

Secteur sanitaire en situation critique : financement d'une réforme et réforme du financement au Rwanda (1995-2001)

Denis Porignon ¹, Laurent Musango ^{2,3}, Bruno Dujardin ⁴, Philippe Hennart ¹

¹ Département d'épidémiologie et de médecine préventive, Ecole de Santé Publique, Université libre de Bruxelles, Belgique

² Ministère de la Santé, Kigali, Rwanda

³ Ecole de Santé Publique, Université nationale du Rwanda, Butare, Rwanda

⁴ Département des systèmes et politiques de santé, Ecole de Santé Publique, Université libre de Bruxelles, Belgique

denis.porignon@ulb.ac.be

Résumé : En 1994, le Rwanda a connu des événements tragiques ayant débouché sur un démantèlement de l'appareil de l'état et sur une destruction massive du système de santé. Ce fut l'occasion pour les autorités de réformer le système de santé vers, entre autre, une plus grande décentralisation. L'objectif du présent travail est d'analyser au niveau macro-économique la manière dont les Autorités rwandaises ont organisé le financement de cette réforme sanitaire et comment elles ont développé les mécanismes alternatifs de financement communautaire entre 1995 et 2001. La méthodologie repose essentiellement sur l'analyse des données reprises dans le système d'information sanitaire de routine et sur des études spécifiques menées entre 1995 et 2001. Les résultats montrent que le Ministère de la Santé a bénéficié d'un appui international massif pour la reconstruction, d'une participation de la communauté au financement de ses soins de santé et d'une contribution croissante d'un budget alloué par le Gouvernement. Les résultats révèlent également que le souci de la cohérence entre politique nationale de santé et financement a été constant au cours de ces années. Les systèmes alternatifs de financement par la population ont rencontré des succès variables tant dans leur conception que leur application. Globalement, ces derniers ont néanmoins permis d'initier une réflexion sur l'éventualité d'une généralisation. Les performances globales du système de santé montrent une efficacité comparable à la moyenne africaine et une efficacité réelle. En conclusion, les orientations futures devront tenir compte des ressources disponibles et des modalités d'organisation de l'Etat Rwandais. Les efforts consentis par le Ministère de la Santé du Rwanda pour reconstruire un système de santé cohérent, relativement équitable et accessible à toute la population permettent de dégager des options pouvant être étudiées dans d'autres contextes.

Mots clés : financement – réforme du secteur santé - systèmes de santé – urgence complexe – mutuelles.

INTRODUCTION

Le Rwanda est un pays d'Afrique centrale coincé entre la République démocratique du Congo, l'Ouganda, la Tanzanie et le Burundi. Sa superficie est de 27 000 Km² et sa population est d'environ 8 millions d'habitants. En 1997, le PIB par habitant était de 242 USD. L'agriculture représentait 37% du PIB, l'Industrie 25% et les Services 38%.

Ce pays a connu entre 1990 et 1994 des événements tragiques suite à une guerre ayant frappé d'abord la partie nord du pays entre 1990 et 1993 et s'étant étendue par après à tout le territoire. A partir d'avril 1994, suite à l'assassinat du Président Habyarimana s'est déclenché un génocide ayant coûté la vie à près d'un million de personnes entre avril et juillet 1994. Les causes de ces événements ont été analysées par ailleurs (voir par exemple Gasana *et al*, 1999). Ce génocide s'est accompagné d'un exode massif de près de 25 % de la population du pays vers la République démocratique du Congo et la Tanzanie principalement, d'un anéantissement quasi complet de l'appareil d'Etat, d'une dévastation massive du système de santé ainsi que d'une destruction profonde de la capacité humaine du pays. Ainsi, on estime qu'environ 80 % des cadres du pays ont été tués ou se sont exilés et que la quasi totalité des infrastructures médicales (centres de santé, dispensaires, hôpitaux et bâtiments administratifs) ont été soit détruites soit sérieusement endommagées (Ericksson, 1996). En 1995, selon une enquête réalisée par le Ministère de la Santé avec le soutien de l'Organisation mondiale de la Santé et de l'UNICEF, la totalité des centres de santé et des hôpitaux avait besoin d'une réhabilitation plus ou moins lourde.

La réponse donnée à cette catastrophe par la communauté internationale a fait l'objet d'une évaluation globale détaillée ayant montré une bonne performance globale même si le manque de coordination et de capacité d'évaluation des différents intervenants a entravé l'appropriation par les autorités rwandaises (Ericksson, 1996). Du côté rwandais, ces bouleversements, le changement de

Gouvernement et le besoin impérieux de reconstruction furent l'occasion pour les responsables de revoir le fonctionnement de nombreux services publics. Dans le domaine sanitaire, le pays s'est lancé dans une réforme du système de santé basée sur la mise en place des districts de santé, sur la décentralisation, l'amélioration de la gestion et de la qualité des services, l'intégration du secteur privé lucratif et le développement de mécanismes de financement alternatifs. Ces options rencontrent celles formulées par différents auteurs et partenaire au développement (voir par exemple McPake et Kutzin, 1997 ; Berman & Bossert, 2000). Ainsi, au lendemain de la fin de la guerre et du génocide, le Ministère de la Santé avec l'appui de l'Organisation Mondiale de la Santé a formulé une « Politique nationale » pour orienter la reconstruction d'un système de santé (Ministère de la Santé, 1995). La nouvelle politique a été adoptée par le gouvernement d'union nationale en Mars 1996. L'objectif général de cette politique était de contribuer au bien être de la population en assurant des services de qualité, acceptables et accessibles à la grande majorité de la population avec son entière participation.

La mise en œuvre de cette politique est fondée sur les stratégies de soins de santé primaires à travers ses huit composantes fondamentales (OMS, 1978), sur la décentralisation du système de santé à travers le concept de district sanitaire comme unité de base opérationnelle du système, ainsi que sur la participation communautaire à la gestion et au financement des services de santé.

Dans un pays en reconstruction alors que les besoins sont énormes dans tous les secteurs de la société, se pose bien évidemment la question essentielle de l'allocation des ressources au secteur santé en particulier et aux secteurs sociaux en général par rapport aux autres secteurs comme la défense et la sécurité ou le secteur marchand (Feldstein, 1993). Le financement du système de santé dans son ensemble a bien évidemment été une préoccupation majeure et immédiate pour le Ministère de la Santé. Le niveau de financement du secteur est traditionnellement bas au Rwanda et il ne s'était pas amélioré avec les récents événements.

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

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

METHODOLOGIE

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

L'enquête de 1997 (Hera, 1999) et les données du système d'information sanitaire de routine (1998-2000) ont fourni des informations sur les dépenses réalisées par la population et le gouvernement dans le cadre du fonctionnement global du système de santé au Rwanda en 1997. Les revues de dépenses publiques en matière de santé successivement en 1998 et 1999 (Ministry of Health, 1999 ; Ministry of Health, 2000) ont permis d'analyser de manière plus précise comment le Ministère de la Santé a utilisé l'argent mis à sa disposition par le Gouvernement pour remplir sa mission. Les comptes nationaux de la santé pour 1998 (Schneider *et al*, 2000) ont quant à eux fourni un cadre d'analyse de l'ensemble des dépenses réalisées, tous secteurs confondus en faveur de la santé. Une méthodologie standard a été suivie dans ce cadre (Berman, 1997). Les données de routines fournissaient quant à elles des informations sur les recettes au niveau des centres de santé du pays. Les données de routine ont été

recueillies à travers un système d'information sanitaire informatisé fonctionnant sur tout le pays à partir de 1998. Par ailleurs, dans le cadre de la Revue des dépenses publiques menée en 2000 sur les données de 1999, une estimation du coût réel du fonctionnement du système public a été effectuée. Ces données financières ont été mises en relation avec les performances du système de santé. Un certain nombre d'indicateurs ont été retenus : [1] le pourcentage du budget du gouvernement consacré à la santé, [2] l'évolution des dépenses publiques du Ministère de la Santé, [3] la répartition entre dépenses administratives et de service ou entre les différents niveaux du système de santé, [4] l'évolution de l'aide extérieure et de la participation communautaire, [5] les performances mesurées en terme d'utilisation et de couverture, [6] les ressources humaines, [7] l'équité du système de santé mis en place.

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

RESULTATS

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

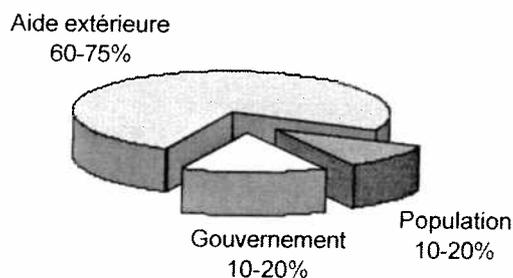


Figure 1 : Sources de financement (%)

La part du Gouvernement

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

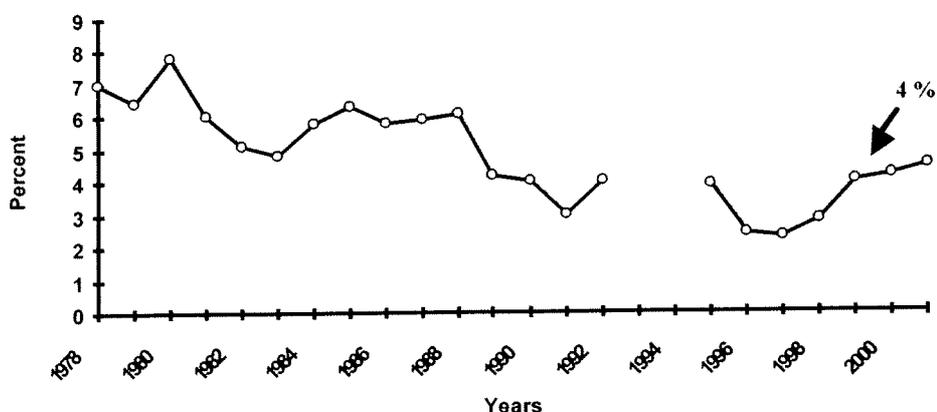


Figure 2: Evolution de la part du budget du Ministère de la Santé dans le budget du Gouvernement (1978-2001, Ministry of Health, 2000)

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

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

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

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

Il révèle qu'environ la moitié des ressources gouvernementales est consacrée au paiement des agents du Ministère de la Santé. Ce qui est bas par rapport à d'autres pays d'Afrique subsaharienne qui n'hésitent pas à consacrer jusqu'à 80 ou 90 % de leur budget au paiement du personnel. Ce tableau

montre en outre que la répartition est variable en fonction des années, notamment pour les salaires et les soins spécialisés. Ces derniers correspondent en fait aux dépenses du budget ordinaire consacrée aux transferts de malades à l'étranger. Ceux-ci concernent une centaine de malades par an (Ministry of Health, 2000). L'augmentation de la rubrique « Autres biens et services » à partir de l'année 2000 est due essentiellement au financement de programmes devant appuyer les districts de santé notamment dans la lutte contre la malaria et le SIDA.

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

	1997		2000	
Médecins ¹	181	4%	144	4%
Infirmiers et paramédicaux	1068	22%	1966	60%
Personnel médical non qualifié	1377	28%	820	25%
Personnel d'appui non médical	2274	46%	349	11%
Total	4900	100%	3279	100%

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

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

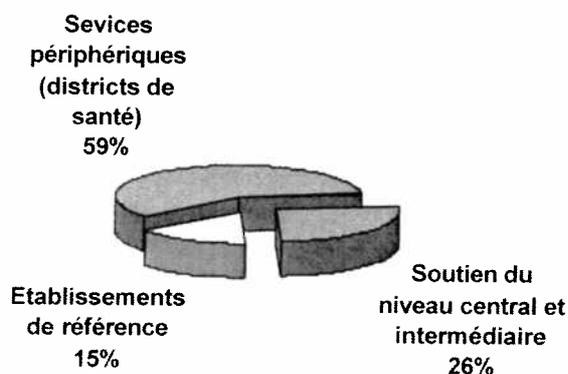


Figure 3: Répartition des dépenses de santé par fonction du système de santé NB Les montants figurés par les pourcentages ci-dessus couvrent à la fois les prestations et l'administration.
(Budget ordinaire -- 1999 / Ministry of Health, 2000)

¹ La diminution est expliquée par le transfert de certaines unités du secteur public vers le privé

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

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

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

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

La contribution de la population

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

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

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

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

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

L'aide extérieure

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

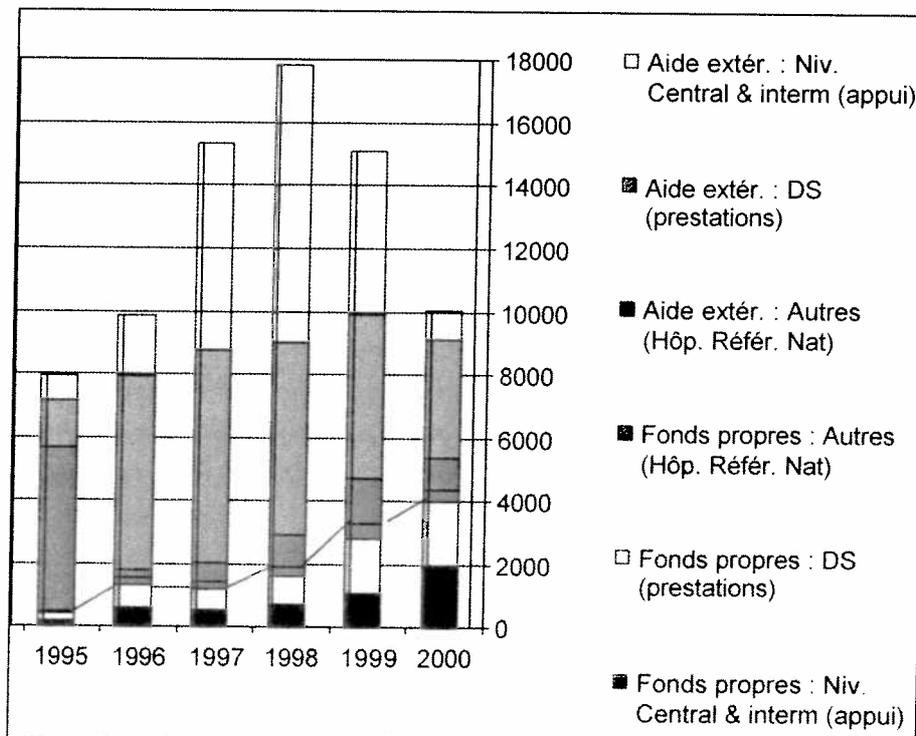


Figure 4 : Evolution de l'aide extérieure (promesses d'engagement) et de la contribution gouvernementale par niveau du système de santé, en millions de francs rwandais : 1996 à 1999 = dépenses réelles ; 2000 = estimations. DS = district de santé (Ministry of Health, 2000)

Entre 1995 et 2000, l'aide extérieure a atteint des volumes financiers considérables en apportant une aide humanitaire de secours, notamment pour la réhabilitation des infrastructures pratiquement toutes détruites ou endommagées (Figure 4). Selon les estimations faites en 1998 sur base d'une analyse détaillée de l'ensemble des projets appuyant le Ministère de la Santé, 40 % des montants engagés ont servi à couvrir les dépenses d'investissement.

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

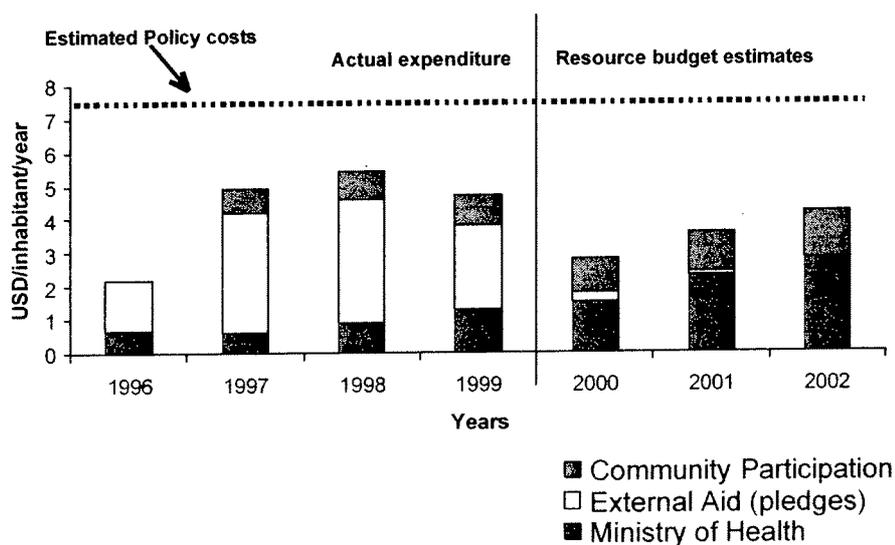


Figure 5 : Evolution de l'aide extérieure, de la contribution gouvernementale et de la participation communautaire, en USD par habitant par an – 1996 à 2002. (Ministry of Health, 2000)

Performances

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

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

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

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

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

Le financement communautaire alternatif

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

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

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

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

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

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

Entités sanitaires	Taux d'utilisation de la consultation curative (NC/hab/an)			Couverture obstétricale (%)		
	1999-2000	2000-2001	2001-2002	1999-2000	2000-2001	2001-2002
Mutuelles de santé initiées par les autorités sanitaires						
Byumba	0,21	0,26	0,32	9,2	17,6	17,0
Kabgayi	0,31	0,35	0,37	14,8	24,1	27,4
Kabutare	0,50	0,38	0,38	8,5	10,0	8,6
Mutuelles de santé initiées par les leaders d'opinions						
Rushaki	-	0,18	0,24	-	8,5	14,3
Shyorongi	-	0,16	0,26	-	9,5	17,4
Rulindo	-	0,25	0,34	-	10,1	15,5
Mutuelles de santé initiées par les autorités politico-administratives						
Mudasomwa	-	0,13	0,15	-	3,8	6,4
Nyamugali	-	0,16	0,37	-	16,1	32,4
Ngarama	-	0,14	0,13	-	4,4	22,6
Nyarutovu	-	0,12	0,39	-	4,8	12,6

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

Des différences existaient dans l'utilisation des services de consultation curative entre les districts où les mutuelles ont été initiées par les autorités sanitaires. Globalement, à Byumba et à Kabgayi, l'utilisation s'améliorait alors qu'elle régressait à Kabutare. Pour les mutuelles initiées par les leaders d'opinions ainsi que celles initiées par les autorités politico-administratives on a constaté une nette

amélioration de l'utilisation des services de consultation curative. Pour l'utilisation des maternités, il y a ici aussi des divergences entre les districts dont les mutuelles ont été initiées par les autorités sanitaires. Globalement, l'utilisation des maternités augmente sauf à Kabutare. Pour les mutuelles initiées par les leaders d'opinions ainsi que celles initiées par les autorités politico-administratives, l'utilisation des maternités a doublé dans presque toutes les structures de santé.

DISCUSSION

Comme on peut le constater, le niveau global de financement du secteur de la santé reste très bas au Rwanda. Malgré les événements tragiques du début des années 90, l'actuel Gouvernement est parvenu à mettre un certain ordre dans l'organisation du système de santé et dans son financement. Ceci s'est fait à plusieurs niveaux. Tout d'abord par la mise en œuvre d'une politique de santé. Les responsables du Ministère de la Santé ont compris très rapidement après la fin de guerre et du génocide en 1994 que la seule manière d'éviter un désordre total en matière d'intervention sanitaire particulièrement d'urgence, il était essentiel d'avoir une politique de santé claire pour guider les très nombreuses agences (plus de 200) actives au Rwanda dans l'immédiat après guerre.

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

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

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

- 1) Tout d'abord, le choix de contribuer de manière significative mais non exclusive au paiement du personnel. Comme il a été mentionné plus haut, non seulement la part du budget consacrée aux salaires a été augmentée et maintenue au maximum autorisé par la Banque mondiale et le Fonds monétaire international, mais un effort particulier a été fait également pour rationaliser cet aspect en diminuant le nombre de personnels non diplômés au profit de professionnels qualifiés. La motivation des agents a entre autre été assurée par le paiement de primes diverses (logement, transport,...) permettant de rencontrer les exigences des institutions de Bretton Woods en matière de charge salariale de l'Etat. Cet aspect traduit le souci du Ministère de la Santé d'assurer une certaine viabilité au système de santé tout en garantissant un minimum de financement propre pour le fonctionnement du système de santé.
- 2) Ensuite, les ressources du budget ordinaire sont clairement orientées vers le niveau périphériques où sont prestés la majorité des soins pour la population (voir Tableau 3). Cela

traduit bien les préoccupations du Ministère de la Santé et rejoint les lignes directrices de la Politique nationale en matière de santé. Il faut toutefois noter que les contributions des bailleurs de fonds soutiennent largement les hôpitaux de référence et le fonctionnement des services au niveau central. On peut y voir une contribution *de facto* des partenaires extérieurs à l'appui du Ministère de la Santé dans la réalisation de ses objectifs sociaux en permettant à ce dernier de concentrer ses ressources sur les services de santé profitant au plus grand nombre. Les données du Rwanda ne sont par ailleurs pas très différentes de celle rapportées par Bossert & Beauvais (2002) pour le Ghana.

- 3) Dans le budget ordinaire, il y avait un souci constant du Ministère de la Santé de ne pas dépendre complètement de l'aide extérieure pour financer certains aspects dont la responsabilité lui incombe. C'est ainsi par exemple qu'en 1999, suite à une épidémie de malaria difficilement jugulée dans la partie nord du pays, une ligne budgétaire fut négociée avec le Ministère des Finances et de la Planification économique et ajoutée au budget ordinaire (Porignon *et al*, 1999 ; Porignon *et al*, 2001). Il s'agit ici clairement d'une volonté d'assurer au système de santé dans sa globalité une certaine viabilité financière, notamment à travers la limitation de la dépendance vis-à-vis de l'aide extérieure.
- 4) Il en est de même pour le financement des structures de référence, comme l'hôpital général de Kigali. En effet, ce dernier après avoir reçu un soutien important de la communauté internationale en 1995, a vu son financement considérablement réduit en 1996 (voir Figure 4). Les responsables ont choisi d'augmenter progressivement la dotation pour cette institution qui joue un rôle essentiel dans la prise en charge de cas référés de tout le pays mais également comme hôpital de première référence pour la ville de Kigali.

L'évolution des budgets montrent à la fois une augmentation de la contribution gouvernementale en termes absolus et relatifs. La part prévue pour la santé dans le budget du Gouvernement serait de 7 % pour l'année 2003. La même tendance a été observée dans d'autres contextes, notamment au Cambodge (Lanjouw *et al*, 1999). Elle montre également un retrait rapide de l'aide extérieure qui est assez préoccupante. Nous reviendrons plus loin sur ce point.

Il est également intéressant de s'interroger sur le processus de décentralisation. Il s'est agi au Rwanda d'un mélange hybride entre déconcentration et autonomie de gestion. Comme mentionné ci-dessus, l'autonomie de gestion des institutions de soins date de 1992. L'allocation des fonds domestiques et celles des ressources humaines est restée très centralisée, du moins jusqu'en 2001 où un processus de décentralisation formalisé et touchant l'ensemble des secteurs a été mis en place (Ministère de l'Administration locale, 2000). Le recrutement de personnels de santé au niveau local était toutefois possible pour autant qu'ils soient pris en charge par les fonds générés localement.

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

L'équité est également mise en cause lorsqu'il s'agit de la compensation par le niveau central des éventuels ressources propres au niveau des différents districts. Même s'il n'y jamais eu d'analyse globale des ressources générées localement, il est clair qu'il n'y avait pas non plus de soucis de

compenser par les allocations en provenance du niveau central une quelconque disparité entre les districts.

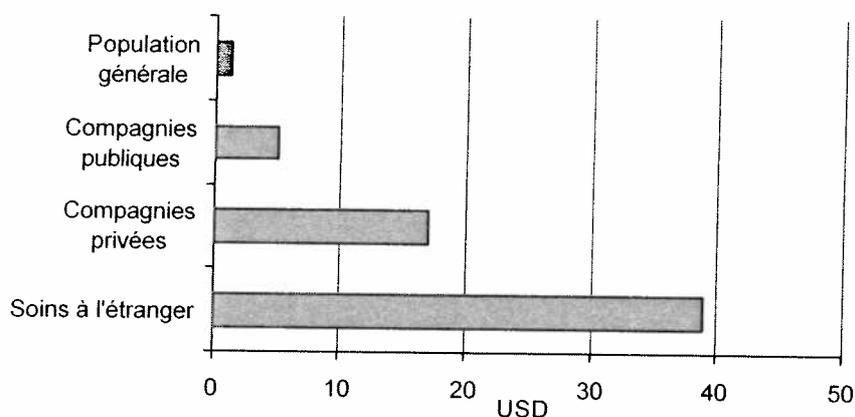


Figure 6 : Dépenses per capita en fonction des différentes catégories de bénéficiaires potentiels (1998-99)

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

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

Parmi les contraintes majeures au financement par la communauté des services de santé, il faut citer avant tout la faiblesse du revenu de la population au niveau macro économique (Produit national brut par habitant inférieur à 250 USD par habitant en 1997) mais également au niveau micro économique puisqu'on considérait en 1999 que 70 % de la population vit au dessous du seuil de pauvreté (alors que le pourcentage était de 40 % en 1985). Cela se traduit par une baisse significative du taux d'utilisation par la population et la nécessité pour le Ministère de la Santé de trouver des voies alternatives pour le financement du secteur. Une meilleure intégration des budgets ordinaire et de développement (notamment à travers l'appui budgétaire) ainsi qu'une meilleure organisation de la participation financière (notamment à travers le développement de mutuelles) sont probablement des solutions envisageables à court ou moyen terme. De plus, il faut souligner la difficulté pour le Ministère de la Santé de réaliser son budget. Ceci est dû aux faits suivants : [1] le budget alloué en début d'exercice était systématiquement revu en juin de chaque année avec une adaptation à la baisse, [2] les formalités administratives étaient assez lourdes pour la mobilisation de certains fonds budgétaires (dotations aux services centraux par exemple) et [3] même les montants officiellement engagés ne parvenaient que difficilement au Ministère de la Santé pour des raisons parfois ardues à éclaircir.

L'aide extérieure a également été prompte à la diminution une fois la mobilisation initiale tarie. La décroissance des appuis extérieurs ne sont probablement pas aussi criant que les Figures 4 et 5 le

laissent supposer. En effet, le cycle des projets est court en situation d'urgence (6 mois à un an). Cela pourrait laisser espérer que nombre de projets pourraient être rapidement renouveler et venir gommer la différence de ressources provenant de l'aide extérieure entre 1998, 1999 et 2000. De plus certains fonds n'ont pas été utiliser en 1998-1999 et devraient avoir été reporté sur l'année 2000.

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

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

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

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

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

L'avenir du financement du système de santé au Rwanda dépendra largement à la fois des montants que la Ministère de la Santé parviendra à mobiliser tant au niveau interne (Gouvernement et

population) qu'au niveau externe et du cadre organisationnel mis en place. La décentralisation, la redéfinition du rôle de l'Etat vers un désengagement de la prestation et une meilleure conceptualisation de la régulation (à travers la contractualisation et la législation), de la coordination (pour améliorer l'équité du système de santé), et de la définition des politiques sont des étapes essentielles devant permettre au Ministère de la Santé de mieux remplir la mission qui lui est confiée par le Gouvernement au bénéfice de populations.

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

BIBLIOGRAPHIE

Berman P (1997) *National health accounts in developing countries: appropriate methods and recent applications*. Health Economics **6**, 11-30.

Berman PA, Bossert TJ (2000) *A decade of health sector reform in developing countries: what have we learned?* Data fir Decision Making Project, Harvard School of Public Health, Boston.

Bossert TJ, Beauvais JC (2002) *Decentralization of health systems in Ghana, Zambia, Uganda and Philippines: a comparative analysis of decision space*. Health Policy and Planning **17**(1), 14-31.

Cassels A (1997) *A guide to sector-wide approaches for health development. Concepts issues and working arrangements*. WHO/ARA/97.12, Geneva.

Ensor T, Jowett M (2000) *Financing Health services (1)*. In Witter S, Ensor T, Jowett M, Thompson R: Health economics for developing countries. A practical guide. MacMillan Education Ltd, London.

Eriksson J, Hadelman H, Borton J, Christensen H, Kumar K, Suhrke A, Tardif-Douglin D, Villumstad S, Wohlgemuth L (1996) *The international response to conflict and genocide: lessons from the Rwanda experience*. Joint Evaluation of Emergency Assistance to Rwanda.

Feldstein PJ (1993) *Health care economics*. Delmar Publishers Inc, Albany, USA.

Gasana E, Butera JB, Byanafashe D, Kareikezi A (1999) *Rwanda*. In Adedeji A. (Editor): Comprehending and mastering African conflicts. The search for sustainable peace and good governance. Zed Books, Johannesburg.

Hera (1999) *Study on the financing of the health system in Rwanda (1997)*. Health and Population Project, World bank and Ministry of Health, Kigali, Rwanda.

Lanjouw S, Macrae J, Zwi A (1999) *Rehabilitating health services in Cambodia: the challenge of coordination in chronic political emergencies*. Health Policy and Planning **14**(3), 229-42.

Makinen M, Waters H, Rauch M, Almagambetova N, Bitran R, Gilson L, McIntyre D, Pannarunothai S, Prietro AL, Ubilla G, Ram S (2000) *Inequalities in health care use and expenditures: empirical data from eight developing countries and countries in transition*. Bulletin of the World Health Organization **78**(1), 55-65.

McPake B., Kutzin J. (1997) *Methods for evaluating effects of health reforms*. Current Concerns, ARA Paper number 13, WHO/ARA/CC/97.3, WHO, Geneva.

Ministère de l'Administration locale (2000) *Décentralisation*. Ministère de l'Administration locale, Kigali Rwanda.

Ministère de la Santé (1995) *Politique nationale en matière de santé*. Ministère de la Santé, Kigali, Rwanda.

Ministère de la Santé (2000) *Rapport annuel 1999*. Ministère de la Santé, Kigali, Rwanda

Ministère de la Santé (2001) *Rapport annuel 2000*. Ministère de la Santé, Kigali, Rwanda

Ministry of Health (1999) *Health Services in Rwanda: A Review of Public Expenditure in 1998*. Study carried out by the Rwandan Ministry of Health in collaboration with the Rwandan Ministry of Finance and Economic Planning, Kigali, Rwanda.

Ministry of health (2000) *Health Sector Public Expenditure Review 1999*. (2000) Study carried out by the Rwandan Ministry of Health in collaboration with the Rwandan Ministry of Finance and Economic Planning, Kigali, Rwanda.

Makuza JM, Porignon D (2000) *Plan stratégique de développement des ressources humaines pour la santé au Rwanda 1998-2008*. Ministère de la Santé, Kigali, Rwanda.

Porignon D., Biruta V., Rudakubana C., Karengera T., Kamoso P., Catapano M, Tembon A. (1999) *Usefulness of epidemiological and organizational data for assessment of Health Policy in post-crisis conditions in Rwanda*. International Epidemiology Association, XVth Scientific Meeting « Epidemiology for Sustainable Health », 31 August-4 September, Florence.

Porignon D, Wodon A, Karengera T, Musango L, Catapano M, Hennart P (2001) *Health Information and Health Reform in Rwanda: Evidence for Performance Analysis and Decision Making*. 4th International Conference on the Scientific Basis of Health Services, 22-25 September, Sydney.

Schneider P, Nandakumar AK, Porignon D, Bhawalkar M, Butera D (2000) *Rwanda National Health Accounts 1998*. PHR Technical Report N° 53, Bethesda.

Schneider P, Diop F, Leighton C (2001) *Pilot testing prepayment for health services in Rwanda: results and recommendations for policy directions and implementation*. PHR Technical Report N° 66, Bethesda.

Witter S, Thompson R (2000) *Measuring and improving efficiency in health care*. In Witter S, Ensor T, Jowett M, Thompson R: Health economics for developing countries. A practical guide. MacMillan Education Ltd, London.

World Bank (199X) Sector wide approach

World Health Organization (1978) *Primary Health Care - Alma-Ata 1978: Report of the International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR*. Health for All Series No1. WHO, Geneva.

World Health Organization (1998) *Evaluation of the implementation of the global strategy for Health for All by 2000. A selective review of progress and constraints (1979-1996)*. WHO/HST/98.2. WHO, Geneva.