibilité géographique
- Améliorer l'accessibilité financière
- Améliorer la qualité et augmenter la demande pour les services de contrôle des maladies
- Améliorer les centres de référence nationaux et des institues de recherche
- Renforcer la capacité institutionnelle.

Pour sa mise en œuvre l'initiative PPTE constitue une réelle opportunité mais à condition que le pays développe des capacités d'absorption et d'utilisation efficace et équitable. Dans cette perspective le ministère de la santé a mis en place un instance de coordination au niveau national appelé *Health Cluster* qui regroupe les responsables des ministères de la santé et des finances, les coopérations bi- et multilatérales, le CCM et autres institutions. Les intervenants externes sont demandé d'harmoniser leurs interventions et d'optimiser la collaboration à travers un comité des bailleurs de fonds sous coordination de la Coopération Technique Belge (CTB) comme *lead agency*.

Afin de développer d'avantage certaines stratégies prioritaires, différents groupes de travail technique ont été mis en place. Parmi eux figurent les groupes sur les mutuelles de santé, l'approche contractuelle, les ressources humaines et le VIH/SIDA dont chacun doit élaborer son propre plan d'action.

6.3 Brève description du programme santé de la coopération germano-rwandais

6.3.1 HISTORIQUE

La coopération technique de l'Allemagne dans le secteur de la santé au Rwanda a commencé en 1982 avec la Province de Byumba, et elle a continué sans grande interruption après le génocide. La coopération avec la Province de Butare date de 1995. Les deux projets (PN 1993.2090.4 et PN 1996.2034.5) ont été fusionnés pour donner naissance au programme santé de la coopération technique allemande qui a démarré en janvier 2004 (PN 2003.2278.4) pour une première phase de trois ans et demi. En raison de l'absence

d'autres bailleurs, la Coopération allemande a commencé en 2004 une collaboration avec la Province de Gikongoro.

6.3.2 LES AGENCES D'EXÉCUTION DU PROGRAMME SANTÉ ET LEUR DOMAINES D'INTERVENTION

Le programme de la coopération technique regroupe les différentes interventions de la coopération technique menées par la GTZ, le DED et l'InWEnt ainsi que les interventions de la coopération financière à travers l'ONG PSI.

La GTZ fournit un conseil au niveau national particulièrement en matière de financement du système de santé et appuie les provinces à travers des subventions locales et la fourniture de certains équipements.

Le DED intervient dans la formation initiale des infirmiers et la formation des médecins spécialistes ainsi que dans la formation continue des prestataires.

InWEnt vise la jeunesse en appuyant les clubs Anti-SIDA et par la formation des pairs éducateurs. Un deuxième volet qui vient de démarrer est la formation des équipes cadre de districts (ECD) en management.

Le marketing social est le domaine de la KfW à travers PSI.

KfW, GTZ et DED s'engagent simultanément dans les Hôpitaux de formation de Butare et Ruhengeri par les fourniture de l'équipement (KfW), l'appui technique (GTZ) et la mise à la disposition des Assistants Techniques du DED. Les trois organisations travaillent également ensemble dans six hôpitaux qui s'engagent pour la réhabilitation physique des anciens combattants handicapés (liée à la coopération en « bonne gouvernance »).

6.3.3 LES OBJECTIFS DU PROGRAMME

Dans le document stratégique pour le pôle d'intervention prioritaire la coopération germano-rwandaise a défini le problème central de façon suivant :

Un mauvais état de santé de la population, en particulier en ce qui concerne la santé reproductive (plus le menace du SIDA), et une croissance démographique élevée sont des causes essentielles de la pauvreté extrême et font obstacle au développement durable au Rwanda.

Conformément aux objectifs définis par le Rwanda dans son Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté (DSRP), la Coopération au développement germano-rwandaise s'efforce d'aider les populations des régions couvertes par le programme à tirer avantage de services de santé plus efficaces et de meilleure qualité et de contribuer ainsi à améliorer l'état de santé général de la population, y compris en matière de santé reproductive, et à promouvoir la lutte contre le SIDA.

En conformité avec le HSSP, l'atteinte de cet objectif général sera mesurée à travers les indicateurs suivants :

Diminution de la mortalité infantile

Stabilité du taux de séroprévalence VIH chez les femmes enceintes

Augmentation du taux de détection des nouveaux cas de TBC avec crachat BCG +

L'orientation de la Coopération au développement germano-rwandaise pour le secteur de la santé est donc en conformité avec les priorités du gouvernement de Rwanda et la politique de développement du gouvernement allemand Elle soutient la mise en œuvre du « Programme d'action 2015 » qui envisage la promotion des services sociaux de base et des systèmes d'assurances. En outre, elle tient compte des

Objectifs de Développement du Millénaire définis à l'échelle internationale en septembre 2000, et plus particulièrement des objectifs prioritaires 4 à 6 (« Objectif 4 : réduire la mortalité infantile », « Objectif 5 : améliorer la santé maternelle » et « Objectif 6 : combattre le VIH/SIDA, le paludisme et d'autres maladies »).

Selon l'offre technique de la GTZ, le système de santé rwandais souffre d'une insuffisance des interactions entre les services de santé et la population. Cette population éprouve des difficultés financière d'accéder aux soins, n'est pas satisfaite de la qualité des services offerts et est peu impliquée dans la prise de décision.

En conséquence, l'objectif intermédiaire pour la phase en cours est défini comme suit :

Les services de santé dans la zone d'intervention sont améliorés et mieux utilisés.

Les indicateurs pour l'objectif de la phase se résument comme suit :

- La perception des bénéficiaires de la qualité des services
- La perception des communautés sur leur implication dans la prise des décisions relatives au système de santé,
- Le nombre de ménages avec une couverture assurance santé,
- La prévalence contraceptive des femmes sexuellement active,
- Le taux de césariennes par rapport au nombre total de naissances,
- L'utilisation du dépistage volontaire et du conseil relatif au VIH/SIDA
- Le taux de guérison des nouveaux cas de la tuberculose,
- Pourcentage annuel du personnel qualifié ayant bénéficié des mesures de formation continue,
- Nombre de préservatifs vendus au niveau national
- Groupe de travail technique des bailleurs de fonds fonctionnel et existence d'un contrat de coopération entre le ministère de la santé et les bailleurs de fonds.

6.3.4 LES AXES D'INTERVENTION

Pour atteindre ses objectifs, le programme poursuit les axes d'intervention suivants:

- Augmentation de la performance et de la viabilité financière des services de santé dans les régions couvertes par le programme à travers l'approche contractuelle et les mutuelles de santé
- Renforcement de la décentralisation du système à travers un appui institutionnel aux équipes cadre de district
- Amélioration de la qualité des services de soins curatifs et préventifs, en mettant particulièrement l'accent sur la santé reproductive, et accès facilité aux centres de planning familial et de dépistage volontaire
- Marketing social des préservatifs
- Développement des ressources humaines à travers la formation initiale et continue
- Optimisation des flux financiers et création d'une synergie entre intervenants à travers la coordination tant au niveau national que dans la zone d'intervention.

6.3.5 ZONES D'INTERVENTION ET GROUPES CIBLES

La population cible de la coopération technique est la totalité de la population des districts de Byumba, Butare et depuis 2004 également celle de Gikongoro (en total 1,9 mill. personnes), avec une attention particulière accordée aux groupes vulnérables tels que les mères, les enfants et les personnes démunies qui fréquentent les établissements de santé. La part relative des pauvres dans cette population est estimée à 60%.

Les prestataires sont le groupe cible des mesures de formation initiale et continue. Les ECD dans les trois provinces bénéficient d'un appui institutionnel sous forme de subvention et de fourniture de certains équipements.

Le programme de marketing social pour la prévention du VIH/SIDA, qui intervient à l'échelle nationale, vise, quant à lui, l'ensemble de la population sexuellement active, et particulièrement les jeunes.

6.3.6 BUDGET

Le volume budgétaire pour une durée de 6 ans de la Coopération Technique (GTZ) s'élève à 6.000.000 EURO dont 2.900.000 EURO pour la phase en cours. La Coopération Allemande à travers des ses mécanismes divers (KfW, GTZ, DED, InWEnt, etc.) met un budget annuel total (2004) de 2.300.000 EURO à la disposition. Ce montant représente 6% des contributions de l'ensemble des bailleurs de fonds pour la santé au Rwanda.

7 LA LOGIQUE D'INTERVENTION

7.1 La planification du programme et les effets attendus

La planification du programme reflète trois préoccupations majeures:

Premièrement celle d'assurer la continuité des projets antérieurs de la coopération allemande au Rwanda qui date depuis 1982 et qui reflète les différentes priorités de la coopération allemande au cours de vingt ans.

Deuxièmement la volonté de généraliser certaines approches pilotes spécifiquement en ce qui concerne les mécanismes de financement du système de santé et de capitaliser ces expériences en ajoutant une composante conseil au niveau national à la gamme des stratégies.

Troisièmement la volonté de traiter prioritairement les orientations prioritaires données dans le cadre de la lutte contre la pauvreté : la santé maternelle et infantile, les pathologies liés à la pauvreté (SIDA, tuberculose et paludisme).

Le résultat est un programme santé avec les composantes ci-après :

❖ Appui aux mutuelles de santé :

Une mutuelle de santé est une association autonome, à but non lucratif, basée sur la solidarité et la participation démocratique, qui, essentiellement au moyen des cotisations de ses membres, a comme objectif d'améliorer l'accès de ceux-ci et de leurs familles à des soins de santé en menant une action d'entraide et de prévoyance.

Pour ses adhérents, la mutuelle a deux fonctions essentielles : la fonction assurance et la fonction sociale. La fonction assurance poursuit deux objectifs : un meilleur accès aux soins pour une prise en charge précoce des épisodes maladie et la protection contre les dépenses excessives afin de diminuer les effets économiques néfastes de la maladie. La fonction sociale elle, a comme rôle d'aménager la relation entre prestataire et utilisateur. Les règles de la collaboration entre la mutuelle et les services de santé sont définies dans la convention qui a comme objectif de définir les conditions selon lesquelles les prestations de soins sont fournies aux mutualistes.

Du point de vue services les mutuelles représentent une demande solvable et constituent un mécanisme de financement.

En tant qu'organisations de la société civile il est attendu qu'à travers des mutuelles les communautés sont impliquées dans la prise de décision et que de cette façon leur capacité d'autodétermination est renforcée.

❖ Approche contractuelle

L'Initiative pour la performance, également appelée approche contractuelle, est une subvention mensuelle aux formations sanitaires (FOSA) en fonction de leur performance qui est réglée par des contrats sur deux niveaux :

Niveau I : Les équipes des centres de santé sont rémunérées en fonction de la quantité d'activités qu'elles ont produites mensuellement y compris celles délivrées gratuitement à la population. A elles d'identifier les stratégies susceptibles de conduire au résultat. (=Contrat d'achat entre la tutelle et la formation sanitaire)

Niveau II : Une des stratégies sont les primes de performances individuelles financées par les recettes que la structure a dégagées. (=Contrat entre le comité de gestion et chaque agent de santé).

Il est attendu que la combinaison d'une rémunération à l'output avec une plus grande autonomie quant au choix des stratégies d'action crée un esprit entrepreneuriale chez les prestataires. Les ressources mobilisées de cette façon pour la structure sanitaire pourraient servir non seulement pour la motivation du personnel, mais également être injectées dans le fonctionnement ou permettre de diminuer les tarifs pour les utilisateurs pour améliorer l'accessibilité financière.

L'approche contractuelle vise avant tout un accroissement quantitatif des activités. Malgré que la qualité n'est traitée qu'indirectement comme une des stratégies possibles d'attirer la clientèle, les initiateurs sont convaincus que la stratégie est également la solution pour la qualité insuffisante des services.

❖ **Santé de la reproduction**

L'amélioration de la prise en charge des problèmes liés à la maternité qui concernent les soins de santé de base ainsi que le niveau de référence est considéré comme mesure directe pour diminuer la mortalité et la morbidité maternelle et périnatale.

Le planning familial permettant d'espacer les naissances et de diminuer la fréquence des avortements clandestins en évitant les grossesses indésirables est considéré comme une autre mesure d'améliorer la santé maternelle et infantile. Du point de vue démographique on s'attend à une diminution de la fécondité des femmes et un ralentissement de la croissance démographique.

❖ **Marketing social+IEC**

Il est attendu que la combinaison de ces deux stratégies contribue à la prévention primaire de certaines pathologies transmissibles comme le paludisme, les diarrhées et les IST/SIDA. Ces pathologies contribuent à la pauvreté par la fréquence des épisodes de maladies et les dépenses que les ménages doivent effectuer pour leur traitement.

❖ **Lutte contre le VIH/SIDA**

On s'attend à ce que les autres mesures dans le cadre de la lutte contre le SIDA contribuent à une prise en charge adéquate des PVVIH afin de prolonger leur vie et leur productivité et de rompre les chaînes d'infection entre partenaires sérodivergents et entre mère et enfant ce qui devrait se traduire par un ralentissement de la propagation de l'épidémie.

❖ **Formation et appui institutionnel aux équipes cadres de districts et structures de recherche**

Ces deux stratégies sont les reliquats des projets antérieures de la coopération allemande et ne visent pas directement la population mais le développement d'une capacité institutionnelle à travers une meilleure compétence des professionnels de la santé et un environnement de travail adapté contribuant ainsi à une meilleure motivation des prestataires et des équipes d'appui.

❖ **Conseil au niveau national**

A travers de cette composante qui est la plus récente, on s'attend d'une part à une capitalisation des expériences pilotes développées dans la zone d'intervention pour la politique nationale et d'autre part à une mobilisation des ressources supplémentaires auprès des grands bailleurs de fonds pour assurer le financement des stratégies à grande échelle et à long terme.

Ces stratégies visent les objectifs spécifiques suivants pour la population en générale et les pauvres en particulier:

Assurer une protection sociale face aux dépenses liées à la maladie

Renforcer la capacité d'autodétermination

1. Augmenter l'utilisation de l'offre de soins
2. Améliorer la qualité des soins

L'amélioration de la santé de la population est l'objectif final avec un accent particulier sur les problèmes de santé qui affectent en priorité les pauvres

- comme la santé maternelle et infantile et,
- certaines maladies comme le paludisme, la tuberculose et le VIH/SIDA.

Ces objectifs sont en cohérence avec les objectifs spécifiques pour le secteur de la santé dans le cadre de la lutte contre la pauvreté définie par l'OMS et la Banque Mondiale.

7.2 Les prestations

Les prestations fournies par la coopération allemande peuvent être classées en 4 catégories :

1. Fourniture de matériel
 - Equipement médical et non médical, matériel roulant, bureautiques
 - Produits pharmaceutiques et consommables (préservatifs, contraceptives)
 - Matériel didactique, outils de gestion, matériel IEC
2. Subventions locales pour
 - L'appui au fonctionnement des structures décentralisées
 - Formations et ateliers organisés par le partenaire local
 - Mise en œuvre des stratégies prioritaires
3. Financement et organisation des mesures de formation
 - Sur des thèmes spécifiques
 - Pour l'apprentissage des méthodes et techniques
 - Formations diplômantes.

Conseil

- À travers la réalisation des études
- Plaidoyer auprès des partenaires à tous les niveaux
- Coordination des intervenants.

Ces prestations sont utilisées pour la mise en œuvre des stratégies citées plus haut, stratégies dont certaines concernent des thèmes prioritaires comme les mécanismes de financement du système de santé, la santé de la reproduction et le VIH/SIDA alors que d'autres sont transversales comme le renforcement des ressources humaines et la coordination entre différents intervenants. Les prestations étaient en conformité avec la planification du programme qui grâce au nouveau format AURA a laissé assez de liberté pour ajouter au fur et à mesure qu'il y a des nouvelles informations certaines prestations pour atteindre d'avantage la population pauvre.

Conformément aux termes de référence de la mission, l'analyse des interventions du programme santé allemand visant à démontrer leur contribution effective à l'amélioration de l'accessibilité financière, à la diminution des dépenses pour la santé et à l'autodétermination des pauvres a été faite à travers l'élaboration d'un cadre d'analyse faisant la liaison entre prestations fournies, effets directs et indirects attendus et objectifs visés. Cet ensemble des chaînes causes-effets qui sont parfois reliées entre elles est un outil mis à

la disposition du personnel du programme. Il n'est pas exhaustif et a sans doute besoin d'être complété et actualisé à l'avenir chaque fois que le programme développera des nouvelles initiatives.

7.2.1 PRESTATIONS DESTINÉES À LA MISE EN PLACE D'UNE PROTECTION SOCIALE (FIG. 1 À LA PAGE 20):

La protection sociale dans le secteur de la santé se fait à travers la subvention de certains soins offerts gratuitement aux utilisateurs, les systèmes d'assurances maladie dont font partie les mutuelles de santé et la prise en charge des indigents. La gratuité des soins offre les mêmes avantages pour l'ensemble de la population. Les pauvres en profitent d'avantage dans la mesure où il s'agit souvent des soins relatifs aux problèmes de santé qui ont un lien direct avec la pauvreté comme par exemple la tuberculose ou le SIDA. Les systèmes d'assurance maladie sont basés sur le prépaiement (à un moment où la productivité de la personne n'est pas encore réduite par la maladie) et le partage de risque entre malades et bien portants. La prise en charge des indigents est une mesure spécifique pour les personnes qui n'ont pas de potentiel de participer à la croissance économique

Prestations :

- A travers les subventions locales pour la formation des responsables visant une amélioration de leur compétence et la production des outils de gestion, le programme a essayé d'agir sur la gestion des mutuelles de santé. Des contrats type ont été élaborés et mis à la disposition des responsables des mutuelles pour faciliter la contractualisation avec les prestataires.
- Différentes mesures ont été initiées pour augmenter le taux d'adhésion et en conséquence les fonds des mutuelles: la production du matériel d'information pour la population cible ainsi que la négociation des crédits auprès des banques populaires pour les ménages qui ont éprouvé des problèmes de mobiliser l'argent pour la cotisation annuelle en une seule fois.
- Pour un certain nombre de ménages indigents (9.000 ménages avec approximativement 45.000 personnes à Byumba, Butare et Gikongoro), la GTZ a donné un montant de 5 USD pour l'adhésion aux mutuelles. Dans un microprojet, la GTZ a fourni le budget pour l'achat de petit bétail selon le choix de chaque ménage. Dans les termes de la convention entre la population et la GTZ, les bénéficiaires doivent renouveler leur adhésion à la mutuelle au moins 3 fois de suite grâce à la productivité de leur bétail. Une étude a permis de mettre en place une méthodologie pour identifier les ménages qui devraient bénéficier de ces interventions.
- Une autre étude a permis d'estimer le besoin en financement externe pour mettre en place un fonds de solidarité au niveau national et élargir à l'avenir la couverture pour y inclure les soins au niveau de première référence (hôpital de district). Ces informations ont été diffusées à l'occasion d'un atelier d'harmonisation des montants et des modalités de cotisation.
- Au niveau national, le pilotage du groupe de travail sur les « mutuelles de santé » a été confié à la GTZ qui organise des réunions régulières et des ateliers thématiques en fonction des besoins. Ce groupe de travail est chargé d'opérationnaliser la politique nationale en matière de protection sociale et de créer une synergie entre les interventions des différents bailleurs de fonds.

7.2.2 PRESTATIONS DESTINÉES À RENFORCER L'AUTODÉTERMINATION DES PAUVRES (FIG. 2 À LA PAGE 21)

La capacité de la population d'opérer des choix relatif à son bien être se manifeste tant au niveau individuel qu'au niveau collectif.

Au niveau individuel il s'agit des mesures de prévention primaire ou secondaire des problèmes de santé. On peut citer à titre d'exemple le planning familial pour un espacement des naissances en faveur de la santé des mères et enfants, le comportement sexuel à moindre risque et le dépistage volontaire du VIH permettant la prévention de la transmission entre partenaires sérodivergents et entre mère et enfant.

Au niveau collectif il s'agit de la création des associations (y compris les mutuelles) et le renforcement des organes de cogestion. Les premiers renforcent la société civile afin de mener des activités d'entraide et de constituer un contre poids vis à vis des professionnels de la santé. Les deuxièmes devraient assurer que les ressources mobilisées par la population soient gérées de façon rationnelle et que les services répondent aux attentes de la population.

Prestations :

- Plusieurs mesures ont été initiées pour rendre les services de planning familial et de dépistage volontaire (VCT) fonctionnels et accessibles: formation des prestataires, achat d'équipement, fourniture des produits pharmaceutiques (contraceptives, réactifs). Une subvention au fonctionnement permet aux centres de dépistage d'offrir ces services gratuitement.
- Le marketing social a été adopté comme stratégie par la coopération financière pour rendre les préservatifs, des autres outils de planification familiale et les moustiquaires accessibles à un prix abordable. Certaines études ont permis de connaître les besoins et les obstacles à l'utilisation.
- La stratégie « marketing social » comprend le renforcement de l'IEC pour amener la population cible à adopter un comportement à moindre risque et à utiliser l'offre de soins.
- Les structures de la société civile, mutuelles de santé, comités de gestion et les associations des personnes vivants avec le VIH (PPVIH) bénéficient d'un appui institutionnel, les derniers également d'un financement des activités génératrices de revenus.

7.2.3 PRESTATIONS DESTINÉES À AMÉLIORER LA SANTÉ DES PAUVRES (FIG. 3 À LA PAGE 22)

Pour que les services de santé améliorent la santé des pauvres, la première condition est que ces derniers les utilisent, ce qui est facilité par la protection sociale. La deuxième condition est la qualité des soins dans les services et l'articulation fonctionnelle entre les services pour les problèmes plus complexes.

Dans le management de la qualité on dit que la qualité repose sur trois grands piliers : les ressources, le processus et les résultats. Cela veut dire que pour obtenir un service de qualité, il faut disposer des ressources adéquates. Le processus décrit comment une structure et les agents qui y travaillent utilisent ces ressources. La bonne utilisation des ressources définit donc la qualité des résultats obtenus. La qualité des soins est la condition pour que l'utilisation des services contribue effectivement à l'amélioration de l'état de santé de la population.

Prestations :

- A part des mesures d'IEC et la protection sociale, la stratégie principale pour augmenter l'utilisation des services est l'approche contractuelle. La GTZ est en train de subventionner cette approche avec un montant de 40.000 EURO par an qui permet en principe de diminuer les tarifs pour les utilisateurs, de financer des mesures d'amélioration (p.ex. la maintenance) et de mettre en place des primes au rendement en fonction de la responsabilité de chacun.
- Une multitude des prestations diverses visent la qualité des services : l'achat de l'équipement médical et non médical, la fourniture des outils de gestion, les mesures de formation pour les prestataires et les subventions aux fonctionnements des ECD permettant de réaliser des activités de supervision et de monitoring.
- L'ensemble de ces interventions est soutenu par un engagement pour la concertation des intervenants au niveau national (participation au *Health Cluster*, CCM, groupes de travail, financement des ateliers) qui permettent à travers une assistance technique concertée d'opérationnaliser la politique sectorielle et de mobiliser des fonds supplémentaires pour la prise en charge des problèmes de santé prioritaires pour la population pauvre.

7.3 Le suivi de la planification

Le suivi du programme se fait à travers les indicateurs cités plus haut. Les sources d'information sont les enquêtes démographiques et de santé (EDS) que le pays réalise tous les 4 ans, les statistiques sanitaires (SIS) et les études réalisées conjointement par le programme santé et l'université de Butare.

Au moment de la mission les informations de la dernière EDS qui date de 2004 n'étaient pas encore disponibles. Les statistiques sanitaires permettent de suivre les données relatives à la séroprévalence, la tuberculose et l'utilisation des services de santé. En ce qui concerne la séroprévalence les données de départ étaient probablement surestimées. Entre temps la fiabilité des résultats a augmenté avec le taux d'utilisation de la CPN et l'acceptation du dépistage par les femmes. Les données relatives à l'utilisation des services concernent la population en général et ne permettent pas de connaître la part relative de la population pauvre.

Au démarrage du programme, une étude de base composée d'une partie quantitative (enquête ménage) et d'une partie qualitative (*focus groups*) a été réalisée dans les provinces Butare et Byumba. Une étude pareille a fourni en 2004 les informations de base pour l'extension des activités sur la province de Gikongoro. Ces études permettent de mettre en relation les problèmes de santé avec la situation économique des ménages. La taille de l'échantillon n'était pourtant pas assez grande pour avoir des données fiables pour les phénomènes qui ont une faible prévalence dans la population. Un contrôle est prévu pour 2007.

Fig. 1 : Utilisation des prestations et effets attendus relatives à la protection sociale

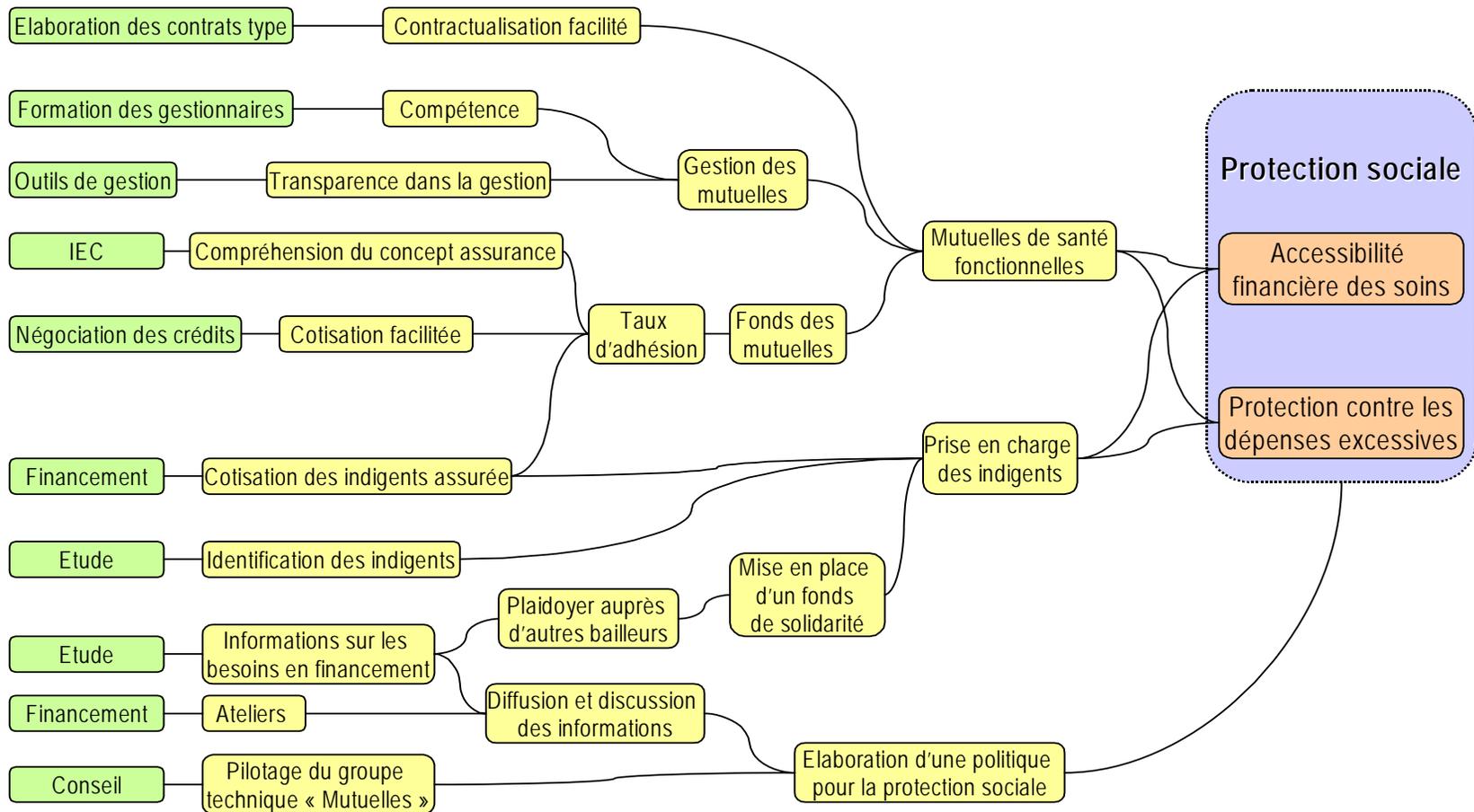


Fig. 2 : Utilisation des prestations et effets attendus relatives à l'autodétermination

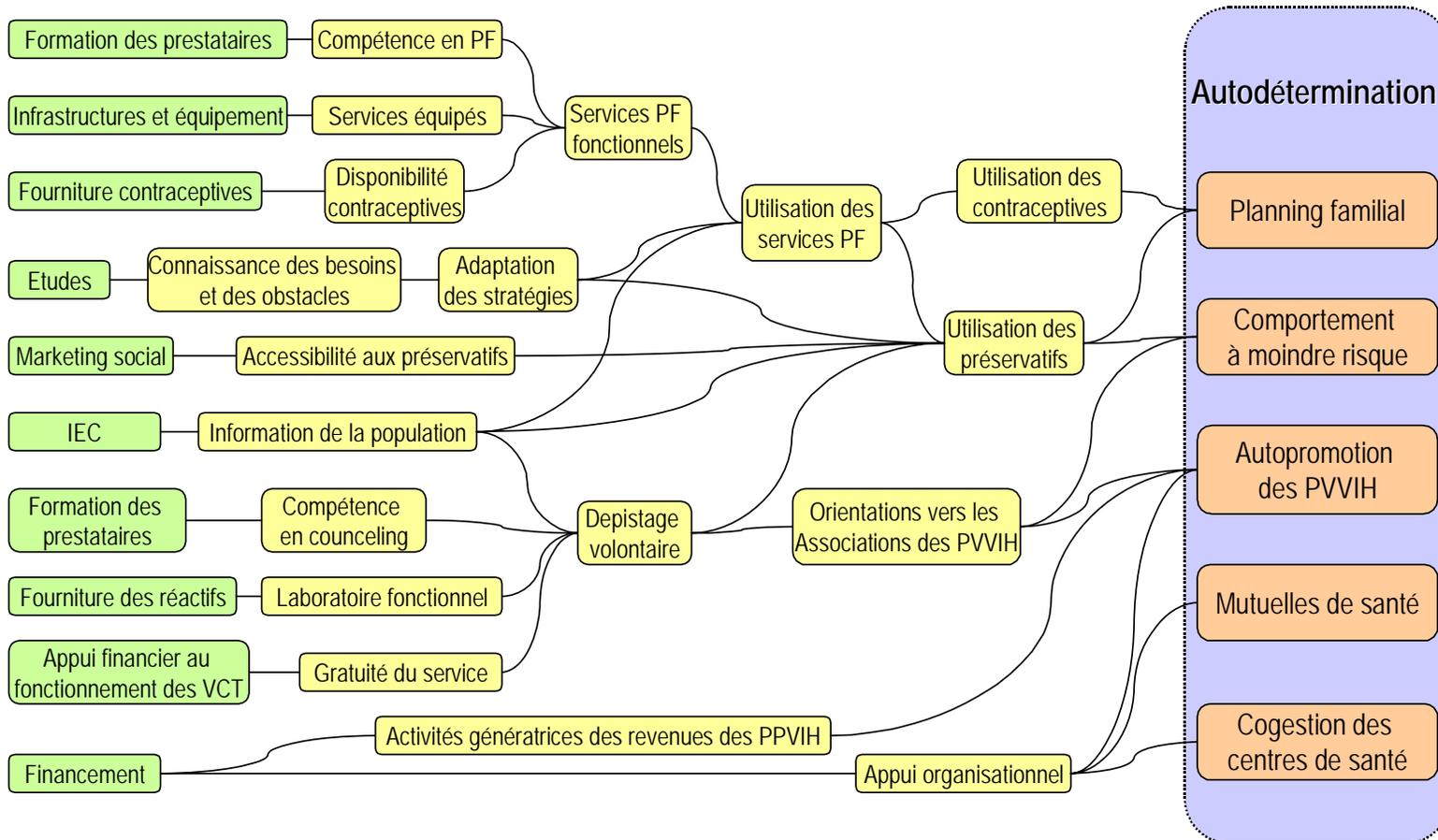
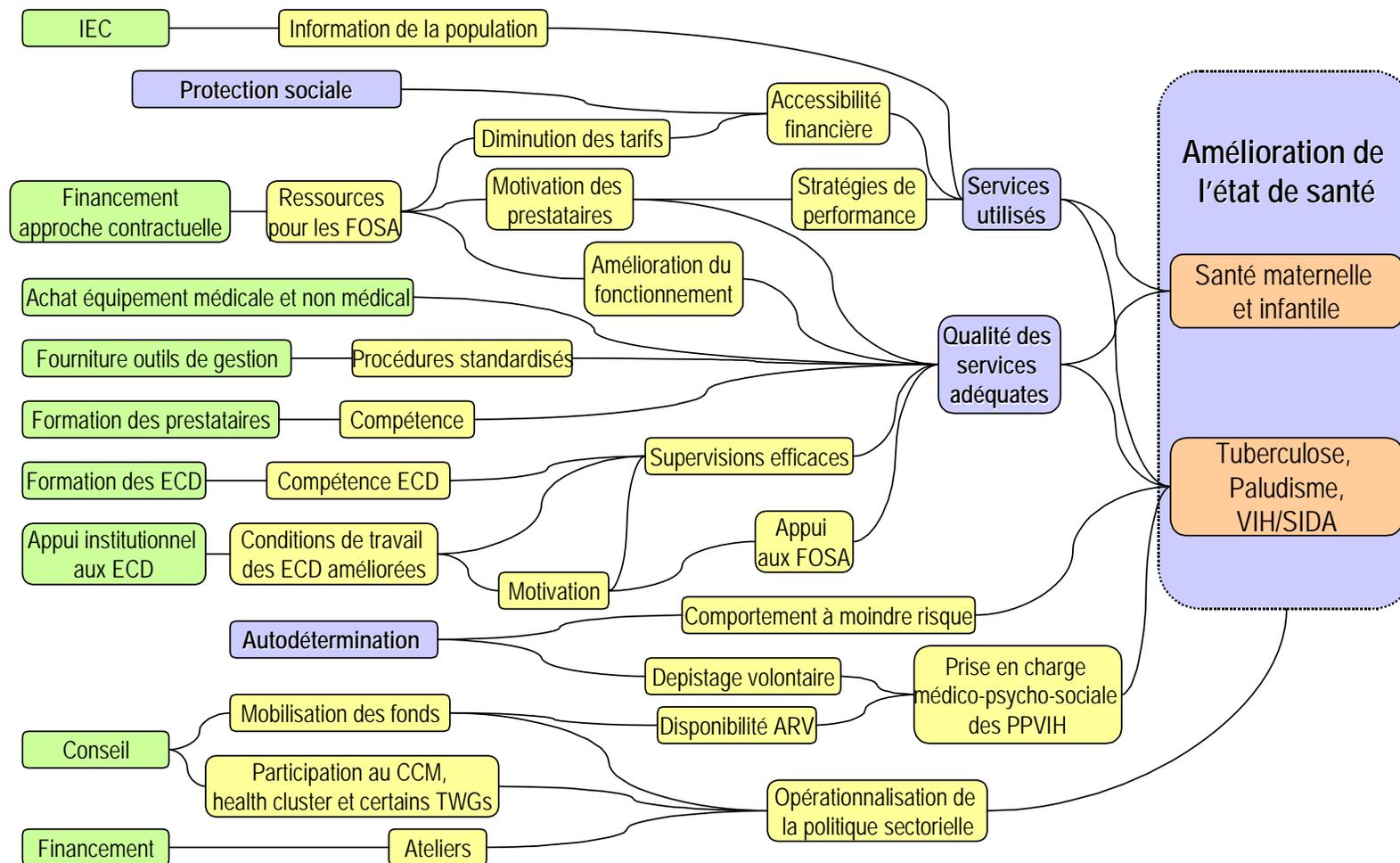


Fig. 3 : Utilisation des prestations et effets attendus relatives à l'amélioration de l'état de santé de la population



8 EFFETS DIRECTS

8.1 Sur la population en général et sur les pauvres en particulier

8.1.1 NIVEAU D'INFORMATION

De nombreuses études initiées par la coopération allemande confirment que, malgré qu'il est toujours insuffisant, le niveau d'information s'est significativement amélioré. Ceci concerne les informations sur la disponibilité et l'utilité de l'offre des soins, la compréhension du concept d'assurance santé et la connaissance sur les déterminants de la santé en général et les facteurs comportementales en particulier.

Il a été également constaté que grâce à ces informations la population a commencé à ressentir certains besoins. Dans le cadre des différentes enquêtes menées, 20% des femmes ont exprimé leur besoin pour le planning familial, la majorité des personnes soulignent la nécessité des campagnes de sensibilisation relatives à l'utilisation des préservatifs pour prévenir les IST/SIDA, 92% des chefs de ménages déclarent d'utiliser en préférence l'offre de soins officielle en absence des barrières financières et la majorité de la population souhaitent adhérer à la mutuelle.

8.1.2 ACCESSIBILITÉ DES SERVICES

Si le besoin ressenti est le premier préalable pour l'utilisation des mesures préventives ou curatives, le deuxième préalable est leur accessibilité. La représentante du PSI nous a informé que la capacité actuelle de production des moustiquaires imprégnées ne suffit pas pour répondre à la demande qui a augmenté plus vite que prévu.

Par rapport à l'accessibilité aux services de santé de la reproduction, il y a un développement favorable. Le nombre des maternités, des postes secondaires de planning familial et des centres de dépistage volontaire pour le VIH (VCT) a augmenté. Le personnel a augmenté en effectif et est mieux formé. L'équipement des services est adapté et la disponibilité en produits pharmaceutiques est plus ou moins bonne. Seul pour les contraceptifs injectables, il nous a été rapporté des ruptures de stock l'année dernière.

Grâce au réseau de distribution mis en place par PSI, les préservatifs sont de plus en plus accessibles dans le milieu rural. Mais il y a des grandes différences. Dans la province de Gikongoro seulement 45% d'hommes savent où se procurer des condoms en cas de besoin, alors qu'à Butare ce pourcentage s'élève à presque 80%. Le prix est considéré comme abordable pour la majorité de la population (50 FRw pour 4 pièces), et les séropositifs bénéficient d'une distribution gratuite dans les VCT. Dans un avenir proche, PSI distribuera aussi les outils de planification familiale et les moustiquaires à un prix hautement subventionné.

8.1.3 ADHÉSION À LA MUTUELLE

Depuis l'Initiative de Bamako on estime que des services pour lesquels on demande une participation financière des utilisateurs mais qui offrent un minimum de qualité sont préférables aux services gratuits, mais de mauvaise qualité. L'introduction du système de recouvrement des coûts a eu comme conséquence l'exclusion d'une partie de la population. Une enquête menée dans la zone d'intervention du programme nous enseigne que dans 40% des cas de maladie aiguës, les ménages ne disposeraient pas des ressources nécessaires pour payer les soins.

Face à cette situation, le Ministère de la santé en collaboration avec PHR a initié en 1999 dans trois districts sanitaires pilotes, dont deux dans la zone d'intervention et avec soutien actif de la coopération allemande, la mise en place des premières mutuelles. L'équipe de pilotage en consensus

avec les leaders de la communauté a adopté le principe d'adhésion volontaire, le paiement par ménage, la périodicité annuelle du paiement des cotisations et la perception d'un ticket modérateur pour chaque contact. Le montant fixé pour une famille de 7 personnes était de approximativement 5 USD ce qui constituait 8% du revenu annuel moyen, un montant considéré comme acceptable.

Les taux d'adhésions sont restés relativement faibles dans les premières années (autour de 15%). Pour pouvoir les améliorer, les leaders d'opinion et l'administration locale ont été responsabilisés d'avantage, ce qui a permis d'augmenter considérablement les taux d'adhésion et de généraliser vite l'initiative dans l'ensemble du pays mais par endroit au détriment de la bonne gestion.

Selon les statistiques communiquées lors de l'atelier à Kibuye auquel a participé la mission d'évaluation, la couverture nationale en mutuelles s'élève actuellement à 43%. Il est de 49,5% à Byumba, 33,9% à Butare et de 47,7% à Gikongoro. Dans la zone d'intervention de la coopération allemande, le nombre des ménages couverts est passé de 61.000 à 100.000 au cours de l'année 2004. Ces chiffres dépassent largement l'objectif initialement visé qui était de 7.500 ménages supplémentaires adhérents à la mutuelle au cours de la première phase.

D'une comparaison entre membres et non membres des mutuelles dans le district sanitaire de Byumba (situation 2002/2003) il est ressorti que les ménages avec un revenu annuel supérieur à 230 USD représente 12% des adhérents et seulement 4% chez les non adhérents. La part relative des ménages avec un revenu au dessous de 230 USD est presque identique chez les membres (65%) et non membres (63%). Avec une part relative de 22% les ménages ne disposant pas de revenu formel sont sous-représentés dans les mutuelles (33% chez les non mutualistes).

Le défi à relever est donc l'accessibilité des ménages à faibles revenus. Certains adhérents potentiels éprouvent des difficultés à mobiliser en une fois le montant de la cotisation annuelle. Pour surmonter cet obstacle, les banques populaires accordent aux adhérents (sur garantie de l'administration sanitaire) des micros crédits à rembourser sur une période de 12 mois. Ceci a facilité l'adhésion pour un grand nombre de ménages. De cette façon, certaines mutuelles ont vu leur taux d'adhésion doubler.

Même si les cotisations aux mutuelles sont abordables pour une grande partie de la population, elles constituent un obstacle pour les plus pauvres qui restent exclus de ce système de solidarité et de l'accès aux soins. Pour améliorer leur accès à la mutuelle, les bailleurs de fonds ont commencé à prendre en charge les cotisations des indigents. Sous condition qu'il y a un mécanisme fiable pour les identifier, la prise en charge des indigents constitue une mesure spécifique contre l'exclusion des plus pauvres. Des études ont été menées sur l'accessibilité financière des mutuelles pour la population pauvre et sur l'approche communautaire « *Ubudebe* » qui permet désormais d'identifier les indigents pouvant bénéficier d'une couverture gratuite.

Dans les trois mutuelles qui ont été contactées par la mission la part relative des ménages prises en charge sur subvention des bailleurs de fonds était entre 30 et 66%.

8.2 Sur le personnel de la santé (prestataires et administration sanitaire au niveau décentralisé)

8.2.1 COMPÉTENCE

Le personnel dans la zone d'intervention bénéficie de nombreuses formations organisées au niveau provincial ou de district. Par rapport aux mesures de formation continue, le taux de participation annuelle dépasse les 50% visé dans l'offre technique. La mission n'a pu vérifier dans quelle mesure ces formations auraient effectivement répondu aux besoins, c'est-à-dire l'amélioration des compétences par rapport aux postes occupés par ce personnel bénéficiaires de ces formations. Le personnel formé quant à lui a tendance à considérer ces formations plutôt comme étant des mesures de motivation populaires et cela grâce aux per diems octroyés.

8.2.2 MOTIVATION

L'ensemble du personnel rencontré a confirmé que leurs conditions de vie et en conséquence la motivation pour le travail a améliorée au cours des dernières années. Dans ce cadre ont été citées (à part des mesures de formation déjà mentionné ci-dessus), l'augmentation du salaire et les primes d'éloignement pour les postes en milieu rural, la mise en place d'un système d'assurance maladie pour les travailleurs de la santé et les primes à la performance obtenues dans le cadre de l'approche contractuelle qui contribuent à une augmentation substantielle de leurs revenus. **Il faut noter à ce niveau l'absence de motivation supplémentaire pour des raisons autres que financières, puisque même au niveau des mesures de formation mentionnées, la motivation se trouve essentiellement dans les perdiems. Ceci pose des problèmes par rapport à la qualité des services. Le système actuel ne crée pas le sens de professionnalisme ou de responsabilité morale.**

8.2.3 ENVIRONNEMENT DE TRAVAIL

Le personnel a également confirmé que leurs conditions de travail se sont améliorées grâce à l'équipement des services tant dans les structures de soins que dans les structures de gestion. L'augmentation de l'effectif a par endroit sensiblement diminué la charge de travail pour les agents. Le recrutement se fait de plus en plus au niveau provincial et périphérique. Grâce aux ressources obtenues à travers l'approche contractuelle les formations sanitaires disposent des ressources supplémentaires permettant des mesures d'amélioration selon la décision du comité de gestion.

8.2.4 IMPLICATION DANS LA GESTION DES MUTUELLES

Il a été constaté que le personnel de la santé est fortement impliqué dans la gestion des mutuelles. Au niveau de l'unité périphérique le titulaire du centre de santé est d'office le vice président. La responsabilité du trésorier se limite souvent au contrôle du cahier de caisse alors que la caisse même est tenue par un membre du personnel. Au niveau des fédérations des représentants de l'administration sanitaire (médecin chef de district et le directeur régional de la santé) font partie de l'équipe de suivi/évaluation.

8.3 Sur les décideurs

8.3.1 NIVEAU D'INFORMATION

Suite à des nombreuses études relatives aux problèmes prioritaires du système de santé rwandais, les décideurs ont acquis une meilleure compréhension sur les problèmes de santé vécus par la population, les obstacles rencontrés à l'utilisation des services, des connaissances sur les mécanismes alternatifs de financement ainsi que les besoins en financement du système de santé. Ces éléments fournissent des critères de prise des décisions, décisions basées de plus en plus sur l'évidence.

8.3.2 COMMUNICATION AVEC LES BAILLEURS DE FOND

Les responsables du ministère ont également confirmé que la communication avec les partenaires au développement et la compréhension mutuelle ont connu une nette amélioration, ce qui fait que chacun sait mieux apprécier la marge de manœuvre de l'autre. Les rencontres périodiques dans le cadre du health cluster et des groupes techniques de travail ne servent pas seulement de cadre d'échanges d'informations et de réflexion mais également de cadre d'harmonisation des interventions.

8.3.3 MOBILISATION DES RESSOURCES SUPPLÉMENTAIRES

Un effet direct de l'assistance technique fourni au niveau central est la mobilisation des ressources supplémentaires p. ex. dans le cadre du fonds global. Ces ressources augmentent sensiblement la capacité de mise en œuvre de l'approche sectorielle.

9 EFFETS INDIRECTS

9.1 Effets relatifs à la population

9.1.1 PLANNING FAMILIAL

Bien que l'utilisation des services de planning familial reste en deçà du besoin ressenti par les femmes, il semble que la tendance est en augmentation. Selon une enquête effectuée par la GTZ dans ses provinces, le nombre des femmes en union qui utilisent des contraceptifs modernes est supérieur à celui rapporté par le système national d'information sanitaire (SIS) et s'élève actuellement à 10% (point de départ pour Butare 2,0% et pour Byumba 3,3%). Ce résultat doit être considéré comme provisoire parce que la taille de l'échantillon n'a pas été représentative. Des chiffres plus fiables de l'EDS seront bientôt disponibles.

Les enquêtes ont montré que ce sont plutôt les femmes ayant un niveau socio-économique et d'éducation plus élevé qui se planifient. Dans le secteur informel, la compétitivité sur le marché de l'emploi ne constitue pas un critère de décision pour les femmes. Selon le personnel, les jeunes filles n'utilisent pas les services de planning familial. Les grossesses indésirées sont en augmentation et la fréquence des avortements clandestins aussi. Pour toutes ces raisons il est peu probable que le planning familial a un impact important sur la santé des femmes pauvres.

Il est également peu probable qu'au stade actuel le taux d'utilisation des services de PF ait un quelconque impact sur la croissance démographique. Au Rwanda comme par ailleurs partout en Afrique, les enfants sont considérés comme capital social et éléments stabilisants pour la vie du couple. La contraception est un choix individuel qui ne se fait pas pour des raisons démographiques, et c'est un choix des femmes, dans la moitié des cas sans que le partenaire soit au courant, raison pour laquelle les injectables constituent la méthode la plus utilisée. Le plus souvent il s'agit des femmes un peu plus âgées qui ont déjà plusieurs enfants. L'effet sur la fécondité ne peut donc pas être si important.

9.1.2 UTILISATION DES PRÉSERVATIFS

Par rapport à la prévention des IST/SIDA, une enquête menée par PSI a montré que la presque totalité de la population connaît l'utilité et le mode d'utilisation des préservatifs (88%), mais que l'utilisation effective reste toujours faible. Seulement 30% des personnes interrogées ont déjà utilisé au moins une fois un préservatif. L'utilisation en milieu rural est globalement inférieure à celle en milieu urbain. Il est difficile pour les femmes (encore plus pour les jeunes filles) d'imposer leur utilisation à un homme, et dans les boutiques une femme qui achète les préservatifs risque d'être considérée comme prostituée. Le prix, même s'il est abordable pour la majorité de la population constitue une barrière supplémentaire pour les plus pauvres.

Dans les couples, l'obstacle majeur à l'utilisation (dans 56,5% des cas) est la confiance au partenaire. Par les partenaires qui sont tous deux séronégatifs ou qui ignorent leur statut sérologique, les préservatifs sont considérés comme un symbole d'infidélité et de méfiance. Par contre ils sont acceptés (même par les religieux) pour les couples sérodivergents. Dans ce cas de figure, ce sont souvent les femmes qui les introduisent pour permettre au couple d'avoir une vie sexuelle normale et stabiliser de cette façon la relation avec le partenaire en faveur des enfants.

9.1.3 DÉPISTAGE VOLONTAIRE VIH

Le dépistage précoce ensemble avec une meilleure acceptation des préservatifs par les personnes séropositives est un effet susceptible d'avoir un impact positif sur la propagation de l'épidémie.

Le dépistage volontaire ne semble plus constituer un obstacle majeur en Rwanda. La mission a constaté que les centres de dépistage (VCT) qui disposent apparemment d'un personnel engagé sont très fréquentés, en priorité par les personnes qui soupçonnent déjà d'être infectées ou au moins sont conscientes de leur comportement à risque. La disponibilité des ARV au niveau des hôpitaux et le fait que les séropositifs ne sont pas rejetés par la communauté contribuent également à l'augmentation de l'utilisation. Dans les deux provinces, en moyenne 3900 personnes utilisent la possibilité du conseil et du dépistage volontaire par mois. Ceci dépasse déjà après un an l'objectif visé pour la phase en cours.

Il est de même pour les femmes enceintes. Dans le cadre de la CPN le test VIH, qui est le préalable pour la prévention de la transmission entre mère et enfant, commence à devenir un examen de routine. Rare sont les femmes qui le refusent. Dans le centre de santé visité, il a été rapporté à la mission que le mois précédent sur 40 femmes qui se sont inscrites à la CPN, 38 ont accepté de se faire dépister.

Selon le personnel, presque la totalité des personnes dépistées s'oriente tôt ou tard vers les associations des PVVIH, et l'accès aux activités génératrices de revenus constitue une mesure spécifique en faveur de ce groupe.

9.1.4 UTILISATION DES SERVICES

Force est de constater que l'utilisation de l'offre de soins au premier échelon, spécialement en ce qui concerne les consultations curatives et les services de maternité est en augmentation.

Les données de 1999 à 2002 du district de Byumba montrent qu'e le taux d'utilisation de la consultation curative pour le total de la population est monté de 0,21 à 0,48 (0,30 chez les non mutualistes, 1,19 chez les mutualistes). Le même constat peut être fait pour les accouchements assistés dont le taux est monté de 9,2% à 18,2% (44,3% chez les mutualistes contre 11,7% chez les non mutualistes). Les mutualistes utilisent donc 4 fois plus les services que les non mutualistes.

Ces statistiques ne font pas la distinction entre les utilisateurs de différents niveaux socio-économique, et c'est bien possible que les moins pauvres profitent d'avantage, mais les prestataires confirment que l'utilisation a significativement augmenté après la prise en charge de plusieurs milliers de ménage indigents.

Une deuxième augmentation de l'utilisation a eu lieu après l'introduction de l'approche contractuelle. L'augmentation des taux d'utilisation entre 2003 et 2004 s'élève à 18%-99% pour la consultation curative, 24%-38% pour les accouchements assistés 14%-35% pour la vaccination antitétanique dans le cadre de la CPN et 22%-41% pour le planning familial.

Les stratégies le plus souvent adoptées par les équipes des centres de santé ont été :

- Un renforcement des stratégies avancées et la mise en place des postes secondaires
- Des mesures d'incitation pour les utilisateurs (trousse bébé pour les accouchées) ou les services à base communautaire (primes pour les accoucheuses traditionnelles et les animateurs)
- Une amélioration de l'accueil et une réorganisation du circuit du malade.

Avec l'introduction de l'approche contractuelle la satisfaction des usagers est devenue une vraie priorité. C'est la combinaison « rémunérations à l'output + plus grande autonomie

dans la décision pour les CS » qui a libéré les énergies. C'est pour cette dernière raison que l'approche qui est essentiellement quantitative est considérée en même temps comme mesure d'améliorer la qualité.

Il faut néanmoins faire très attention dans l'interprétation des chiffres et des résultats. Le fait que le taux d'utilisation des services curatifs soit augmenté dans un délai court ne trouve pas d'explication dans les stratégies adoptées mentionnées plus hauts. Un changement d'attitude des infirmiers vis-à-vis des patients ne peut résulter dans une plus haute fréquentation que très graduellement, surtout dans un environnement où les barrières financières sont très élevées. Le fait que les résultats à ce niveau sont très divergents (entre 18 et 99% d'augmentation) suggère qu'il y a peut-être d'autres explications. Dans certaines interventions belges il a été constaté par exemple que le taux d'utilisation était calculé y compris les visites de retour. L'infirmier faisait simplement augmenter le nombre de visites de retour pour flatter ses statistiques.

9.1.5 ECONOMIE DES MÉNAGES

Selon les études menées dans la zone d'intervention du programme, l'adhésion à la mutuelle a diminué les dépenses des ménages pour la santé. Malgré qu'ils utilisent quatre fois plus les services, les membres des mutuelles dépensent environ 6,8 USD par personne par an contre 8,8 pour les non membres.

L'octroi des crédits qui a facilité l'adhésion de nombreux ménages a eu pour quelques uns aussi des conséquences négatives, parce que en cas de non remboursement, l'adhérent n'a plus accès à un autre crédit, ni pour la réassurance l'année prochaine ni pour des activités génératrices des revenus. La formule adoptée par la GTZ d'accorder dès le début un montant suffisant pour la cotisation et l'achat des biens de production a évité ce problème. Il est trop tôt pour évaluer les conséquences de cette expérience pilote sur l'économie des ménages.

Depuis que les PVVIH ne sont plus stigmatisées par la société, le nombre d'associations augmente rapidement. Ces associations bénéficient des subventions pour démarrer des activités génératrices des revenus, leur développement reste cependant à observer et être évalué plus tard.

9.1.6 FONCTIONNALITÉ DES MUTUELLES

Il est évident que la capacité contributive des ménages ne suffit pas pour assurer la plus grande partie de la population. Les mutuelles qui étaient au début basées sur la solidarité communautaire sont devenues des instruments pour acheminer les fonds externes vers la population pauvre et reflètent de plus en plus la solidarité internationale.

La couverture assurance de la population dans les zones d'intervention dépasse déjà aujourd'hui largement le niveau attendu pour la phase en cours. Le mouvement a profité d'une forte volonté politique. Le prix à payer était une perte de la dynamique communautaire. L'approche adoptée est une approche top down, et l'uniformisation des différents modèles ne laisse plus beaucoup d'espace pour une implication des communautés dans la prise de décision.

En même temps la vitesse adoptée risque de dépasser la capacité technique des gestionnaires de certaines mutuelles. La mission a pu constater que le niveau de fonctionnement diffère considérablement d'une mutuelle à l'autre. Certaines fonctionnent selon les normes, alors que d'autres n'ont pas réglé une seule facture depuis plusieurs mois. Il est impossible de dire combien de mutuelles disposent actuellement d'une base financière solide et d'une capacité de gestion de risque adéquate. Pourtant se sont deux éléments fondamentaux pour la pérennité de l'approche.

Les superviseurs déplorent le détournement des fonds par endroit et le faible engagement des responsables qui travaillent souvent à titre bénévole. On peut également se poser la question sur la compétence des gestionnaires, certaines mutuelles étant gérées par des personnes qui n'ont pas encore bénéficié d'une formation. Ceci est dû au fait que la gestion des mutuelles est fortement dépendante du personnel de la santé et d'autres fonctionnaires qui sont souvent affectés ailleurs sans que la mutuelle dispose d'autres personnes formées.

La dominance des prestataires dans les mutuelles influence également la gestion de risque. En cas de bénéfice les préoccupations des prestataires sont déterminantes comme montre l'exemple de la mutuelle de Byumba qui a utilisé le bénéfice pour l'achat d'une ambulance au lieu de revoir les cotisations à la baisse ou élargir la gamme des prestations couvertes.

9.2 Effets relatif au fonctionnement du système

9.2.1 VIABILITÉ FINANCIÈRE DES CENTRES DE SANTÉ

Le manque de ressources au niveau périphérique est dû en partie au désengagement de l'Etat pour le niveau primaire. La répartition des dépenses de l'état rwandais pour la santé qui s'élève à 2,5 EURO par personne et par an au niveau national n'est pas équitable. La capitale et les structures tertiaires et spécialisées sont favorisés, seulement 0,05 EURO sont affectés au niveau centre de santé. Une étude sur le financement des systèmes de santé dans les provinces de Butare et Byumba a montré que les recettes propres des CS représentent 85,2% des dépenses de ces structures de santé.

Le système de recouvrement des coûts en place en Rwanda est basé sur le paiement à l'acte et la vente des médicaments. Cette vente se fait avec un marge bénéficiaire tellement élevée que les médicaments qui arrivent à un prix acceptable au niveau des districts deviennent finalement trop chers pour les utilisateurs. L'accessibilité financière s'est avérée faible à cause de la dépendance des centres de santé du recouvrement des coûts. Les activités non lucratives sont naturellement négligées en faveur de la consultation curative qui elle, rapporte de l'argent.

Contrairement à ce système, le paiement des soins par les mutuelles se faisait au début par capitation¹. Ceci était une préoccupation des prestataires pour assurer le financement des structures. Cela a augmenté les recettes dans certains centres de santé et conduit à une érosion financière dans d'autres. Par endroit, ce déficit est lié (entre autre) à une adhésion massive des PVVIH ce qui constitue pas autre chose qu'une sélection adverse, un phénomène qui a tendance à disparaître au fur et à mesure que le taux d'adhésion de la population augmente.

L'octroi des crédits pour l'adhésion a créé par endroit des situations conflictuelles entre les mutuelles de santé et les banques populaires pour des raisons de retard de remboursement des crédits avec menace de la part des banques de bloquer les fonds des formations sanitaires sur leur niveau.

En fixant la cotisation à un niveau très bas, le ministère de la santé a pris en compte la capacité contributive des ménages. Si les mutuelles de santé sont capables d'améliorer un aspect de la viabilité des centres de santé (l'accessibilité pour une grande partie de la population), force est de reconnaître qu'elles ne sont pas capables de couvrir les besoins en ressources nécessaires pour offrir des soins adaptés.

C'est plutôt l'approche contractuelle qui est venue renforcer la capacité financière des centres de santé, entendu que cela contribuerait non seulement aux primes de performance mais aussi au financement des frais de fonctionnement et éventuellement à une diminution des tarifs. Par ailleurs, la mission a pu constater que les montants injectés dans le fonctionnement restent minimes. Selon

¹ Il s'agit d'un paiement forfaitaire au prestataire en fonction du nombre des personnes couvertes par la mutuelle (au Rwanda 80% des cotisations)

les informations obtenues dans la Direction de la santé et des affaires sociales de Butare, ces montants représenteraient environ 30% du montant généré par le centre de santé, mais en réalité sur le terrain ils n'atteignent pas 5%. La diminution des tarifs est plutôt exceptionnelle et réservée seulement aux accouchements. La plus grande partie de cette subvention est répartie entre le personnel comme primes de performance.

9.2.2 LA QUALITÉ DES SOINS

L'amélioration de la qualité des soins a été déjà l'objectif des projets antérieurs de la coopération allemande au Rwanda. Les stratégies avant comme aujourd'hui sont orientées vers la disponibilité des ressources : infrastructures et équipement, produits pharmaceutiques, effectif et compétence du personnel et les ressources financières.

Il est de même pour les nouvelles approches de financement. On considère que les mutuelles contribuent à l'amélioration de la qualité à travers l'augmentation des recettes au niveau des formations sanitaires. Par rapport à l'approche contractuelle, les initiateurs pensent que l'augmentation des ressources au niveau du centre de santé et la motivation d'attirer davantage les utilisateurs améliorerait automatiquement la qualité. L'augmentation de l'utilisation est considérée d'office comme confirmation de cette théorie.

Dans la littérature, la problématique de la qualité des soins dans le contexte des systèmes de partage de risques maladie est abordée de deux façons. La première consiste à dire que des soins de qualité sont indispensables au succès du système de mutualisation. Ainsi, lorsque la qualité des soins est jugée faible, la population ne trouve aucun avantage à joindre ou à rester membre d'une mutuelle. Une enquête menée dans la zone d'intervention du programme auprès des non membres a confirmé que la qualité perçue des soins offerts constitue effectivement un obstacle à l'adhésion.

La deuxième hypothèse soutient que les mutuelles de santé contribuent à l'amélioration de la qualité de l'offre, soit par l'augmentation des ressources financières, soit par la compétition entre prestataires, soit encore par le contre-pouvoir collectif des mutualistes à celui des professionnels. Il faut reconnaître qu'au Rwanda les mutuelles ne sont pas encore impliquées dans la gestion de la qualité des soins. Le paiement par capitation n'est pas un mécanisme incitatif pour les prestataires. Le fait que l'utilisation des services est limitée au centre de santé le plus proche ne permet pas la compétition entre les prestataires, et les professionnels de la santé jouent un rôle trop dominant dans la gestion et le suivi des mutuelles pour permettre à la société civile d'exercer un contre pouvoir à travers la mutuelle.

Par rapport à la qualité des soins, les informations disponibles sont relativement contradictoires et se limitent à la perception des utilisateurs. Alors que les mutualistes déplorent la faible qualité des soins dans certaines formations sanitaires, une enquête menée dans la zone d'intervention a documenté un niveau de satisfaction assez élevé des services offerts. Une évaluation de la qualité basée exclusivement sur la perception des utilisateurs est nécessairement limitée. Elle ignore à ce moment les aspects techniques de la qualité ainsi que les aspects organisationnels et la motivation du personnel.

Il est de même pour l'appréciation de la qualité en fonction des intrants (équipement, formation). La mission a constaté que la qualité des processus et du système dans son ensemble est peu considérée, ce qui se traduit par une insuffisance de la documentation relative à la qualité technique et l'articulation fonctionnelle entre les différents niveaux de prise en charge (du ménage jusqu'au niveau de référence).

Certains indicateurs de résultat (fréquence des décès maternels liés aux accouchements dans les formations sanitaires, taux de détection et de guérison de la TBC stagnants) indiquent pourtant que la qualité des soins et la fonctionnalité du système de référence et

contre référence font relativement défaut. Les autres constats fait par la mission au cours de sa visite au service de tuberculose à Byumba ne sont pas de nature à conforter la thèse de la qualité:

- Délai entre première consultation et dépistage prolongé (3 à 4 mois)
- Majorité des centres de santé (27 sur 30) pas prêts à poursuivre le traitement commencé dans le service spécialisé
- La pharmacie du district pas impliquée dans la gestion des médicaments antituberculeux
- Aucune mesure de recherche active dans l'environnement du malade (dans le cas concrète il s'agit du milieu carcérale)
- Supervisions réalisé mais inefficace (aucun mesure d'amélioration suite aux problèmes constatés).

Fort ces constats, il n'est pas étonnant que l'atteinte de l'objectif final, l'amélioration de l'état de santé des tuberculeux, reste mitigée.

9.3 Sur la politique sectorielle

Au niveau national le changement le plus important des dernières années est l'élaboration d'un plan national de développement sanitaire. Ce plan est basé sur le document stratégique de réduction de la pauvreté et constitue le fondement pour une approche sectorielle. Ses axes prioritaires concordent avec les orientations de la coopération allemande et reflètent l'appropriation de certaines expériences pilotes comme l'approche contractuelle et les mutuelles par le ministère de la santé. Par rapport aux mutuelles de santé, un document de politique ainsi qu'un draft pour un cadre législatif sont actuellement disponibles.

Les groupes techniques sont opérationnels et contribuent activement à l'opérationnalisation des orientations politiques. La mise en place d'un fonds de solidarité devraient permettre dans un proche avenir d'élargir la couverture assurance à l'ensemble de la population indigente.

10 MECANISMES DE PILOTAGE

10.1 Intégration dans les structures partenaires

La mise en œuvre du programme est globalement bien intégrée dans les structures décentralisées du pays partenaire. Contrairement au DED dont la visibilité sur le terrain est perceptible grâce à la présence des volontaires, l'instrument principal de la GTZ sont les subventions locales dont l'origine n'est souvent pas connue de bénéficiaires. Cela a l'avantage de permettre une multitude d'activités avec peu de personnel du projet, mais le plus souvent sans influence sur la qualité des interventions développées.

La population pauvre qui est le groupe cible, objet des interventions, ne participe activement, ni à la prise de décision ni à l'exécution du programme.

10.2 La prise en compte des connaissances

Selon le nouveau format de formulation des projets adopté par le BMZ, le programme profite d'une grande liberté d'ajuster sa planification opérationnelle au fur et à mesure que les connaissances avancent. Il faut reconnaître que le programme fait un grand effort pour suivre le développement de la littérature scientifique, mettre les informations à la disposition du partenaire local et réaliser en collaboration avec l'école de la santé publique à Butare des recherches nécessaires pour analyser les effets de leurs interventions sur le système de santé du pays. Cela permet (dans les limites des ressources disponibles) une bonne réactivité de la planification opérationnelle basée sur l'évidence.

10.3 La coordination parmi les acteurs allemands

Dans la perspective d'améliorer la transparence, l'efficacité et la crédibilité de la contribution allemande, une collaboration formelle sous coordination du conseiller technique principal de la GTZ a été mise en place depuis 2003. A partir des expériences des différents projets antérieurs au Rwanda, des orientations communes des différents intervenants allemands ont été définies dans l'offre de la GTZ et le document stratégique pour le pôle d'intervention prioritaire.

Il est entendu que grâce à cette meilleure intégration de ses différents instruments, la coopération allemande pourra d'une part mieux faire entendre sa voix dans le dialogue politique national et d'autre part renforcer la coordination avec les autres bailleurs de fonds dans la zone d'intervention qui servira de base pour assurer un feedback au niveau national des expériences faites au niveau local.

La répartition des tâches a été faite dans le cadre d'un contrat de collaboration entre GTZ et DED auquel a adhéré plus tard également InWEnt. Les contrats bilatéraux des trois organisations sont restés valables. Les partenaires se sont engagés à s'informer mutuellement sur leur planification, l'exécution et budgétisation. Pour 2004, la planification opérationnelle a été faite pour la première fois dans le cadre d'un atelier commun auquel ont participé également les partenaires des structures décentralisées. Sans que les différents intervenants aient dû apporter des modifications substantielles à leurs stratégies d'intervention, des synergies ont été recherchées et renforcées.

L'ensemble des acteurs allemands, confirme qu'il y a une évolution positive de la collaboration à l'intérieur du programme. La concertation s'est améliorée à travers des réunions périodiques.

Plusieurs exemples concrets font foi d'une augmentation de l'efficacité de chaque intervenant. L'engagement de la GTZ assure également la continuité des interventions en cas de rupture du budget. La présence du DED sur le terrain soutient l'intégration du programme dans les structures décentralisées du pays partenaire et permet de capitaliser les expériences du terrain pour la politique nationale.

Dans un avenir proche il est prévu de formaliser la collaboration avec la KfW et de documenter les différentes interventions dans des rapports d'avancement communs. La nouvelle phase qui commencera en juillet 2007 sera planifiée ensemble. Ceci donne espoir que la coordination de l'aide au développement allemande évolue d'une coordination « à posteriori » vers une coordination « à priori ».

Ce n'est qu'après coup que se fasse la coordination entre les différentes organisations et que les interventions s'inscrivent dans une politique sectorielle puisque la politique sectorielle est définie très large. Il faut se demander s'il est assez de s'inscrire simplement dans une politique sectorielle ou s'il faut plutôt définir la meilleure stratégie d'intervention dans le cadre d'une politique sectorielle et planifier les interventions respectant cette analyse. Ceci est une démarche plus difficile parce que chaque institution doit quitter sa logique individuelle pour s'inscrire dans un seul plan global.

10.4 Rôle du programme dans la coordination des partenaires au développement au niveau régional et national

Les éléments du programme sont conçus de manière à compléter les activités des autres bailleurs de fonds et à générer des synergies par l'intégration, la mise en réseau et la coordination des instruments ainsi que par la concentration des efforts sur des domaines d'action prioritaires. La coopération avec *HealthNet International* pour l'application de l'approche contractuelle ainsi qu'avec PSI et le GFATM dans le domaine de la lutte contre le VIH/SIDA sont des exemples.

La coopération allemande joue un rôle important dans les organes de coordination. Au niveau régional la GTZ essaye d'optimiser les flux financiers à travers une coordination des différents intervenants. Au niveau national elle est membre du *Health Cluster* et du CCM et assure le pilotage des groupes techniques sur les mutuelles de santé et sur la planification familiale qui ont été félicités par le ministère pour leur dynamique. Le DED participe activement aux groupes techniques « ressources humaines » et « planification familiale ».

L'utilisation du « *Backup Initiative* » a permis d'élaborer les bases pour la mobilisation des fonds considérables auprès du GFATM. La coopération allemande a appuyé d'une manière décisive au développement des projets « *Strengthening Tuberculosis Control in Rwanda* » (d'un budget de 11 millions USD) et « *Assuring Access To Quality Care : The Missing Link To Combat Aids, Tuberculosis and Malaria in Rwanda* » (d'un budget de 33 millions USD).

Cette approche synergique (harmonisation des interventions dans le secteur et accroissement de la base financière pour le secteur sanitaire) assure au programme « Santé » un impact plus profond que celui-là indiqué par son propre budget opératif.

11 EFFICACITE, EFFICIENCE ET PERENNITE DU PROGRAMME PAR RAPPORT A LA LUTTE CONTRE LA PAUVRETE

11.1 Efficacité

11.1.1 STRATÉGIES VISANT L'ACCESSIBILITÉ ET LA QUALITÉ DE L'OFFRE

Il est évident que les prestations fournies par la coopération allemande offrent des nouvelles perspectives pour le financement du système de santé :

- La GTZ a soutenu techniquement et financièrement l'expérience pilote et la généralisation de l'approche « mutuelles de santé » tant au niveau régional que national comme mécanisme de financement du côté utilisateur.
- Elle a activement participé au développement et à l'opérationnalisation du concept « approche contractuelle » comme mécanisme de financement du côté service.
- Elle a fourni les bases (études, plaidoyer auprès d'autres bailleurs) pour élargir la base financière des deux approches dans la perspective d'une intervention à grand échelle.
- Et finalement elle est en train de diffuser ces expériences pour permettre de les capitaliser ailleurs.

Il est également indéniable que la combinaison des approches « mutuelles de santé » et « initiative pour la performance » a augmenté l'utilisation des services au niveau primaire à travers une meilleure accessibilité :

- La création mutuelles et les mesures facilitant l'adhésion des ménages à faible revenu ont amélioré l'accessibilité financière de la population pauvre dans la zone d'intervention.
- L'approche contractuelle a amené les prestataires à améliorer l'accessibilité géographique (stratégies avancées, modification de la gamme de prestations) et culturelle (meilleure accueil) des centres de santé.

Par contre, il est peu probable que ces deux interventions aient globalement amélioré la qualité des soins avec un impact significative sur la mortalité et la morbidité de la population:

- Les mutuelles de santé ne sont pas encore impliquées dans la promotion des soins préventifs et l'amélioration de la qualité des soins et services de santé.
- Certaines modalités de fonctionnement des mutuelles (paiement par capitation, obligation d'utiliser le centre de santé le plus proche) ne sont pas incitatives pour les prestataires.
- Dans le fonctionnement des mutuelles les professionnels de santé jouent un rôle trop dominant pour permettre aux mutuelles de faire valoir leur contre pouvoir face aux services de santé.

- Dans l'approche contractuelle qui vise essentiellement la quantité des activités, cette qualité reste limitée à des aspects visibles et/ou subjectifs pour les utilisateurs (accueil, circuit des malades). La diminution du taux de dépistage de la tuberculose alors que le nombre des consultations curatives augmente montre que les aspects techniques et l'articulation fonctionnelle avec le niveau de référence et les services spécialisés ne sont pas touchés. Pourtant ce sont ces derniers qui peuvent avoir un impact sur l'état de santé de la population. Ceci démontre également un aspect pervers potentiel de l'approche contractuelle qu'il faut nécessairement étudier et suivre de très proche : les activités non subventionnées seront peut-être négligées puisque non rémunérées.

11.1.2 STRATÉGIES VISANT LA CAPACITÉ INSTITUTIONNELLE DES MUTUELLES, FORMATIONS SANITAIRES ET ADMINISTRATION SANITAIRES

La mission n'a pas pu vérifier si les mesures de formation et l'allocation des ressources financières et matérielles ont amélioré la capacité institutionnelle des mutuelles, formations sanitaires et administration sanitaires.

Le personnel de santé a confirmé que leurs conditions de vie et l'environnement de travail sont améliorés, mais il n'y a pas de preuve que cela a amélioré significativement la capacité managériale.

Il y a des doutes que la supervision, malgré qu'elle est apparemment réalisée plus ou moins régulièrement, conduit à une amélioration significative des services. Les exemples vécus par la mission étaient loin d'être convaincants.

Il y a des indices que la compétence en gestion de risque au niveau des mutuelles soit encore insuffisante, ce qui constitue une menace réelle pour la pérennité de l'approche.

11.1.3 STRATÉGIES VISANT L'AUTODÉTERMINATION DES PAUVRES AU NIVEAU COLLECTIF ET INDIVIDUEL

Il n'y a pas d'évidence que les prestations de la coopération allemande contribuent à une amélioration significative de la capacité d'autodétermination des pauvres au niveau collectif.

- Dans le cadre des enquêtes qualitatives la population confirme de ne pas être impliquée dans la prise de décision. Même si parfois leur perception est demandée, celle-ci n'est pas prise en compte.
- Les membres élus dans les comités de gestion des mutuelles comme dans les comités de santé des centres de santé sont en général des personnes avec un certain niveau d'instruction et de prestige dans la communauté. Dans le cadre de la lutte contre la pauvreté, leur crédibilité est en fonction de leur engagement en faveur des couches défavorisées. Mais il est illusoire de croire que les plus pauvres participent activement.
- La mise en place des mutuelles en Rwanda est une approche de haut vers le bas dont le moteur s'avère être une forte volonté politique, avec le développement vers un système d'assurance maladie universelle. Le prix à payer pour la vitesse de développement et l'uniformisation en cours est une perte de la dynamique communautaire.
- Ce sont plutôt les associations qui ouvrent une perspective pour l'autodétermination des pauvres, mais il est encore trop tôt pour se prononcer sur leur succès à moyen et

long terme. La question est de savoir si les activités génératrices de revenus vont aboutir à une meilleure économie des ménages et à une autonomie financière des associations.

Malgré que le marketing social a contribué à une meilleure accessibilité des préservatifs en milieu rural et que grâce aux mesures d'IEC leur utilité et l'utilisation comme moyen de prévention d'une infection VIH est connu, il nous semble qu'il n'y a pas un changement significatif du comportement à risque chez les personnes séronégatives ou celles qui ignorent leur statut sérologique.

- Le fait qu'il faut acheter, les préservatifs, même si le prix est abordable pour une grande partie de la population, constitue une barrière financière pour les plus pauvres.
- Les jeunes femmes peuvent difficilement les acheter en public et pas non plus imposer leur utilisation à un homme sans être stigmatisé par leur environnement.
- Pour les couples, la barrière principal est la confiance au partenaire et le désir d'avoir des enfants qui sont considéré comme capital social. Ces barrières d'ordre culturel sont difficilement vulnérables sans déstabiliser les foyers.

Par contre, il est évident que les services de dépistage volontaire en combinaison avec une prise en charge global des séropositifs contribuent à l'autodétermination des PVVIH avec un impact positif sur leur état de santé et leurs conditions économiques.

- Grâce aux mesures d'IEC qui ont abouti à une acceptation des personnes séropositives dans la société rwandaise, le dépistage volontaire ne constitue plus un obstacle.
- Les PVVIH s'organisent en associations qui leur offrent un soutien psychosocial, une couverture assurance et l'accès à des activités génératrices des revenus susceptibles d'avoir un impact sur l'économie de leurs ménages.
- Les ARV sont disponibles et gratuits et permettent d'améliorer la santé, de prolonger la vie des personnes séropositives et de prévenir la transmission entre mère et enfant. La possibilité d'avoir un enfant en bonne santé contribue à l'équilibre psychologique et à la sécurité sociale des couples infectés.
- Dans les couples sérodivergents les préservatifs sont considérés comme une expression de responsabilité vis à vis du partenaire et, en permettant une vie sexuelle plus ou moins normale, une mesure qui stabilise le foyer.

Malgré que la prévalence contraceptive soit en augmentation dans la zone d'intervention, il est peu probable qu'elle ait au stade actuel un impact significatif ni sur la croissance démographique, ni sur l'économie des ménages, ni sur l'état de santé des pauvres et cela pour les raisons suivantes :

- **Il est prouvé que l'utilisation des contraceptifs modernes est significativement corrélée avec le niveau d'instruction, et que l'offre de planning familial est plus attractive pour les femmes d'un niveau socio-économique supérieur. La distribution du bénéfice est donc peu équitable et risque d'augmenter les inégalités entre riches et pauvres au sein de la communauté.**
- **L'utilisation n'est pas encore assez élevée et concerne avant tout les femmes qui ont déjà eu plusieurs accouchements successifs. Pour celles-là la charge économique est déjà perceptible et le problème de repartir le terrain cultivable quand les enfants seront grands va en tout cas se poser.**

- L'offre n'est actuellement pas utilisée par les jeunes non mariés en milieu rural. L'augmentation des grossesses in désirées chez les jeunes filles qui ne sont pas capables d'élever un enfant dans les bonnes conditions conduit souvent à des avortements clandestins avec ses risques pour la vie des jeunes femmes.

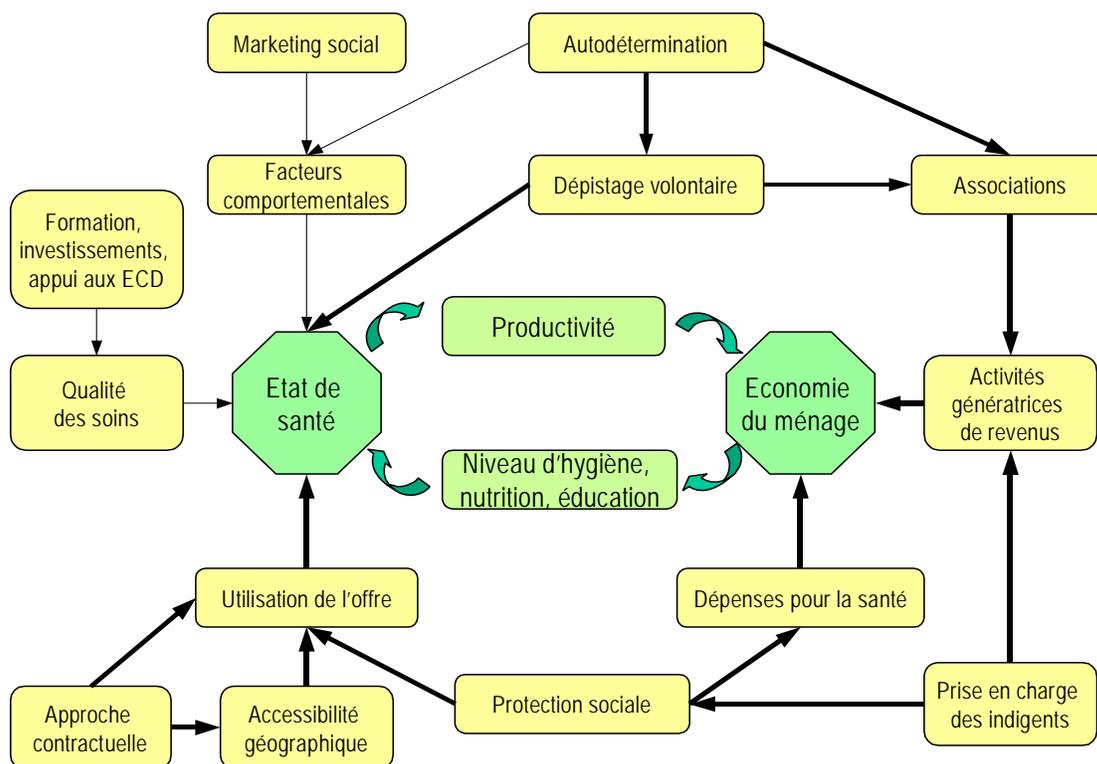
11.1.4 EFFICACITÉ PAR RAPPORT À L'ATTEINTE DE L'OBJECTIF GLOBAL

Force est de constater qu'il est trop tôt pour évaluer globalement l'impact des interventions de la coopération allemande sur l'état de santé de la population pauvres.

- Les données de l'EDS ne sont pas encore disponibles, et les autres informations chiffrées pas toujours fiables.
- La durée de certaines interventions est trop courte pour s'attendre à un impact mesurable sur l'état de santé.
- L'état de santé dépend entre autres des dépenses pour la nutrition et l'hygiène. Les initiatives visant les activités génératrices des revenus sont encore au début et ne permettent pas de savoir s'ils vont permettre de couvrir ces dépenses à moyen terme.
- Une meilleure accessibilité financière au niveau primaire offrant une qualité des services insuffisant et sans couverture assurance pour le niveau de référence ne peut pas protéger contre les dépenses excessives liées aux grands risques ni avoir un grand impact sur l'état de santé.

Le modèle à la page suivante reprend l'ensemble de ces constats en soulignant avec des flèches grasses les interventions qui sont selon les observations de la mission plus efficaces.

Fig. 4 : Les synergies des interventions du programme santé allemand



11.2 Efficience

S'il est trop tôt pour se prononcer sur l'atteinte de l'objectif final, il en est de même pour l'efficience en terme de coûts efficacité, raison pour laquelle le contenu de ce chapitre est composé plus des éléments de réflexion que des constats.

11.2.1 LE CHOIX DES INTERVENTIONS

Le choix des interventions dans un contexte des ressources limitées reste souvent un débat important. Si on investit dans le domaine de la santé, où est-ce qu'il faut le faire ? La difficulté est que le coût-efficacité des différentes interventions est souvent peu connu, ce qui fait que les interventions ne sont pas comparables.

Quelques principes peuvent néanmoins guider les décisions :

- Comment rendre une intervention donnée plus coût-efficace est un débat aussi important que la comparaison entre interventions.
- A cause de l'intersectorialité de la santé, certaines initiatives dites sanitaires se situent au moins partiellement dans d'autres secteurs : le marketing social des préservatifs a au moins

autant à faire avec le secteur de l'éducation qu'avec la santé comme par ailleurs une bonne partie de la problématique de la santé de la reproduction et des contraceptifs.

- Les interventions devraient plutôt émaner d'une analyse globale du secteur concerné que des modes politiques régnaient : soins de santé primaires, district sanitaire, santé de la reproduction, appui institutionnel, SWAP, etc.
- Si l'on accepte que le secteur de la santé soit un système complexe, chaque intervention doit être taxée sur sa capacité de renforcement du système de santé global : intégration des soins au niveau opérationnel, pas créer une fausse compétition entre les ressources (humaines, financières, temps), pas de chevauchement et compétition entre bailleurs.
- Une intervention sur le niveau opérationnel a très peu de potentiel au-delà du temps d'intervention s'il n'y a pas de lien avec la politique sectorielle, un appui institutionnel au niveau central sans lien étroit avec le terrain risque de simplement augmenter le nombre de théoriciens qui appuient des normes non testées.

11.2.2 LE PROBLÈME DE LA COORDINATION ENTRE BAILLEURS ET ORGANISATIONS

Tout le monde en parle, en général peu se concrétise sur le terrain. Les bailleurs et organisations ont eu traditionnellement chacun son agenda de développement et sa vision 'particulière' sur les besoins d'un pays. Que cette situation ait amené des inconsistances et inefficacités dans les interventions ainsi une utilisation peu efficiente des ressources disponibles, cela est généralement accepté.

La reconnaissance de ce problème a poussé les bailleurs de fonds de laisser le 'leadership' au gouvernement et de s'inscrire dans des politiques nationales et sectorielles qui sont souvent tellement générales que la grande majorité des interventions rentrent de toute façon dans le cadre de ces plans. Et pourtant, la synergie et la coordination entre les différentes initiatives ne se fait pas automatiquement quand on s'inscrit dans une politique nationale ou sectorielle.

Il y a plusieurs raisons pour cette situation :

- Les modes « en cours » et agendas des différents organismes d'intervention ne sont pas forcément les mêmes. La vision sur la santé et comment on peut l'organiser pour une population peut être très divergente. Ce phénomène joue moins entre partenaires européens que entre ceux-ci et les autres bailleurs de fonds.
- Le besoin de visibilité de chaque organisme empêche la collaboration. Leurs ambitions risquent de définir des interventions très larges (contenu, géographiquement, en termes d'impact à court terme) au détriment de la profondeur (construire la qualité, intervenir avec une vision à long terme).
- La planification des interventions à partir de problèmes particuliers a amené à des initiatives très variées. Les interventions de la KfW au niveau du marketing social et de la GTZ dans la santé de la reproduction font partie des interventions prioritaires en termes de relevance et efficacité. Suivant son mandat, le DED envoie des médecins spécialistes et des autres Assistants Techniques en accord avec les suggestions des partenaires rwandais et allemands.
- Les analyses préalables du secteur de la coopération technique et financière n'ont pas eu lieu d'une façon conjointe. C'est pour cela que les paquets d'intervention ont profités largement d'une harmonisation *ex priori* adressée par toutes les organisations de la coopération gouvernementale allemande.

11.2.3 LA MOBILISATION DES RESSOURCES SUPPLÉMENTAIRES

Il faut reconnaître que le budget global du programme est plutôt modeste par rapport aux objectifs fixés, et comme dans tous les projets de la coopération une partie importante couvre les coûts de l'assistance technique. La part du budget restant qui est destinée aux interventions qui ciblent directement la population cible est minimal et juste suffisant pour quelques petits projets pilotes. Mais si on considère que ces expériences pilotes sont la base pour envisager des interventions à grande échelle et que l'assistance technique a réussi de mobiliser des ressources externes pour financer ces interventions, la relation coûts efficacité devient beaucoup plus favorable.

11.3 Pérennité

11.3.1 FINANCEMENT DURABLE

La pérennité du système de santé actuel globalement est difficilement envisageable. Dans l'une des études menées par le projet GTZ, il a été clairement démontré que la contribution des bailleurs et des patients dans le fonctionnement du système de santé en périphérie s'élève à plus de 60% du budget total disponible, qui en soi demeure trop petit pour assurer des soins de qualité partout. Dans ces conditions, il y a lieu de voir la pérennité de toute intervention dans une perspective relative, c'est-à-dire quel pourrait être le meilleur investissement que l'on puisse faire avec le budget disponible.

Dans les pays pauvres tels que le Rwanda, la pérennité de l'action est vraisemblablement moins importante en termes absolus que la notion de garantir le financement externe durablement, c'est à dire aussi à long terme. Le pire qui peut se passer pour ces pays, c'est que les subventions soient instables à cause du fait que les financements s'arrêtent immédiatement après le projet et qu'à chaque fois un autre bailleur doit venir à l'aide pour recommencer tout le processus de mise en place des structures et procédures pour permettre le financement des services.

Les pays occidentaux offrant de l'aide doivent donc prévoir un appui financier à long terme dans des domaines bien choisis. Les projets individuels ne peuvent contribuer dans la marge pour assurer la pérennité en se concentrant sur les changements structurels et en veillant au meilleur coût-efficacité des investissements. Dans le cadre de l'intervention allemande au Rwanda, la question du financement pour le marketing social des préservatifs exige une solution pour assurer, d'une manière ou d'une autre, sa pérennisation.

Dans le même ordre d'idée se situent les subventions pour assurer les plus pauvres de la société contre les maladies ou l'approche contractuelle qui subventionne les salaires des infirmiers pour les motiver à mieux travailler. Non seulement il faudra assurer les fonds nécessaires pour encore longtemps, il faut aussi s'assurer que les structures actuelles de contrôle et de suivi technique largement dans le mains et subventionnées par les bailleurs seront soutenues par des structures pérennes autres que celles des bailleurs.

11.3.2 COMPLÉMENTARITÉ ENTRE INTERVENTIONS SANITAIRES ET ÉCONOMIQUES

La croissance économique dans les pays en voie de développement est en général au profit des couches déjà favorisés et contribue le plus souvent à augmenter les inégalités au sein de la population. Tel est le cas au Rwanda. Malgré que le développement économique soit relativement satisfaisant, plus de 60% de la population vit en dessous du seuil de pauvreté².

La situation économique d'un ménage dépend de l'équilibre entre ses revenus et les coûts de la vie. Parmi ses dépenses prioritaires figurent celles destinées à la nutrition, l'hygiène, l'habitat et l'éducation, et la pauvreté se manifeste par des carences dans ces domaines. Ces éléments sont en même temps des déterminants pour l'état de santé, raison pour laquelle l'état de santé devient une conséquence de la pauvreté. D'un autre côté, le mauvais état de santé conduit à une faible productivité non seulement du malade mais aussi des personnes qui doivent assurer les soins à la maison et aggrave davantage la situation économique du ménage. La lutte contre la pauvreté vise à rompre ce cercle vicieux à travers de ceux catégories d'interventions.

Dans la première sont regroupés les interventions visant l'amélioration de la situation économique de la population pauvre à travers des activités génératrices de revenus au niveau ménage ou collectivité locale. Mais une situation économique plus satisfaisant ne protège pas contre toutes les maladies. Les activités génératrices des revenus, spécialement si elles sont liées à des microcrédits, sont menacées par la fréquence et la gravité des épisodes de maladies, lesquels épisodes diminuent la capacité de travail d'une part et d' autre part, les dépenses liées à la prise en charge des malades empêchent le remboursement des crédits.

La deuxième stratégie vise l'amélioration des conditions de vie à travers un meilleur accès aux services sociaux de base en général et de soins en particulier ainsi qu'une amélioration de l'efficacité de ces services. Telle est la justification des projets et programmes de santé classiques. Mais l'amélioration des conditions de vie à travers un meilleur accès aux soins n'aboutit pas automatiquement à une meilleure productivité de la population cible si cette population n'a pas accès à l'emploi rémunéré ou aux biens de production.

Il ne s'agit donc pas d'opter pour une approche ou l'autre, mais de chercher la complémentarité entre les deux pour la partie de la population qui se trouve à un niveau de pauvreté encore réversible avec un appui externe. En vue d'augmenter la pérennité de ses interventions sanitaires, le programme santé au Rwanda a élargi son champ d'action en intégrant certaines mesures visant directement l'économie des ménages de la population pauvre (voir Fig. 4 à la page 41). La collaboration avec le projet GTZ Sécurité alimentaire s'inscrit également dans cette perspective.

² PNUD (2002): Rapport sur le développement humain 2002

12 ENSEIGNEMENTS

12.1 Investir dans la santé

Le lien entre la pauvreté et la santé a été établi il y a long temps. Les couches les plus pauvres d'une société sont invariablement les familles avec un état de santé le plus mauvais. Mais l'état de santé d'une population est extrêmement complexe et multifactoriel. C'est pourquoi les liens entre les interventions dans le domaine de la santé et la lutte contre la pauvreté sont également complexes et le plus souvent indirects. De l'autre côté, un progrès économique d'un pays n'amène pas forcément à une meilleure santé de sa population sans investissements efficaces dans un système de santé performant.

Quelques constats généraux peuvent être faits pourtant. Les interventions sanitaires peuvent avoir un impact sur la pauvreté d'une population de différentes manières :

- Prévenir la mortalité à travers des soins curatifs ou préventifs. En termes économiques, la vie des jeunes adultes est la plus importante.
- Prévenir le handicap dans la société à travers une prise en charge précoce et/ou adéquate des maladies
- Augmenter l'accès financier aux soins ne réduit pas la pauvreté en elle-même, mais prévient qu'une population (une famille) devienne encore plus pauvre.

Ces phénomènes jouent le plus au niveau des soins hospitaliers (qui sont les soins les plus chers) et sont plus importants quand les soins sont effectifs (qualité des soins !) en évitant des dépenses inutiles (visites de retour, sur-prescription inutile, mortalité ou hospitalisation évitables, médicalisation, etc.)

Chaque intervention du programme a sûrement contribué un peu à l'état de santé d'un certain nombre d'individus. La GTZ paie la cotisation pour la mutuelle pour un certain nombre de familles pauvres et donne un appui à la mise en place de mutuelles. Le fait de donner plus d'accès aux soins améliore temporairement au moins la santé d'une partie de la population. Les interventions de DED, INWENT et KfW rentrent dans cette même logique.

Mais parler d'une meilleure santé pour la population sous-entend qu'il y a un progrès durable et persistant dans la santé de la population au-delà de la durée du projet. Il y a une connotation de pérennité et de changement structurel dans le système de santé. Dans ces deux cas de figure, les interventions allemandes ne peuvent faire valoir un grand impact pour le moment.

Offrir une meilleure santé à la population devrait être considéré comme un investissement à long terme, juste comme l'investissement dans l'éducation des enfants. L'impact des efforts d'aujourd'hui ne sera mesurable que si ces efforts sont maintenus assez longtemps et si d'autres facteurs de développement suivent simultanément. La conséquence pratique de ce constat est que dans la vie d'un projet de santé la réduction de la pauvreté n'est pas directement et immédiatement mesurable.

12.2 Efficacité théorique versus efficacité réelle

12.2.1 INFLUENCE DU CONTEXTE

Chaque stratégie du programme est basée sur une théorie qui trouve sa justification dans la littérature (expériences développées ailleurs). Mais le décalage entre efficacité théorique et efficacité réelle sur le terrain peut être important. Une stratégie qui a été efficace dans un pays, ne l'est pas nécessairement dans un autre pays ou dans un autre contexte (environnement).

En effet, on est en droit de se poser la question de savoir pourquoi dans un contexte précis les préservatifs sont-ils acceptables pour les couples sérodivergents mais pas dans un autre contexte ? Pourquoi le marketing social moins mis en doute par rapport aux moustiquaires imprégnées que par rapport aux préservatifs ? Pourquoi le système d'assurance maladie avance-t-il plus vite que prévu comme c'est cas dans la majorité d'autres pays en Afrique ?

Les facteurs de réussite ou d'échec à prendre en considération sont notamment d'ordre politique, économique, social, technique et managérial :

Au Rwanda, c'est la forte volonté politique qui accélère la mise en place d'une protection sociale. D'un autre côté, cet engagement du ministère constitue un obstacle pour le développement de la société civile.

L'environnement économique est caractérisé par la faible capacité contributive des ménages, l'allocation inéquitable des ressources par l'état, mais aussi par la volonté des bailleurs de fonds de couvrir le manque de ressources.

Par rapport à la dimension sociale, nous avons constaté au cours de nos discussions sur la santé et la pauvreté, que les Rwandais ont souvent ajouté un troisième élément, la notion de sécurité. Ceci est sans doute lié au fait que le Rwanda a traversé une période d'insécurité qui a détruit le tissu social à tous les niveaux. Sans sécurité, pas de bien être et pas d'amélioration de la situation économique. Est-ce serait pour cela que toutes les interventions qui semblent donner une certaine protection comme par exemple les mutuelles avancent plus vite que prévu et que les mesures considérées comme potentiellement déstabilisants sont peu acceptées ?

Sur le plan technique, il importe de signaler la faible qualité des soins, ce qui constitue un obstacle majeur pour la viabilité des mutuelles et l'amélioration de l'état de santé à travers l'utilisation des services. Et finalement il reste la capacité managériale qui risque d'être déterminant pour la pérennité des mutuelles.

12.2.2 ATTENTION AUX EFFETS NÉGATIFS SECONDAIRES

Même avec une bonne planification on ne peut pas tout prévoir. Les effets d'une intervention ne sont pas toujours seulement ceux qu'on envisage. Les crédits négociés pour faciliter l'adhésion de certains ménages à la mutuelle en sont un exemple. Il est arrivé que certains bénéficiaires n'arrivent pas à respecter le délai de remboursement avec comme conséquence pour les débiteurs qu'ils ne pouvaient plus avoir accès à un autre crédit et pour les structures sanitaires que leurs fonds ont été bloqué à la banque.

L'introduction de l'approche contractuelle au niveau de référence n'est également pas sans danger. En effet, décider sur la nécessité d'un examen para clinique par exemple ou d'une intervention quelconque n'est pas toujours chose facile. Aussi, des examens para cliniques ou interventions inutiles réalisés dans le simple but d'améliorer les statistiques et les primes ne sont pas rares dans certains contextes. Ce qui ne serait pas sans conséquence, notamment l'augmentation des charges

financières pour les malades et les mutuelles et le risque pour la santé du patient si la qualité technique n'est pas garantie »

12.3 La perspective d'équité

12.3.1 EQUITÉ DANS LE FINANCEMENT ?

Les interventions visant à améliorer l'état de santé et à protéger l'économie des ménages passent par des efforts d'assurer une distribution équitable des charges et des bénéfices au sein de la communauté. Le partage de risque maladie est considéré comme une mesure pour améliorer l'équité dans le financement du système de santé. Contrairement aux systèmes d'assurances dans le secteur formel où les contributions sont fonction du salaire dans une perspective de solidarité entre riches et pauvres,, la cotisation à payer à la mutuelle est la même pour tout le monde. En se limitant à la solidarité entre malades et bien portants, le tarif unique constitue un système qui est d'office régressif.

La prise en charge des indigents par les bailleurs de fonds, bien qu'elle constitue une mesure spécifique en faveur des plus pauvres, ne sert pas seulement les indigents. Avant sa mise en place, les plus riches ont été souvent sollicités pour aider les plus pauvres dans leur communauté en cas de maladie. Il faut donc assurer une interaction positive entre la prise en charge par la solidarité internationale et les mécanismes de solidarité traditionnelle africaine dans le milieu rural.

Par rapport à l'allocation des ressources, la question principale qui se pose est de savoir s'il est plus équitable d'orienter les ressources vers le niveau primaire ou vers le niveau secondaire. Le niveau primaire est souvent le seul qui est accessible pour la population défavorisée et constitue la porte d'entrée au système de référence. D'un autre côté, ce sont les soins hospitaliers qui ont souvent un impact sur la survie des personnes et qui ont des conséquences plus sévères sur l'économie du ménage.

Si par rapport aux investissements la coopération allemande a favorisé les hôpitaux, il en est tout à fait le contraire pour le fonctionnement courant. Le financement à travers les mutuelles et l'approche contractuelle se limite pour le moment essentiellement au niveau primaire des soins de santé. Ces interventions sont guidées par l'intérêt d'appuyer au niveau le plus négligé dans la hiérarchie du secteur. Au moyen terme, il faudra considérer un appui supplémentaire au deuxième niveau des soins pour assurer une qualité satisfaisante des services.

12.3.2 EFFICACITÉ, MAIS POUR QUI ?

Si sur le plan mobilisation des ressources certaines inégalités persistent, comment en est-il par rapport à la distribution des bénéfices ? Bien que la planification du programme soit orientée vers la lutte contre la pauvreté et que le niveau des résultats atteint ait dépassé (sur le plan quantitatif) les objectifs fixés pour la phase sous revue, l'impact du programme sur les pauvres demeure encore mitigé. En effet, les premiers bénéficiaires des interventions sont souvent les personnes ayant un statut socio-économique élevé, la barrière constatée étant parfois d'ordre financier comme c'est le cas pour l'adhésion à la mutuelle et le marketing social. Pour d'autres stratégies comme le planning familial et l'utilisation des préservatifs, c'est plutôt le niveau d'éducation et le fait que les femmes dépendent des hommes qui ne permettent pas aux plus nécessiteux d'en profiter.

Alors que les indicateurs relatifs à l'atteinte de l'objectif global (mortalité infantile, séroprévalence, détection TBC) sont plus spécifiques, ceux relatifs à l'utilisation des services ne font pas la part des choses entre les différents niveaux socio-économiques, ce qui pourrait dans une certaine mesure fausser leur appréciation. D'où la nécessité d'avoir mené des études plus approfondies, notamment

celles qui ont permis d'identifier le besoin de certaines interventions supplémentaires initialement non prévues, études ayant visé directement les plus pauvres comme la subvention de l'adhésion des indigents aux mutuelles.

Ainsi, pour mieux apprécier l'efficacité du programme dans la lutte contre la pauvreté, il serait intéressant de faire ressortir autant que faire se peut la part relative des pauvres. On pourrait par exemple exploiter les registres de prestations des mutuelles pour déterminer le taux d'utilisation des indigents bénéficiant de l'appui des organismes. Les enquêtes ménages quant à elles, permettraient de mettre en relation le niveau de revenus avec les facteurs comportementaux. Une analyse préliminaire dans les provinces cible du programme a eu lieu : Les enquêtes ménage ont démontré que une variété des comportements (consultations d'un centre de santé en cas d'une maladie, adhésion à une mutuelle, possession d'un moustiquaire) dépendent d'une manière significative du revenu du ménage.

12.4 Volonté politique versus dynamique communautaire

La participation communautaire est l'acte par lequel une communauté prend conscience de sa situation et s'engage dans une action pouvant améliorer son existence. En s'associant à un partenaire, elle participe aux différentes étapes d'un cycle de gestion, c'est à dire à la conception, la planification, l'exécution, le suivi et l'évaluation d'un programme ou d'un projet. Mais cette participation communautaire n'est pas comprise par tout le monde de la même façon. En effet, dans la mise en oeuvre des programmes de santé on peut distinguer deux approches possibles :

- L'approche populationnelle part de la perception qu'ont les communautés de leurs problèmes de santé y compris leurs causes. C'est cette perception qui constitue la motivation principale pour un changement. Il revient aux communautés de choisir la meilleure façon d'améliorer leur état de santé. Le processus de planification qui lui-même est plus important que le résultat obtenu est de bas en haut. C'est fortement probable que l'offre des services définie ainsi est plus conforme à la demande.
- L'approche professionnelle est focalisée sur l'importance des services de santé pour l'amélioration de l'état de santé. Ce sont les professionnels de la santé qui décident de la conception du programme. Le processus de planification est de haut en bas. En général, cette approche permet d'atteindre plus vite des résultats visibles et mesurables.

Depuis la mise en place de l'Initiative de Bamako, il a été toujours souligné que les centres de santé appartiennent à la population. En ce qui concerne les comités de santé, le Rwanda n'est pas différent des autres pays qui déplorent le désengagement des communautés de la gestion des structures de santé. En fait, pour jouir des fruits d'une entreprise, être impliqué dans sa gestion et y faire des apports ne suffisent pas pour être propriétaire de cette entreprise. Dans la mesure où elles ne sont pas impliquées dans la définition et la conception des services offerts, le rôle des communautés se limite essentiellement à celui du consommateur des services (ou client).

La création des premières mutuelles a fait naître l'espoir qu'elles allaient contribuer à une redynamisation de la participation communautaire. Mais encore une fois, l'approche professionnelle a été adoptée pour accélérer le processus. Il faut reconnaître que dans un système où les promoteurs étatiques définissent à chaque étape la nature et les procédures de participation des collectivités, il est difficile pour les communautés de s'approprier effectivement de ce système. Si les mutuelles sont un succès sur le plan couverture atteinte dans peu de temps, elles constituent en même temps une occasion ratée sur le plan de l'autodétermination des communautés.

Reste à voir si le développement des associations qui sont moins dirigées par le personnel de santé va prendre une autre direction. En effet, il ne sera pas facile de trouver le niveau d'appui financier adapté, c'est à dire permettant des activités génératrices des revenus sans se substituer aux initiatives propres. Dans ces conditions, la santé ferait mieux de laisser l'assistance technique à des intervenants qui ont plus d'expérience dans l'appui institutionnel des organisations de la société civile.

12.5 Comment être encore plus efficace ?

12.5.1 L'IMPORTANCE DE LA COLLABORATION INTERSECTORIELLE

L'amélioration de la santé ne passe pas seulement par les services de santé. La promotion du planning familial et du comportement à moindre risque à travers le personnel de la santé a déjà montré ses limites. Les facteurs comportementaux par exemple sont souvent plus facilement vulnérables par le secteur de l'éducation avec les jeunes filles comme cible privilégiée.

En effet, les jeunes filles constituent un groupe particulièrement vulnérable. Leur dépendance économique les amène à se marier tôt ou même à se prostituer. Pour les rapports sexuels, elles sont dépourvues de pouvoir de décision et de négociation face aux hommes, ce qui les expose aux grossesses indésirées et souvent même aux viols.

D'un autre côté, ces jeunes filles jouent un rôle important dans les ménages africains. Elles sont très tôt responsabilisées pour la gestion de l'environnement et de la famille. C'est souvent la grande sœur qui s'occupe de l'hygiène, de la nutrition et de l'éducation des autres enfants. De cette façon, les jeunes filles jouent un rôle important dans le sens qu'elles peuvent influencer les facteurs comportementaux de la santé. Et c'est à travers l'éducation scolaire qu'elles peuvent développer leur capacité d'effectuer des choix autonomes et adaptés pour apprendre à jouer leur rôle comme future épouses et mères.

La collaboration avec d'autres secteurs n'est pas de moindre importance. Ainsi, celle avec le secteur de la sécurité alimentaire pourra avoir un effet favorable sur la malnutrition qui est un des facteurs déterminant de la mortalité infantile au Rwanda. La collaboration avec les autres secteurs permettra de renforcer les synergies entre interventions sanitaires et économiques.

12.5.2 L'IMPORTANCE DU PILOTAGE

Bien que la coordination des acteurs allemands qui évoluaient auparavant de façon plus ou moins indépendant dans le secteur de la santé au Rwanda a fait des progrès importants depuis le démarrage du programme sous revue elle n'est pas encore optimale. La recherche encore plus systématique des synergies entre interventions au niveau politique et expériences au niveau opérationnel d'un côté et entre thèmes prioritaires et stratégies transversales d'un autre côté détient un potentiel supplémentaire pour améliorer l'efficacité du programme à l'avenir.

La coopération allemande a contribué au développement de certaines stratégies nationales pour le financement du système de santé (mutuelles, approche contractuelle) par des expériences pilotes au niveau des districts. Les études menées dans l'objectif de baser les activités du programme sur l'évidence, ont permis de faire des ajustements relatifs aux effets négatifs involontaires et fournis les éléments pour un plaidoyer auprès des autres organismes. Dans ce contexte le *Backup Initiative* s'est avéré utile pour élaborer la base permettant la mobilisation des fonds pour des interventions de grande envergure. Ces interventions seront réalisées en collaboration avec d'autres agences de coopération, et bien évidemment, si plusieurs organisations interviennent ensemble, les effets constatés ne pourront être attribués à un seul acteur.

13 RECOMMANDATIONS

1. **L'enthousiasme suscité par la réussite de l'approche contractuelle au niveau primaire est à la base de la volonté de l'étendre au niveau de référence. Mais, devant le danger évident d'une appréciation fondée sur les résultats quantitatifs, il serait plus judicieux d'aborder ce niveau de référence par une expérience pilote à petite échelle.** La qualité des soins n'est pas une conséquence automatique de l'approche contractuelle, mais devrait plutôt être une condition préalable pour l'introduire au niveau de référence. L'amélioration de la qualité est un travail de longue haleine qui ne se fait pas à distance. Pour mettre en place une nouvelle composante « amélioration de la qualité des soins et services » (la formation et l'appui institutionnels pouvant y être intégrés), la GTZ a besoin du personnel sur le terrain, personnel que le DED pourraient fournir.

2. Il en est de même pour les mutuelles. La décision de couvrir le plus vite que possible l'ensemble de la population et d'élargir la couverture sur les grands risques est déjà prise par le ministère de la santé. **L'étendu et la vitesse de développement du système d'assurance demande des capacités managériales et des compétences en gestion de risque qui n'existent pas pour le moment. En tant qu'agence de coordination du groupe thématique, la coopération allemande a une responsabilité de s'investir davantage dans le fonctionnement des mutuelles et la professionnalisation de leurs gestionnaires. Une approche de recherche sur le système de santé reste très nécessaire pour suivre le développement des mutuelles ainsi que pour suivre tous les aspects attendus et non attendus liés à l'approche contractuelle.** Les questions de pérennité des systèmes, sur le plan financier mais surtout aussi sur le plan organisationnel (structures de contrôle par exemple) restent ouvertes et la coopération a l'obligation morale de poursuivre la recherche sur ce niveau.

3. Renforcer la société civile à travers les associations en veillant en même temps à ce que le niveau des subventions ne détruise pas les efforts propres. Pour l'assistance technique, il serait indiqué d'associer un intervenant spécialisé dans l'appui institutionnel aux initiatives de base.

4. Tenant compte du fait que la barrière psychologique à faire un test de dépistage VIH est apparemment en train de diminuer plus rapidement que celle d'utiliser les préservatifs, il devient relativement plus facile d'agir sur le changement de comportement sur base des résultats du test. Ne serait-il pas là une opportunité à mettre à profit pour promouvoir davantage le dépistage précoce afin de rompre au plus tôt que possible la chaîne de transmission de l'infection à VIH ?

5. Si le changement de comportement sexuel d'une population s'avère être quelque chose de très complexe parce que lié à beaucoup de facteurs, le marketing social par contre semble être une stratégie efficace dans le contexte rwandais eu égard à la demande de plus en plus croissante des moustiquaires imprégnées. La question se pose s'il est préférable d'assurer la continuité du financement du marketing social pour les préservatifs ou de renforcer cette stratégie pour les produits qui se heurtent moins aux barrières culturelles et psychologiques.

6. Renforcer la coordination entre acteurs allemands et entre le programme et les autres coopérations bi- et multilatérales dans le secteur de la santé. Aussi, convient-il de développer davantage la synergie et la concertation avec d'autres secteurs, particulièrement l'éducation, la sécurité alimentaire et les banques populaires.

7. Profiter de la préparation de la prochaine phase pour une analyse approfondie du système de santé et des dimensions du contexte favorables ou défavorables pour la réussite des différentes stratégies. Cela en veillant dès au départ sur la cohérence entre les thèmes prioritaires identifiés et les stratégies transversales d'une part et d'autre part sur la complémentarité du conseil au niveau national et l'engagement sur le terrain.

8. Autant les indicateurs retenus pour l'objectif du programme devraient rester en concordance avec l'ensemble des documents relatifs à la lutte contre la pauvreté, autant il est opportun de revoir certains indicateurs pour l'objectif de la phase. A titre d'exemple, le taux de césariennes qui a tendance à amener les prestataires à faire parfois des interventions peu justifiées pourrait être remplacé par le calcul des besoins obstétricaux non couverts. Sur le plan quantitatif, les résultats de l'EDS permettront de fixer des objectifs plus réalistes.

14 ANNEXES

Annexe 1 : Termes de référence

Annexe 2 : Calendrier de la mission

Annexe 3 : Liste des personnes rencontrées

Annexe 4 : Liste des documents consultés

14.1 Annexe 1: Termes de Référence

Contrôle de l'avancement du projet:

Efficiences des programmes « Santé » dans la lutte contre la pauvreté Le cas du Rwanda

Contexte

L'objectif principal de tous les projets et programmes de la coopération allemande est la lutte contre la pauvreté. Le contrôle de l'avancement du projet proposé analysera l'efficacité respective du programme « Santé » de la coopération allemande au Rwanda.

Le contrôle proposé étudiera en détail le rôle du programme dans le financement du système sanitaire et dans la coordination des partenaires du développement. La cohérence et la pertinence des activités dans le contexte de la discussion politique et scientifique internationale (MDGs, PRSP) seront analysées.

Le contrôle proposé étudiera si le programme améliore la santé des pauvres, s'il diminue les coûts liés aux maladies et s'il renforce l'autodétermination des pauvres.

Procédure

Le contrôle sera composé de trois phases à réaliser d'une manière coordonnée par un consultant international et un consultant local:

- Etude de toute la documentation pertinente concernant le programme (7 jours de travail) ;
- Entretiens avec les informants clés au Rwanda (7 jours, dont 2 « sur le terrain » à Byumba et Butare) ;
- Analyse des informations obtenues et rédaction d'un rapport final (7 jours de travail).

Dans l'intention de réaliser un contrôle « par le pair » (*peer review*), il sera dirigé par la Coopération Technique Belge comme *lead agency* parmi les partenaires du développement dans le secteur sanitaire au Rwanda.

Questions clés

Le contrôle essaiera de répondre aux questions clés suivantes:

- 1) Est-ce que la planification originale et actuelle du programme est orientée vers la lutte contre la pauvreté?
- 2) Est-ce qu'il existe une cohérence entre les MDGs, le PRSP, le « Papier de la Stratégie sectorielle » du Ministère de Coopération d'Allemagne et le concept/les indicateurs du programme?
- 3) Est-ce qu'on constate une bonne coordination parmi les acteurs allemands et entre le programme et les activités des autres partenaires?
- 4) Est-ce que les activités du programme sont guidées par l'évidence scientifique?

- 5) Est-ce que le programme contribue d'une manière significative et efficace à la lutte contre la pauvreté?
- 6) Est-ce que les rapports disponibles et les indicateurs choisis sont appropriés pour la documentation d'une telle contribution?
- 7) Est-ce qu'on peut recommander des changements pour améliorer la contribution du programme à la lutte contre la pauvreté et la documentation respective?

« Orientation vers l'effet »

La coopération allemande veut assurer dans tous ses projets que les activités soient « orientées vers l'effet ». L'intention est d'établir un degré considérable de plausibilité entre la réalisation des activités et l'observation des effets souhaités.

Donc, le contrôle n'analysera pas seulement l'interaction entre les activités du programme et la pauvreté du groupe cible. Il commentera en plus la plausibilité d'une relation cause - effet entre la réalisation des activités et la diminution éventuelle de la pauvreté. Il essaiera de distinguer les effets directs et indirects à attribuer aux activités.

Dans ce contexte, le contrôle décrira en détail les leçons apprises par le programme qui puissent être pertinents pour des autres projets et programmes; il essaiera donc de séparer les conclusions spécifiques des conclusions à généraliser.

Profil des consultants

Le contrôle envisagé exigera les qualifications suivantes:

- Expérience profonde dans l'évaluation des projets de coopération dans le secteur sanitaire;
- Capacité de réaliser une analyse complexe des interactions d'un programme de coopération avec le groupe cible;
- Connaissance parfaite de l'anglais et du français;
- Esprit d'équipe;
- Familiarité avec le contexte africain.

Kigali, 31 mai 2005

Dr Andreas Kalk, Conseiller technique principal GTZ « Santé » au Rwanda

14.2 Annexe 2: Calendrier de la mission

Jour	Date	Activités
Mardi	6/9/05	Arrivée à Kigali
Mercredi	7/9/05	Revue des TdR avec le coordinateur du programme Participation à l'atelier sur les mutuelles à Kibuye : <ul style="list-style-type: none"> • Informations générales sur la politique assurance maladie au Rwanda • Entretiens individuels avec certains participants
Jeudi	8/9/05	Kibuye : Participation à l'atelier sur les mutuelles de santé
Vendredi	9/9/05	Participation à l'atelier de Kibuye et retour à Kigali
Samedi	10/9/05	Kigali : Revue documentaire
Dimanche	11/9/05	Kigali : Revue documentaire
Lundi	12/9/05	Visite dans la province de Butare : <ul style="list-style-type: none"> • Entretien avec le chargé de la santé de la province • Visite au centre de santé de Rubona
Mardi	13/9/05	Visite dans la province de Byumba : <ul style="list-style-type: none"> • Entretien en groupe avec le chargé de la santé et 2 agents du VCT (dont une en même temps secrétaire permanente de la mutuelle) • Entretien avec le titulaire du service de tuberculose et un malade hospitalisé
Mercredi	14/9/05	Kigali : <ul style="list-style-type: none"> • Visite au DED et à la CTB • Entretien avec le Directeur de l'ESP Butare
Jeudi	15/9/05	Kigali : <ul style="list-style-type: none"> • Visite au PSI • Préparation de la restitution
Vendredi	16/9/05	Kigali : Restitution
Samedi	17/9/05	Retour en Belgique

14.3 Annexe 3: Liste des personnes rencontrées

Représentants de la coopération allemande :

Dr. Andreas Kalk	Coordinateur santé de la coopération allemande
Dr. Petra Windisch	Directrice GTZ/Rwanda
Claudia Lormann Nsengiyumya	Directrice DED/Rwanda
Jean-Olivier Schmidt	Assistant du projet GTZ Santé
Staci Leuschner	Représentante PSI Rwanda

Représentants des autres organismes bi- et multilatéraux :

Dr. Jean Marie Tromme	AT/Minisanté/CTB
Didier Douziech	Directeur résident suppléant, coopération Suisse
Judith Cowley	Coordinatrice Projet de Santé Publique Kibuye/ Coopération Suisse
Bernard André	Coordinateur Afrique Centrale BIT/STEP
Dean Swerdlin	Twubakane/Policy Team Leader Décentralisation
Alex Kamurase	Operations Officer Rwanda/World Bank
Aynalem Tekle Giorgis	NPA Gisenyi Health Project/Norwegian People's Aid
Dr. Willy Janssens	AT/DS Kigali-Ngali/CTB
Dr. Marie-Claire Minne	AT/DS Kigali-Ville

Partenaires rwandais du programme santé

Dr. Claude Sekabaraga	Directeur des soins,/Minisanté
Dr. Laurent Musango	Directeur de l'Ecole de la Santé Publique Butare
Petronile Uwizeye	Chargé de la santé/province de Butare
Rodrigue Munyentwali	Chargé de la santé/province de Gikongoro
Thaddée Kibamba	Chargé de la santé/province de Byumba
Francine Kayitesi	Titulaire du centre de santé de Rubona
Espérance Uwimaningabiye	Titulaire VCT de Byumba
Béatrice Mukakimenyi	Secrétaire de la mutuelle de santé de Byumba

14.4 Annexe 4: Liste des documents consultés

1. Ecole de Santé Publique/Université Nationale du Rwanda, Directions de la Santé, Genre et Affaires Sociales/Provinces de Butare et Byumba, Coopération Technique Allemande (2004) : *Etude qualitative et quantitative sur la perception et les besoins de la communauté en services de santé de base dans les provinces de Byumba et Butar* (Kigali 2004)
2. Foulon G, Kagubare Mayindo J, Kalk A. (2003) : *Financement des systèmes de santé dans les provinces du Butare et Byumba au Rwanda*
3. Coopération germano-rwandaise (2003) : *Document stratégique pour le pôle d'intervention prioritaire – Soins de santé primaires, santé reproductive et lutte contre le VIH/SIDA*
4. GTZ, DED, InWEnt. (2004): *Aufgabenverteilung GTZ/DED/InWEnt im ruandischen Gesundheitssektor*
5. Coopération Allemande au Rwanda (2005) : *Rapport Annuel 2004 – Programme Santé de la Coopération Allemande au Rwanda*
6. Umubyeyi A, Kamugundu D, Kalk A. (2004): *Preliminary survey on the perception of health care providers on performance initiative and subsidies of health insurance for the indigents*
7. Gouvernement du Rwanda (2002): *Document de Stratégie de réduction de la Pauvreté*
8. Gouvernement du Rwanda (2004) : *Health Sector Strategic Plan*
9. GTZ (2003) : *Angebot zur Durchführung des Vorhabens „Primäre Gesundheitsversorgung und HIV/AIDS-Bekämpfung, Ruanda“*
10. Comité d'Aide au Développement (2002): *Pauvreté et Santé*
11. Musango L, Martiny P, Porignon D, Dujardin B (2004) : *Le système de prépaiement au Rwanda (I) : analyse d'une expérience pilote*
12. Musango L, Martiny P, Porignon D, Dujardin B (2004) : *Le système de prépaiement au Rwanda (II) : adhésion et utilisation des services par les bénéficiaires*
13. Rép. du Rwanda/Ministère de la Santé (2004): *Politique de Développement des Mutuelles de Santé au Rwanda*
14. Kalk A, Mayindo JK, Musango L, Foulon G (2005) : *Paying for health in two Rwandan provinces : financial flows and flaws*. Tropical Medicine and International health Vol. 10, N°9, 1-7
15. Banque Mondiale (2005): *Santé et pauvreté au Rwanda : Reconstruire et réformer les services de santé dans la perspective des objectifs du millénaire pour le développement (OMD)*
16. Rép. du Rwanda/Ministère de la santé (2005) : *Rapport annuel d'activités 2004*
17. Musango L, Dujardin B, Dramaix M, Criel B (2004) : *Le profil des membres et des non membres des mutuelles d santé au Rwanda : le cas du district sanitaire de Kabutare*. Tropical Medicine and International Health Vol. 9, N°11, 1222-1227
18. Kalk A (2005): *Fortschrittsbericht an das BMZ*
19. Ministère de la Santé/Coopération allemande au Rwanda (2005) : *Enquête ménages sur les besoins de santé de base en province de Gikongoro*
20. Meesen B, Musango L, Kashala JP (2004) : *L'initiative pour la performance*
21. Kalk A (2003) : *Angebot zur Durchführung des Vorhabens „Primäre Gesundheitsversorgung und HIV/Aids-Bekämpfung, Ruanda“*