



RAPPORT

VOYAGE D'ETUDE AU RWANDA

17 au 24 Juillet 2022

Avec le soutien du Ministère des Affaires étrangères de l'Intégration Africaine et de la Diaspora de Côte d'Ivoire



MINISTÈRE D'ÉTAT
MINISTÈRE DES AFFAIRES ÉTRANGÈRES
DE L'INTÉGRATION AFRICAINE ET DE LA DIASPORA

TABLER DES MATIERES

I. CONTEXTE ET JUSTIFICATION	3
II. RAPPEL DES OBJECTIFS DU VOYAGE D'ETUDE	4
III. DEROULEMENT DU VOYAGE D'ETUDE	4
1. Journée 1: Lundi 18 juillet 2022 : Le PBF (Financement Basé sur la Performance) dans le programme de santé communautaire au Rwanda	4
2. Journée 2 : Mardi 19 juillet 2022 : Vue d'ensemble du système de santé Rwandais	10
3. Journée 3 : Mercredi 20 juillet 2022 : Présentation générale du système Rwandais de protection sociale	14
4. Journée 4 : Jeudi 21 juillet 2022 : Au coeur de la chaine d'approvisionnement en médicament et du programme de catégorisation socio-économiques des populations	17
5. Journée 5 : Vendredi 22 juillet 2022 : Visites terrains et bilan de la semaine	19
6. Journée 6 : Samedi 23 juillet 2022 : Visites touristiques	23
7. Principales leçons à tirer	24
IV. EVALUATION DU VOYAGE D'ETUDE	28
V. CONCLUSION	29

I. CONTEXTE ET JUSTIFICATION

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

Afin de réduire la pauvreté de la population et d'atteindre les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), le gouvernement du Rwanda élabore et met en œuvre différents régimes et interventions dans le secteur de la protection sociale. Au cours des 20 dernières années, ce secteur a évolué et s'est énormément développé, en jouant un rôle de plus en plus prépondérant dans la réduction de la pauvreté. L'accès universel à des services de santé de qualité pour tous les Rwandais est l'objectif général de la Politique du Secteur de Santé du Gouvernement du Rwanda (GdR).

Ce pays a mis en place un système de mutualisation du risque maladie en passant par trois phases. En premier lieu, il s'agit de mettre en place un projet pilote dans trois districts du pays (1999-2001), qui a été suivi par des initiatives d'extension dans d'autres districts (2002-2005). Ceci a conduit à la troisième phase qui a consisté en une large expansion et une réflexion sur la généralisation du système au niveau national pour aboutir à une couverture par une assurance maladie universelle (de 2006 à ce jour).

Ce processus a connu une nouvelle avancée en juillet 2011 lorsque des mesures ont été prises afin d'améliorer la viabilité financière du système de santé. Depuis 2019 plus de 98% de la population était couverte selon les chiffres du Bureau international du travail. La mutualité y a joué un rôle important.

C'est pour permettre aux cadres en charge de mécanismes de couvertures santé dans leur pays respectifs, de tirer des leçons de cette expérience que le Programme d'Appui aux Stratégies Sociales (PASS) a organisé un voyage d'étude au Rwanda à l'attention des dirigeants mutualistes élus et salariés africains ainsi que des cadres des agences de couverture maladie universelle et de protection sociale.



II. RAPPEL DES OBJECTIFS DU VOYAGE D'ETUDE

Il s'agissait pour les participants de :

- Mieux comprendre comment s'est construit et s'est développé le mouvement mutualiste rwandais ;
- S'inspirer du rôle des organes de régulation et des ministères en charge de l'amélioration de la couverture santé des populations rwandaises ;
- Comprendre l'organisation du système de santé rwandais ;
- Découvrir la contribution de la mutualité au développement de l'offre de soins au Rwanda.

III. DEROULEMENT DU VOYAGE D'ETUDES

1. Journée 1 : Lundi 18 juillet 2022 :

Le PBF (Financement Basé sur la Performance) dans le programme de santé communautaire du Rwanda

a. Mot de bienvenue de Rwanda coopération



La cérémonie d'ouverture a été marquée par le mot de bienvenue de M. Jean-Freddy MAKUZA, Directeur financier de Rwanda coopération. Il a souhaité la bienvenue à l'ensemble de la délégation du PASS. Ensuite, M. Bruce INTWALI MURANGIRA, Responsable communication a présenté le Rwanda et Rwanda Coopération. M. SORO, tenu au nom du PASS et de la délégation,

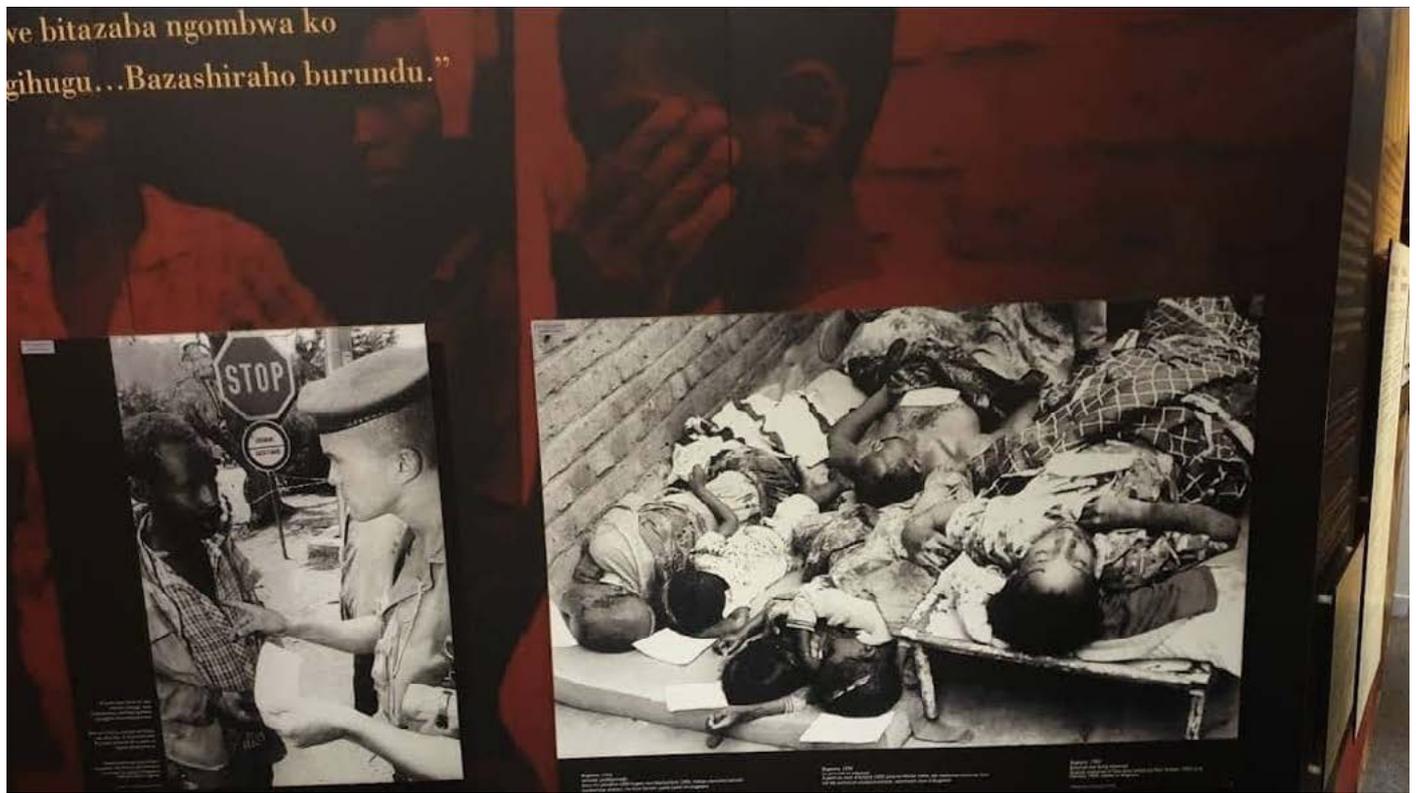
à dire merci à Rwanda Coopération, au Ministère des Affaires Etrangères, de l'Intégration Africaine et de la Diaspora de Côte d'Ivoire, au groupe Vyv, à la FNMF et aux structures membres de la délégation. Après un tour de table pour la présentation des participants, des échanges interactifs ont eu lieu en présence de M. MAKUZA.

b. Visite au mémorial du génocide de Kigali



La deuxième partie du programme de la journée a été marquée par une visite au mémorial du génocide de Kigali. Accompagné par M. Jean-Marie Vianney BUNANI, Chargé de Formation et de Visites d'Etudes nous avons visité ce site historique situé dans le quartier de Gisozi.

Cette visite nous a permis de comprendre l'histoire du génocide contre les Tutsis au Rwanda.



Inauguré en 2004, il comprend une partie mémorielle organisée à l'extérieur, au milieu de fleurs et d'arbustes, autour de trois larges dalles

recouvrant les restes de plus de 250.000 victimes tuées entre avril et juillet 1994 dans la région de Kigali.



Cette étape était importante pour comprendre les motivations profondes du gouvernement rwandais à offrir à une population durement éprouvée par la guerre, un mécanisme de solidarité qui accorderait une couverture sanitaire universelle à l'ensemble de la population nonobstant son ethnie. Au départ, les défis

étaient considérables : en 1994, non seulement le pays était détruit et ruiné, mais surtout, il était hanté par le génocide. Au fil des années, la volonté de lutter contre le « divisionnisme » et de recréer l'unité de la nation rwandaise, a conduit à faire en sorte que les populations songent moins à ce qui a pu les diviser qu'à ce qui les rassemble.

c. Le PBF (Financement basé sur la performance) dans le secteur de la santé au Rwanda



La journée s'est poursuivie avec une session d'échanges très importante sur le PBF dans le système de santé rwandais et sur le programme de santé communautaire au Rwanda. La première session a été animée par M. Muguisha Benjamin, du Ministère de la santé.

Le PBF qui est l'un des piliers des mécanismes du financement du système sanitaire rwandais repose sur l'hypothèse selon laquelle, le fait de lier le financement des centres de santé à leur performance contribuera à l'amélioration de l'accès, de la qualité et de l'équité aux services de santé.

Ses trois(3) sources de financement sont :

- le gouvernement ;
- les partenaires au développement ;
- l'autofinancement par les mutuelles de santé, autres assurances maladies.

Le PBF est fondé sur les principes suivante :

- la séparation de fonctions ;

- l'approche contractuelle ;
- la sélection des indicateurs à financer ;
- l'évaluation des indicateurs ;
- la vérification des données ;
- l'effectivité et la vérification du financement.

La particularité du Rwanda est la conception et la mise en œuvre d'un mécanisme spécifique de financement basé sur la performance en milieu communautaire dont l'objectif est d'améliorer la prestation de services de santé au niveau communautaire à travers le renforcement :

- ▷ des capacités des structures décentralisées et des ASC (Agents de santé communautaire)
- ▷ de la participation des membres de la communauté aux activités de santé communautaire ;
- ▷ de la motivation et de la coordination des ASCs dans le cadre de la couverture sanitaire universelle au niveau des coopératives, cellules et Villages;
- ▷ du système pour sa pérennisation.

Au-delà des caractéristiques techniques très bien décrites dans les présentations en annexe, il est important de noter le rôle essentiel du Ministère de la Santé et du Ministère de l'Economie et des finances dans ce mécanisme.

Le premier élément auquel il est utile de porter l'attention est le souci de décentralisation effectif du système de santé qui fait de l'implication communautaire un maillon essentiel de sa politique de santé. Ce positionnement lui permet de jouer plus efficacement son rôle de régulation, d'appui et de supervision du système de santé. Il pilote le suivi et l'évaluation de la stratégie de PBF afin d'assurer sa bonne implémentation au niveau décentralisé et le respect des normes en place. Le Ministère de la santé gère l'accréditation de la qualité des soins et s'assure de l'amélioration constante des performances à travers des structures spécialisées. Le deuxième élément duquel nous pouvons tirer des leçons est l'appétence du Ministère de la santé pour la remontée de données de bonnes qualités. Tout un ensemble de dispositifs sont mis en œuvre à cet effet combinant à la fois une plateforme dématérialisée de gestion de données (DHIS2/FBP) et des mécanismes exigeants de vérification de la qualité, de la quantité et de contre-vérification des données.

Le troisième point d'attention est la mise en place d'un ensemble de référentiels et procédures qui permettent de façon objective d'évaluer les indicateurs de performance retenus.

Le quatrième point est enfin la loi des finances qui assure la robustesse de la gouvernance des fonds alloués à ce mécanisme de financement de la santé. Elle décrit les procédures, les circuits et responsabilités endossés par les différents acteurs

que sont le Ministère de la santé, le Ministère de l'économie et des finances, le Trésor, la Banque centrale rwandaise et les structures ou individus récipiendaires des incentives mis en place.

Ce mode de financement de la santé a eu un impact remarquable sur plusieurs indicateurs dont l'espérance de vie et la mortalité mère-enfant. Il n'a été possible que grâce à une volonté politique forte, une excellente gouvernance, et des mécanismes de gestion et de contrôle financier robustes. Ceci ne doit pas cacher les importants défis qui restent à relever :

- Le poids de l'aide extérieure nécessaire pour financer la performance en matière de santé qui doit baisser ;
- L'insuffisance du budget provenant du gouvernement par rapport aux besoins ;
- L'insuffisance des moyens de contre-vérification nécessitant plus de personnel et plus de digitalisation ;
- La réduction des délais de paiement et de recouvrement ;
- La promotion des incitations non-matérielles (reconnaissance , journée nationale dédiée à la valorisation des acteurs de la santé, octroi de petits équipements, etc.).
- l'amélioration des mécanismes d'achat stratégique ;
- la formation
- l'amélioration constante de la qualité des données.

Aux termes de ces échanges, les auditeurs ont compris une des clés de la performance du système de santé Rwandais qui s'adosse sur la qualité des soins délivrés déjà au niveau des établissements sanitaires de premier contact.

d. Le système de santé communautaire Rwandais



Le programme de santé communautaire est un programme national et fonctionnel dans tout le pays, à travers 14 873 villages (l'unité administrative la plus basse du Rwanda). Le nombre total actuel d'ASC au Rwanda est de 58 564, répartis entre les binômes, les Animatrices de Santé Maternelle (ASM) et les ASC en charge de la promotion de la santé. Ils sont généralement 4 par niveau de chaque village :

- Les agents de santé binômes, souvent hommes et femmes, s'occupent de la santé des habitants du village en dehors des femmes enceintes et des enfants de moins de 5 ans.
- les Animatrices de Santé Maternelle (ASM) sont des agents communautaires spécifiques (ACS), en principe une femme, dédiée à la santé maternelle et infantile.
- les ASC en charge de la promotion de la santé sont spécifiquement responsables pour l'hygiène de la population du village.

Cette armée de volontaires est sélectionnée par les habitants du village ou de la cellule sur base de leur autorité, compétences et charisme. Il n'y a pas de niveau d'étude minimum exigé mais ils doivent pouvoir lire et écrire. Ils jouissent d'un prestige au village, mais, important à dire, jusqu'il y a peu, ils

n'étaient pas payés pour les heures de prestations. Les agents communautaires de santé consacrent en moyenne 4 heures par jour à cette fonction. Ils sont formés par le district au niveau des centres de santé et des hôpitaux de district et agissent sur des déterminants prioritaires d'inflexion de la morbidité dans les communautés, notamment :

- les notions de base sur l'hygiène, les maladies transmissibles et les maladies non transmissibles dont le paludisme, la tuberculose, le VIH, la santé mentale ;
- la prise en charge intégrée des maladies des enfants de moins de 5 ans);
- la contraception;
- Les soins communautaires de santé maternelle et néonatale ;
- La nutrition à base communautaire ;
- La gestion des cas sensibles de maladie et des cas d'urgence sanitaire;
- Le changement de comportement;
- La réponse d'urgence aux épidémies.

La perte de revenu personnel en était compensée par l'accès gratuit à la formation sanitaire, la promotion du statut social et la satisfaction d'aider les co-villageois. Actuellement, ils bénéficient de primes ou de bonus issus du programme de

financement basé sur les performances. Il est très intéressant de considérer l'expérience Rwandaise en matière de santé communautaire sous l'angle de son attractivité pour les agents de santé communautaire rendue possible grâce à un attelage pertinent entre la santé communautaire et l'ESS. Les ASC se composent de 65 % de femmes et 35 % d'hommes. Les ASC sont regroupés dans différentes coopératives par rapport à la zone de rayonnement de chaque centre de santé. La coopérative reçoit des paiements PBF comme incitation et exerce des activités génératrices de revenus (lait, transport, élevage de chèvre, etc.). Au Rwanda, Tous les 58.564 ASC sont organisés dans 485 coopératives à travers le pays. Les coopératives des ASC ont actuellement un capital net de 12,5 millions USD. Ces coopératives couvrent divers domaines :

- Plantation ;
- Elevage de chèvres, de vaches, de poulets, etc.
- Laiterie ;
- Transformation de maïs ;
- Construction et location de logements pour des fonctionnaires et travailleurs du privé affectés dans ces régions ;
- Etc.

Cette présentation a donné des pistes de réflexion sur les missions qui peuvent être attribuées aux organisations communautaires impliquées dans la santé, faisant ainsi un clin d'œil aux recherches en cours sur le rôle et la viabilité des mutuelles communautaires dans les territoires.

e. Les agents de santé communautaires



Leurs tâches sont bien définies et cadrées et concernent à la fois l'action préventive et curative : Sur le plan préventif ils conseillent la population sur les principes de santé, de nutrition, d'hygiène, de lutte contre les infections :

- suivi de la croissance de tous les enfants du village et reportage de données biométriques dans leurs carnets de santé. Ils identifient

ainsi les enfants de faible poids ou enfants avec retard de croissance et en envoient la liste au centre de santé pour prise en charge. Ils sont chargés aussi du suivi de ces enfants ;

- suivi de la vaccination des enfants : Ils sont informés lorsque des enfants ne sont pas venus aux séances de vaccination et vont convaincre ou forcer les parents de l'enfant

sous peine d'amende à se présenter. Dans certains cas, ils font vacciner les enfants eux-mêmes. Par ce fait, le Rwanda est arrivé à enregistrer un taux de vaccination de 96% de la population de 12-23 mois en 2020, taux peu égalé au monde ;

- repérage et enregistrement des femmes enceintes, et organisation du suivi de la grossesse, c'est-à-dire l'organisation de 4 consultations prénatales et une échographie au deuxième trimestre.

Sur le plan curatif, les agents de santé binômes sont en principe les premières personnes auxquelles les villageois font appel quand ils sont malades et les guident vers le centre de santé ou l'hôpital.

Par exemple :

- Ils peuvent pratiquer de test rapide de détection de la malaria, administrer une première dose d'anti malarique avant d'envoyer le malade

au centre de santé ou au poste de santé chez les adultes ;

- ils sont autorisés et équipés pour administrer une première dose d'antibiotique, de solution réhydratante ou d'anti malarique en cas de signes de pneumonie, de diarrhée grave ou de malaria chez les enfants ;

Les agents communautaires de santé sont aidés par un système de communication par SMS codés en utilisant leur téléphone mobile. Par ce système, supporté par l'UNICEF, ils transmettent en temps réel de la communauté au niveau central toutes les informations nécessaires sur la santé de la mère et de l'enfant jusqu'à 5 ans. De même, ils reçoivent les instructions pour le suivi de la mère et de l'enfant. Ce système permet aussi d'avertir le centre de santé ou l'hôpital d'un accouchement imminent et appeler une ambulance en urgence.

L'expérience Rwandaise a montré comment la communauté peut devenir un acteur important de promotion de la santé. Au moment où des réflexions se posent sur le rôle des mutuelles dans les politiques de couverture maladie universelle, il pourrait être intéressant de se demander comment les mutuelles communautaires peuvent assumer ce rôle de manière efficace et efficiente dans un partenariat innovant avec les Ministères de la santé dans les pays d'Afrique de l'Ouest. Cette piste de réflexion offre des champs de prospection qui revêtent un potentiel immense pour rapprocher la santé des populations jusqu'à la dernière case.

2. Journée 2 : Mardi 19 juillet 2022 : Vue d'ensemble du système de santé Rwandais



La deuxième journée portait sur le système de santé rwandais, la stratégie d'assurance maladie communautaire et la politique de soins de santé primaires. L'investissement philosophique, politique, financier et humain injecté dans la politique de santé au Rwanda et les résultats obtenus méritaient qu'on s'y arrête un instant.

En effet, depuis le génocide de 1994, qui a complètement perturbé le système de santé du Rwanda et disséminé le personnel médical, une

réorganisation a débuté en 2000, améliorant plusieurs indicateurs de santé faisant du pays l'un des meilleurs élèves de l'Organisation Mondiale de la Santé en Afrique.

Ouverte par la présentation de la vision poursuivie par la politique de santé rwandaise, la première présentation a permis de tirer des leçons des priorités, de l'organisation et des performances de leur système de santé.

“ Poursuivre un processus de développement intégré et axé sur la communauté grâce à la fourniture de services de soins de santé de qualité équitables et accessibles”

Vision du secteur de la santé

Pour y parvenir le Ministère de la santé rwandais s'est fixé comme domaines d'intervention prioritaires :

- La gouvernance,
- La santé maternelle, infantile et communautaire,
- La prévention et le contrôle des maladies,
- La qualité des prestations de services,
- Le renforcement de la réglementation alimentaire et pharmaceutique.

Grâce à l'amélioration de son système de

santé, le Rwanda a fait au cours des 2 dernières décennies d'énormes progrès qui se reflètent dans l'amélioration de presque tous les indicateurs de santé, contrairement à ses voisins africains, et est un des rares pays à avoir atteint les objectifs de développement du millénaire pour le développement (OMD) concernant la mortalité des enfants de moins de 5 ans (réduction de 2/3 entre 1990 et 2015) et la mortalité maternelle (réduction de 3/4). Cette politique de santé a permis une amélioration des indicateurs de santé comme illustré ci-dessous :



Progrès sur les indicateurs clés

Indicateurs	Référence 2017	Progrès 2021	Objectif 2024
Espérance de vie (années)	49 (en 2000)	67,8	68
Prévalence de la malnutrition chronique (retard de croissance) chez les enfants de moins de 5 ans	38	33	19
Mortalité maternelle (pour 100 000 LB)	210	203	168
moins de 5 ans (par 1000 LB)	50	45	48
Pourcentage d'enfants de 12 à 23 mois entièrement vaccinés	93	96	100
Taux de satisfaction des citoyens à l'égard des services (%)	77	81,9	>95
Ratio infirmiers / population	1/10 055	1/8 027	1/7 000
Ratio (Sages-femmes/femmes âgées de 15 à 49 ans)	1/4 064	1/2 342	1/2500
Prévalence de l'utilisation des contraceptifs modernes chez les femmes en âge de procréer âge (15-49)	48	58	60
Prévalence du VIH (15-64 ans)	3%	3%	<3 %
Taux de grossesse chez les adolescentes/adolescentes (% de femmes âgées de 15 à 19 ans qui ont accouché ou qui sont enceintes)	7.3	5	<7

Pour terminer l'intervenant s'est arrêté sur les défis et pistes de solutions en cours de mise en œuvre.

Défis et leçons apprises	Solutions en cours de mise en œuvre
Pénurie et rétention de main-d'œuvre hautement qualifiée dans le secteur de la santé	<ul style="list-style-type: none"> • Investir dans la formation d'une masse critique de toutes les catégories de professionnels de la santé au Rwanda ; • Réformer le recrutement, les programmes de formation et le parcours professionnel des professionnels de santé au Rwanda ; • Renforcer les stratégies d'incitation et de rétention des ressources humaines pour la santé au Rwanda.

S'attaquer aux derniers goulots d'étranglement dans divers programmes de base en santé	<ul style="list-style-type: none"> • Intégrations de programmes axés sur le niveau des soins de santé primaires (profil du fournisseur de soins de santé, programmes de formation axés sur les compétences, outils, processus du système d'aiguillage, services préventifs, etc.) • Soutenir la recherche et les approches innovantes dans les programmes de base en santé (Drones, e-santé...)
Viabilité du financement : Diminution du financement externe par rapport aux ressources intérieures	<ul style="list-style-type: none"> • Mettre en œuvre les stratégies proposées pour la mobilisation des ressources nationales au Rwanda (augmentation de la contribution au GOR, engagement du secteur privé, mécanismes de financement innovants)
Systèmes de données en temps réel pour une prise de décision rapide	<ul style="list-style-type: none"> • Numérisation du système de santé pour synchroniser tous les systèmes d'information sur la santé (DME inclus) afin d'améliorer la gestion des patients et l'utilisation des données pour la prise de décision à tous les niveaux du système de santé
Menaces émergentes pour la santé publique	<p>Renforcer le diagnostic et la surveillance des cas hautement infectieux Agents pathogènes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Appuyer la transposition à plus grande échelle et la mise en œuvre du concept « Une seule santé » • Rationaliser la mise en place de situations d'urgence multisectorielles en cas de catastrophe • Agence de gestion au fonctionnement multidisciplinaire
Fourniture de consommables essentiels de santé en fonction de l'importation	<ul style="list-style-type: none"> • Promouvoir la production locale de produits de santé (vaccins et autres produits)

Le deuxième intervenant s'est arrêté sur l'assurance maladie à base communautaire et son lien avec la couverture sanitaire universelle. Le régime d'assurance maladie rwandais regroupe deux(2) régimes :

- ▷ Le régime d'assurance maladie sociale
 - Assurance maladie communautaire CBHI pour le secteur informel : couverture de 90 %
 - La Rwandaise d'Assurance Maladie (RAMA) pour les fonctionnaires et autres salariés des établissements privés : couverture de 5%
 - Régime d'assurance maladie militaire (MMI) pour les membres des forces armées et leur famille proche: couverture 0,6%
- ▷ Le régime d'assurance maladie privée
 - 4 régimes PHI : couverture 0,7%
 - Employeurs et autres assurances: couverture 0,1 %

Le rôle des mutuelles au Rwanda a évolué au fil des années.

En premier lieu, la Mutualité Communautaire : Elle a été initiée en 1998 et généralisée en 2004. A cette période chaque personne cotisait à hauteur de l'équivalent de 1 euro par an, 4 euros /an pour toute la famille. Le bourgmestre du district était responsabilisé pour recruter le plus possible d'adhérents dans son district.

Pour booster l'adhérence, la mutuelle communautaire est devenue obligatoire en 2007. Vu le déficit de l'opération, les tarifs ont été

augmentés en 2009 en fonction de la classe socioéconomique de la famille, appelée Ubudehe, qui était déterminée localement au niveau du village et de la cellule. C'est ainsi qu'en avril 2010 le Rwanda a adopté une nouvelle politique sur les mutuelles. Il s'agissait notamment de :

- renforcer la viabilité financière et l'équité du système ;
- renforcer la coordination entre les mutuelles et d'autres secteurs,
- renforcer la participation communautaire et la décentralisation.
- Renforcer les capacités de gestion des mutuelles.

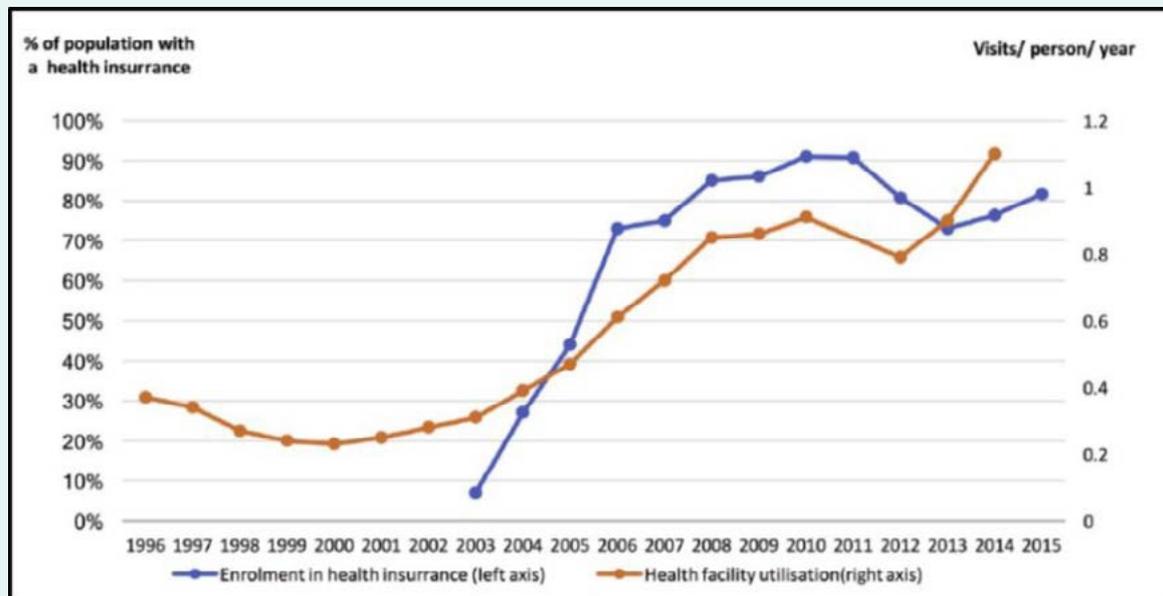
Des nouvelles normes de classification socio-économiques plus strictes et sur des bases formelles ont été introduites en 2014 qui sonnent la fin de certaines distorsions locales :

- La catégorie 1 c'est-à-dire la population pauvre sans travail fixe et sans propriété, cotise à niveau de 2 euros par personne, cotisation qui est payée par le gouvernement via la caisse sociale et par le Global Fund ;
- La catégorie 2 (locataire ou propriétaire d'une habitation ou champs, emploi temporaire) cotise à niveau de 3 euros par an et par personne ;
- la catégorie 3 (propriétaire, emploi fixe) de 7 euros par an et par personne. A noter que tous les enfants de plus de 3 mois doivent cotiser sinon aucun membre de la famille ne

peut bénéficier d'une couverture.

Finalement en 2015, la gestion des mutuelles communautaires, qui était confiée jusque-là au niveau de la communauté, a été centralisée dans la Caisse de Sécurité Sociale qui gérait aussi les deux autres mutuelles, celle des fonctionnaires (RAMI)

et celle des militaires (MMI), afin de mieux répartir les charges. Avec une adhésion de près de 80% de la population, chiffre de loin le plus élevé des pays d'Afrique où elle a été introduite, les mutuelles communautaires ont grandement facilité l'accès aux soins et aux services de prévention de la population comme le montre la figure 7.



Cette classification a permis d'augmenter les ressources et de réduire la dépendance vis-à-vis du financement extérieur. Le MINALOC en étroite collaboration avec d'autres ministères, dont le ministère de la Santé, sont en train de développer une base de données nationale afin de classer toute la population rwandaise selon leur catégorie Ubudehe.

Cette nouvelle politique a permis la réalisation de nombreux progrès :

- Population Couverture et inscription à l'AMC : 90 % de la population en 2011/2012 et 80,3 % en 2012/2013.
- Réduire l'emprise du ménage Difficultés financières : 23 % des dépenses totales de santé en 2006 à 11 % en 2009/10 .

- Augmentation du taux d'utilisation des soins de santé et ceci à tous les niveaux du système de santé et des dépenses de santé catastrophiques imprévues.
- La qualité des soins de santé s'est également améliorée, car l'AMBC a intégré un système de contrôle de la qualité et des indicateurs de performance.
- Réduction des délais de recherche d'un service de santé en cas de maladie.
- L'AMC a contribué à de grands changements dans le secteur de la santé.

La présentation s'est achevée par un exposé sur les résultats liés aux SSP, les services couverts, les facteurs de performance et les moteurs de performance.

3. Journée 3 : Mercredi 20 juillet 2022 : Présentation générale du système Rwandais de protection sociale



Cette journée a consisté en une immersion dans le système de protection sociale du Rwanda. La Rwanda Social Security Board (RSSB) à travers ses composantes a également été présenté.

M. RUHAMA , Directeur de l'unité de planification et de suivi, a présenté dans le détail le système rwandais de sécurité sociale a travers le contexte , l'historique, l'exécution de la politique de sécurité sociale, Les bonne pratiques, innovation et leçons tirées.

Le système rwandais de protection sociale se présente comme suit :

- ▶ Le régime de pension obligatoire
 - Assurance obligatoire pour tous les salariés : cotisation basée sur le Salaire brut, Taux de cotisation (6% avec employeur : 3% et employé: 3%)
 - Assurance Volontaire : la cotisation ne peut être inférieure au salaire de base ni dépasser cent trente pour cent (130%) de son dernier salaire ayant servi de base de calcul de la cotisation
 - Pension de vieillesse;
 - Allocation de vieillesse ;
 - Pension anticipée ;
 - Pension d'invalidité ;
 - Pension des survivants.
- ▶ Le régime des risques professionnels
 - Assiette de cotisation: Basée sur le Salaire brut;
 - Taux de cotisation : 2% supportés par employeur;
 - Risques couverts: Accident et maladies professionnelles;
 - Prestations: Soins médicaux; indemnités journalières; prestations d'incapacité; allocation d'incapacite; prestations de survivants, Frais funéraire, Frais de transport.
- ▶ Assurance de congé de maternité
 - Assiette de cotisation: Basée sur le Salaire brut; Taux de cotisation : 0.6% (employeur : .0.3%; employé: 0.3%).
 - Risques couverts: Protection du Salaire de la mère en Congé de maternité.
 - Prestations: Employeur paye 6 semaines et RSSB paye 6 dernière semaines des 12 semaines de Congé de maternité

	Assurance sociale	Régime universel	Responsabilité des employeurs	Assistance Sociale	Fonds de prévoyance
Financement	Cotisation	Impôt	Employeur	Impôt	Cotisation
Régimes	Pensions Assurance de congé maternité Assurance maladie	Mutuelle de santé	Risques professionnels	LODA	EjoHeza - Épargne à long terme

Pour préserver l'équilibre financier des régimes, la RSSB investit afin de faire des réserves. Il s'agit des Bons du trésor, Bons de développement, Immobilier, Dépôt à long terme, Participation dans diverses sociétés, Marché boursiers.

Les bonnes pratiques du système sont :

- ▷ L'enregistrement électronique des membres;
- ▷ Le système unifié de collection de taxes et des cotisations de sécurité sociales;
- ▷ La décentralisation de services par création des agences de liaisons au niveau du district;
- ▷ L'extension de la couverture du régime de pensions au secteur informel à travers EjoHeza (épargne à long terme);
- ▷ Le Paiement mensuel des prestations au compte bancaire individuel;
- ▷ La demande et octroi électroniques des documents requis.

Dr UMUTESI, chef de département RAMA, a quant à elle évoquée le régime d'assurance maladie des agents de l'Etat et de leurs ayants droits dénommé Rwandaise d'Assurance Maladie (RAMA).

Après une présentation de l'historique et des bases légales du régime, l'intervenante a évoqué les différentes structures et organisations de la RAMA. Elle se compose comme suit :

- ▷ Département des services médicaux
- ▷ Division des Pharmacies
 - Unité des opérations pharmaceutiques
 - Unité de vérification pharmaceutique
- ▷ Division des prestations médicales
 - Unité d'accès médical
 - Unité de vérification des prestations médicales
- ▷ Commission des contrats
- ▷ Comité de lutte contre la fraude
- ▷ Comité d'affiliation

Ce régime est financé sur la base des primes des membres à savoir :

- ▷ Employeur – employé : retenue sur salaire de

l'employé à hauteur de 15 % du salaire de base, partagé à parts égales entre l'employeur et l'employé

- ▷ Les retraités : Déduction des prestations de retraite à hauteur de 7,5 % de ses prestations de retraite mensuelles

L'affiliation à ce régime est obligatoire pour le gouvernement et les institutions publiques et volontaire pour les institutions privées et les retraités. Ce système est le tiers payant avec un taux de remboursement: 85% de la facture globale des services de santé et un ticket modérateur de 15%. Le réseau de soins est composé d'établissements de santé publique (553), d'établissements de santé privés dans différentes catégories (184): Cliniques générales, cliniques spécialisées, polycliniques, ateliers paramédicaux, laboratoires, hôpitaux et les Pharmacies privées (214).

La RAMA couvre la médecine curative (Consultations, Interventions chirurgicales, Soins dentaires, Verres correcteurs, Prothèse & Orthèse, Imagerie & laboratoire, IRM, Dialyse, Prothèse & Orthèse, Médicaments) et la médecine préventive (Services de vaccination Bilan médical).

Concernant l'assurance maladie communautaire, l'intervenant s'est arrêté sur le taux de couverture des mutuelles de santé. Elles couvrent 94% de la population nationale alors que les autres assurances couvrent environ 7%.

Il est financé par :

- ▷ Les cotisations des membres grâce au système de catégorisation socio- économique de la population par ménages
- ▷ Les subventions du gouvernement
- ▷ Les contributions des autres institutions d'assurance maladie
- ▷ Les nouvelles sources de financement (Prélèvements sur les recettes touristiques, Prélèvement sur le salaire net des employés, Prélèvements sur les recettes touristiques, le chiffre d'affaires des compagnies de téléphonie, etc...)



Le réseau de soins regroupe les établissements privés (cliniques, hôpitaux, laboratoires et imageries, pharmacies) et le secteur public(hôpitaux de référence, hôpitaux provinciaux, hôpitaux de quartiers, centre de santé, postes de santé).

Le règlement des prestataires de soins se fait 30 jours après la phase de redressement de la facture par le vérificateur et le chargé de recouvrement.

M. GATZNA responsable EJOHEZA au RSSB a analysé le régime, qui cible les travailleurs informels. Les adhérents ont droit à des prestations proportionnelles aux cotisations versées. L'adhésion est fondée sur le volontariat et l'État verse un abondement en s'appuyant sur l'échelle mobile du système d'ubudehe. Les fonds épargnés sont convertis en pension de retraite lorsque l'adhérent atteint l'âge de 55 ans.

Les adhérents peuvent utiliser jusqu'à 40 % de leur épargne (s'ils ont épargné au moins 4 millions de francs rwandais) pour créer une entreprise, construire une maison ou payer des frais de scolarité. S'ils épargnent le montant minimal requis en un an, les adhérents de toutes les catégories d'ubudehe ont droit à une couverture médicale

gratuite pendant trois ans. Les adhérents peuvent en outre avoir droit à des services complémentaires (assurance-vie et assurance funéraire spécifiques, allègement des impôts, etc.) en fonction du montant des cotisations versées et de l'échelle d'ubudehe.

Les adhérents peuvent utiliser jusqu'à 40 % de leur épargne (s'ils ont épargné au moins 4 millions de francs rwandais) pour créer une entreprise, construire une maison ou payer des frais de scolarité. S'ils épargnent le montant minimal requis en un an, les adhérents de toutes les catégories d'ubudehe ont droit à une couverture médicale gratuite pendant trois ans. Les adhérents peuvent en outre avoir droit à des services complémentaires (assurance-vie et assurance funéraire spécifiques, allègement des impôts, etc.) en fonction du montant des cotisations versées et de l'échelle d'ubudehe.

Pour adhérer, une carte d'identité rwandaise est nécessaire (les étrangers qui ont le statut de résidents permanents peuvent également en obtenir une). Une plateforme en ligne et des codes USSD permettent d'ouvrir un compte, de gérer ses cotisations et d'obtenir un récapitulatif des sommes dues et versées.

4. Journée 4 : Jeudi 21 juillet 2022 :

Au coeur de la chaîne d'approvisionnement en médicament et du programme de catégorisation socio-économiques des populations

a. Présentation du programme UBUDEHE



L'approche participative associe les communautés à une planification participative afin d'identifier leurs besoins et de les hiérarchiser. L'objectif est d'engager les groupes communautaires au niveau du village pour créer leur propre expérience de

résolution de problèmes.

Le programme regroupe deux(2) composantes : le volet de catégorisation et le volet de programme de micro-projets communautaires.

CATEGORIES	Critères de catégorisation des ménages
1	a) Sans maison; b) Sans capacité de louer une maison; c) A souvent du mal à obtenir de la nourriture d) Très difficile à lui ou à elle pour obtenir les premières nécessités
2	a) Est propriétaire d'une maison; b) Capable de louer une maison; c) Obtient souvent de la nourriture; d) Travailler souvent pour les autres (salaires); e) Avec un employé occupant un emploi non permanent
3	a) Employé du secteur public / privé; b) Avec des activités commerciales; c) Agriculteurs ayant un surplus pour le marché; d) Avec un membre qui est un petit commerçant
4	a) Un grand commerçant; b) possédant une entreprise qui fournit des services spécialisés (transport, etc.); c) Employé dans le secteur public / privé avec un niveau de vie élevé; d) Foyer ayant une (des) industrie (s); e) Possédant des maisons de location dans les grandes villes ou ayant d'autres sources de revenus comme des camions de transport, des stations-service, etc.

Visite à Rwanda Médical Supply



La délégation a été reçue dans les locaux de la Rwanda Médical supply pour une visite terrain et comprendre le fonctionnement de cette structure. A son arrivée, la délégation a été reçue par le M. HARERIMANA, Directeur général du centre qui a souhaité la bienvenue aux participants, avant de laisser la parole au chef de délégation. Après une belle présentation du RMS, la délégation

a été conviée à une visite des différents services et magasins de stockage. Ainsi, les participants ont pu découvrir les différentes potentialités de l'entrepôt central en termes de stockage et distribution des produits pharmaceutiques. Ils ont également pu, à travers des séries de questions-réponses comprendre les opérations et la trajectoire du RMS.



Une séance photo a clôturé cette première visite de terrain

La 4e journée a pris fin par la présentation de Military Medical Insurance (MMI). La présentation a été faite par Dr SABAYESU, directeur des opérations de MMI, qui avait à ses côtés Lt col N'GAMASABO, chargé des relations publiques. Les missions principales du MMI sont notamment de couvrir uniquement au Rwanda les soins médicaux au profit des Forces Rwandaises de Défense et aux

autres qui souscriraient à cette assurance ainsi qu'à leurs ayants droit; de percevoir les cotisations de ses affiliés et les dons divers; et de payer les factures relatives aux soins médicaux de ses affiliés et de leurs ayants droit.

Il est placé sous la tutelle du Ministère ayant les Forces Rwandaises de Défense dans ses attributions

5. Journée 5 : Vendredi 22 juillet 2022 : Visites terrains et bilan de la semaine

a. Visite au centre de santé de TARE



La dernière journée de ce voyage d'étude a débuté par la visite du centre de santé de TARE. L'occasion pour eux de découvrir un centre de santé situé dans la Province du Nord du pays(à 1756m).

La délégation a été accueillie par M. MUGENGA,

Directeur général du centre et surtout par des chants et danses des agents de santé communautaires. La visite a débuté par une présentation du centre de santé et une série d'échanges. Ensuite nous avons pu voir le dispositif d'approvisionnement du centre en médicament via les drones.



Cette visite a pris fin par la visite des différents services où nous avons pu parcourir le circuit patient, ainsi que par la photo de famille.

b. Visite à l' Hôpital militaire de Kanombe



Après le déjeuner au restaurant l'abidjanaise, cap a été mis sur l'hôpital militaire où la délégation a été reçue par les hauts responsables de cet établissement sanitaire. La rencontre a débuté par une présentation de l'hôpital par Dr KAGIMBANA qui a présenté l'établissement situé dans la

banlieue de Kigali. Ensuite les échanges interactifs ont permis au directeur général de cet hôpital, présent à cette rencontre, d'apporter tous les éclairages nécessaires à la bonne compréhension des participants.



c. Séance de clôture et remise des attestations de participation



Ce voyage d'études organisé avec le soutien du groupe Vyv et de la Fédération Nationale de la Mutualité Française (FNMF), avec l'appui du Ministère des affaires étrangères de Côte d'Ivoire

et Rwanda Coopération a refermé ses portes dans l'après-midi du vendredi 22 juillet, par la remise des attestations de participation.



Après le mot de M. AYITE, Directeur général du PASS et celui de Mme Christine NKULIKYINKA, Directrice générale de Rwanda coopération, l'ensemble de la délégation du PASS a reçu deux attestations de

participation et des paquets souvenirs. Cette très belle petite cérémonie a pris fin par une photo de famille.



Un dîner de clôture a été offert à la délégation du PASS par la Directrice générale de Rwanda coopération, qui avait à ses côtés M. Jean-Freddy

MAKUZA(Directeur financier) et M. Jean-Marie Vianney BUNANI(Chargé de Formation et de Visites d'Etudes).

6. Journée 6 : Samedi 23 juillet 2022 : Visites touristiques



Cette dernière journée a permis aux participants de visiter le musée de la Campagne contre le génocide afin de découvrir l'histoire de la libération du pays. Le musée est situé dans l'enceinte du parlement. C'est dans cet immeuble que la lutte pour la

libération a commencé en décembre 1993. C'est dans ce bâtiment que le bataillon de 600 hommes du Front patriotique rwandais (FPR) est hébergé avant le génocide, en vertu des accords d'Arusha.



Ils y restent quatre mois, avant de recevoir l'ordre, à partir du 7 avril 1994, par le Commandant suprême et actuel président de la République, Paul Kagame, de sauver les Tutsis qui se faisaient massacrer. Le musée ne retrace pas toute l'histoire du génocide rwandais, il expose en détails le plan de campagne militaire pour mettre fin au génocide, exécuté par

le Front patriotique rwandais (FPR), alors dirigé par Paul Kagame, suite au retrait des troupes de l'ONU. Il relate tous les faits et actes qui s'y sont déroulés. Après cela, les membres de la délégation ont été autorisés à faire des achats souvenirs avant le départ pour leurs pays respectifs.

7. Principales leçons à tirer

A notre analyse, 7 grandes innovations ont porté les systèmes de santé et de protection sociale Rwandais à un tel niveau de performance :

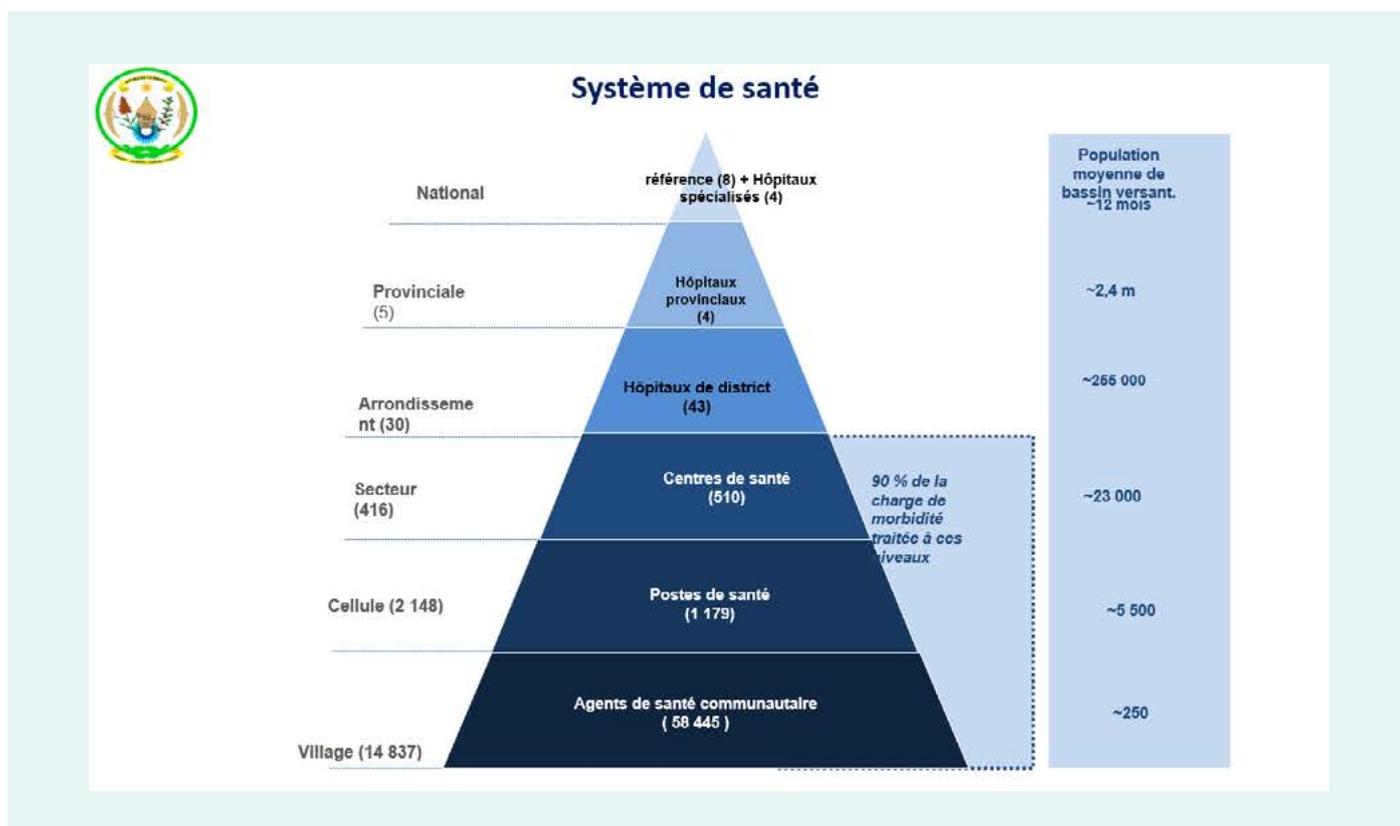
Pilier n°1 : Un système de santé décentralisé

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

Le district est subdivisé en secteurs, puis en cellules puis en village (la plus petite unité administrative comportant de 50 à 150 ménages ou 250 personnes environ. Chaque entité a sa structure médicale : l'hôpital de district pour chaque district, certains en ont deux, un Centre de Santé et un Poste de santé

pour respectivement le secteur et la cellule, et enfin, les agents communautaires de santé au niveau de chaque village. Cette organisation décentralisée, où planification et direction se situent au niveau du district permet d'avoir :

- Un service médical plus rationnel, plus unifié et qui satisfait les préférences locales ;
- Une meilleure exécution des programmes de santé ;
- Une diminution des services inutiles grâce à une définition plus précise des populations ciblées ;
- La réduction d'inégalités entre régions rurales et urbaines ;
- La maîtrise des coûts en adoptant des programmes rationalisés ;
- Davantage de participation (financière..) des communautés locales ;
- Une plus grande intégration des activités d'agences publiques et privées ;
- Une meilleure coordination intersectorielle, surtout dans les activités de développement d'administration locale et de développement rural.



Pilier n°2 : Le renforcement des soins de santé primaires avec une forte implication communautaire pour rendre les soins disponibles et accessibles jusque dans les villages

Le rôle et l'action des agents de santé communautaires a été étayé plus haut. Ils jouent un rôle primordial dans la première ligne du système

de santé, rôle qui est cependant bien défini et cadré quant à ses limites d'intervention et sa relation avec les centres de santé et postes de santé.

Le poste de santé est l'échelon suivant dans les structures de santé. Le gouvernement veut doter et équiper dans l'avenir le plus possible de cellules d'un poste de santé. Il stimule dans cette direction

les partenariats public-privé communautaires gérés par un infirmier ou une infirmière. Ils constituent les postes avancés du centre de santé au sein de la cellule et participent aux mêmes activités préventives et curatives.

Les centres de santé jouent un rôle essentiel dans la chaîne de structures sanitaires. La répartition est telle que chaque Rwandais en trouve un dans une périphérie de 5-10 km de son habitation qui est traditionnellement très dispersée au Rwanda. Un centre de santé est composé de salles de consultation, de salles d'hospitalisation. A la maternité il y a un espace prévu pour donner les soins mère-kangourou aux enfants prématurés. Il est à noter qu'au Rwanda, les accoucheuses traditionnelles ont disparu. Les agents de santé maternelle et infantile peuvent accompagner la mère vers les centres de santé mais ne sont pas habilités à jouer un rôle actif lors de l'accouchement. Chaque centre de santé possède un laboratoire relativement bien équipé. Il y a un nombre fixe de services de médecine préventive et sociale tels que le planning familial, le service de vaccination contre 11 maladies, le centre de prévention et de diagnostic et suivi du VIH, un service de lutte contre la violence faite aux femmes et un service d'assistance psychiatrique. Le centre de réhabilitation nutritionnelle reçoit tous les enfants qui présentent une malnutrition soit aiguë soit chronique identifiée par les agents de santé maternelle et infantile. Ils y reçoivent outre les conseils nutritionnels, des suppléments de lait, farines et de protéines sous forme de petits poissons séchés jusqu'à l'âge de cinq ans. Dans le cadre de la lutte globale contre la pauvreté, en plus des mesures d'ancrage dans la société, les familles indigentes reçoivent également des suppléments alimentaires.

Le niveau suivant, l'hôpital de district, couvre une population de 250.000 à 350.000 habitants et se consacre principalement à la médecine curative. L'ensemble des soins essentiels qui doivent être disponibles aux différents niveaux (Poste de santé, Centre de Santé, Hôpital de District, Hôpital provincial) a été bien défini et correspond à des critères de niveau de soins que l'état s'est imposé compte tenu du budget disponible. Pour les disciplines les plus importantes (soins obstétricaux, soins néonataux, soins pédiatriques, urgences), des protocoles standardisés et élaborés de diagnostic et de traitement sont mis à la disposition du personnel de l'hôpital de district accompagnés de formations.

Les hôpitaux disposent aussi d'un formulaire de médicaments essentiels disponibles selon les différents échelons des établissements de santé. Lorsque le patient a besoin de soins médicaux plus spécialisés, il sera référé soit à un des hôpitaux de district qui ont été promus comme hôpital de référence de même que les hôpitaux de province, qui forment l'intermédiaire entre l'hôpital de district

et le niveau tertiaire. Celui-ci est représenté par le Centre Hospitalier Universitaire de Butare (CHUB), le Centre Hospitalier Universitaire de Kigali (CHUK), le Kanombe Military Hospital (KMH) et le King Faisal Hospital (KFH). Le Rwandais qui bénéficie d'une mutuelle communautaire doit parcourir les différents niveaux des soins. Ceux qui sont assurés par d'autres assurances peuvent s'adresser au niveau de leur choix.

Pilier n°3 : Une direction de rigueur, avec des attentes élevées et une tolérance zéro pour la corruption

La corruption dans les seuls pays émergents ou en voie de développement est estimée entre 20 à 40 milliards de dollars par an par Transparency International, soit entre 20 à 40% de l'aide internationale au développement. Le Rwanda est cité en exemple par la Banque mondiale et l'organisation Transparency International comme un pays africain ayant adopté une attitude particulièrement intransigeante vis-à-vis de la corruption. Le ministère de la santé rwandais exerce une direction de rigueur, a des attentes élevées et une tolérance zéro pour la corruption. La surveillance des diverses activités est rendue possible par un système intégré d'information de la gestion de la santé.

Au cœur de la lutte anticorruption, le Bureau du Médiateur du Rwanda (« Office of the Ombudsman ») joue le rôle-clé d'organe de coordination générale. Doté des pouvoirs d'enquête et de poursuite, il orchestre le dispositif qui est relayé sur le terrain par des chambres anticorruption spécialisées au niveau des tribunaux intermédiaires. Un Conseil Consultatif National contre la Corruption et l'injustice a également été créé pour orienter la stratégie et améliorer le partage de l'information entre les différents acteurs de la lutte. La persévérance et l'engagement régulièrement renouvelé du Rwanda dans la lutte contre la corruption ont conduit, au fil du temps, à l'adoption de plusieurs lois couvrant aussi la protection des lanceurs d'alerte, le recouvrement des avoirs, le blanchiment et le financement du terrorisme.

Ainsi grâce à une bonne coordination, la plupart des principaux donateurs qui financent le système de santé rwandais et un bon alignement de leurs projets et de leurs financements aux plans stratégiques du gouvernement et grâce à un leadership fort et très exigeant pour tout son personnel, le Ministère de la santé a réussi à améliorer l'efficacité et l'impact de l'aide internationale sur l'accès aux soins des Rwandais.

Pilier n°4 : la course à la performance et à l'accessibilité

Le renforcement de la qualité et du volume des opérations basés sur des contrats de performance clairs dans le cadre du Financement basé sur la

performance et des mécanismes de redevabilité obligent l'offre de soins à être résolument tournée vers la satisfaction des populations. L'introduction d'innovations telles que l'accréditation des structures de santé, le système intégré d'information de la gestion de la santé, le recours à la e-santé (sms codés, drones, etc.) montrent à quel point le système de santé se projette vers l'avenir.

Le modèle rwandais du financement basé sur la performance a été présenté plus haut dans le rapport. Le MoH espère en donnant les stimulants financiers nécessaires au personnel de santé et aux structures de santé, arriver à augmenter la qualité et la quantité des soins.

Sa mise en place fait face aux défis de la qualité et de la vérification des données de santé, ainsi qu'à la négligence des soins non pris en compte dans le programme dans les centres de santé. Le schéma du PBF reste important pour les centres de santé et surtout pour les agents communautaires de santé où il représente leur seul revenu actuel dont 30% est distribué parmi les agents, 70% étant versé dans une caisse de la coopérative des agents communautaires de santé. Dans les hôpitaux de district le PBF a été quelque peu supplanté par le programme d'accréditation qui est issu du programme PBF. En effet, le monitoring du programme PBF dans les hôpitaux avait permis de constater quelques insuffisances qui n'étaient pas prises en compte et corrigées par le programme PBF. Le programme PBF est financé pour près de 50% par le budget national Rwandais, le reste provient des aides d'organismes internationaux.

Le programme d'accréditation des hôpitaux a débuté en 2011 par l'accréditation de l'hôpital King Faisal, hôpital de troisième niveau, par une organisation d'accréditation Sud-Africaine. Par la suite, pour des raisons budgétaires, le Ministère de santé a développé son propre système avec le support de USAID. En 2014 un « cadre des normes essentielles d'accréditation » a été conçu. Ces normes concernent 5 domaines d'intérêt :

- leadership et responsabilisation,
- compétence et capacité du personnel,
- environnement sûr pour le personnel et les patients,
- soins cliniques,
- monitoring de la qualité et de la sécurité.

Ce programme d'accréditation comporte trois niveaux de qualification:

- Tier niveau: disposer de normes pour les cinq

domaines d'intérêt cités plus haut ;

- niveau 2: les avoir implémentés ;
- niveau 3: les avoir implémentés, les monitorer et avoir des procédures pour opérer des améliorations.

Ce programme implique aussi la nomination dans chaque hôpital d'un responsable d'amélioration de qualité. Pour des raisons financières, l'évaluation est effectuée deux fois par an par une équipe Rwandaise nommée par le MOH et non par une équipe indépendante et internationale comme c'est le cas pour les accréditations des hôpitaux en Europe. Malgré ses limites, ce processus d'accréditation a fait progresser les hôpitaux dans leur ensemble de façon remarquable.

Toutes ces innovations ne seraient pas possibles sans un système de monitoring et d'enregistrement électronique de toutes les données aussi bien issues des centres de santé que des 40 hôpitaux de district, système appelé « Health Management Information System ».

L'HMIS reçoit l'entièreté de l'activité curative et préventive ainsi que les mouvements des patients et leur évolution des centres de santé et des hôpitaux de district sous forme de « rapports consolidés », transférés par le réseau de fibre optique de 4500 km dont le pays s'est doté depuis 2012. Le gestionnaire des données de l'hôpital de district extrait les données de HIMS se rapportant au district et en fait des rapports mensuels destinés à l'équipe de gestion sanitaire du district.

Pilier n°6 : La formation de ressources humaines adaptée aux besoins de la politique de santé et l'investissement dans la recherche

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



Le modèle de l'hôpital militaire de Kanombe offre un exemple concret de cette volonté de faire du Rwanda un hub international en matière de santé. C'est un hôpital moderne qui affiche l'ambition d'être un pôle d'excellence en médecine et une référence en Afrique où les interventions les plus techniques au monde pourront se faire. Le projet d'extension de cet hôpital qui nous a été présenté, envisage parallèlement d'investir massivement dans la formation et dans la recherche pour stimuler des solutions locales aux défis locaux de santé.

Pilier n°7 : Un recalibrage du rôle des mutuelles dans le passage à l'échelle de la couverture sanitaire universelle

Cette visite a également permis de découvrir l'ambition, la pertinence et les limites d'un modèle de santé et de protection sociale où les missions des mutuelles de santé ont progressivement évolué au regard leurs principales forces à savoir : la proximité et l'engagement.

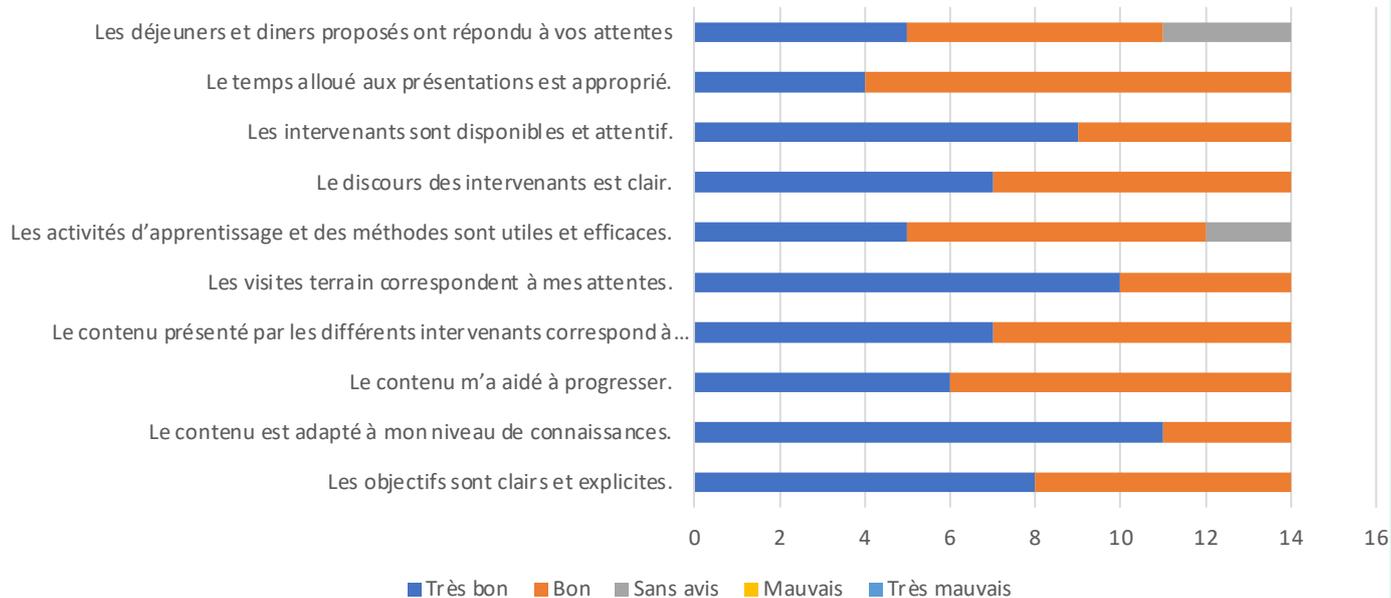
Les fonctions assurantielles et de gestion pures des mutuelles ont progressivement été confiées à l'Etat. La mutuelle n'a conservé que les fonctions de mobilisation communautaire autour de la cotisation à la couverture obligatoire, et s'est

impliquée dans la gestion ou dans la redevabilité de l'offre de soins. Il s'agit de deux activités importantes qui contribuent à ce que la couverture sanitaire universelle fonctionne bien en zone rurale. D'autres fonctions et rôles des mutuelles communautaires font l'objet d'une analyse par le PASS en complément de la sensibilisation, de la mobilisation et de la vérification de la qualité et de l'accès aux soins.

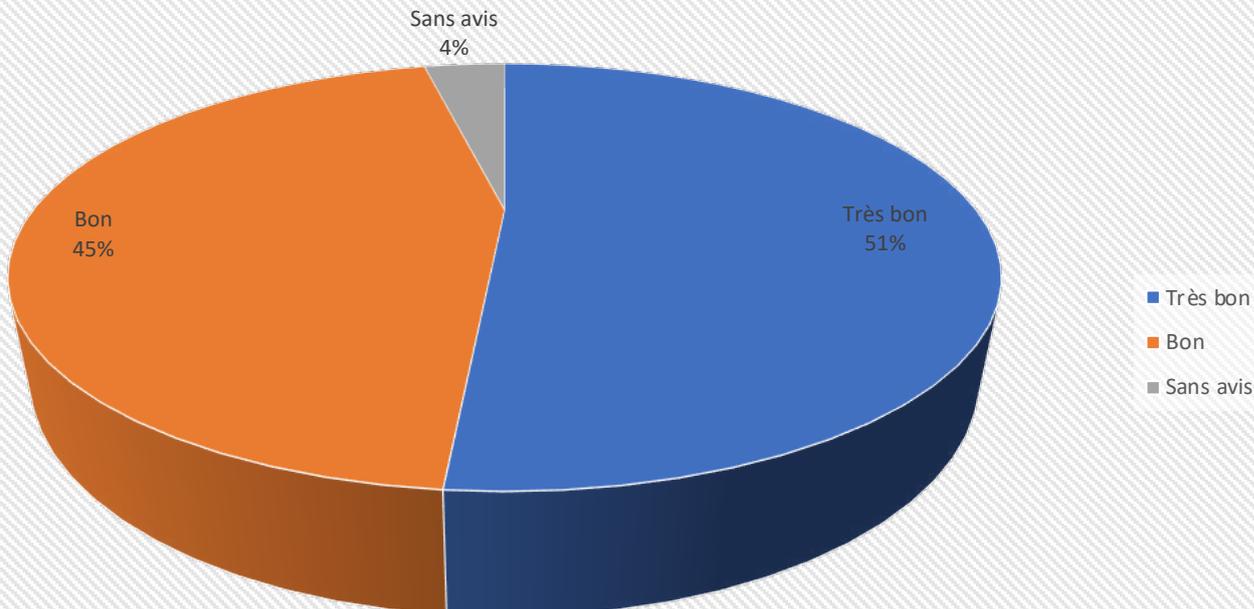
Par ailleurs, l'Etat a su inventer une collaboration intelligente entre l'économie sociale et solidaire et l'engagement communautaire en adossant chaque groupement d'agents de santé communautaire à une coopérative. Le PASS, en partenariat avec l'ONG ESSENTIEL (France) conduit à partir du 1er novembre 2022, une étude qui vise à analyser les conditions de viabilité des mutuelles communautaires en Guinée et au Bénin. L'étude se tient dans le cadre de l'évaluation du projet CAP-CSU financé par l'AFD. Elle analysera l'application de ce modèle (adossement des groupement d'ASC aux coopératives) aux mutuelles sociales et ses résultats pourraient enrichir les réflexions en cours à plusieurs niveaux et dans plusieurs pays sur les missions et rôles des mutuelles communautaires dans le cadre des politiques de CSU.

IV. EVALUATION DU VOYAGE D'ETUDES

Niveau de satisfaction des participant (détail)



Niveau de satisfaction général des participants



Au regard des résultats des synthèses de l'évaluation de la formation par les participants, on note une satisfaction générale de l'ensemble des participants. En effet, 96% des participants ont été satisfaits avec 51% des participants très satisfaits de l'organisation du voyage d'étude.

Les participants ont été très satisfaits des visites terrain, des contenus proposés et des intervenants. Certains participants ont été sans avis concernant la restauration et les méthodes d'apprentissage.

V. CONCLUSION

L'objectif de cet atelier qui consistait à permettre aux dirigeants et cadres de protection sociale de mieux comprendre le système de santé et de protection sociale du Rwanda a été atteint. Nous avons découvert un système de santé et un système de protection sociale faisant l'objet d'une grande implication du gouvernement entier. Six innovations ont contribué à obtenir les résultats qui nous ont été présentés :

- Un système de santé décentralisé pour gagner en efficacité et en efficience ;
- Une ligne de soins de santé primaires renforcée, avec une forte implication communautaire pour rendre les soins disponibles et accessibles jusque dans les villages ;
- Une direction de rigueur, avec des attentes élevées et une tolérance zéro pour la corruption ;
- la course à la performance et à l'accessibilité
- la formation de ressources humaines adaptés aux besoins de la politique de santé et l'investissement dans la recherche;
- Un recalibrage du rôle des mutuelles dans le passage à l'échelle de la couverture sanitaire universelle.

En outre, les participants ont fait les suggestions suivantes :

- ▷ Avoir plus de visites terrains pour mieux s'imprégner de la pratique ;
- ▷ Mettre à disposition les supports en amont pour mieux participer aux échanges ;
- ▷ Avoir un programme plus allégé lors des

prochaines éditions ;

- ▷ Alléger les frais de participation pour accroître le nombre de participants ;
- ▷ Recueillir les attentes des participants en amont pour adapter le programme ;
- ▷ Etendre la participation d'autres pays et intégrer le volet éducation dans le programme.

En conclusion, à partir de 2000 le Rwanda a développé un système de santé efficace offrant des soins préventifs à une très large part de la population grâce à une mutuelle communautaire, ainsi qu'une médecine curative de qualité mais avec une offre restreinte aux soins essentiels pour la grande majorité de la population.

Comparé cependant aux autres pays d'Afrique, le système de santé du Rwanda est malgré tout exemplaire par son efficacité. Cette efficacité s'est démontrée récemment par la façon dont le Rwanda a géré la crise sanitaire du COVID-19. Le Rwanda est le seul pays en Afrique sur la « whitelist » de l'Europe.

Pour le PASS et sa délégation, le voyage d'étude était riche en enseignements. Il a permis d'aller au-delà des attentes des participants et d'encourager la collaboration interpays. Ce voyage d'étude a permis aux participants de découvrir une expertise africaine, pilotée par Rwanda Cooperation disponible pour accompagner des réflexions stratégiques ou la mise en œuvre de projets en matière de santé ou de protection sociale en Afrique.

VI. ANNUAIRE



KIGALI – du 17 au 24 Juillet 2022

REPERTOIRE DES PARTICIPANTS - VOYAGE D'ETUDE AU RWANDA

N°	MUTUELLE	FONCTION	NOM ET PRENOMS	PAYS	CONTACT	ADRESSE EMAIL
1	MUTUELLE DU PERSONNEL DU MINISTRE DE L'EDUCATION NATIONALE ET DE L'ENSEIGNEMENT TECHNIQUE (MUPEMENET)	Président du conseil d'administration	BOKO brou Michael	Côte d'Ivoire	(+225)0707372600	michaelboko@gmail.com
2	MUTUELLE DES DOUANES DE COTE D'IVOIRE (MUDCI)	Directeur exécutif	KANGAH Konan Dominique	Côte d'Ivoire	(+225)0707243296	drake_kan@yahoo.fr
3		Administrateur	KOUADIO koffi Jérôme	Côte d'Ivoire	(+225)0708356003	Jeromekouadio36@gmail.com
4	MUTUELLE DES AGENTS DE LA DIRECTION GENERALE DES IMPOTS ET DES DOMAINES (MA-DGID)	Président du conseil d'administration	SANOGO Ousmane	Côte d'Ivoire	(+225)0757101010	bravaneous@yahoo.fr
5		Vice-Président du conseil d'Administration	BOUAKET toure	Côte d'Ivoire	(+225)0101177210	bouaketoure@yahoo.fr
6	MUTUELLE DE SANTE DES AGENTS DE L'ETAT (MSAE)	Président du Conseil d'Administration	N'DOYE Mandoye	Sénégal	(+221)776614464	mandoye@sigid.sn mansndoye2002@yahoo.fr
7		Secrétaire chargé des affaires financières	N'DIAYE blondin	Sénégal	(+221)776509936	Blondin4@yahoo.fr
8	INITIATIVES CONSEIL INTERNATIONAL (ICI SANTE)	Président du Conseil d'Administration	NGOM Babacar	Sénégal	(+221)776438397	ngom_mbay@yahoo.fr
9	MUTUELLE DES AGENTS DE LA CNPS (MACNPS)	Représentant Côte d'Ivoire	Dr GBODOU Evelyne	Côte d'Ivoire	(+225)0749158261	blova2@yahoo.fr
10	AGENCE DE LA COUVERTURE MALADIE UNIVERSELE (ANACMU)	Administrateur Délégué	COULIBALY robert	Côte d'Ivoire	(+225)0707142172	r.coulibaly@cnps.ci
11	MINISTRE DU DEVELOPPEMENT COMMUNAUTAIRE, DE L'EQUITE SOCIALE ET TERRITORIALE (MDCEST)	Directeur des affaires juridiques et des partenariats	LY Selly Mamadou	Sénégal	(+221)773419707	mamadouelly.ly@agencecmu.sn
12		Chef de la division réglementation et contentieux	BADIANE Rokhaya	Sénégal	(+221)776313971	rokhaya.badiane@agencecmu.sn
13		Directrice de l'Equité Sociale	DIAGNE Fatou	Sénégal	(+221)775329212	fatf.diagne@gmail.com

KIGALI – du 17 au 24 Juillet 2022

REPertoire DES PARTICIPANTS - VOYAGE D'ETUDE AU RWANDA

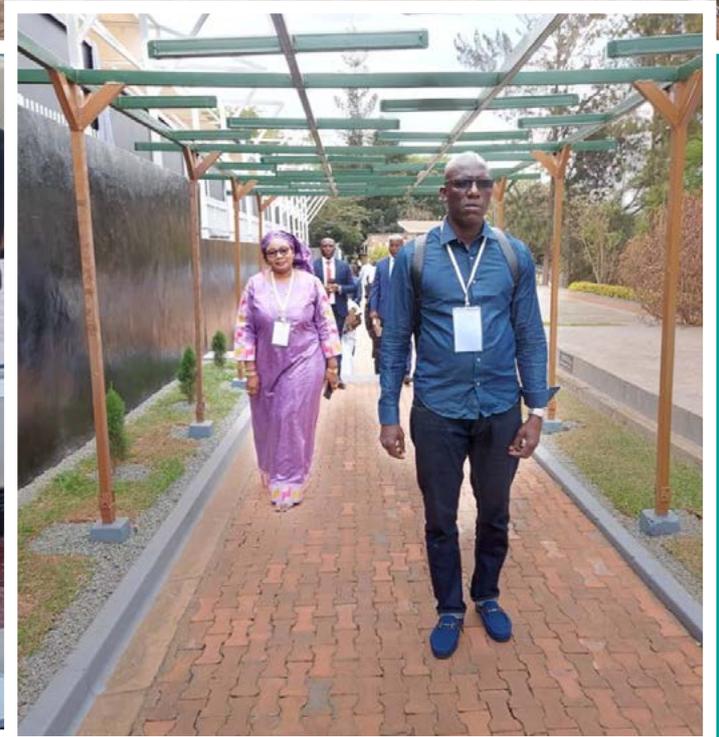
14	CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE (CNAM)	Directeur Technique	DIOMANDE Ahmed Tidiane	Côte d'Ivoire	(+225)0768766920	ahmed.diomande@ipscnam.ci
15	USAID SENEGAL	Conseiller en Assurance Maladie	GUEYE Mame Abdoulaye	Sénégal	(+221)776440892	guevemameabdoulaye@yahoo.fr
16	PROGRAMME D'APPLI AUX STRATEGIES SOCIALES (PASS)	Directeur Général	AYITE Jean victor	Côte d'Ivoire	(+225)0102288286	jv_ayite@pass-pro.org
17		Responsable Mutualité et Protection Sociale	SORO serge florentin	Côte d'Ivoire	(+225)0767561075	serge.soro@pass-pro.org

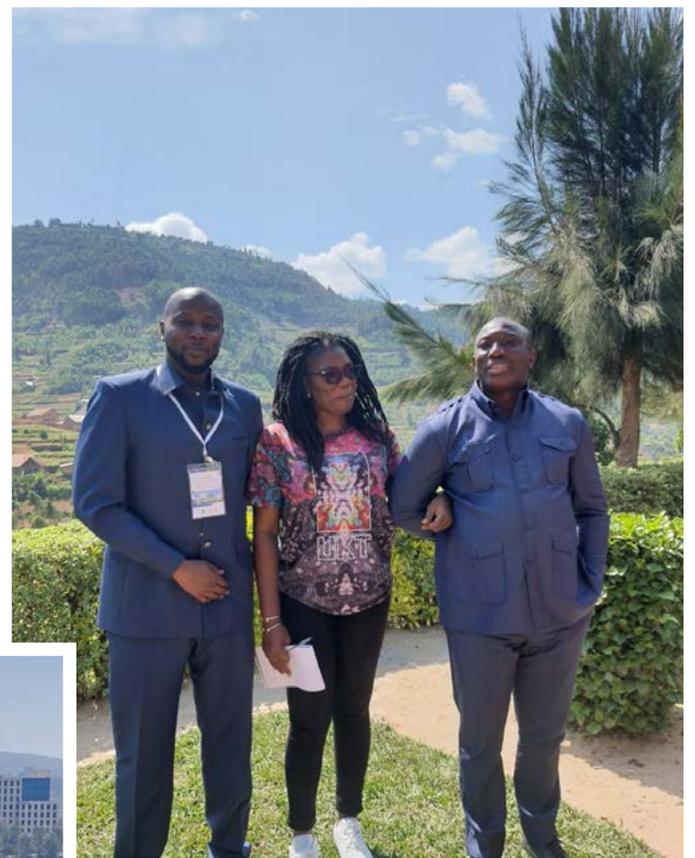
L'ÉVÉNEMENT EN IMAGES















avec le soutien de



Contacts :
Abidjan, Cocody II Plateaux les vallons; lot 2578, ilot 217
27 BP 394 Abidjan 27
Tel : +00225 27 21 38 99 91
info@pass-pro.org

 @passmut  @programme_pass  Programme Pass UEMOA

www.pass-mut.org