



Oxford Policy Management Africa

2^e Dialogue de CABRI sur la Santé et les Finances

Étude de cas : Financement et suivi des résultats dans
le secteur de la santé au Rwanda

Clara Picanyol

22 juin 2012

Préface/Remerciements

Cette étude de cas a été élaborée afin d'être utilisée dans le cadre du Dialogue de CABRI sur « l'optimisation des ressources dans le secteur de la Santé : financement et gestion des dépenses en matière de santé au service d'une efficience allocative et technique ». Il s'agit du 2^e Dialogue de CABRI sur l'optimisation des ressources dans le secteur de la Santé. L'équipe réunie pour soutenir le dialogue est dirigée par John Kruger. Elle comprend également les membres suivants : Tomas Lievens (expert dans le domaine de la santé), Luize Guimarae (chercheur dans le cadre de l'étude de cas) et Clara Picanyol (chercheuse pour la même étude de cas).

Les études de cas réalisées pour ce dialogue n'ont pas la prétention de présenter un rapport de recherche mais plutôt de permettre aux participants d'appliquer aux situations réelles, les approches, les concepts, les cadres et les outils présentés dans les rapports principaux. Les études de cas ont pour objet d'exposer un véritable problème aux participants que ceux-ci devront aborder et résoudre, en utilisant les informations présentées dans cette étude, la connaissance acquise à partir de la présentation faite pendant le séminaire et en faisant également appel à leur expérience.

Cette étude de cas sur le Rwanda met l'accent sur le suivi et les systèmes d'information de gestion des dépenses dans le contexte du financement axé sur les résultats (FAR). L'autre étude de cas (Burkina Faso) se concentre sur le financement de la santé. L'étude de cas a été élaborée par le truchement d'un premier examen de recherché documentaire et d'une visite effectuée dans le pays pour s'entretenir avec le personnel qui a participé à la conception et à la mise en œuvre de la politique relative au secteur de la Santé au Rwanda.

L'auteur aimerait remercier tout particulièrement M. Elias Baingana et son équipe, ainsi que toutes les personnes du MINECOFIN (Ministère de l'Économie et des Finances), du MINISANTÉ (Ministère de la Santé), des districts et des établissements de santé, qui se sont rendues disponibles pour fournir des informations et faire part de leurs réflexions pour cette étude de cas, en particulier, Zachee Iyakaremye et Fidèle Karangwa. L'auteur est également reconnaissant envers Alex Murray et Sarah Fox pour leurs exposés lucides.

Les erreurs d'interprétation ou de faits n'engagent que la responsabilité de l'auteur.

Cette évaluation a été effectuée par *Oxford Policy Management*. Le responsable de projet est John Kruger. Les autres membres de l'équipe sont Tomas Lievens, Luize Guimaraes et Clara Picanyol. Pour des renseignements complémentaires, veuillez contacter John Kruger à john.kruger@opml.co.uk.

Nana Boateng est la correspondante (ou point de contact) du client et peut être contactée à : nana.boateng@treasury.gov.za.

Cette évaluation a été effectuée par *Oxford Policy Management*. Le responsable de projet est John Kruger. Les autres membres de l'équipe sont Tomas Lievens, Luize Guimaraes et Clara Picanyol. Pour des renseignements complémentaires, veuillez contacter John Kruger à john.kruger@opml.co.uk.

Nana Boateng est la correspondante (ou point de contact) du client et peut être contactée à : nana.boateng@treasury.gov.za.

Oxford Policy Management Limited	6 St Aldates Courtyard	Tel	+44 (0) 1865 207300
	38 St Aldates	Fax	+44 (0) 1865 207301
	Oxford OX1 1BN	Email	admin@opml.co.uk
Registered in England: 3122495	United Kingdom	Website	www.opml.co.uk

Table des matières

Préface/Remerciements	i
Liste des tableaux et figures	iv
Abréviations	v
1 Introduction	1
1.1 La Santé au Rwanda	1
1.2 Le système de santé au Rwanda	3
2 Principaux domaines de la réforme de la santé au Rwanda	8
2.1 L'élaboration du budget basé sur les résultats du Rwanda	8
2.2 Contrats de performance	10
2.3 Réforme des finances de la santé	11
2.4 Gestion décentralisée	17
2.5 Systèmes d'information et suivi	19
3 Mesure de l'impact du financement axé sur les résultats au Rwanda	25
4 Conclusion	27
La tâche	28
Références	29
Annexe A Liste des personnes consultées	32

Liste des tableaux et figures

Tableau 1.1	Niveaux et sources du financement de la santé (1998 à 2010)	7
Tableau 2.1	Indicateurs quantitatifs/d'extrants pour la détermination des paiements par le FAR aux centres de soins de santé primaires au Rwanda	15
Tableau 2.2	Treize domaines pour déterminer l'évaluation qualitative des centres de santé de soins primaires au Rwanda	17
Tableau 2.3	Indicateurs clés du financement de la santé	20
Figure 1.1	Évolutions du taux de mortalité infantile et chez les enfants de moins de 5 ans (2000 à 2010)	2
Figure 1.2	Évolutions des soins maternels (2005 à 2010)	3
Figure 1.3	Fonctions administrative de santé par niveau	5
Figure 1.4	Prestataires de soins de santé par niveau	5
Figure 1.5	Financement des prestataires de services de soins de santé	7
Figure 2.1	Les instruments basés sur les résultats du Rwanda	10
Figure 2.2	Couverture de la population par la RAMA (2001 à 2010)	12
Figure 2.3	Couverture d'assurance maladie communautaire (2003 à 2010)	14
Figure A.1	Structures administrative et de supervision des hôpitaux de district et des centres de santé	33
Encadré 2.1	Évolution des contrats <i>Imihigo</i>	11

Abréviations

AMC	Assurance maladie communautaire
AMM	Assurance médicale militaire (ou IMM)
CABRI	Initiative africaine concertée sur la réforme budgétaire
CCEP	Cadre commun d'évaluation des performances (ou CPAF)
CDMT	Cadre de dépenses à moyen terme
CSR	Caisse Sociale du Rwanda
EDSR	Enquête démographique et de santé du Rwanda
EIDSR	Enquête intérimaire démographique et de santé du Rwanda
FAP	Financement axé sur les performances ou Financement basé sur la performance (également appelé Financement axé sur les résultats- FAR)
MdF	Ministère des Finances
MdS	Ministère de la Santé
MII	Moustiquaires imprégnées d'insecticide
MINALOC	Ministère de l'Administration Locale
MINECOFIN	Ministère des Finances et de la Planification Économique
MINISANTÉ	Ministère de la Santé
OMD	Objectifs du millénaire pour le développement
ONG	Organisation non gouvernementale
OPM	Oxford Policy Management
PD	Partenaires au développement
PIB	Produit intérieur brut
RAMA	Rwandaise d'assurance maladie
SDERP	Stratégie de développement économique et de réduction de la pauvreté (ou EDPRS)
S & E	Suivi et évaluation
TDS	Total des dépenses de santé
UEPS	Unités d'exécution de projets simples (SPIUs)
UGPS	Unité de gestion de projets et de suivi

1 Introduction

L'élaboration du budget axé sur les résultats, une restructuration des systèmes de gestion des dépenses pour mettre l'accent sur les extrants (produits) et les résultats et moins sur le simple contrôle des intrants (moyens), représentent une initiative de réforme commune dans les économies africaines. Plus récemment, certains pays ont commencé à essayer une approche plus précise, que certains qualifieraient de radicale, qui se concentre sur les résultats, à savoir le financement axé sur les résultats (FAR). Le financement axé sur les résultats désigne le financement des prestataires de services de santé reposant en partie sur la quantité et la qualité des extrants réels.

Le Rwanda présente un cas intéressant pour évaluer le potentiel des réformes en matière de systèmes de financement et de suivi pour améliorer l'efficacité et l'optimisation des ressources dans le système de santé. Cette étude de cas ébauche l'ensemble des réformes dans un pays en particulier, le Rwanda, qui s'est systématiquement rapproché d'une orientation privilégiant les extrants (produits) dans le cadre de la gestion publique et des finances publiques, et qui est allé bien plus loin que la plupart des pays en ce qui concerne le financement axé sur les résultats des établissements de santé. Les questions sous-jacentes sont les suivantes :

- Quelles sont les exigences pour introduire une approche réussie axée sur les résultats ?
- Quelles sont les modifications à apporter aux systèmes de gestion des dépenses et à la gestion publique pour réussir l'orientation axée sur les performances?
- Que peuvent apprendre les autres pays du cas rwandais et quelles sont les différences dans le contexte dont il faut tenir compte ?

Le **reste de cette partie** décrit le contexte en soulignant brièvement la nature du défi de santé au Rwanda et en exposant les principales caractéristiques du système de santé. La **deuxième partie** passe en revue une série d'éléments de la réforme des finances publiques et de la gestion publique au Rwanda, ce qui donne une idée de l'ampleur des réformes et des aspects clés des différentes réformes. **La partie 3** reprend l'une des composantes de la gestion publique axée sur les résultats, à savoir le financement axé sur les résultats et examine les données factuelles récentes du Rwanda. **La partie 4** conclut avant que la dernière partie ne formule la tâche.

La tâche : Vos ministres de la Santé et des Finances viennent juste de rentrer des Assemblées annuelles de la Banque africaine de développement et ont été convaincus que le financement axé sur les résultats ou les performances (FAR ou FAP) mis en place au Rwanda n'est pas « qu'un simple engouement passager des donateurs », mais qu'il est vraiment « le seul catalyseur » disponible permettant de commencer à résoudre les problèmes structurels profonds qui conduisent à l'inefficacité et à l'inégalité dans les systèmes de santé africains. (Voir Meessen, Soucat et Sekabaraga, 2010)

Vos secrétaires permanents ont accepté les principes sous-jacents au FAR (bien qu'ils soient un peu sceptiques), mais restent inquiets quant aux défaillances du système actuel de gestion des dépenses et quant aux moyens de mettre en œuvre le financement axé sur les résultats. Ils ont pris note des succès revendiqués par le système de financement axé sur les performances au Rwanda et vous demandent de leur donner d'urgence des notes d'informations en vue de conclure un accord bilatéral entre les ministères de la Santé et des Finances relatif à l'introduction d'un projet pilote de financement axé sur les performances en matière de santé.

1.1 La Santé au Rwanda

Le Rwanda est un pays enclavé, qui compte en 2012, 11,7 millions d'habitants, vivant sur une superficie de 26.338 km². C'est le pays le plus densément peuplé d'Afrique, avec 383 habitants par km².

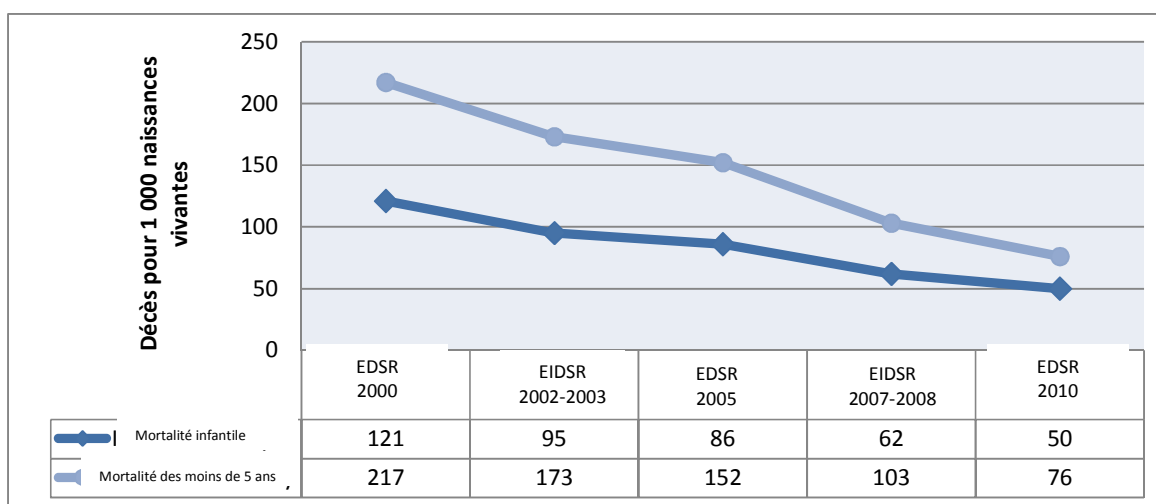
Le Rwanda a connu une croissance soutenue de son PIB au cours des 7 dernières années. Le PIB par habitant (prix courants) a augmenté, passant de 235 US\$ à 540 US\$ entre 2002 et 2010. Malgré ces progrès, ce niveau de PIB par habitant place le Rwanda dans la catégorie des pays les plus pauvres du monde. La pauvreté est généralisée avec un taux de pauvreté de 63,2 % de la population en 2011¹ (Banque mondiale, 2012).

Après le génocide, l'accès aux soins de santé a présenté l'un des plus grands défis. Dans un exposé présenté par Kalisa (2011), le contexte historique se résume comme suit: «En 1995, il y a eu une période d'urgence au cours de laquelle les services de santé ont été fournis gratuitement et le personnel de santé a été recruté et payé par des ONG et autres partenaires. En 1996, le passage de la période d'urgence à la période de développement, a vu la réduction de l'aide, qui, avec d'autres défis, a abouti à l'introduction des paiements directs. Depuis la réintroduction des paiements directs en 1996, les données provenant des systèmes d'information de gestion de santé (SIGS) ont révélé que les ménages ont de plus en plus de difficultés à payer leurs coûts de soins de santé. Cette situation a eu pour résultat une diminution du niveau de l'utilisation des soins de santé pour atteindre un niveau de 0,28 visite par personne par an. L'une des raisons invoquées pour la non-utilisation, était le mécontentement vis-à-vis du coût des services.»

Le problème auquel est confronté le Rwanda est similaire à celui de nombreux pays d'Afrique subsaharienne, autrement dit, comment favoriser l'accès aux soins de santé et l'équité dans le système de santé d'une part, et la nécessité de mobiliser des ressources nationales pour améliorer la viabilité financière de services de santé d'autre part.

Au cours de la dernière décennie, le système de soins de santé a montré des améliorations remarquables. Les indicateurs de santé actuels fournissent des preuves des progrès réalisés au cours des dix dernières années, y compris des progrès accomplis vis-à-vis des Objectifs du millénaire pour le développement (OMD) liés à la santé. Les taux de mortalité infantile et chez les enfants de moins de 5 ans ont diminué de façon spectaculaire comme le montre la Figure 1.1, et se sont améliorés, passant de la 173^e place en 2006 à la 166^e place en 2009 dans le classement de l'UNICEF comprenant au total 190 pays.

Figure 1.1 Évolutions du taux de mortalité infantile et chez les enfants de moins de 5 ans (2000 à 2010)



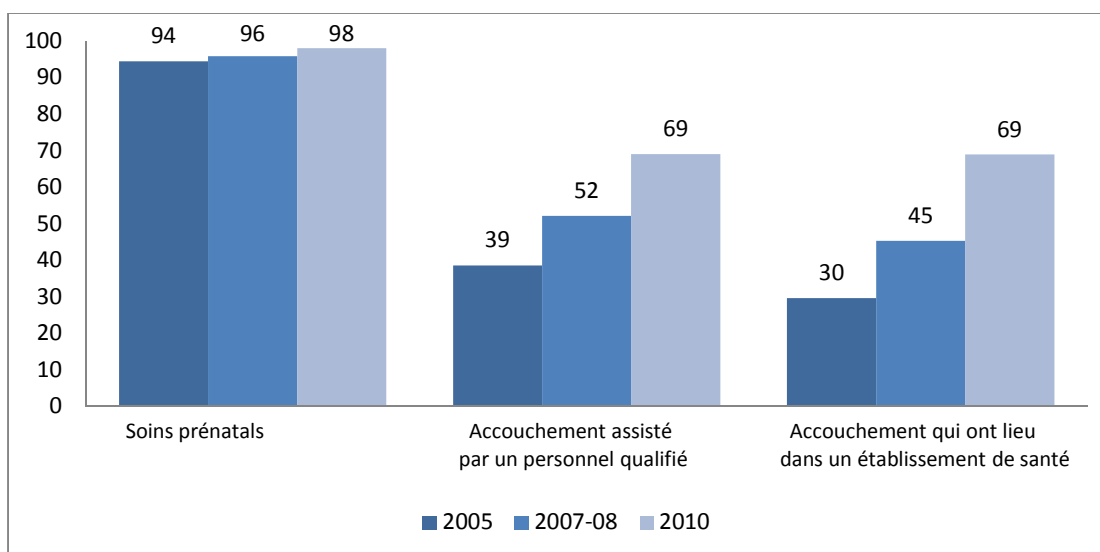
¹ Mise à jour de Kalisa (2011) et MINISANTE (2009b).

Source : Reproduites à partir des Enquêtes démographiques et de santé du Rwanda (EDSR) 2010 et 2005, Figure 8.1.

‘Ces résultats impressionnants sont dus à une augmentation de la couverture des interventions essentielles de santé infantile, y compris la vaccination, l'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticide (MII), et la gestion des maladies néonatales et infantiles’. (MINISANTE, 2009b)

Les évolutions des soins maternels ont également été impressionnantes, avec les accouchements assistés par un personnel qualifié augmentant de 39 % en 2005 à 69 % en 2010. De plus, les accouchements ayant lieu dans des établissements de santé ont plus que doublé, passant de 30% à 69 % (voir Figure 1.2).

Figure 1.2 Évolutions des soins maternels (2005 à 2010)



Source: RDHS 2010 et 2005, Figure 9.1.

Compte tenu de ses contraintes budgétaires sévères, le Rwanda a admirablement réussi à renforcer la prestation des services de santé et les réalisations de santé au cours des dernières années. Bien que le Rwanda ait encore beaucoup à faire pour offrir un système de santé approprié à ses citoyens et pour atteindre ses objectifs de santé, il semblerait que le système qu'il a mis en place peut améliorer de manière continue l'efficacité et l'équité de la prestation des services de santé. La partie suivante décrit l'élément principal de ce système de santé.

1.2 Le système de santé au Rwanda

1.2.1 Structure du système de santé

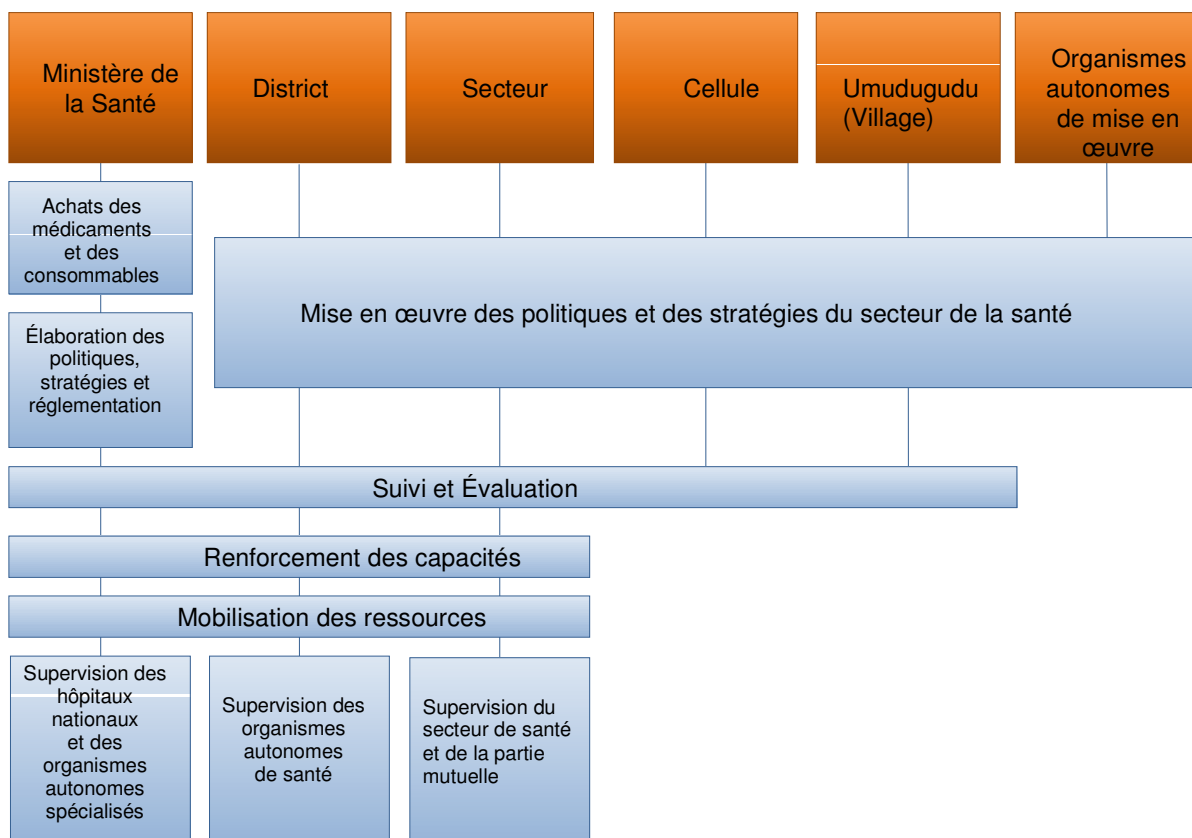
Le système de soins de santé est réparti en plusieurs niveaux. Chaque niveau ayant une plateforme technique et administrative définie, appelée un paquet minimum d'activités. Tout le système de santé relève du Ministère de la Santé (MINISANTÉ). Tous les établissements publics sont soutenus et supervisés directement par MINISANTÉ ou par l'intermédiaire des bureaux de district de santé.

Les 6 niveaux de l'administration sont les suivants (MINISANTE, 2009a; MINISANTE, 2009b; Kalisa, 2011): :

- *Le niveau central* : MINISANTÉ et ses unités fournissent la vision stratégique, la politique et la direction, pour les programmes nationaux, y compris l'établissement des normes et standards et le suivi des hôpitaux nationaux/de référence. MINISANTÉ a des responsabilités exclusives quant à l'achat des médicaments et consommables essentiels pour la santé. MINISANTÉ (par l'intermédiaire du Centre biomédical du Rwanda) supervise également un grand nombre d'organismes liés à la santé.
- *Le niveau du district* : les unités de santé dans les bureaux de district sont responsables de la planification, de la gestion, de la coordination et de l'évaluation de la prestation des services de santé du niveau du district au niveau du secteur, de la cellule et du village. Ces unités sont supervisées par les maires des districts et les comités exécutifs et les secrétariats des districts. Des contrats de livraison sont élaborés entre les districts et les prestataires de soins de santé.
- *Le niveau du secteur* : les centres de santé, les dispensaires, les postes de santé et les professionnels de santé communautaire, se trouvent sous la responsabilité administrative du comité exécutif du secteur. Le sous-comité sur la santé supervise les activités des établissements de santé à ce niveau.
- *Les cellules* : outre la mise en œuvre de la stratégie et de la politique du secteur de la santé, les cellules assument également des responsabilités de S&E aux niveaux administratifs inférieurs.
- *Les villages (ou Umudugudu)* : tout comme les cellules, les *umudugudus* ont aussi des responsabilités de S&E à l'égard des organismes autonomes de mise en œuvre.
- *Les organismes autonomes de mise en œuvre (d'exécution)* : Il s'agit notamment des centres de santé, des centres nationaux, des hôpitaux de district, des hôpitaux universitaires, des pharmacies, des mutuelles/compagnies d'assurance maladie, des comités de lutte contre le VIH/SIDA.

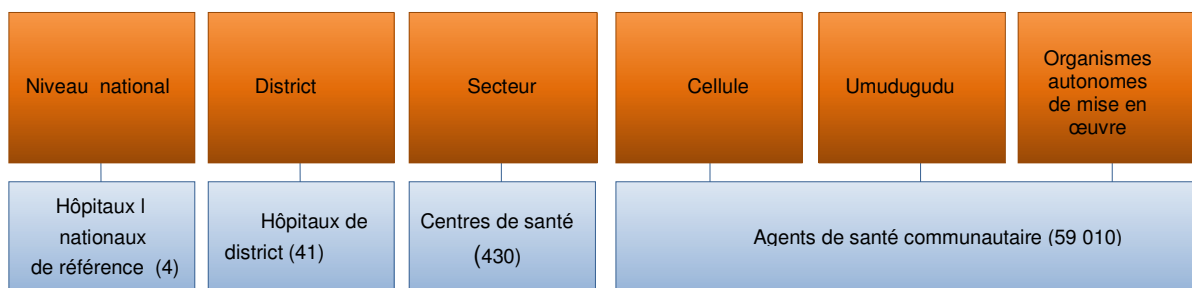
La Figure 1.3 résume les fonctions d'administration de la santé à chaque niveau, comme décrit ci-dessus. En ce qui concerne les prestataires des soins de santé, le secteur au Rwanda est organisé autour de 4 niveaux avec 3 hôpitaux nationaux de référence, 41 hôpitaux de district, 430 centres de santé, et 59 010 agents de santé communautaire (ASC). Cette organisation est illustrée à la Figure 1.4.

Figure 1.3 Fonctions administrative de santé par niveau



Source : À partir de données extraites de MINISANTÉ (2009a), Plan stratégique du secteur de santé- juillet 2009 à juin 2012- juillet.

Figure 1.4 Prestataires de soins de santé par niveau



Source À partir de données extraites de MINISANTÉ (2009a), Plan stratégique du secteur de santé- juillet 2009 à juin 2012- juillet.

1.2.2 Financement des soins de santé

Le total des dépenses de santé (TDS) au Rwanda a plus que triplé en termes réels de 15,1 US\$ en 1998 à 55,5 US\$ en 2010 (voir Tableau 1.1). Ces chiffres représentent une augmentation de 5,3 % du PIB à 10,5 % du PIB. Toutefois, d'un point de vue comparatif, en dépit de cette augmentation, les dépenses par habitant restent faibles.

Les sources de financement du secteur de la santé au Rwanda peuvent être réparties entre trois catégories,² à savoir :

- Les fonds publics ou gouvernementaux
- Les fonds privés (y compris les paiements directs et les contributions d'assurance maladie volontaires, telles que les *mutuelles*).
- Les fonds apportés par les donateurs.

Les niveaux et les sources de financement de la santé sont présentés au Tableau 1.1. Bien qu'il y ait eu une certaine fluctuation des apports de fonds au cours de la dernière décennie, les sources extérieures (financement apporté par les donateurs) ont représenté une contribution d'environ 50% du total des dépenses de santé. Le reste du total des dépenses provenant des ressources nationales. Bien que les fluctuations ne permettent pas vraiment de généraliser, on peut soutenir que la répartition moyenne entre le financement de la santé, provenant du public, du privé et des donateurs, au Rwanda, au cours de la dernière décennie, était d'environ 20%, 30% et 50% respectivement.

Une partie des fonds des donateurs (inscrite au budget) est gérée par le secteur public et une autre partie par le secteur privé, aussi le montant des dépenses par agent (par opposition à celles par source) indique que le secteur public gérait environ 50,1 % des dépenses de santé en 2010 et les agents privés, 49,9 %. Le secteur public comprend un financement limité de la sécurité sociale (4% du financement du secteur public en 2010), ce qui signifie que les recettes fiscales générales de l'État et les fonds des donateurs acheminés par l'intermédiaire des comptes publics constituent l'essentiel des dépenses publiques. L'assurance privée (les mutuelles et la RAMA) représentaient environ 10% du financement privé et les dépenses non remboursées environ 44% des dépenses privées. Les dépenses non remboursées représentent donc toujours une part très importante des dépenses totales de santé, soit environ 22 %.

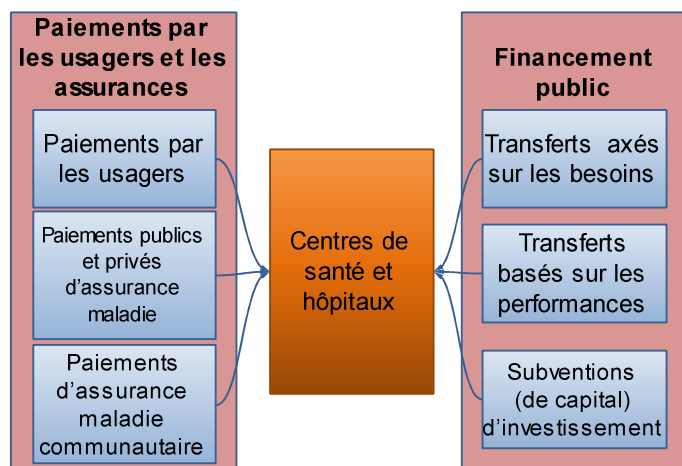
² Dans les ouvrages consacrés au Rwanda, les paiements directs effectués par les patients et les paiements d'assurance sont classés comme « paiement provenant de la demande » et le financement apporté par les recettes publiques comme « financement provenant de l'offre ». (Voir MINISANTÉ (2009b)). Cette classification n'est pas utilisée ici dans le but d'éviter toute confusion avec d'autres domaines d'ouvrages consacrés à l'économie de la santé, où « le financement provenant de la demande » est souvent défini sous forme de subventions aux ménages pour les aider à accéder aux (« demander des ») soins de santé, comme par exemple, une indemnité de transport. (Voir Gupta et coll., 2010)

Tableau 1.1 Niveaux et sources du financement de la santé (1998 à 2010)

	1998	2000	2002	2004	2006	2008	2010
Total des dépenses de santé (TDS)							
Par habitant (en US\$ 2012 au taux de change)	15,1	9	8,1	14,4	35,5	44,1	55,5
En % du PIB	5,3	4,2	4,2	6,2	10,8	9,4	10,5
Sources extérieures/donatrices							
% du TDS	49	52	33	34	49	44	47
Agents de financement							
Public (% du TDS)	48,4	39,2	52,3	53,6	46,5	47,4	50,1
Privé (% du TDS)	51,6	60,8	47,7	46,4	53,5	52,6	49,9
Total (% du TDS)	100	100	100	100	100	100	100

Source: OMS (2012), Base de données des dépenses globales de santé –Rwanda– Dépenses nationales de santé http://apps.who.int/nha/database/StandardReport.aspx?ID=REP_WEB_MINI_TEMPLATE_WEB_VERSION&COUNTRYKEY=84705, ai accédé au site le 09/06/2012

Les prestataires de soins de santé reçoivent leurs recettes d'un certain nombre de sources (publiques et privées) et par l'intermédiaire de divers types de paiements comme présenté à la Figure 1.5. Du côté du privé, il existe des paiements à l'acte par des usagers individuels, des régimes d'assurance maladie à base communautaire et d'autres assureurs maladie. Le financement public est octroyé aux fournisseurs par le biais de transferts basés sur les besoins, de transferts basés sur la performance et de subventions à l'investissement. Ces éléments sont examinés plus loin dans la partie consacrée à la réforme du financement de la santé. D'après les données disponibles, il est difficile d'estimer la part des fonds versés aux prestataires par l'intermédiaire des mécanismes de base.

Figure 1.5 Financement des prestataires de services de soins de santé

Source : À partir de données extraites de MINISANTÉ (2009b) (Politique de financement de la santé du Rwanda)

2 Principaux domaines de la réforme de la santé au Rwanda

Cette partie examine 5 domaines récents de réforme au Rwanda, à savoir les réformes budgétaires en faveur d'une orientation accrue sur les performances, l'établissement de contrats de performance, la décentralisation, la réforme du financement et la mise en place de systèmes de suivi et d'évaluation. Le point central de la tâche pour les participants porte sur l'introduction du financement axé sur les performances des prestataires de services de santé (paragraphe 2.3.2.2) s'inscrivant dans le cadre de ce processus plus général. Afin de tirer des enseignements de l'expérience du Rwanda, il est nécessaire de bien comprendre la façon dont ces différentes réformes sont étroitement liées et interdépendantes et le risque associé à leur introduction.

2.1 L'élaboration du budget basé sur les résultats du Rwanda

2.1.1 Vue d'ensemble du cycle budgétaire

L'exercice budgétaire au Rwanda va de juillet à juin. Comme dans de nombreux processus budgétaires en Afrique, la première étape est de déterminer un cadre macroéconomique. Ce cadre est établi par le Service de macroéconomie du ministère des Finances qui détermine le Cadre de dépenses à moyen terme (CDMT), afin de pouvoir fixer le niveau abordable des dépenses globales au Rwanda.

La Direction du budget alloue ensuite des plafonds budgétaires aux secteurs et aux districts fonctionnels qui se conforment aux priorités énoncées dans la Stratégie de développement économique et de réduction de la pauvreté (EDPRS ou SDERP), c'est-à-dire, le Plan de développement national du Rwanda. En septembre, les plafonds budgétaires sont transmis aux ministères dépensiers par une lettre-circulaire relative au budget. Puis en décembre, ces plafonds sont révisés. Les ministères dépensiers et les districts préparent un projet de budget qui est consolidé par la Direction du Budget et rapporté dans le document-cadre du budget national.

Au cours de discussions bilatérales entre les ministères dépensiers et le ministère des Finances, le budget est examiné par rapport aux résultats attendus que devront réaliser les ministères dépensiers. Dans le cas de la santé, la plupart des indicateurs sont de très haut niveau et sont déterminés par les cibles des OMD. Bien souvent, le ministère de la Santé estime que les fonds qui lui ont été alloués sont insuffisants pour atteindre les objectifs fixés et il utilise cet argument pour augmenter son enveloppe budgétaire, s'appuyant sur le fait qu'autrement, les cibles des OMD fixées sont irréalisables. En d'autres termes, le MdS estime qu'on ne lui a pas attribué suffisamment de crédits et utilise les OMD pour demander des crédits supplémentaires.

Une fois que le budget et les objectifs sont convenus, ils sont transmis au Cabinet et au Parlement pour discussion et approbation aux alentours du mois d'avril.

Finalement, après la production de versions subséquentes reposant sur les discussions, le budget est adopté d'ici à la fin du mois de juin, avant que le prochain exercice ne débute.

2.1.2 Structure d'un budget axé sur les résultats

Le Rwanda est passé à une structure budgétaire axée sur les programmes aux alentours de 2003 en vue d'améliorer l'orientation du budget sur les résultats. Ce passage a permis d'établir les bases d'un système budgétaire basé sur les résultats au moyen de trois instruments clés :

1. Le budget annuel – qui identifie les intrants (moyens) financiers nécessaires à l'obtention des résultats ;
2. Les plans d'action annuels – qui identifient les activités nécessaires à la réalisation des résultats ; et,
3. Les contrats de performance – qui identifient les extrants (produits) et les réalisations (résultats).

Ces trois instruments utilisent la même structure de programme qui à son tour permet de lier les intrants financiers à des extrants et réalisations spécifiques (voir Figure 2.1). La structure actuelle comporte les niveaux hiérarchiques suivants :

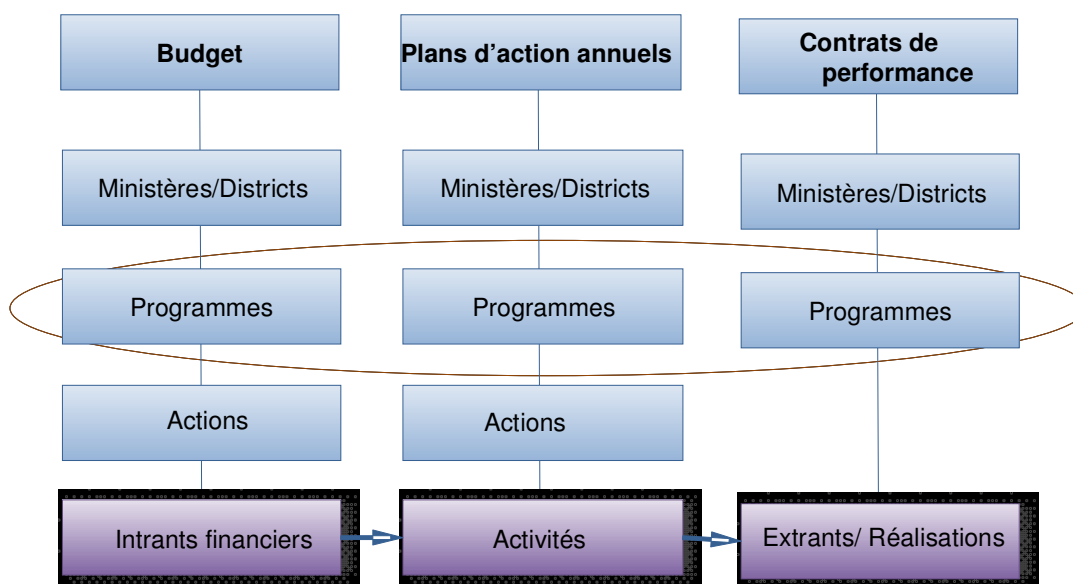
- Programme
 - Actions (ou sous-programme)
 - Extrants / Projets
 - Activités
 - Postes de dépenses

Comme expliqué dans les Directives de préparation du CDMT et le Manuel de référence du Rwanda (MINECOFIN, 2008b), les programmes, et leurs parties constituantes, les actions, sont la totalité des activités qui ensemble, sont accomplies pour, en particulier, atteindre les objectifs définis et obtenir les résultats voulus respectivement. Le regroupement de toutes les activités en programmes et actions permet l'identification et la quantification sur le plan monétaire de tous les intrants, par ex., des ressources telles que le personnel et l'équipement qui sont utilisés par les programmes et les actions.

Les dépenses du programme (ou action) se composent de la somme des coûts directs et indirects. Les coûts directs sont généralement plus faciles à calculer, par ex., les charges salariales et les coûts des avantages sociaux versés aux employés ainsi que les coûts des biens et services, afin de mener à bien des activités connexes. Cependant, les coûts indirects présentent habituellement un défi, c.-à-d., les dépenses administratives (ou frais généraux) encourues par l'organisation dans laquelle les activités se déroulent, par exemple, les finances, l'administration, la gestion des ressources humaines, la technologie de l'information, etc. Face aux défis de la répartition des coûts indirects aux programmes et actions (par ex., comment répartissez-vous la facture Internet d'un ministère entre les programmes?), le Rwanda présente les activités administratives et leurs dépenses connexes comme un « programme » en soi. Une autre façon de répartir les coûts indirects serait de ventiler les dépenses administratives proportionnellement à des programmes en fonction de leurs dépenses. Différents pays ont adopté des approches différentes, par ex., la Tanzanie dispose d'un programme « Administration et Gestion » au sein de tous ses organismes, tandis que l'Autorité palestinienne affecte les coûts administratifs aux programmes opérationnels de manière proportionnelle. Comme c'est souvent le cas, il n'existe pas une façon satisfaisante d'aborder ce point. Même si les puristes souhaiteraient estimer avec précision les coûts indirects qui devraient être attribués à chaque programme, dans la pratique, présenter les fonctions principales de chaque organisme dans une structure de programmes est déjà une grande réussite en soi. En outre, il existe des raisons de gestion et de fonctionnement d'adopter une approche plus pragmatique.

Les extrants sont convenus à l'échelon de l'action et se rapportent à la réalisation d'un projet, par ex., la construction de 10 nouveaux centres de santé. Les extrants sont la base redditionnelle et comptable, et il n'est pas nécessaire de descendre pour rendre compte au niveau de l'activité ou du poste afin d'examiner quels postes de dépenses de quelles activités ont été dépensés si l'extrant a été convenu ; l'examen se fait uniquement au niveau global. La structure budgétaire est standard pour tous les districts et est appliquée par la réglementation nationale.

Figure 2.1 Les instruments basés sur les résultats du Rwanda



Source : Reproduction à partir de MINECOFIN (2008).

Il convient de noter que le modèle FAP introduit dans le secteur de la santé n'a pas modifié la structure ou l'organisation du budget et, par conséquent, il est géré comme un circuit de financement distinct. Ce fait a été soulevé comme l'un des points de discussion et d'une élaboration possible plus approfondie, dans la récente étude sur la décentralisation fiscale au Rwanda (MINECOFIN, 2009), autrement dit, d'examiner des moyens de fusionner les deux groupes de financement des établissements de santé : le budget décentralisé et le FAP.

Au fil des ans, la structure de programmes a été modifiée au coup par coup, pour s'adapter à l'évolution des structures au sein des ministères dépensier (par ex., la fusion de deux ministères) ou à de nouveaux ministres concevant une nouvelle structure. Les petits changements apportés au fil du temps ont fini par diluer d'une manière ou d'une autre la structure initiale de programmes, du fait qu'ils n'ont pas suivi de règles précises, ce qui a abouti à la compromission des principes de base. MINECOFIN est actuellement en train d'effectuer une évaluation complète de la structure de programmes en vue de la redéfinir. La finalisation de ce processus pourrait prendre jusqu'à deux ans.

2.2 Contrats de performance

L'une des questions clés pour financer et suivre les résultats, est de savoir comment créer les mécanismes de rétroaction nécessaires afin que les résultats aient un effet, autrement dit, que soit mis en place l'obligation de rendre compte. Toujours dans ce domaine, le Rwanda présente un cas unique, avec l'introduction de « contrats de performance » à tous les niveaux de la fonction publique.

Les contrats de performance sont des accords annuels fixant des objectifs pour l'année entre un organisme ou un individu et le responsable de sa supervision. Ces contrats sont signés en début d'année et évalués en fin d'année et fonctionnent à tous les niveaux de la fonction publique, c'est à dire, les individus signent un contrat avec leurs supérieurs hiérarchiques, les organismes parapublics en signent un avec leur ministère de tutelle, les districts en signent un avec MINALOC, les hôpitaux de districts en signent un avec les administrateurs de districts, les centres de santé en signent un avec les hôpitaux de districts, les agents de santé communautaire en signent un avec les centres de santé, etc.

Le contrat de performance est en effet considéré au Rwanda comme l'élément qui motive les individus dans la fonction publique à obtenir de bons résultats ; c'est un complément au cycle de planification, de financement et de suivi des résultats et il est pris très au sérieux par tous les membres de la société. Bien qu'il y ait eu des tentatives pour introduire ces contrats dans d'autres pays (par exemple, au Zimbabwe aux alentours de 2006), le Rwanda représente peut-être la seule réussite parmi les pays africains subsahariens dans ce domaine également. L'Encadré 2.1 résume l'évolution des contrats de performance, à l'origine nommés contrats *Imihigo*.

Encadré 2.1 Évolution des contrats *Imihigo*

Au départ, les contrats *Imihigo* étaient des accords signés entre les maires et le Président. Ils étaient présentés à la fin de l'année pour renforcer la responsabilisation des autorités locales devant le public et l'administration centrale.

Lorsque les ministères dépensiers essayaient de recueillir l'information dont ils avaient besoin pour établir les rapports de SDERP de districts, il a été admis que, puisque l'*Imihigo* attirait l'attention, c'était le meilleur choix qui s'offrait pour un S&E efficace au niveau du district. En conséquence, depuis 2008, les indicateurs *Imihigo* sont devenus plus exhaustifs quant à la prise en compte des priorités spécifiques à la SDERP, aux OMD, aux secteurs et aux districts. Ce résultat a été obtenu grâce à une participation active de l'administration centrale à l'établissement d'objectifs et de résultats attendus (produits livrables) des districts, et au suivi étroit de la mise en œuvre des programmes par le biais de l'*Imihigo*.

En 2010, des plans ont été mis en œuvre pour s'assurer que l'*Imihigo* soit aligné sur la SDERP. Il s'en est suivi une refonte du modèle d'établissement des rapports, un forum d'une semaine pour tous les districts et les secteurs afin de préciser les intrants et les extrants ainsi qu'une formation pratique intensive du personnel du MINECOFIN et du MINALOC dans les districts (pendant environ un ou deux mois consécutifs). Cette intervention (continue) s'est traduite maintenant par l'introduction dans les contrats *Imihigo* de 12 indicateurs liés aux secteurs économiques, sociaux et de gouvernance, qui sont tirés des plans de développement des districts, des plans stratégiques sectoriels et des cadres de la SDERP.

Source : Adapté de Murray et coll. (2010).

2.3 Réforme des finances de la santé

2.3.1 Assurance maladie au Rwanda³

Le Rwanda est déterminé à offrir une couverture d'assurance maladie universelle et a élaboré un certain nombre de régimes qui ensemble constituent son système d'assurance maladie. Les trois plus importants sont :

- la Rwandaise d'assurance maladie (RAMA),

³ Cette section est basée sur MINISANTE (2010), le MINISANTE (2009b), et Kalisa (2011).

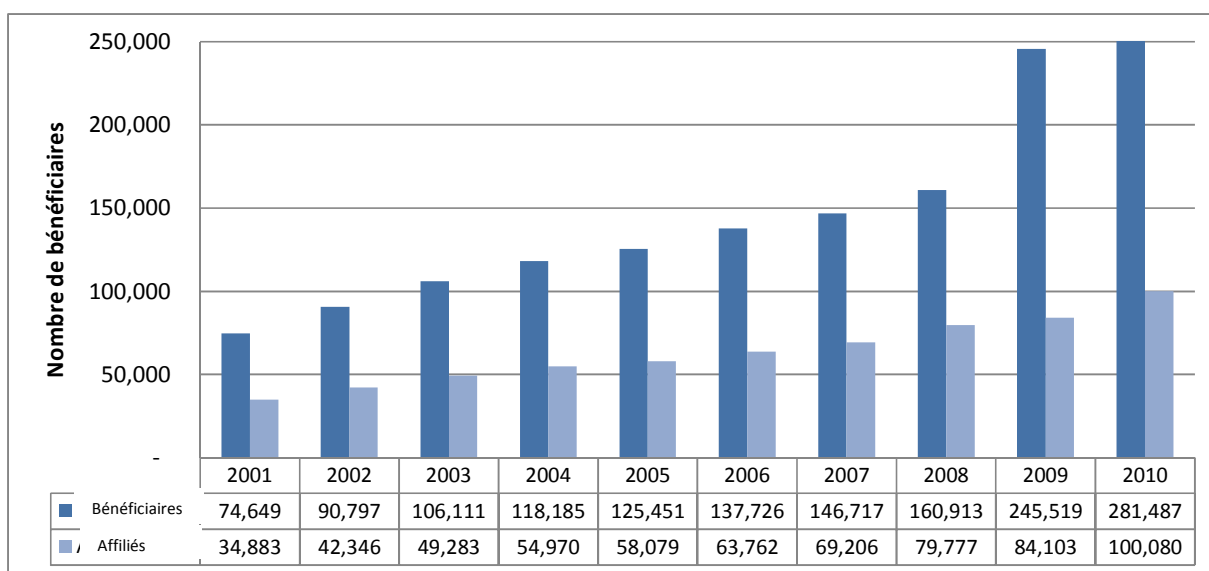
- l'Assurance médicale militaire (AMM),
- l'assurance maladie communautaire (AMC) (mutuelles)

La Rwandaise d'assurance maladie (RAMA)

La RAMA a été instituée en 2001 afin de fournir des services d'assurance-maladie pour les fonctionnaires et le secteur privé. La RAMA fournit un régime d'assurance maladie pour l'ensemble du secteur public (à l'exclusion des forces militaires) et pour la majorité du secteur privé formel.

La couverture de la RAMA a augmenté de façon constante depuis sa création, mais est encore limitée (voir Figure 2.2). Elle a couvert environ 2,3% de la population totale en 2007 (les membres principaux et les personnes à charge). L'affiliation est obligatoire pour tous les fonctionnaires et le personnel des organismes publics ou parapublics, y compris des projets de développement, mais à l'exclusion des militaires. Les conjoints et les personnes à charge (les ayants droit) sont couverts pour les mêmes avantages que ceux dont bénéficient les affiliés. Pour les entreprises privées, l'affiliation est volontaire et dépend de l'approbation préalable par le conseil d'administration d'une demande formelle. En conséquence les membres privés représentent une part limitée des bénéficiaires du régime.

Figure 2.2 Couverture de la population par la RAMA (2001 à 2010)



Source: NISR (2011), Rwanda Statistical Yearbook, 2011 Edition, National Institute of Statistics of Rwanda

L'expansion du régime dans le secteur privé formel, qui est estimé à 5% de la population, est possible. Il semble parfois que l'obligation des candidats d'adhérer à la Caisse Sociale du Rwanda (CSR) et la nature volontaire de l'adhésion, fournissent de faibles incitations aux entreprises privées à s'inscrire à l'assurance-maladie.

Le taux de cotisation totale des membres de la RAMA est de 15% du salaire de base, dont la moitié à charge de l'employeur et l'autre moitié à charge de l'employé. Les cotisations sont prélevées directement sur la paie des employés et versées par les employeurs chaque mois.

Le paiement des établissements de santé publique est basé sur la rémunération à l'acte en fonction d'un tarif des honoraires, révisé chaque année par le MINISANTÉ en consultation avec les principaux régimes d'assurance et les prestataires de santé publique. Les factures individuelles sont transférées à la RAMA pour le remboursement. Des tickets modérateurs de 15% sont dus par les membres de la RAMA à tous les niveaux du réseau.

Assurance médicale militaire (MMI ou AMM)

L'AMM a été créée en 2006 afin de fournir une couverture d'assurance santé et de services de soins médicaux aux forces militaires rwandaises. Ce régime est fondé sur les principes de solidarité et d'équité. L'AMM a été établie séparément après une tentative infructueuse d'intégrer les forces de l'armée aux autres fonctionnaires dans le régime de la RAMA. Les principales raisons justifiant cette séparation sont le plus grand risque auquel font face les militaires et le coût potentiel plus important des traitements offerts aux militaires, la sécurité nationale et la reconnaissance sociale des services à la nation.

La couverture de l'AMM n'est pas disponible pour des raisons de sécurité nationale, mais cette assurance couvrirait un nombre de bénéficiaires, estimé à environ 100.000 personnes, soit environ 1% de la population rwandaise totale en 2007. L'affiliation est obligatoire pour tous les militaires et les avantages d'assurance s'étendent à leurs conjoints et ayants droit.

La cotisation totale des membres de l'AMM s'élève à 22,5 % du salaire de base, dont 5 % couvert par les affiliés et les 17,5 % restant à charge de l'employeur, c'est à dire de l'État. Les cotisations sont directement prélevées sur la paie des employés et versées mensuellement.

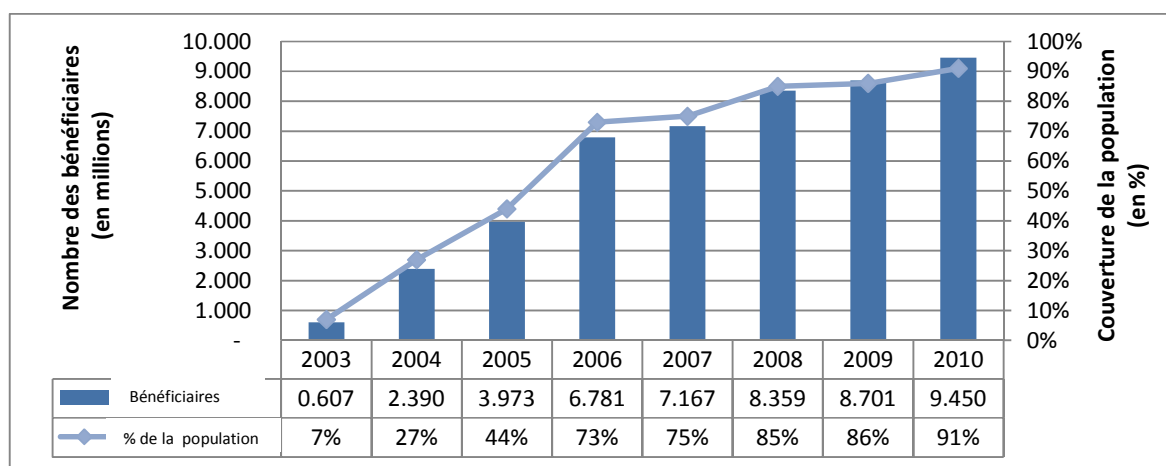
Le paquet de prestations de l'AMM est fondé sur les services fournis par la RAMA, mais il est dans une certaine mesure, plus conséquent. Ces services peuvent être fournis par tout établissement ou prestataire de santé qui a signé une « convention de partenariat » avec l'AMM. Le mécanisme de paiement du prestataire est le même que celui mis en place pour la RAMA.

Régimes d'assurance maladie communautaire

Les régimes d'assurance maladie communautaire (AMC) sont des régimes dont les membres sont essentiellement des habitants de zones rurales et des travailleurs du secteur informel dans les zones rurales et urbaines qui composent la majorité de la population. À la fin de l'année 2009 environ 8,7 million de Rwandais (ou 86% de la population) étaient couverts par ces régimes (voir Figure 2.3).

En 1999, un régime pilote de prépaiement, prenant la forme d'une mutuelle de santé, a été lancé par le gouvernement rwandais avec l'appui technique de l'USAID. Le programme a été expérimenté dans 53 centres de santé, dans trois hôpitaux de district : Byumba, Kabgayi et Kabutare. En novembre 2004, le ministère de la Santé a créé la Politique nationale de développement des mutuelles de santé au Rwanda, qui visait à : institutionnaliser les mutuelles ; définir une politique nationale des mutuelles de santé pour le Rwanda; établir l'organisation et la gestion des mutuelle ; et, à renforcer le cadre général et les partenariats.

Au départ, l'élan pour l'établissement de mutuelles a été donné par l'échelon local. Ils ont commencé à créer de très petits régimes d'assurance maladie en offrant un paquet très limité de services de santé dans les centres de santé. Par conséquent, le taux de couverture des mutuelles était très faible. À l'époque, les mutuelles n'étaient pas importantes car elles souffraient d'un manque permanent de ressources financières et de faibles capacités de gestion. Depuis les mutuelles se sont renforcées, « soutenues » par l'administration centrale (fin 2004), car le gouvernement a reconnu que le secteur de la santé était fortement tributaire de l'aide extérieure et que la viabilité financière du secteur de la santé pouvait être compromise.

Figure 2.3 Couverture d'assurance maladie communautaire (2003 à 2010)

Source : INSR (2011), Annuaire statistiques annuels du Rwanda, Édition 2011, Institut national des statistiques du Rwanda.

Le déploiement national des mutuelles a été lancé en 2006, avec le soutien financier du Fonds mondial, après qu'une demande de proposition sur le renforcement des systèmes de santé (29 millions d'US\$ sur 5 ans) ait été retenue. Jusque-là, les mutuelles étaient limitées à des projets au niveau des districts, soutenus par des ONG. Désormais les mutuelles couvrent l'ensemble du pays. Aujourd'hui, plus de 85% de la population est couverte par ce système (voir Figure 2.3). À partir d'avril 2007, tous les Rwandais sont tenus par la loi de contracter une certaine forme d'assurance maladie (article 33 de la loi N° 62/2007). En vertu de la loi, les membres des mutuelles ont droit à une liste exhaustive de services curatifs et préventifs à tous les niveaux du réseau des établissements de santé.

Les structures administratives et exécutives sont présentes à chaque niveau où des fonds sont mutualisés, c'est à dire au niveau du secteur, du district et central/national. Le régime est une structure mixte de gestion parastatale et associative. Du fait qu'elles fournissent une couverture d'assurance maladie pour les personnes pauvres et très pauvres, avec le soutien de subventions publiques, les mutuelles jouent également un rôle d'équité.

Les ménages financent la plus grande part des mutuelles à hauteur de 70%, avec d'autres sources institutionnelles finançant les 30% restant. Les établissements sont rémunérés à l'acte par l'assurance et les bénéficiaires doivent payer 10% du coût total au niveau des hôpitaux et un montant forfaitaire de 200 FRW (Franc rwandais) au niveau des centres de santé.

Samson (2009) a soutenu que « l'innovation essentielle de l'approche du Rwanda se compose du modèle décentralisé qui mobilise le soutien communautaire à grande échelle ». Les taux de cotisation sont maintenus à un faible niveau afin de favoriser une large couverture, en créant des économies d'échelle pour le régime et les prestataires de soins de santé affiliés. Il indique également que le régime « aurait amélioré les établissements locaux de santé en augmentant le nombre du personnel médical, aurait facilité la disponibilité des fournitures médicales et aurait accru la fréquentation des structures de santé par les communautés ».

2.3.2 Financement public de la santé

Comme indiqué, l'État rwandais finance les prestataires de services de santé au moyen de trois principaux types de transferts (ou virements), à savoir les virements axés sur les besoins, les virements axés sur les performances et les subventions d'investissement (ou en capital).

2.3.2.1 Transferts (Virements) axés sur les besoins

Le virement axé sur les besoins est une subvention en bloc (ou donation globale) mensuelle transférée de l'administration centrale aux centres de santé et aux hôpitaux. Le montant de la subvention est calculé en fonction du nombre de personnes employées pondéré par la population et le niveau de pauvreté. Ces transferts sont gérés au niveau de l'établissement. En 2008, ces transferts ont représenté environ 2,5 US\$ par habitant. (MINISANTÉ, 2009b)

2.3.2.2 Transferts (Virements) axés sur les performances

Les établissements reçoivent des transferts trimestriels sous forme d'un programme de subventions de blocs transférés par le gouvernement directement aux centres de santé et aux hôpitaux et aux districts de santé communautaire. Leurs montants dépendent de la performance des établissements de santé et de la réalisation des indicateurs prédéterminés. Selon Rusa et al (2009) « [a] un ensemble normalisé de services de base, une structure de frais unique, et des contrats ont été élaborés. En vertu du régime de FAP, les centres de santé sont remboursés pour la quantité de services fournis selon un barème de frais (tarifs) standardisé pour une liste de quatorze services, ajustés par un score de qualité composite. Les centres de santé peuvent accroître les recettes en augmentant la quantité de ces services fournis et en améliorant la qualité.

Les paiements de prime sont calculés en fonction de la quantité et de la qualité, avec :

$$\text{Rémunération par le FAP des centres de santé} = (\text{frais} * \text{quantité}) * (\text{score de qualité en } \%) \text{ »}$$

Tableau 2.1 Indicateurs quantitatifs/d'extrants pour la détermination des paiements par le FAR aux centres de soins de santé primaires au Rwanda

INDICATEURS D'EXTRANTS		Montant unitaire payé (en US\$)
Indicateurs de consultations : Nombre de ...		
1	Consultations pour soins curatifs	0.18
2	Premières consultations pour soins prénatals	0.09
3	Femmes qui sont allées à 4 consultations prénatales	0.37
4	Premières consultations au planning familial (nouveaux usagers de contraceptifs)	1.83
5	Consultations pour réapprovisionnement de contraceptifs	0.18
6	Accouchements au centre de santé	4.59
7	Consultations préventives pour enfants (0-59 mois)	0.18
Contenu des indicateurs de soins : Nombre de ...		
8	Femmes qui sont vaccinées contre le tétanos au cours de soins prénatal	0.46
9	Femmes qui ont reçu une dose contre le paludisme au cours des soins prénataux	0.46
10	Référence des grossesses à risque à l'hôpital pour l'accouchement	1.83
11	Transferts d'urgence à l'hôpital pour soins obstétricaux	4.59
12	Enfants complètement vaccinés (soins préventifs infantiles)	0.92
13	Enfants souffrant de malnutrition référés pour traitement	1.83
14	Autres cas d'urgence référés	1.83

Source : Basinga et coll., (2010)

Le Tableau 2.1 énonce les indicateurs quantitatifs utilisés dans le calcul des paiements axés sur les résultats versés aux centres de soins primaires. La qualité est évaluée chaque trimestre par une équipe de l'hôpital de district en utilisant une liste de contrôle de supervision qui permet de mesurer treize services et 185 variables (voir Tableau 2.2). Un score inférieur à 100% réduit proportionnellement les paiements de primes. Les budgets prospectifs de l'hôpital sont déterminés en fonction des extrants (50%), de la qualité (30%) et de l'administration (20%) (Rusa et coll., 2006).

Le système de primes de performance s'appuie sur une série de contrats entre les différents niveaux de l'administration : les contrats entre le ministère de la Santé et les districts administratifs ; les contrats de performance entre les comités de pilotage des districts et les comités de gestion des centres de santé, et les contrats de motivation entre les comités des centres de santé et les agents individuels de santé.

« Pour la vérification et la validation des données, la saisie et la récupération des données sont effectuées via Internet. Les comités de pilotage du FAP valident les factures trimestrielles. Les données sont validées par des agents spécialement formés aux traitements des données du département de santé de district (relevant du ministère de l'Administration locale) ou d'une équipe spécialement désignée de l'hôpital de district. L'équipe de l'hôpital de district vérifie la qualité trimestriellement. Les comités de pilotage du FAP valident les factures de FAP et les envoient au ministère de la Santé afin qu'il approuve, par l'intermédiaire du ministère des Finances, les paiements trimestriels de district, versés sur des comptes bancaires des centres de santé. Le gouvernement et les autres acheteurs utilisent les mêmes comptes bancaires des établissements de santé pour virer les paiements trimestriels. Un échantillonnage aléatoire à plusieurs niveaux, à la fois, de données quantitatives qui utilisent les enquêtes de satisfaction clients réalisées au sein de la communauté, et, de données qualitatives qui valident à nouveau des listes de contrôle de qualité choisies au hasard, est également utilisé. » (Rusa et al, 2009)⁴

⁴ Voir aussi Basinga et coll., (2010:3) pour une brève discussion au sujet des rapports et du suivi de la qualité.

Tableau 2.2 Treize domaines pour déterminer l'évaluation qualitative des centres de santé de soins primaires au Rwanda

	Service	Pondération	Part de pondéra. attribuée aux composantes structurelles	Part de pondéra attribuée aux composantes du processus	Moyens d'évaluation
1	Administration générale	0,052	1,00	0,00	Observation directe
2	Propreté	0,028	1,00	0,00	Observation directe
3	Soins curatifs	0,170	0,23	0,77	Examen de dossiers médicaux
4	Accouchement	0,130	0,40	0,60	Examen de dossiers médicaux
5	Soins prénatals	0,126	0,12	0,88	Observation directe
6	Planning familial	0,114	0,22	0,78	Examen de dossiers médicaux
7	Vaccination	0,070	0,40	0,60	Observation directe
8	Growth monitoring	0,052	0,15	0,85	Observation directe
9	Services / VIH	0,090	1,00	0,00	Observation directe
10	Services/tuberculose	0,028	0,28	0,72	Observation directe
11	Laboratoire	0,030	1,00	0,00	Observation directe
12	Gestion de pharmacie	0,060	1,00	0,00	Observation directe
13	Gestion financière	0,050	1,00	0,00	Observation directe
	Total	1.000			

Source: Basinga et al. (2010)

Comme Basinga et coll., (2010) l'indiquent : « Les paiements pour performances (PpP) (ou rémunération à la performance) » sont directement versés aux établissements et sont utilisés à la discrétion de chaque établissement. Dans l'échantillon des 80 établissements de traitement de l'étude, les PpP ont augmenté en moyenne les dépenses globales de 22 %. En moyenne, les établissements ont utilisé 77 % des fonds PpP pour augmenter la rémunération du personnel, ce qui représente une augmentation de 38 % des salaires du personnel. »

2.3.2.3 Subventions d'investissement

Les paiements de subventions à l'investissement sont destinés à la construction et à l'équipement conformément au plan national et sont gérés directement par l'administration centrale.

2.3.3 Fonds des donateurs

Comme dans de nombreux pays, les fonds des donateurs sont très fragmentés et sont souvent transférés directement aux établissements, parfois en nature (produits, formation, assistance technique) et parfois en espèces. Le plus grand donateur est le Fonds mondial de lutte contre le sida, le paludisme et la tuberculose, qui représente plus de 90% des fonds des donateurs dans le secteur.

2.4 Gestion décentralisée

Le deuxième niveau administratif du Rwanda compte quatre provinces (Nord, Est, Sud et Ouest) et la Ville de Kigali. Il est subdivisé en 30 districts, 415 secteurs, 2148 cellules et, enfin, 14,980 villages (imidugudu). Le district est l'unité de base politico-administrative du pays. Avant la réforme territoriale de janvier 2006, le pays était divisé en 11 provinces et la Ville de Kigali, qui elles mêmes étaient divisées en districts, secteurs et cellules. À ce stade, les districts sont « les agences budgétaires » (centres de coûts) et présentent une demande consolidée de financement

du secteur de la santé, s'appuyant sur le CDMT et les dotations historiques. La loi déterminant l'organisation et le fonctionnement des districts, adoptée en février 2006, définit la santé comme l'une des responsabilités partagées, entre l'administration centrale et des districts.

À la suite du processus de décentralisation et de réforme de la fonction publique, l'organisation administrative a été simplifiée et les changements ont également eu un impact sur le système de santé en 2006. La structure actuelle comprend des entités décentralisées et déconcentrées, constituées des provinces, districts, secteurs, cellules et villages. Les réformes de décentralisation ont accru le rôle des pouvoirs locaux, des districts, en matière de prestation de services dans le secteur de la santé. Les rôles et les responsabilités des agences de l'administration centrale, concernent principalement la formulation des politiques, la réglementation et le soutien aux collectivités locales, par le biais du renforcement des capacités, du financement ainsi que du suivi et de l'évaluation. Les réformes de décentralisation ont été approfondies dans le secteur de la santé en 2006 et ont abouti à une autonomie importante des établissements de santé, en matière de budgétisation et de gestion financière. Les fonctions de chaque niveau administratif sont présentées à la Figure 1.3 ci-dessus.

Le MdS continue d'être responsable de l'affectation et du transfert des professionnels qualifiés de santé, mais le personnel non-qualifié est de la responsabilité des niveaux inférieurs de l'administration. Il existe des équipes de gestion provinciales et sanitaires. L'équipe de gestion provinciale est définie en fonction de la structure de gestion de la province, et le ministre de la Santé, en consultation avec le préfet et le ministre responsable de la fonction publique, veille à sa nomination. L'équipe de gestion sanitaire de district est définie en fonction de la structure de gestion du district ; les prestataires de services ont un statut professionnel particulier. Le centre de santé dépend administrativement du district dans lequel il est situé. L'hôpital de district relève administrativement du district dans lequel il est situé. Différents paquets d'activités ont été déterminés pour chaque niveau de la pyramide sanitaire afin de fournir des soins équitables et de qualité à travers le pays, de veiller à ce qu'il existe des normes de procédures de fonctionnement et de gestion, de permettre une meilleure planification et gestion des ressources, et afin de servir de base pour établir et évaluer la qualité des services de santé. MINISANTÉ (2005)

Certains des mécanismes qui ont été mis en place en vue de mettre en œuvre et de coordonner la politique de décentralisation comprenaient : la création d'un service des relations fiscales intergouvernementales au sein du MINECOFIN qui apporte son appui en matière de gestion des finances publiques de la réforme ; la préparation d'une lettre-circulaire budgétaire de district ; et, la formation offerte aux districts en matière de passation des marchés (des achats), de budget et de planification, et d'audit.

Toutefois, une étude récente réalisée par MINECOFIN, en collaboration avec le Ministère de l'Administration Locale (MINALOC) et MINISANTÉ, constate que tandis que des réalisations impressionnantes dans le système de santé décentralisé ont été faites, l'approche opérationnelle du ministère de la Santé à l'égard des districts, a été essentiellement guidée par un mode de déconcentration. En outre, l'étude note que si des progrès importants ont été réalisés, ces derniers ont été effectués avec une faible participation des administrations des pouvoirs locaux et, par conséquent, les autorités administratives locales ne se sont pas pleinement appropriées la gouvernance des services de santé ; de ce fait, les activités de santé sont toujours considérées comme étant une responsabilité de MINISANTÉ. En outre, elles sont gérées par les hôpitaux de district et les centres de santé et sont parfois directement fournies par l'administration centrale. Des lignes directrices de supervision intégrée technique et administrative, ont été élaborées, mais n'ont pas encore été mises en œuvre (MINECOFIN, 2012).

Un autre défi à relever en raison de la politique décentralisée concerne la préparation des rapports des établissements de santé et des hôpitaux transmis aux districts. Les centres de santé envoient

des rapports mensuels et trimestriels aux hôpitaux qui sont communiqués aux districts et à MINISANTÉ. Étant donné que les hôpitaux et les centres de santé ne sont pas « des agences budgétaires », les dépenses détaillées au niveau des hôpitaux et des centres de santé, ne sont pas prises en compte et rapprochées dans les rapports financiers des districts. Aussi MINECOFIN ne reçoit de leur part qu'un état des dépenses des districts sur l'ensemble des transferts affectés, mais pas le détail des dépenses au niveau des hôpitaux et des centres de santé (MINECOFIN, 2012). MINECOFIN envisage de déployer l'IFMIS (Système intégré d'information relatif à la gestion financière) jusqu'au plus petit centre de coût ; c.-à-d., le secteur, le centre de santé, etc. Ce point a été souligné par l'Unité de la décentralisation budgétaire de MINECOFIN comme l'un des problèmes que le ministère s'affaire actuellement à résoudre. Qui plus est, il existe une initiative d'élaborer un modèle pour les hôpitaux et les centres de santé sur la façon de faire état de l'utilisation financière et non financière des virements de manière plus détaillée et systématique. Le principe est le suivant : puisque les hôpitaux et les centres de santé continuent à recevoir des fonds de l'État, ils ne sont pas entièrement autonomes financièrement et devraient donc rendre compte de ces fonds. Ce principe a également été noté dans un rapport de l'Auditeur général. Les questions de capacité ont de fortes chances d'être abordées, car il n'existe actuellement qu'un seul comptable et deux auditeurs internes par district pour préparer les rapports financiers sur tous les secteurs.

MINISANTÉ est aussi tout à fait conscient que la gestion financière au niveau des établissements de santé n'a pas reçu beaucoup d'attention et bien qu'il existe des lignes directrices sur la façon dont les ressources devraient être dépensées (par ex., 5% affectés à un fonds de réserve, etc), celles-ci ne sont pas largement utilisées.

2.5 Systèmes d'information et suivi

2.5.1 Suivi des résultats au Rwanda

Analogue au cas des systèmes de financement de la santé du Rwanda, les réformes dans le domaine des systèmes de suivi place également le pays comme un pionnier en Afrique subsaharienne. Conformément à sa politique de financement de la santé, le système de suivi s'est éloigné d'un système de contrôle centralisé axé sur les intrants pour s'orienter vers un système axé sur les performances, comportant des dispositions contractuelles avec des acteurs autonomes. Les modalités contractuelles de performance sont abordées au paragraphe 2.2.

Le financement du secteur de la santé est contrôlé au plus haut niveau, avec relativement peu d'indicateurs de haut niveau, issus des OMD, de la SDERP et de la Vision 2020 du Rwanda, qui à leur tour guident le cadre logique du secteur de la santé. Les principaux indicateurs liés au suivi du financement, sont présentés au Tableau 2.3.

Tableau 2.3 Indicateurs clés du financement de la santé

Indicateur	Référence
Niveau d'utilisation des soins curatifs modernes parmi les 40 % les plus pauvres de la population	s/o
Dépenses de santé non remboursées par habitant (en US\$)	7,5 US\$
Incidence des dépenses de santé catastrophiques	2,9 %
% de la population adhérant à des régimes d'assurance maladie	81 %
% des 20% les plus pauvres qui ont bénéficié d'une couverture assurance maladie, avec des subventions ciblées	s/o
Total des dépenses de santé par habitant	33,9
Part (en %) de la santé par rapport aux dépenses publiques	11,4 %
Part (en %) de l'aide extérieure par rapport au total des dépenses de santé	53
% de l'aide extérieure destinée à la santé, acheminé par l'intermédiaire des mécanismes d'appui budgétaire et sectoriel	s/o

Source : Reproduit à partir de MINISANTÉ (2009b), Politique de financement de la santé du Rwanda, décembre.

Les indicateurs de haut niveau sont liés à des extrants spécifiques qui peuvent être suivis régulièrement par le gouvernement. Du fait que le plan stratégique du secteur de la santé s'étale sur une durée de trois ans, il est prévu qu'à la fin de cette période une évaluation externe sera effectuée dans le but de dresser un bilan et de guider le prochain plan.

Ces dernières années, un certain nombre de systèmes ont été développés pour fournir des sources pertinentes de données en vue d'effectuer le suivi des résultats. Nombre de ces systèmes sont fondés sur le Web et ont considérablement amélioré la rapidité et l'exactitude des informations sur le secteur de la santé. Les outils basés sur le Web permettent de mettre directement les informations à disposition du niveau central, au fur et à mesure que les données sont saisies par les centres de santé. Les représentants au niveau des districts et des établissements de santé ont exprimé leur satisfaction à l'adoption de ces systèmes, bien qu'ils aient fait remarquer que les centres de santé ne sont pas tous reliés au réseau et que des installations supplémentaires doivent encore être mises en place. L'infrastructure informatique couvrirait 85 % des centres de santé et 100% des hôpitaux. Afin d'assurer une couverture complète, MINISANTÉ agit en coordination avec le Ministère de l'Infrastructure, afin de s'assurer que les établissements de santé fassent partie du plan national sur la connectivité.

Le système de saisie des données au niveau des établissements de santé signifie que MINISANTÉ a facilement accès à l'information et n'est donc pas tributaire de la coordination des établissements par les districts. Cette situation implique donc que l'accent sur les efforts de renforcement des capacités sur la gestion de l'information en matière de santé, soit mis sur les hôpitaux et les centres de santé, et non pas sur les bureaux des districts. En outre, suite à cette situation, les administrateurs des districts n'utilisent toujours pas les informations rassemblées concernant les activités des établissements de santé afin d'analyser et de planifier les initiatives de santé de leur district (MINECOFIN, 2012). MINISANTÉ reconnaît ce fait et travaille actuellement avec MINALOC, pour réorganiser les services de santé des districts, afin de doter leur administration d'agents de S&E, au lieu de n'en avoir que dans les hôpitaux de districts, comme c'est actuellement le cas.

Au niveau central, même si les capacités sont élevées, il existe encore quelques lacunes, comme par exemple, l'existence que d'un seul statisticien pour analyser les données (bien que l'on soit en train d'en recruter un autre). Le suivi est un exercice chronophage qui risque de ne pas laisser suffisamment de temps pour l'évaluation. Comme c'est souvent le cas, certains donateurs de fonds

continuent d'utiliser leurs propres systèmes de suivi, ce qui augmente le fardeau de suivi du système. Cette situation représente bien sûr un défi pour les districts et les fiches de rapport doivent souvent être remplies à la main sur support papier, puis déposées au siège de l'administration.

2.5.2 Outils de suivi

Certaines études ont compté jusqu'à sept systèmes opérationnels d'informations informatiques, rassemblant leurs propres informations au sein du secteur de la santé, au moyen de ses propres outils de collecte en place (Murray et coll., 2010 ; Frasier et coll., 2008). Les programmes verticaux n'ont pas rationalisé ou harmonisé ses systèmes de données. Cela signifie que ces programmes continuent à utiliser leurs propres systèmes de données pour effectuer le suivi et que ces derniers ne sont pas intégrés dans un système exhaustif de données pour l'ensemble du secteur. Par exemple, le VIH a son propre système de suivi, appelé TRACnet. Les programmes verticaux consacrent des ressources importantes au S&E, et financent le personnel nécessaire à sa réalisation. En fait, la plupart des gens qualifiés en gestion des données et de S&E sont payés par les programmes verticaux, y compris le personnel gérant le SGIS. Cette situation bien sûr, est une question qui relève de la gestion de l'aide et a des implications pour la durabilité. Dans la mesure où les systèmes principaux de S&E sont exploités par du personnel rémunéré par les programmes verticaux financés par des donateurs, leur viabilité dépend de la durée de vie des projets financés par les donateurs, car elle n'est actuellement pas prévue dans le budget national du Rwanda.

L'interconnexion et l'interopérabilité des différentes bases de données sont très limitées. Outre, les différents outils gérés par MINISANTÉ, MINECOFIN dispose de ses propres outils de suivi qui s'appliquent à tous les secteurs. Comme ces systèmes ont principalement été développés de manière ponctuelle, bien que des efforts aient été déployés pour harmoniser les indicateurs entre les différentes bases de données, ceux-ci sont encore gérés de manière indépendante les uns des autres. Les exploiter et les connecter de manière intégrée, devra être précédé d'un processus important de coordination et de recherche de consensus, pour s'assurer que le format en résultant, répond aux exigences des différents agents intéressés (MINISANTÉ, MINECOFIN, les donateurs, etc.).

Le défi posé par les outils de suivi dans de nombreux pays, est le manque d'incitations de ceux qui doivent passer leur temps à remplir des formulaires de rapports. Un des facteurs qui contribuent à l'utilisation régulière et à l'achèvement des outils de suivi existant au Rwanda, est la réalisation par ceux qui remplissent les formulaires, que les données sont utilisées pour l'analyse et, dans certains cas (comme dans le FAP), sont liés à des incitations financières. En outre, l'existence de contrats de performance à tous les niveaux, rattache le suivi à l'évaluation et à l'obligation de rendre compte, ce qui oblige en fait, le suivi à s'exercer. À cet égard, le suivi n'est pas utilisé que pour la planification centrale, mais aussi pour l'évaluation des performances des individus et des organismes.

Les principaux outils de suivi dans le secteur de la santé sont les suivants :

- Système d'information de gestion de la santé (SIGS)
- Le suivi du financement axé sur les performances
- Le suivi du VIH/SIDA : TRACnet
- Le suivi effectué par MINECOFIN

- Les examens sectoriels conjoints
- Le suivi au niveau communautaire

Qui plus est, d'autres informations sont obtenues d'évaluations ayant trait au secteur, telles que les Enquêtes de suivi des dépenses publiques, les Examens des dépenses publiques (EDP), et les évaluations spécifiques aux projets et aux programmes.

Système d'information de gestion de la santé (SIGS)

Le SIGS constitue la principale source d'informations utilisée pour établir les rapports publics. Les établissements de santé soumettent toutes leurs informations aux hôpitaux de districts en version électronique (MSExcels) et ces derniers saisissent les données dans le logiciel. Bien souvent, les gestionnaires de données à l'hôpital de district effectuent des visites et supervisent la réalisation des rapports établis par les centres de santé, car les capacités à ce niveau restent problématiques. Par conséquent, les hôpitaux de districts sont responsables de toutes les données dans leur centre de collecte. Au niveau central, se trouve aussi une équipe de gestionnaires de données, qui exécute des contrôles de qualité sur les données et rend visite aux établissements de santé lorsque cela s'avère nécessaire.

Le SIGS a considérablement évolué ces dernières années. Comme dans de nombreux pays, il renfermait des erreurs abondantes et les informations qu'il contenait, n'étaient pas considérées comme fiables. L'un des problèmes concernait la taille du modèle de rapport qui était importante, et, par conséquent, très chronophage. MINISANTÉ s'est entretenu avec tous les représentants des programmes (en particulier de ceux financés par des donateurs) pour savoir quelles informations étaient vraiment nécessaires, puis a réduit le modèle de rapport de 25-30 pages à ses 6 pages actuelles. En conséquence, la qualité des données s'est également améliorée, puisque davantage d'importance est accordée à un nombre plus restreint d'indicateurs. Il s'agit là d'un bon exemple de compromis commun entre la quantité et la qualité dans la collecte de données.

La quantité de données dans le système est considérée comme suffisante. Le SIGS contient des données sur la prestation des services, les ressources humaines (même si celles-ci sont en train d'être transférées vers un logiciel séparé) et les aspects financiers. Toutefois, les données ne sont pas toujours utilisées pour l'analyse, et, les représentants de MINISANTÉ sont conscients du fait qu'elles pourraient aussi être utilisées à des fins de gestion. Par exemple, pour le moment, les données sur les ressources financières ne sont pas liées aux données sur la prestation des services, pour mettre en place, par exemple, des mesures de coût-efficacité au sein de tous les établissements. C'est aussi parce que les détails sur la façon dont les ressources financières sont allouées dans un district, sont encore limités.

Suivi du financement axé sur les performances

Le SIGS n'était pas assez puissant pour être utilisé comme seul outil de suivi pour le programme de FAP, aussi des systèmes parallèles ont été mis en place afin d'établir un lien entre les performances et les paiements. Qui plus est, certains des indicateurs du FAP sont d'ordre qualitatif alors que le SIGS ne saisit que des données quantitatives.

La contribution du FAP à un système renforcé de suivi de l'ensemble de la santé a été considérable. Par exemple, puisque certains des paiements sont liés à l'achèvement et la ponctualité des rapports dans le cadre du SIGS, le FAP a bien sûr contribué à aborder ces aspects, qui ont représenté un problème durant des années, et qui en représente toujours un dans de nombreux pays. Au niveau des établissements de santé, le FAP a fait de la préparation des rapports, l'une de ses priorités, car elle est directement liée aux paiements et peut gravement nuire à la capacité financière des établissements.

Un facteur qui contribue à la réussite du suivi est le partenariat établi entre les différents organismes impliqués, du niveau central au niveau inférieur représenté par la communauté, qui constituent des équipes d'évaluation. Cette action révèle que le niveau central, par ex., le ministère de la Santé, devrait compter sur les différents niveaux de l'administration pour effectuer le suivi de la prestation des services.

Suivi du VIH/SIDA : TRACnet

TRACnet est un système national d'établissement de rapports pour le traitement du VIH, utilisé par le GdR depuis 2005. Le gouvernement recueille des données mensuelles provenant des établissements, en se servant des portables comme outil de transmission des données. Ces données alimentent le système d'achats des médicaments au niveau national, du fait que presque tous les établissements offrant des ARV (médicament antirétroviral) pour lutter contre le VIH, soumettent leurs données, qui sont transmises à une société pharmaceutique basée au Rwanda, qui fait ensuite le point sur les stocks de médicaments ARV disponibles. Ce système semble bien fonctionner pour effectuer le suivi en particulier du VIH. Toutefois, ce système n'a pas encore été intégré au SGIS. (Frasier et coll., 2008)

Suivi effectué par MINECOFIN

En plus des différents outils gérés par le ministère de la Santé, le ministère des Finances au Rwanda dispose de ses propres outils de suivi des ministères dépensiers, gérés par un service spécialisé, à savoir, l'Unité de gestion de projets et de suivi, au sein du MINECOFIN. Le rôle de l'unité est d'effectuer le suivi de tous les projets de l'État, à la fois ceux financés par des fonds nationaux ainsi que ceux financés par des fonds étrangers. Depuis octobre 2010, le gouvernement a mis en place des unités d'exécution de projets simples (UEPS) dans quelques ministères, y compris au sein de MINISANTE, ce qui facilite énormément le partage des informations sur les progrès accomplis par les projets entre MINECOFIN et les ministères dépensiers qui ont établi cette unité.

L'unité a conçu des modèles de projets que les ministères dépensiers doivent remplir et soumettre trimestriellement le suivi des progrès financiers ainsi que physiques des projets. À la fin de l'année, une compilation de ces rapports est réalisée pour les ministères qui disposent d'une UEPS.

En principe, ces rapports de projets peuvent avoir des conséquences quant aux affectations budgétaires et aux décaissements. Par exemple, si un projet ne fonctionne pas, MINECOFIN peut décider de ne pas débloquer les fonds qui lui sont destinés. Dans la pratique, de tels cas n'ont pas encore été constatés.

Examen budgétaire sectoriel conjoint

À la fin de l'exercice budgétaire, un examen conjoint rétrospectif du budget du secteur, entre le Gouvernement et les partenaires au développement (PD) est entrepris. C'est l'occasion d'examiner les performances du secteur par rapport aux objectifs établis au début de l'exercice. Cet examen est perçu comme une bonne plateforme pour effectuer le suivi et aborder des problèmes concernant l'exécution budgétaire, par exemple, lorsque l'exécution est inférieure à 80% dans un projet donné, des données factuelles importantes sont fournies pour expliquer les raisons pour lesquelles l'argent n'a pas été dépensé.

Suivi au niveau communautaire

Au niveau communautaire, il existe des comités de gestion communautaire, dont les membres sont élus par la communauté, et aussi des agents de santé communautaire assumant des tâches spécifiques en vue de soutenir la prestation des soins de santé. Les agents de santé communautaire sont organisés en coopérative, composée de tous ceux qui travaillent dans une cellule. Bien qu'ils « n'effectuent pas le suivi » du secteur de la santé, ils assurent cependant la

supervision administrative des centres de santé et font des comptes-rendus réguliers aux hôpitaux de districts, principalement pour le programme du FAP.

Récemment, le Rwanda a également mis en place un système direct de déclaration d'information entre les agents de santé communautaire et des niveaux plus élevés au sein du secteur de la santé, appelé, le système « SMS rapide ». Essentiellement, les agents de santé communautaire ont chacun reçu un portable qui leur permet d'envoyer un SMS qui est immédiatement reçu par les hôpitaux de districts et par MINISANTÉ pour effectuer le suivi de la santé des femmes enceintes. Le système envoie des alertes quand une femme enceinte a besoin d'aide et leur rappelle quand les contrôles sont dus. En ce sens, il est non seulement un système de suivi permettant d'agir rapidement en cas de besoin, mais il contribue également au suivi en fournissant les informations conservées au niveau central sur la santé maternelle et infantile. MINISANTÉ est tout à fait conscient que de nombreux services sont fournis au niveau communautaire, de sorte que le SGIS ne peut pas détenir des informations complètes s'il se réfère uniquement au niveau des centres de santé. Ce système est considéré comme assez onéreux et n'a commencé qu'en 2010. Il faut donc poursuivre les évaluations du système afin d'en apprécier son adéquation.

2.5.3 Suivi au service de la prise de décision

Bien sûr l'un des principaux objectifs du suivi doit être d'orienter les décisions politiques. Même si une analyse plus approfondie pourrait être faite avec les données contenues dans le système, l'information est largement utilisée pour l'élaboration des politiques et le suivi des progrès sur la mise en œuvre de la politique. Par exemple, le rapport annuel sur la SDERP utilise les données du SGIS. De même, certaines des données sont également utilisées dans le cadre commun d'évaluation des performances (CCEP ou CPAF) pour mesurer les indicateurs qui mènent à des allocations d'appui budgétaire sectoriel. Les indicateurs du SGIS sont utilisés comme variables indicatives pour les réalisations (résultats) des politiques de haut niveau, qui souvent, ne peuvent pas être mesurées assez régulièrement pour réagir à temps, par ex., bien que le taux de fécondité ne soit estimé que tous les 5 ans dans l'Enquête démographique et des ménages, le SGIS effectue le suivi de l'utilisation des contraceptifs qui peut être mesurée annuellement.

Toutes les stratégies sectorielles exigent une évaluation lorsque la période qu'elles couvrent touche à sa fin, dans le but de concevoir une nouvelle stratégie. Ces évaluations recueillent des données qualitatives que la plupart des outils de suivi ne peuvent satisfaire. Il existe un certain nombre d'exemples où les données recueillies à partir du suivi et des évaluations ont conduit à un changement de politique. Par exemple, lors de l'évaluation de la mise en œuvre d'un programme de lutte antipaludique, il a été constaté qu'il était plus efficace de distribuer des moustiquaires par l'intermédiaire des centres de santé lorsque les mères s'y trouvaient pour le traitement ANC (Compte absolu de neutrophile) que de les distribuer par le biais des bureaux de district. Dans une autre évaluation, il a été noté que les établissements confessionnels, qui représentent environ 40% des prestataires de soins de santé, n'utilisent pas de moyens modernes de contraception, aussi ont-ils publié une politique stipulant qu'il devait y avoir un poste de santé à proximité de tous les établissements confessionnels afin que les femmes puissent s'y rendre en vue recourir à des moyens de contraception⁵ modernes.

⁵ Entretien avec des informateurs

3 Mesure de l'impact du financement axé sur les résultats au Rwanda

Liu et Mills (2007) affirment que si « les paiements pour performances » (rémunérations supplémentaires aux individus, aux groupes ou aux personnes ou aux organisations, liées aux performances) « sont de plus en plus importants dans les soins de santé, rien ne prouve de manière définitive la sanction de son efficacité ». Dans cette optique également, l'expérience rwandaise a joué un rôle important car elle a permis le suivi rigoureux de l'impact. Basinga et coll., (2010) soutiennent qu'avant de réaliser leur étude du Rwanda « il [existait] peu de données probantes rigoureuses sur [l'] impact de la rémunération liée aux performances dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire, et aucune, qui ne sépare l'effet des incitations de l'accroissement des ressources ».

Un certain nombre de circuits ont été identifiés par lesquels le financement axé sur les performances peut influencer les performances et donc l'efficacité. Liu et Mills (2007) indiquent que « l'avantage le plus important qu'on lui attribue est qu'il motive les gens à obtenir de meilleurs résultats ». Dans ce contexte, Basinga et coll., (2010) estiment que la faible productivité et le moral très bas du personnel de santé ainsi que l'absentéisme, sont des facteurs négatifs importants dans les systèmes de santé en Afrique et affirment que la rémunération liée à la performance: « encourage les prestataires à consacrer davantage d'efforts à des activités particulières » et accroît « le montant des ressources disponibles pour financer la prestation des services ». Meessen et coll., (2010) assurent que le financement axé sur les performances améliore *l'efficacité allocative*, grâce à l'amélioration de la gestion du système de santé, en contribuant à clarifier et à décrire les priorités de santé, et, affecte *l'efficacité technique*, grâce à la motivation du personnel et à l'amélioration de la productivité du personnel, et donc, en augmentant la quantité et la qualité des services de santé.

L'évaluation de l'impact des interventions spécifiques sur les extrants et les performances dans un environnement où de nombreux autres aspects auraient pu avoir une influence. L'étude menée par Basinga et coll., a pris la forme d'une évaluation aléatoire comparant au fil du temps, les extrants et la qualité au sein d'un groupe de prestataires de soins primaires « traités » (ceux qui reçoivent une rémunération en fonction des performances) avec un groupe de contrôle (établissements comparables qui n'ont pas reçu de rémunération en fonction des performances, au cours de la même période). Ils ont particulièrement veillé à ne pas comptabiliser uniquement l'effet de l'augmentation du financement, mais aussi l'augmentation du financement au moyen de la rémunération liée aux performances.

En se fondant sur les données probantes recueillies pendant deux ans (2006 à 2008) de 166 des 401 établissements de soins primaires du Rwanda, ils ont conclu que « les incitations du programme rwandais PpP sont associées de façon significative à une utilisation et une qualité accrues d'un certain nombre de services de soins de santé maternelle et infantile critiques, mais ne sont pas associés à d'autres. » En outre, ils soutiennent que la mesure de l'impact peut dépendre de la taille de l'incitation ou de la récompense pour un service spécifique et du degré de contrôle du prestataire de services.

Ils identifient en particulier l'utilisation accrue des services de santé : la probabilité des accouchements institutionnels en augmentation de 21 pour cent par rapport au niveau de référence, et la probabilité des jeunes enfants se rendant dans un centre de santé augmente dans des proportions très importantes (64 pour cent au-dessus du niveau de référence pour les enfants âgés de 0 à 23 mois et 133 pour cent chez les enfants âgés de 24 à 59 mois). Ils font également

valoir que « l'un des résultats les plus importants de cette analyse est l'effet [positif] du PpP sur la qualité des soins [prénatals] fournis », et donc l'impact sur de meilleurs résultats de santé.

4 Conclusion

Depuis une dizaine d'années environ, le Rwanda a fait des progrès significatifs en matière de prestation de services et de résultats sanitaires. Ces progrès ont été réalisés à partir d'un niveau très bas, si bien que des défis importants subsistent.

Ce qui revêt un intérêt particulier pour d'autres pays est le fait que l'amélioration des services et des résultats de santé au Rwanda, peut être liée non seulement à l'augmentation des intrants (qui restent relativement faibles), mais surtout à l'amélioration de l'efficacité et de l'optimisation des ressources dans le secteur de la santé. On peut peut-être interpréter cette amélioration par le fait que le Rwanda a édifié avec patience les bases d'un service public axé sur les performances, accompagnées de réformes dans toute une gamme de domaines, couvrant les réformes budgétaires, la passation de contrats de performance, le financement, la décentralisation et les systèmes d'information, et, qu'il est maintenant en train de récolter les fruits de la réussite de ce processus assez long.

Le défi auquel font face les autres pays africains qui sont confrontés à l'utilisation d'une manière plus efficace de ressources limitées dans le secteur de la santé, est d'utiliser l'expérience rwandaise pour identifier les composantes critiques ou les préalables, et d'éviter les risques potentiellement associés aux systèmes axés sur les performances en général, et au financement axé sur les performances en particulier.

La tâche

Vos ministres de la Santé et des Finances viennent juste de rentrer des Assemblées annuelles de la Banque africaine de développement et ont été convaincus que le financement axé sur les résultats ou les performances (FAR ou FAP) mis en place au Rwanda n'est pas « qu'un simple engouement passager des donateurs » mais vraiment que le « seul catalyseur » disponibles permettant de commencer à résoudre les problèmes structurels profonds conduisant à l'inefficacité et l'inégalité dans les systèmes de santé africains. (Voir Meessen, Soucat et Sekabaraga, 2010)

Vos secrétaires permanents ont accepté les principes sous-jacents au FAR (bien qu'ils soient un peu sceptiques), mais restent inquiets quant aux défaillances du système actuel de gestion des dépenses et quant aux moyens de mettre en œuvre le financement axé sur les résultats. Ils ont pris note des succès revendiqués par le système de financement axé sur les performances au Rwanda et vous demandent de leur donner d'urgence des notes d'information d'urgence en vue de conclure un accord bilatéral entre les ministères de la Santé et des Finances, relatif à l'introduction d'un projet pilote de financement axé sur les performances en matière de santé.

Plus précisément, ils veulent que vous les conseilliez au sujet :

1. des mécanismes/voies potentiel(le)s par lequel(le)s le financement des performances peut améliorer le fonctionnement du système de santé.
2. Les preuves factuelles disponibles sur l'impact de l'introduction du financement axé sur les performances et de la pertinence des données factuelles à l'égard des différents types de pays africains.
3. Des conditions préalables essentielles à la mise en place du FAR, par exemple, doit-il s'appuyer sur des réformes budgétaires antérieures qui n'ont pas eu lieu dans votre pays.
4. Des risques associés à un système axé sur les résultats et en particulier l'impact potentiel de :
 - a. La décentralisation sur (1) les priorités de services du gouvernement ; et, (2) la discipline budgétaire et les dépenses excessives dans le secteur de la santé.
 - b. La décentralisation et les relations/interactions de travail avec les syndicats.
 - c. Un environnement essentiellement de rémunération à l'acte qui, dans d'autres pays (tels qu'aux États-Unis) a été associé à la croissance très rapide des dépenses de santé.
 - d. Des incitations perverses (par exemple de fournir des services plus coûteux/ou facturés au prix fort), et en règle général, si le système peut être « manipulé ».
 - e. Des faiblesses dans votre système d'information de la gestion sanitaire (et s'il sera en mesure de fournir des informations fiables sur les niveaux de prestation de services et sur la qualité) et le coût de la mise en place d'un système approprié d'informations de santé ».
5. Des façons possibles de mise en place progressive du financement axé sur les résultats.

Références

- Chiche, M. (2008). 'Putting Aid on Budget: A Case Study of Rwanda', Study for CABRI and SPA, Mokoro (Budgétisation de l'aide : l'étude de cas du Rwanda, Étude réalisée pour CABRI et le PSA, Mokoro), avril.
- Frasier, H., M. May, R. Wanchoo (2008). 'e-Health Rwanda Case Study' (Étude de cas du Rwanda sur la santé en ligne), juillet.
- GdR (2006a). 'Rwanda Aid Policy', juillet.
- GdR (2006b). 'Rwanda Demographic and Health Survey 2005' (Enquête Démographique et de santé 2005 du Rwanda)
- GdR (2011a). 'National Budget of the Republic of Rwanda' (Budget national de la République du Rwanda), accédé en ligne.
- GdR (2011b). 'Rwanda Demographic and Health Survey 2010', (Enquête Démographique et de santé 2010 du Rwanda) Calverton, Maryland, USA: National Institute of Statistics of Rwanda, (Institut national des statistiques du Rwanda) MINISANTÉ, et ICF International, décembre.
- Gupta, I., Joe, W., and Rudra, S. (2010). Demand Side Financing in Health: How far can it address the issue of low utilization in developing countries? Rapport sur la santé dans le monde (2010) Document d'informations, N° 27.
- Kalisa, R. (2011). 'Health insurance Schemes in Rwanda', Université nationale du Rwanda, École de santé publique, Voyage d'étude du CBHI au Rwanda, juin.
- Kalk, A., N. Groos, J.C. Karasi and E. Girrback (2010). 'Health systems strengthening through insurance subsidies: GFATM experience in Rwanda', Tropical Medicine and International Health, Vol 15, No 1, pp. 94-97, janvier.
- Logie, D.E, m. Rowson, F. Ndagije (2008). 'Innovations in Rwanda's health system: looking to the future', Lancet 2008; Vol 372, pp. 256-61, juillet.
- Meessen, B. Soucat, A., and Sekabaraga, C. (2011). Performance-based financing: just a donor fad or a catalyst towards comprehensive health care reform? Dans le Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé 89:153-156.
- MINECOFIN (2008a), GdR PFM Reform Strategy (Stratégie de la réforme en matière de GFP), août.
- MINECOFIN (2008b). 'Rwanda's MTEF Preparation Guidelines and Reference Manual' (Directives de préparation du CDMT et le Manuel de référence du Rwanda)
- MINECOFIN (2009). 'Fiscal Decentralisation in Rwanda', Review of Existing Grant Allocation Practice, (Décentralisation fiscale au Rwanda, examen de la pratique existante d'affectation des donations), février.
- MINECOFIN (2010). 'Budget Calendar Instructions', (Instructions du calendrier budgétaire) octobre.

- MINECOFIN (2011). '2011-12 Districts' Earmarked Transfers Guidelines', août.
- MINECOFIN (2012). 'PFM of Health Sector in Rwanda: Analysis of Earmarked Transfers and other Finance Sources at District Level', Rapport final, janvier
- MINISANTÉ (2005). Health Sector Policy, (Politique du secteur de la Santé), février.
- MINISANTÉ (2006). 'Performance Based Financing of Health Services in Rwanda: Development of a National PBF Model' (Financement axé sur les performances des services de santé au Rwanda : développement d'un modèle national de FAP), février, février. http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PNADI039.pdf
- MINISANTÉ (2009a). 'Health Sector Strategic Plan July 2009 to June 2012' (Plan stratégique du secteur de la Santé, de juillet 2009 à juin 2012), juillet.
- MINISANTÉ (2009b). 'Rwanda Health Financing Policy' (Politique de financement de la Santé au Rwanda), décembre.
- MINISANTÉ (2010). 'Rwanda National Health Insurance Policy' (Politique nationale relative à l'assurance maladie au Rwanda), avril.
- Morachiello, E., K. Curnow, C. D. White, F. Mugisha, C. Gasana, S. Hitimana (2010). Rapport sur la performance de la gestion des finances publiques (PFM-PR), Évaluation PEFA, novembre.
- Murray-Zmijewski, A. and C. Gasana (2010). 'Monitoring and Evaluation in Rwanda: Country Case Study' (Suivi et évaluation au Rwanda : étude de cas pays), Overseas Development Institute, 2010.
- NISR (2011). 'Rwanda Statistical Yearbook, 2011 Edition', National Institute of Statistics of Rwanda (Annuaire statistique annuel du Rwanda, Édition 2011, Institut national des statistiques du Rwanda).
- NISR (2012). The evolution of poverty in Rwanda from 2000 to 2011: Result from the Household Surveys (EICV), (L'évolution de la pauvreté au Rwanda de 2000 à 2011: résultat des enquêtes sur les ménages), février.
- RTI International (2006). Rwanda HMIS Assessment Report, USAID Rwanda, (Rapport d'évaluation du HMIS sur le Rwanda) mai.
- Ruberangeyo, T., C. Ayebare, A. Laminne de Bex (2011). 'Social Protection: An Ongoing Process, Rwanda', Successful Social Protection Floor Experiences.
- Rukundo, K (2011). 'Overview of Rwanda Health System', National University of Rwanda, School of Public Health (Vue d'ensemble du système de santé au Rwanda, Université nationale du Rwanda, École de santé publique), Voyage d'étude du CBHI au Rwanda, juin.
- Rusa, L., M. Schneidman, G. Fritsche, and L. Musango (2009). 'Rwanda: Performance-Based Financing in the Public Sector', Centre for Global Development, http://www.cgdev.org/doc/books/PBI/10_CGD_Eichler_Levine-Ch10.pdf, chapter in 'Performance Incentives for Global Health: Potential and Pitfalls', Center for Global Development, Performance-Based Incentives Working Group.

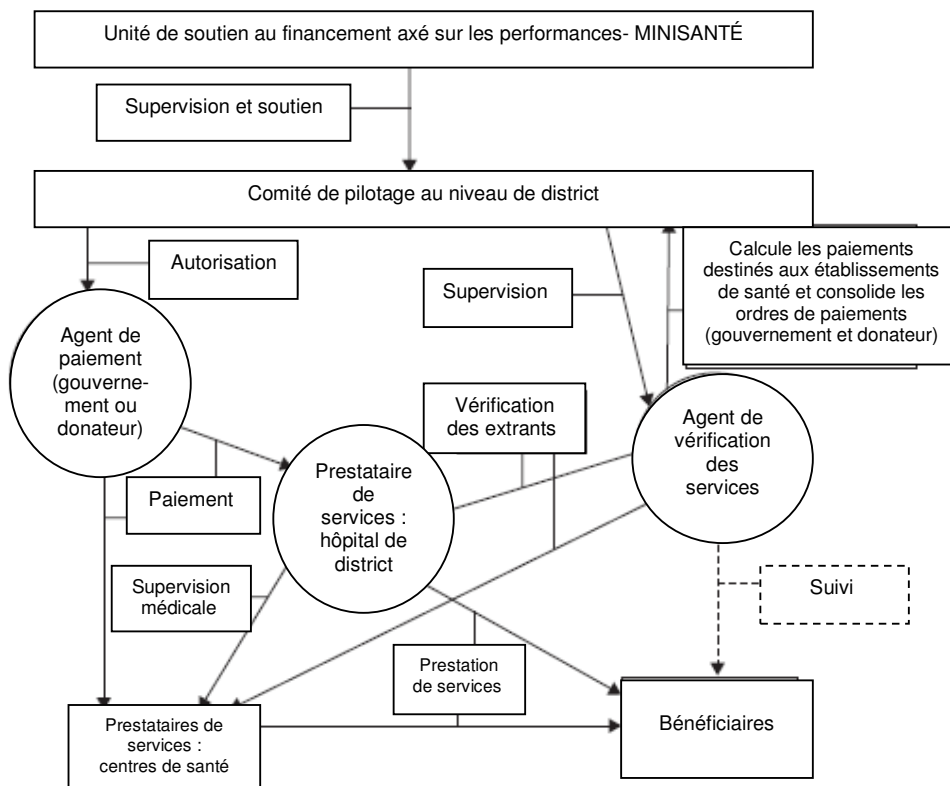
Schmidt, J.O., J. K. Mayindo and A. Kalk (2006). 'Thresholds for health insurance in Rwanda: who should pay how much? (Seuils d'assurance maladie au Rwanda : qui doit payer et combien ?)', *Tropical Medicine and International Health*, Volume 11 N° 8, pp. 1327-1333, août.

World Bank (Banque mondiale) (2012). Rwanda country data in "World Databank". *World Development Indicators and Global Development Finance (Données sur le Rwanda dans la "Base de données mondiales". Indicateurs de développement dans le monde et Financement du développement dans le monde)*.

Annexe A Liste des personnes consultées

Nom	Organisation	Poste
M. Elias Baingana	MINECOFIN	Directeur général du Budget national
Zachee Iyakaremye	MINECOFIN	Budget, Chef d'équipe des secteurs sociaux
Abhimanyu Gahlaut	MINECOFIN	Économiste, Budget national, Membre de l'ODI
Christophe Nsengiyaremye	MINECOFIN	Coordinateur de la décentralisation fiscale
Nicoletta Feruglio	MINECOFIN	Conseiller en décentralisation fiscale
Ingrid Mutima	MINECOFIN	Mobilisation des ressources extérieures
Bob Mugisha	MINECOFIN	Unité de gestion de projets et de suivi
Fidèle Karangwa	MINISANTÉ	Département du Budget et des Finances
Regis Hitimasa	MINISANTÉ	Unité de la planification et du suivi
Joseph Shema	MINISANTÉ	Unité du financement de la santé
Dr Richard Gakuba	MINISANTÉ	Coordinateur national de la santé en ligne (e-Health)
Duka Innocent	MINISANTÉ	Directeur des Finances
Hitimana Janvier	District de Bugesera	Direction de la Santé
Dr Alfred Rutagengwa	Hôpital de district de Nyamata	Directeur
Victor Ndaruhutse	Hôpital de district de Nyamata	Unité du suivi et de l'évaluation
Collins Kamanzi	Université nationale du Rwanda	Coordinateur, École de santé publique
Alex Murray-Zmijewsky	Anciennement MINECOFIN	Économiste, Unité macroéconomie, Membre de l'ODI
Sarah Fox	Anciennement OPM	Économiste de la santé

Annexe B Structures administrative et de supervision des hôpitaux de district et des centres de santé



Source : MINISANTÉ (2006). 'Performance Based Financing of Health Services in Rwanda: Development of a National PBF Model' (Financement axé sur les performances des services de santé au Rwanda : développement d'un modèle national de FAP), février. http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PNADI039.pdf