



Organisation  
mondiale de la Santé  
BUREAU RÉGIONAL DE L'  
Afrique



# STRATÉGIE DE COOPÉRATION DE L'OMS AVEC LES PAYS 2009–2013

# RWANDA



# STRATÉGIE DE COOPÉRATION DE L'OMS AVEC LES PAYS 2009–2013

## RWANDA

## Stratégie de Coopération de l'OMS avec les pays, 2009–2013 Rwanda

1. Planification santé
2. Mise en œuvre plan sanitaire
3. Priorités en santé
4. État sanitaire
5. Coopération Internationale
6. Organisation mondiale de la Santé

**ISBN:** 978 929 031 1355

(NLM Classification: WA 540 HR8)

©Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique (2009)

Les publications de l'Organisation mondiale de la Santé bénéficient de la protection par les dispositions du protocole No 2 de la Convention pour la Protection du Droit d'Auteur. Tous droits réservés. Il est possible de se procurer la présente publication auprès de l'Unité des Publications et des Langues, Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, B.P. 6, Brazzaville, République du Congo (téléphone : +47 241 39100; télécopie : +47 241 39507; adresse électronique : [afrobooks@afro.who.int](mailto:afrobooks@afro.who.int)). Les demandes relatives à la permission de reproduire ou de traduire la présente publication – que ce soit pour la vente ou une diffusion non commerciale – doivent être envoyées à la même adresse.

Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les lignes en pointillé sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

La mention de firmes et de produits commerciaux n'implique pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'Organisation mondiale de la Santé, de préférence à d'autres de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'Organisation mondiale de la Santé a pris toutes les mesures raisonnables pour vérifier l'exactitude des informations contenues dans la présente publication. Toutefois, cette publication est diffusée sans aucune garantie, fut-elle expresse ou sous-entendue. Le lecteur est responsable de l'interprétation des informations qu'elle contient et de l'utilisation qui en est faite. L'OMS ne peut en aucun cas être tenue responsable des dommages qui pourraient découler de l'utilisation de ces informations.

# SOMMAIRE

<b>ABRÉVIATIONS</b> .....	<b>v</b>
<b>PRÉFACE</b> .....	<b>ix</b>
<b>RÉSUMÉ</b> .....	<b>xi</b>
<b>SECTION 1 INTRODUCTION</b> .....	<b>1</b>
<b>SECTION 2 DÉFIS SANITAIRES ET DE DÉVELOPPEMENT</b> .....	<b>3</b>
2.1. Profil du pays .....	3
2.2. Profil sanitaire .....	4
2.3. Bilan de la mise en œuvre de la précédente SCP 2004-2007 .....	12
2.4. Gaps en matière de mise en œuvre de l'agenda stratégique .....	14
2.5. Défis actuels .....	14
<b>SECTION 3 AIDE AU DÉVELOPPEMENT ET PARTENARIATS.</b> .....	<b>15</b>
3.1. Tendence générale de l'aide au développement .....	15
3.2. Modalités de l'aide .....	16
3.3. Principaux partenaires et domaines d'intervention .....	17
3.4. Mécanismes de coordination des interventions .....	17
<b>SECTION 4 CADRE DE POLITIQUE INSTITUTIONNELLE DE L'OMS :     ORIENTATIONS MONDIALES ET RÉGIONALES</b> .....	<b>19</b>
4.1. But et mission de l'OMS .....	19
4.2. Fonctions essentielles .....	19
4.3. Le programme mondial d'action sanitaire .....	20
4.4. Les domaines prioritaires au niveau mondial .....	20
4.5. Les domaines prioritaires au niveau régional .....	20
4.6. Rendre l'OMS plus efficace au niveau de pays .....	21
<b>SECTION 5. PROGRAMME DE COOPÉRATION ACTUELLE     DE L'OMS AVEC LE RWANDA</b> .....	<b>22</b>
5.1. Bureau DE Pays .....	22
5.2. Appui du Siège et du Bureau Régional pour l'Afrique .....	24
5.3. Forces, faiblesses, défis, opportunités et menaces de la coopération avec le pays. ....	24
<b>SECTION 6 AGENDA STRATEGIQUE : CHOIX DES PRIORITES POUR LA     COOPERATION DE L'OMS AVEC LE PAYS.</b> .....	<b>26</b>
6.1. Réduction de la mortalité maternelle et infantile .....	26
6.2. Lutte contre les maladies transmissibles et non transmissibles .....	28

6.3.	Promotion de la santé, Sécurité sanitaire des aliments, Santé et environnement .....	30
6.4.	Renforcement de la performance du système de santé, .....	31
<b>SECTION 7</b>	<b>IMPLICATIONS DE LA MISE EN ŒUVRE DE L'AGENDA STRATEGIQUE .....</b>	<b>33</b>
7.1	Implications pour le Bureau pays vis-à-vis du Ministère de la santé et du système des NU .....	33
7.2	Equipes Inter pays, Bureau Régional et Siège. ....	34
<b>SUIVI EVALUATION .....</b>		<b>35</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>		<b>36</b>
<b>ANNEXE 1 .....</b>		<b>37</b>
<b>ANNEXE 2 SUPPRIMER CATALOGUE À LA SOURCE JUSQU'À AFRO .....</b>		<b>38</b>

## ABRÉVIATIONS

ANSP+	:	Association nationale de Soutien aux séropositifs.
ARV	:	Anti-rétroviraux.
ATM	:	Aids Tuberculosis and Malaria.
CCA	:	Common Country Assessment.
CCM	:	Country Coordination Mechanism.
CDC	:	Center for Disease Control.
CDT	:	Centre de Traitement et de Dépistage.
CNLS	:	Commission nationale de Lutte contre le sida.
CNTS	:	Centre national de Transfusion sanguine.
COD	:	Common Operational Document.
COMESA	:	Common Market for Eastern and Southern Africa.
DMTF	:	Disaster Management Task Force.
DPCG	:	Development Partner's Coordination Group.
EAC	:	East African Community.
EB	:	Extra Budget.
EDPRS	:	Economic and Development Poverty Reduction Strategy.
EDS	:	Enquête démographique et de Santé.
EDSRIII	:	3 <sup>ème</sup> Enquête démographique et de Santé, au Rwanda.
ICV	:	Enquête intégrale sur les Conditions de Vie des ménages.
EIDHS	:	Enquête intermédiaire sur les Indicateurs démographiques et de Santé (2007-2008).
EPI	:	Expanded Programme on Immunization.
FHP	:	Family Health Programme.
GAVI	:	Initiative mondiale pour la Vaccination.
GFATM	:	Global Fund for Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria.
GLIA	:	Great Lakes Initiative on AIDS.
GSM	:	Global Management System.
GoR	:	Government of Rwanda.
HAMS	:	Hygiène et Assainissement en Milieu scolaire.

HBM	:	Home Based Management.
HIV	:	Human Immunodeficiency Virus.
HQ	:	Headquarter (OMS Siège).
HSSP I	:	Health Sector Strategic Plan I (2005 – 2009).
HSSP II	:	Health Sector Strategic Plan I (July 2009 – June 2012).
HSP	:	Politiques et Système de Santé.
ICT	:	Information, Communication and Technology.
IDHS	:	Interim Demographic and Health Survey (2007-2008).
IO	:	Infections opportunistes.
IST	:	Infections Sexuellement transmissibles.
IST	:	Inter-country Support Team (Bureau sous-régional OMS).
KHI	:	Kigali Health Institute.
LNR	:	Laboratoire national de Référence.
M&E	:	Monitoring and Evaluation.
MAP	:	World Bank Multi-country HIV/AIDS Program for Africa.
MINISANTE	:	Ministère de la Santé.
MIP	:	Malaria in Pregnancy.
Mini DHS	:	Mini Demographic and Health Survey.
MOU	:	Memorandum of Understanding.
MTN	:	Maladies tropicales négligées.
MTR	:	Mid Term Review.
NEPAD	:	New Partnership for Africa Development.
NISR News Bulletin	:	The Rwandan Statistician, bulletin de l'Institut national de statistiques au Rwanda.
OMD	:	Objectifs du Millénaire pour le Développement.
OMS	:	Organisation mondiale de la Santé.
ONG	:	Organisation non gouvernementale.
PCIME	:	Prise en Charge intégrée des Maladies de l'Enfance.
PEPFAR	:	President's Emergency Plan for AIDS Relief.
PEV	:	Programme élargi de Vaccination.
PFA	:	Paralysie flasque aigue.
PHAST	:	Participatory Hygiene and Sanitation Transformation.

PNILT	:	Programme national intégré de Lutte contre la Lèpre et la Tuberculose.
PRSP I	:	Poverty Reduction Strategic Paper.
PSMT	:	Plan stratégique à moyen Terme.
PTME	:	Prévention de la Transmission de la Mère à l'Enfant.
PVVIH	:	Personnes Vivant avec le VIH.
RB	:	Regular Budget.
SCP	:	Stratégie de Coopération avec les Pays.
SIDA	:	Syndrome d'Immunodéficience acquise.
SIMR	:	Surveillance intégrée de la Maladie et la Riposte.
SIS	:	Système d'Information sanitaire.
SO	:	Strategic Objective.
SWAP	:	Sector Wide Approach.
TRAC	:	Treatment and Research AIDS Center.
TRACNET	:	Système électronique d'information sanitaire du TRAC.
TRAC PLUS	:	Treatment and Research AIDS Center Plus Tuberculosis and Malaria.
TSP	:	Technical Support Programme.
UN	:	United Nations.
UNAIDS	:	United Nations on AIDS.
UNDAF	:	United Nations Development Assistance Framework.
UNDP	:	Programme des Nations Unies pour le Développement.
USAID	:	United States Agency for International Development.
USG	:	United States Government.
VCT	:	Voluntary Counselling and Testing
VIH	:	Virus de l'Immunodéficience humaine.
WHO	:	World Health Organisation.
WPC	:	WHO Presence in country.
WR	:	WHO Representative.





# PRÉFACE

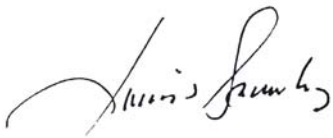
La stratégie de coopération de l'OMS avec les pays (SCP) cristallise l'essentiel des réformes adoptées par l'Organisation mondiale de la Santé en vue de renforcer son action au sein des pays. Elle a impulsé une orientation qualitative décisive aux modalités d'intervention de coordination et de plaidoyer de notre institution dans la Région africaine. Actuellement bien établie comme outil de planification à moyen terme de l'OMS au niveau des pays, la stratégie de coopération vise plus de pertinence et de focalisation en détermination de priorités, plus d'efficacité dans la réalisation des objectifs et une plus grande efficacité dans l'utilisation des ressources affectées à l'action de l'OMS dans les pays.

La première génération de documents de stratégie de coopération avec les pays a été établie à travers un processus participatif qui a mobilisé les trois niveaux de l'Organisation, les pays et leurs partenaires. Pour la majorité des pays, la période biennale 2004-2005 a constitué le point crucial de recentrage de l'action de l'OMS. Il a permis aux pays de mieux planifier leurs interventions suivant une approche basée sur les résultats et un processus gestionnaire amélioré favorisant la prise en compte de leurs besoins réels par les trois niveaux de l'Organisation.

Tirant leçon de la mise en œuvre des SCP de première génération, les documents de SCP de seconde génération en harmonie avec le 11<sup>ème</sup> Programme général de Travail de l'OMS et le Cadre stratégique à moyen terme, prennent en compte les priorités sanitaires des pays définies dans les plans nationaux de développement sanitaire et les plans sectoriels de lutte contre la pauvreté. Les SCP s'inscrivent aussi dans le nouveau contexte global de la santé et intègrent les principes d'alignement, d'harmonisation, d'efficacité tels que formulés dans la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide et dans les récentes initiatives telles que « Harmonisation pour la Santé en Afrique » (HHA) et « Partenariat international pour la Santé-Plus » (IHP+). Ils reflètent aussi la politique de la décentralisation opérée et qui renforce la capacité de prise de décision par les pays pour une meilleure qualité des programmes et des interventions de santé publique.

Enfin, les documents de SCP de deuxième génération sont en synchronisation avec le Cadre d'Assistance et de Développement des Nations Unies (UNDAF) en vue d'atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement.

Je salue le leadership efficace et efficient assuré par les pays dans la conduite de cet important exercice de formulation des documents de stratégie de coopération de l'OMS avec les pays et demande à tout le personnel de l'OMS, en particulier aux représentants de l'OMS et aux directeurs de divisions, de redoubler d'efforts pour garantir une mise en œuvre effective des orientations de la stratégie de coopération avec les pays en vue de meilleurs résultats sanitaires au bénéfice des populations africaines.



Dr Luis G. Sambo

Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique



# RÉSUMÉ

Le nouveau contexte de la globalisation notamment, les programmes de réduction de la pauvreté, les initiatives globales et régionales de financement et l'initiative de la réforme du système des Nations Unies ont fortement influencé tous les secteurs de développement des pays. Dans le domaine de la santé, depuis 2000, le Conseil exécutif de l'OMS avait approuvé une stratégie institutionnelle pour orienter l'activité du Secrétariat de l'Organisation. Cette stratégie avait souligné le rôle essentiel des pays pour l'action de l'Organisation, d'où la nécessité de traduction de la stratégie mondiale en stratégies spécifiques, adaptées aux besoins de chaque pays. Au fil des années, la stratégie de coopération avec les pays, est devenue un solide document qui harmonise et aligne l'action de l'Organisation sur les visions, les orientations stratégiques des pays et du Plan- Cadre des Nations Unies d'Aide au Développement.

C'est dans ce contexte que l'OMS avait élaboré un premier document de Stratégie de Coopération avec les Pays 2004 – 2007, qui, en réponse aux défis sanitaires du moment, avait proposé trois axes stratégiques :

- i) Amélioration de la performance du système de santé ;
- ii) Lutte contre la maladie ;
- iii) Promotion de la santé ainsi que santé et environnement.

Cependant, malgré les importantes réalisations dans la mise en œuvre de la première SCP, le problème d'accès aux soins, surtout pour les populations démunies, l'accessibilité insuffisante aux soins de qualité, l'insuffisance de personnel de santé qualifié et la pauvreté de la population restent une préoccupation pour les autorités nationales.

L'élaboration de la seconde SCP qui couvrira la période 2009-2013, se veut être une continuité de la première SCP. La nouvelle stratégie de coopération avec le Rwanda, alignée sur la politique nationale de santé et le deuxième Plan stratégique du Secteur (HSSPII) montre à moyen terme, les grands axes de la coopération de l'OMS avec le Rwanda, en matière de santé.

Elle retrace les grandes lignes des défis sanitaires et de développement du pays dont le profil sanitaire est dominé par l'émergence des maladies non transmissibles et les maladies transmissibles. Ces dernières restent au premier rang des causes de morbi - mortalité avec en tête, le paludisme, les IST/VIH/Sida et les infections opportunistes qui à elles seules, sont créditées des 35% des causes de mortalité hospitalière (EIDHS, 2007-2008).

Le Rwanda, comme les autres pays de la sous région, reste sous la menace des catastrophes naturelles ou provoquées par le comportement des hommes. La mortalité et la morbidité dues aux maladies, sont aggravées par les problèmes liés à l'eau et à l'assainissement, le haut niveau de pauvreté et le bas niveau d'éducation des populations.

Le financement de la santé est à dominante extérieure mais les contributions du gouvernement et surtout des populations, à travers les mutuelles de santé, sont en nette progression. Les financements extérieurs suivent désormais la politique nationale d'aide qui préconise l'appui budgétaire et l'approche sectorielle. Plusieurs partenaires ont souscrit à

cette approche y compris les Agences des Nations Unies, par la signature du protocole d'entente du SWAP santé, en 2007, et par leur participation active à son opérationnalisation.

Pour mieux appréhender ces problèmes de santé de la population, le Rwanda a opéré des réformes administratives du système de santé, répondant à la politique nationale de décentralisation. Il a récemment adopté le deuxième Plan stratégique du secteur comme l'outil d'opérationnalisation de l'EDPRS et de la vision 2020.

Pour les prochaines années, l'OMS focalisera son intervention sur l'appui à la réponse collective aux défis sanitaires évoqués ci-dessus, mais aussi au renforcement des importants acquis du secteur santé. Son efficacité au Rwanda, se trouvera renforcée par cette nouvelle Stratégie de coopération basée sur les fonctions essentielles de l'OMS, le programme mondial d'action sanitaire, les domaines prioritaires au niveau mondial et régional.

Ainsi, conjointement avec le Ministère de la santé, 13 domaines de travail ont été identifiés et sont tous alignés sur les priorités du pays définis dans les documents cadres tels que le deuxième Plan stratégique sectoriel de la Santé, lui-même inspiré de la stratégie de réduction de la pauvreté et de développement économique, de la vision 2020 et de l'UNDAF dans le contexte du « Delivering as One ».

Quatre axes stratégiques prioritaires feront l'objet de l'appui de l'OMS au cours des quatre prochaines années.

Ce sont :

- i) La réduction de la mortalité maternelle et infantile ;
- ii) La lutte contre les maladies transmissibles et non transmissibles ;
- iii) La Promotion de la santé, la sécurité sanitaire des aliments, Santé et Environnement ;
- iv) L'amélioration de la performance du système de santé.

Pour respecter ses engagements vis-à-vis du gouvernement Rwandais, représenté par le Ministère de la Santé, l'OMS pays appuyée par le Bureau régional et le siège, renforcera ses capacités gestionnaires et financières, en ressources humaines, en moyens techniques et matériels pour faire face aux défis exprimés dans le document de stratégie de coopération de l'OMS avec le Rwanda.

# SECTION 1

## INTRODUCTION

L'élaboration de la stratégie a fait l'objet de consultations intensives avec les partenaires nationaux et internationaux, à travers des sessions communes de discussion, de « brainstormings » et de rencontres individualisées. Elle a également fait l'objet d'échanges fructueux entre le personnel du Bureau OMS pays à travers des sessions de réflexion et d'analyse documentaire, avec la contribution des Bureaux IST/CA, régional et Siège. Le développement des axes stratégiques a été fait lors d'un atelier d'une journée, auquel un groupe de travail OMS/ Ministère de la santé a pris part. Le document a fait l'objet d'un consensus avec la participation des cadres du Ministère de la Santé, au plus haut niveau, et des partenaires au développement. La stratégie de coopération de l'OMS avec le Rwanda, prend en compte les changements survenus dans le domaine de la santé ces dernières années, occasionnés par de nouvelles stratégies de développement adoptées au niveau mondial, régional et national. Ces stratégies comprennent notamment :

- i) Les stratégies de réduction de la pauvreté élaborées par les pays en développement et sur lesquelles tous les programmes de coopération doivent s'aligner ;
- ii) Les initiatives des pays riches de réduction ou d'annulation de la dette pour certains pays pauvres ;
- iii) La mise en place de nouvelles initiatives globales de financement de la santé dont la création du fonds mondial de lutte contre le VIH/Sida, le paludisme et la tuberculose (GFATM) , l'initiative mondiale pour la vaccination (GAVI) etc.

Pour s'adapter à cette nouvelle donne, le Rwanda, à l'instar de beaucoup de pays de la région africaine, a opéré des changements, surtout en matière de gestion et de coordination de l'aide extérieure. Un des premiers changements survenus est la mise en place par le Rwanda, d'une stratégie d'approche sectorielle de la santé (SWAP), à travers laquelle le Gouvernement a renforcé son rôle de leadership et de coordination des mécanismes de programmation et de gestion conjointe de l'aide au développement. L'initiative de la réforme du système des Nations Unies, « One UN » s'est traduite par la mise en place du Programme commun des Nations Unies (COD), comme outil d'opérationnalisation du Plan-Cadre d'Aide au développement des Nations Unies (UNDAF).

La deuxième génération de la stratégie de coopération de l'OMS avec le Rwanda (2009-2013), s'inspire du plan stratégique à moyen terme, de l'OMS (2008-2013), du onzième programme général de l'OMS 2006-2015, et des orientations stratégiques de l'action de l'OMS dans la région africaine 2005-2009.

Tout comme la précédente, elle s'inspire également, de la politique nationale de santé du Rwanda, adoptée en 2005, et aussi du deuxième plan stratégique national du secteur santé (HSSPII 2009-2012). Le HSSPII est pour le Rwanda, l'outil d'opérationnalisation dans le domaine de la santé, sur le moyen terme, de la Stratégie de Réduction de la Pauvreté et du développement économique du Rwanda (EDPSR 2008-2012), de la vision 2020 du

Gouvernement, des Objectifs de Développement du Millénaire, du Bilan Commun des Pays (CCA, 2000), et du Plan Cadre des Nations Unies pour l'aide au développement (UNDAF). Pour la période 2009-2013, l'OMS appuiera le Ministère de la Santé dans le cadre de la mise en œuvre des plans d'actions biennaux et focalisera son intervention sur 4 axes prioritaires :

- i) La réduction de la mortalité maternelle et infantile ;
- ii) La lutte contre les maladies transmissibles et non transmissibles ;
- iii) La Promotion de la santé, sécurité sanitaire des aliments, Santé et Environnement ;
- iv) L'amélioration de la performance du système de santé.

## SECTION 2

# DÉFIS SANITAIRES ET DE DÉVELOPPEMENT

### 2.1 PROFIL DU PAYS

Le Rwanda est un pays enclavé de l'Afrique centrale, situé dans la région des Grands Lacs. Son relief est fait essentiellement de collines de hautes altitudes, d'où le nom de « Pays des Mille Collines ». Le Rwanda a une population estimée à 9,2<sup>1</sup> Millions d'habitants, avec une superficie de 26,338 km<sup>2</sup> et une densité moyenne de 350 d'habitants au km<sup>2</sup>. Le taux d'accroissement annuel de la population est actuellement, de 2,6% avec une estimation que le Rwanda atteindra 16 millions en 2020, si le taux d'accroissement reste inchangé<sup>2</sup>. L'indice synthétique de fécondité s'élève à 5, 5 (EIDHS 2007). Les femmes sont estimées à 52,3% de la population avec une espérance de vie, à la naissance, de 53,3 ans comparée à 49,4 ans pour les hommes. L'espérance de vie totale moyenne, à la naissance, est de 51,4 ans<sup>3</sup> et la part de la population de moins de 15 ans est d'environ 50%<sup>4</sup>.

Selon l'enquête démographique et de santé de 2005, EDSIII, le taux de mortalité des enfants était respectivement, de 37/1000 naissances vivantes, pour les nouveau-nés, 86/1000 naissances pour la mortalité infantile et 152 pour les moins de 5 ans. Nous notons une amélioration par rapport aux chiffres de 2000 qui étaient respectivement, de 45/1000, 107/1000 et 196/1000. Les données récentes de l'Enquête intermédiaire sur les indicateurs démographiques et de santé (EIDHS 2007-2008), montrent une nette réduction de la mortalité néonatale, infantile et infanto-juvénile qui sont respectivement, de 28/1000 naissances vivantes, 62/1000 naissances vivantes et de 103/1000 naissances vivantes. La mortalité maternelle est estimée à 750/100 000 naissances vivantes et selon EIDHS 2007-2008, 52% des naissances ont été assistées par du personnel de santé.

Le Rwanda a opéré des réformes administratives pour renforcer la décentralisation et la participation de la population à la prise de décision. Ainsi, le découpage administratif a été revu et à présent, le pays est subdivisé administrativement en 4 Provinces et la ville de Kigali, subdivisées à leur tour, en 30 districts administratifs, ensuite en 416 secteurs, puis en 2148 cellules et 14 980 villages/imidugudu<sup>5</sup>. Le district administratif est l'unité politico-administrative de base.

En matière de politique étrangère, le Rwanda a adhéré aux entités politico-économiques régionales dont le Nouveau Partenariat pour le Développement de l'Afrique (NEPAD), le Common Market for Eastern and Southern Africa (COMESA) ainsi que l'East African Community (EAC).

<sup>1</sup> NISR 2002. Rwanda General Population and Housing Census (RGPH).

<sup>2</sup> The Population is estimate to be 9.3 millions on 2007 (based on projections of Census 2002).

<sup>3</sup> Population projections, Gisenyi meeting, hosted by NISR, February 2009.

<sup>4</sup> MINISANTE, MINECOFIN : Enquête démographique et de santé, 2005.

<sup>5</sup> Site du Ministère de l'Administration Locale (MINALOC).



La situation socio économique du pays a été fortement influencée par les conséquences du génocide jusque dans les années 2000, et actuellement, la situation s’améliore de plus en plus.

Dans le secteur social, l’impact du génocide a été le plus visible. Ainsi en 2006, après 12 ans d’efforts, le Ministère du Genre et de la Promotion de la Famille évaluait à 22 535 le nombre d’enfants dans les familles d’accueil, à 7000 le nombre d’enfants de la rue, à 3751 le nombre d’enfants dans les centres pour enfants non accompagnés (CENA) et à 100 956 le nombre d’enfants vivant dans les ménages gérés par des enfants.<sup>6</sup>

La croissance du PIB était estimée à 5,7% en 1999, et 7,8% en 2006<sup>7</sup>. La demande de consommation a augmentée, principalement celle des ménages. Sur la période 2001-2006, le secteur des services a pris de plus en plus d’importance bien que l’agriculture reste la principale composante du PIB (43,8% contre 36,4%) et mobilise plus de main d’œuvre. L’industrie a contribué pour 14,2% sur cette période.<sup>8</sup>

L’incidence de la pauvreté est toujours élevée dans le pays : 57% de la population vivant en dessous du seuil de pauvreté dont 37% vivant en extrême pauvreté.<sup>9</sup> Le revenu annuel par habitant, est passé de 235 \$US à 291,3 \$US entre 2002 et 2008<sup>10</sup>. 80% de la population Rwandaise vit en zone rurale et est engagée dans l’agriculture (EICV2 2005-2006).

Afin de réduire les inégalités dans l’accès à l’enseignement, aux soins de santé, à l’emploi et aux instances de décision, le concept genre a été adopté. A cet effet, la législation Rwandaise a également été revue et actuellement les femmes occupent 54 % des places au parlement, 47,5% dans les instances de décision <sup>11</sup> et peuvent légalement hériter de leurs familles.

Pour mettre plus d’accent sur l’amélioration de la santé de la population comme une des stratégies de réduction de la pauvreté, le deuxième plan stratégique du secteur santé a été adopté comme outil d’opérationnalisation de l’EDPRS et de la vision 2020.

## 2.2 PROFIL SANITAIRE

Malgré les progrès accomplis dans la lutte contre les maladies notamment, l’élimination du tétanos maternel et néo-natal, la documentation de l’éradication de la poliomyélite, le contrôle de la rougeole et la réduction de la mortalité liée au paludisme, le profil épidémiologique du Rwanda reste dominé par les maladies transmissibles qui constituent 90 % des motifs de consultation dans les formations sanitaires.<sup>12</sup> La mortalité et la morbidité dues à ces affections sont aggravées par le haut niveau de pauvreté, le bas niveau d’éducation de la population ainsi que par les problèmes liés à l’insuffisance de l’eau, de l’hygiène et des systèmes d’assainissement adéquats.

<sup>6</sup> Conférence nationale sur la prise en charge, le traitement et l’assistance aux enfants infectés et affectés par leVIH/sida, 2006.

<sup>7</sup> NISR News Bulletin, August 2007, Page 6. The Rwandan Statistician, bulletin de l’Institut national de statistiques, au Rwanda.

<sup>8</sup> EICV 2006.

<sup>9</sup> NISR ; EICV2, 2005-2006.

<sup>10</sup> U. N.

<sup>11</sup> EDPRS, 2008-2012.

<sup>12</sup> Ministère de la Santé, rapport annuel 2007.

Les maladies transmissibles les plus fréquentes sont le paludisme, le VIH et le sida, les infections respiratoires aiguës, les maladies diarrhéiques et la tuberculose. D'autres maladies apparaissent sous forme d'épidémies : le typhus, le choléra, la rougeole et la méningite. Ces maladies font l'objet de stratégies de lutte spécifiques et d'une surveillance permanente au Rwanda. La stratégie de surveillance proposée par l'OMS, appelée « Surveillance intégrée de la Maladie et Riposte » (SIMR) concernant 19 pathologies, est appliquée au Rwanda depuis 2003.

Cependant, le Rwanda connaît aussi une émergence des maladies non transmissibles liée au développement des comportements à risque et à l'urbanisation. Comme les autres pays de la sous région, il reste sous la menace des catastrophes naturelles ou provoquées et des maladies émergentes et ré émergentes (SRAS, Grippe aviaire, Grippe A (H1N1) etc.).

Le paludisme est cité comme la première cause de morbidité et de mortalité au Rwanda. Cependant, selon le rapport annuel 2007 du Minisanté, la morbidité, la mortalité et la létalité spécifique du paludisme sont en nette régression. Par rapport aux dix premières causes de consultations, sa morbidité proportionnelle est passée de 37,9% en 2005, à 28,4% en 2006, et à 15% en 2007. Les enfants de moins de 5 ans sont les plus touchés, avec une morbidité proportionnelle de 31,5%. Le taux de létalité palustre qui était de 10,1 % en 2001, est tombé à 4,4% en 2006, et à 2% en 2007.

Cette diminution de la morbidité et de la létalité palustre s'explique surtout par l'utilisation de la combinaison arthemeter lumefantrine (Coartem), l'augmentation de l'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticides, la mise en œuvre de la stratégie « Home Based Management of Malaria » (HBM), la stratégie de Traitement préventif intermittent chez la femme enceinte (TPI) (43% en 2005, contre 65% en 2006) et l'accroissement du taux d'adhésion aux mutuelles.

Le Rwanda connaît une épidémie généralisée du **VIH/sida** avec une prévalence nationale estimée à 3% dans la population générale âgée de 15 à 49 ans (DHS 2005). Cette prévalence du VIH cache des disparités entre les milieux urbain (7,3%) et rural (2,2%), entre les femmes (3,6%) et les hommes (2,3%). L'enquête de séro surveillance de l'infection à VIH par sites sentinelles, chez les femmes enceintes, dans les services de consultation prénatale, réalisée en 2007, révèle une prévalence médiane de 4,3% (VS 4,1% en 2005, et 5,1% en 2002/2003, pouvant varier entre 3,9% et 4,6%). La prévalence de la syphilis a fortement diminué chez les femmes enceintes, passant de 5,9%, en 2005, à 2,4%, en 2007.

Selon les données de projection avec le Spectrum, le nombre de PVVIH est estimé à 149000 en 2008, dont 17000 enfants (Source : NSP 2009). La proportion des couples séro discordants est estimée à 3%, en 2008.

Face à cette situation, le Gouvernement s'est engagé vers l'objectif de l'accès universel aux services de prévention, de traitement, de soins et de soutien d'ici 2010. Entre 2003 et 2008, la disponibilité des services de conseil et de dépistage du VIH s'est accrue, passant 44 à 374, soit 81% des formations sanitaires et le nombre de services de PTME est passé de 53 à 341, soit 75% des établissements de santé. L'accès au traitement antirétroviral s'est élargi durant la même période. A la fin de l'année 2008, le nombre de sites ARV était de 217 (soit 43% des formations sanitaires) et le nombre total de PVVIH sous traitement antirétroviral, était de 63,149 (vs 4189 en 2003), soit une couverture de 70%. Près des 2/3 des PVVIH sous ARV sont des femmes et environ 99% des patients sont sous traitement de première ligne.

En dépit de ces progrès, on note quelques défis en matière de :

- Intensification des efforts de prévention face au nombre des nouvelles infections, au faible taux d'utilisation des préservatifs, à l'insuffisance des interventions ciblées en direction des groupes de population à risque (les travailleuses de sexe et leurs clients, les MSM, les couples séro – discordants), à l'extension des activités prioritaires de prévention comme la circoncision, le PITC, la promotion de l'utilisation des préservatifs et la sensibilisation des communautés ;
- Traitement antirétroviral dont la couverture demeure faible (43%) par rapport à celles des services VCT et PTME y compris le renforcement du soutien ;
- Renforcement du système de santé avec l'insuffisance des ressources humaines, la délégation des tâches pour l'extension du traitement antirétroviral, la pérennité des financements, la production d'information stratégique de qualité ;
- La surveillance des résistances.

En vue d'inverser les tendances de transmission de l'infection à VIH/sida d'ici 2015, l'OMS, en collaboration avec les autres Co-sponsors de l'ONUSIDA et les partenaires, s'est engagée pour la consolidation et le renforcement du processus de passage à l'échelle vers l'accès universel, dans le cadre de l'expérience pilote de « ONE UN », au Rwanda.

L'incidence annuelle de la tuberculose est estimée à 2,6 % au Rwanda, selon l'OMS. Les données épidémiologiques les plus récentes, montrent une nette augmentation de la prévalence de cette pathologie. Selon les rapports du Ministère de la santé, le nombre de cas de tuberculose détectés et traités, est passé de 3 205 en 1995, à 8 014, en 2007. Plus de 50% sont des cas de tuberculose à microscopie positive. Cette augmentation s'explique entre autres, par l'épidémie du sida et les capacités de détection et de prise en charge.

Tous les 183 centres de dépistage et de traitement (CDT) appliquent le DOTS, et le DOTS communautaire couvre actuellement 16 districts administratifs sur les 30 que compte le pays. En 2007, le taux de dépistage était de 48% et le taux de succès thérapeutique de 89%. Le taux de dépistage du VIH chez les tuberculeux, s'élève à 89% avec un taux de coinfection de 37%, en 2007. Le taux de multi résistance tuberculeuse est de 3% pour les cas de primo traitement, et de 9,4% pour les cas de retraitement. A la fin de l'année 2007, plus de 173 cas de tuberculose multi résistante sont sous traitement de deuxième ligne, dans un centre spécialisé. Dès qu'un cas multi résistant devient négatif, il est pris en charge dans d'autres formations sanitaires en ambulatoire.

Pour les maladies retenues pour l'éradication et l'élimination, le Rwanda a souscrit à toutes les recommandations de l'OMS visant l'éradication de la poliomyélite, l'élimination du tétanos maternel et néonatal et le contrôle de la rougeole. Des résultats très encourageants ont été obtenus dans la lutte contre ces endémies. Le Rwanda a documenté la certification de l'éradication de la poliomyélite en 2004, et depuis, les indicateurs de surveillance de la paralysie flasque aiguë sont maintenus aux critères de certification.

Le Rwanda a officiellement éliminé le tétanos maternel et néonatal depuis 2004. Le Programme élargi de Vaccination a déjà initié le processus d'intégration d'autres interventions en faveur de la survie de l'enfant dans son programme régulier de vaccination, comme la distribution d'une moustiquaire imprégnée d'insecticides à l'enfant de 9 mois qui vient recevoir son vaccin anti-rougeoleux et l'intégration de la supplémentation en Vit A au cours des activités de vaccination régulière. Depuis 2002, année durant laquelle le Rwanda a introduit les nouveaux vaccins (HépB et Hib), la couverture vaccinale est passée de 82% en 2002, à

97% en 2007, selon les données administratives du PEV. Le rapport de l'Enquête intermédiaire sur les indicateurs démographiques et de Santé (2007-2008), révèle une amélioration de la couverture vaccinale des enfants, depuis 2000, la proportion étant passée de 76% à 80%. En avril 2009, le Rwanda est devenu le premier pays en voie de développement, à introduire la vaccination contre les infections à pneumocoque dans son programme national.

Dans le cadre de l'indépendance vaccinale, le Gouvernement finance en totalité, les vaccins traditionnels et le matériel d'injection, et ce, depuis 2000. Aussi, le cofinancement pour les nouveaux vaccins a-t-il débuté depuis 2006.

S'agissant de la santé des enfants, bien que la morbidité et la mortalité imputables aux maladies évitables par la vaccination, aient sensiblement baissé, au cours de ces cinq dernières années, au Rwanda, la mortalité infantile reste parmi les plus élevées au monde (107 pour 1000 N/V en 2000, et 86 pour 1000N/V en 2005, selon EDSRIII et 62 pour 1000 N/V en 2007, selon Mini EDS).

Les défis à relever seraient le maintien des acquis du programme de vaccination, la mobilisation de ressources financières pour faire face aux coûts élevés des nouveaux vaccins financés en grande partie par GAVI.

Le pays est confronté à des épidémies périodiques de choléra, de méningite, de rougeole et de dysenterie bacillaire. Sur la période 2006-2007, le Rwanda a connu deux épidémies de choléra et deux épidémies de rougeole. En 2007, une épidémie de choléra a sévi dans 3 districts et 918 cas ont été notifiés dont 17 décès (létalité : 1,85%).

Le pays est aussi exposé à des catastrophes naturelles comme les éruptions volcaniques, les inondations et surtout aux catastrophes provoquées telles que les conflits et les guerres entraînant des déplacements massifs de populations. En effet, en l'an 2006, il y a eu un rapatriement de 19 000 rwandais réfugiés au Burundi et un rapatriement de 65 000 rwandais de Tanzanie. Un tremblement de terre survenu au Rwanda, au mois de Février 2008, a occasionné la mort de 37 personnes et plus de 600 blessés dans la partie sud ouest du pays.

Ces problèmes d'urgence sont très importants dans la sous région, d'où la nécessité de mettre en place des mécanismes de leur prévention et de leur gestion au niveau national et sous-régional.

Selon l'EDSR-III, 45% d'enfants de moins de 5 ans, souffrent de malnutrition chronique dont 19% sous forme sévère. Au niveau national, 33% des femmes souffrent d'anémie. Les carences en micronutriments chez les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes concernent surtout l'iode, le fer et la vitamine A. L'insuffisance de la ration alimentaire, la prévalence élevée des maladies infectieuses et parasitaires, le niveau élevé de pauvreté, touchant en particulier les femmes et les enfants chefs de ménage, les comportements alimentaires néfastes à la santé, et le très bas niveau d'instruction en sont les raisons fondamentales.

La santé mentale demeure une priorité publique au Rwanda. La politique nationale et le dispositif de soins doivent cibler et assurer non seulement les soins de base de santé mentale mais également faire face aux conséquences du génocide qui continuent à occuper une place importante dans les causes de morbidité et d'incapacité, en matière de santé mentale. Par ailleurs, il est important de signaler la part de l'épilepsie dans la morbidité générale, au Rwanda, ainsi qu'une insuffisance de la connaissance de la part des troubles neurologiques dans la morbidité générale.

Les pathologies les plus fréquentes sont, par ordre d'importance, l'épilepsie (46,9%), les troubles psychiatriques (21%), les troubles psychosomatiques (15%), les troubles neurologiques (7,4%), et les troubles psycho-traumatiques (3,6%).

Face à cette situation, plusieurs stratégies ont été adoptées et mises en place :

- La décentralisation des soins de santé mentale : mise en place de six pôles opérationnels de santé mentale dans 6 hôpitaux de districts et intégration des soins de santé mentale dans le paquet des soins des hôpitaux de Districts. Ainsi, 30 hôpitaux de Districts disposent d'une activité de santé mentale assurée principalement, par des infirmiers spécialisés en santé mentale, appuyés par des médecins généralistes ;
- La mise en place d'un programme régulier de formation continue, des personnels de santé en matière de santé mentale, et l'envoi régulier à l'étranger, de médecins généralistes pour une spécialisation en psychiatrie et en neurologie ;
- La mise en place d'un programme régulier de supervision, au niveau central et au niveau des hôpitaux de Districts ;
- L'approvisionnement et la distribution de médicaments psychotropes ;
- La prise en charge communautaire des problèmes de santé mentale.

La consommation du tabac et d'autres drogues devient de plus en plus préoccupante chez les jeunes et particulièrement, chez les adolescents. Une enquête menée en 2004, a révélé que 24% des élèves de l'école secondaire fumaient. L'enquête « Global Youth Tobacco Survey » effectuée en 2008, dans les écoles secondaires du pays, pour la tranche d'âge 13-15 ans, a montré que 12,3% des élèves fumaient ou utilisaient les produits du tabac. Au cours de ces dernières années, des observations en milieu clinique psychiatrique, révèlent l'existence d'une augmentation des hospitalisations et des demandes de consultation pour les problèmes de drogues et des toxicomanies.

L'hypertension artérielle, le diabète, le cancer du sein et du col de l'utérus constituent des problèmes de santé publique grandissants, mais leur ampleur n'est pas connue.

La santé bucco-dentaire, les pathologies liées à la cécité, les handicaps liés à la guerre et aux accidents de la route constituent un poids socio-économiques important. Le pays fait face à une propension des maladies non transmissibles dont les prévalences doivent être évaluées pour l'élaboration de stratégies d'intervention efficaces.

Le taux de mortalité maternelle est passé de 1071/100 000 naissances vivantes, en 2002, à 750/100000 naissances vivantes, en 2005, selon l'EDSR-III. Les causes de décès maternel les plus fréquentes, sont les infections, les hémorragies et l'éclampsie. Le recours aux interruptions volontaires de grossesse, les grossesses rapprochées, les grossesses précoces augmentent les risques de mortalité.

Le rapport du MINISANTE de 2006, a montré une augmentation du nombre d'accouchements, dans les formations sanitaires qui est passée de 39% en 2005, à 52% en 2007. Le taux d'utilisation des contraceptifs modernes est passé de 4% en 2004, à 10,3 % en 2006, et 27% selon les résultats du EIDHS (2007-2008).

Le taux de desserte en eau potable, est de 69 %, au niveau national, en 2007. Le taux de couverture en latrines, est de 85 % au niveau national, en 2007 dont 38 % répondent aux normes. La mauvaise gestion des déchets et des produits chimiques dangereux et toxiques, constitue des menaces contre l'environnement et la santé publique. Le défi principal est donc d'améliorer la qualité des systèmes d'approvisionnement, en eau potable et leur

accessibilité à la population, et de promouvoir un environnement sûr, durable et favorable à la santé.

La sécurité sanitaire des aliments est marquée par l'absence d'un système de réglementation, de législation et de coordination efficace. Le défi principal est d'assurer la sécurité sanitaire des aliments à tous les niveaux.

Le renforcement des capacités des communautés, la création d'environnements favorables à la santé et le plaidoyer constituent les piliers de la promotion de la santé. La promotion de la santé en général, et la prise en charge de la santé par les communautés en particulier, n'ont pas encore une place de choix dans l'amélioration de la santé, alors que 70% des maladies les plus fréquentes, sont évitables par la prévention. La santé communautaire est actuellement bâtie sur un binôme d'agents de santé communautaire (une femme et un homme) par village / Umudugudu, soit un binôme pour 600 habitants.

Pour améliorer son système de santé, le Rwanda a adopté une politique de santé axée sur la décentralisation et la participation communautaire.<sup>13</sup>

En 1996, avec l'appui de l'OMS, un document de politique nationale de santé fondé sur les soins de santé primaires et le district sanitaire, a été élaboré et adopté. En 2000, les autorités nationales ont entamé, toujours avec l'appui de l'OMS, la révision de la politique adoptée en 1996. Les raisons qui ont conduit à cette révision sont d'une part, certains succès obtenus, parmi lesquels, la mise en place des districts sanitaires, l'extension de la couverture sanitaire, le renforcement des capacités, la promotion de la participation communautaire, le retour progressif à une plus grande stabilité sociopolitique et d'autre part, le passage du pays de la phase d'urgence à celle du développement durable.

En 2005, une réforme administrative nationale a été menée renforçant la décentralisation jusqu'au niveau communautaire. Ainsi, le district administratif a la responsabilité de tous les secteurs y compris la santé. Cette décentralisation s'inspire de la Vision 2020 du Gouvernement rwandais et soulignée dans l'EDPRS 2008-2012, où la santé figure en bonne place parmi les grandes priorités.

Les orientations stratégiques pour la mise en œuvre de cette politique de santé reposent sur :

- i) Les soins de santé primaires à travers ses huit composantes essentielles ;
- ii) La décentralisation, avec le district sanitaire comme unité opérationnelle du système de santé;
- iii) Le renforcement de la participation communautaire à la gestion et au financement des services de santé;
- iv) Le développement des ressources humaines;
- v) L'approvisionnement en médicaments essentiels ;
- vi) Le renforcement du système d'information sanitaire ;
- vii) La collaboration intersectorielle.

Le système actuel de santé rwandais est un système pyramidal à 3 niveaux : central, intermédiaire et opérationnel.

- Le niveau central est constitué de services centraux du Ministère de la santé ainsi que les hôpitaux de référence nationale. Il a la responsabilité de la formulation des politiques de santé, la planification stratégique, l'encadrement technique de haut

<sup>13</sup> Politique du secteur santé au Rwanda, 2005

<sup>14</sup> Plan stratégique de Développement des Ressources humaines en Santé, 2006-2010.

niveau, le suivi et l'évaluation de la situation sanitaire ainsi que la coordination des ressources, au niveau national.<sup>14</sup>

- Le niveau intermédiaire est représenté par la direction de la santé au sein du district administratif. La tâche qui revient à ce niveau, est avant tout de faciliter et de guider le processus de développement du niveau opérationnel dont il en assure l'encadrement administratif, logistique, technique et politique.
- Le niveau opérationnel est constitué des hôpitaux de district et des centres de santé. A ce niveau, se posent à la fois des problèmes de qualité et de quantité, en ce qui concerne les ressources humaines, limitant ainsi la fonctionnalité de ce niveau. La pénurie des ressources humaines constitue un défi majeur pour ce niveau de santé, suite à la migration du personnel du milieu rural vers les villes.

Le secteur agréé ou confessionnel joue un rôle appréciable dans le système de santé. En 2007, sur l'ensemble des formations sanitaires primaires et secondaires, 38,4 % étaient des structures de statut agréé (44% des hôpitaux fonctionnels et 35% des formations sanitaires de premier échelon).

Les agréés s'engagent à suivre la politique du Ministère de la Santé, auquel ils sont liés par une convention.<sup>15</sup>

Le secteur privé à but lucratif, est surtout orienté vers les activités curatives. Il est prépondérant dans le milieu urbain. Son installation ne tient pas toujours compte des besoins de la population, en matière de santé, mais plutôt de la capacité de celle-ci à payer les soins. Ce secteur reste peu organisé, peu contrôlé et ses liens avec le secteur public restent encore mal définis.

Le Ministère de la Santé et l'Institut de Recherche scientifique et technologique (IRST) essaient de réglementer la médecine traditionnelle et d'organiser les tradipraticiens en associations, pour mieux les encadrer, mais jusqu'ici les associations fonctionnelles ne sont pas nombreuses.

Pour le système de santé et de prestation des services, les défis sont notamment : l'insuffisance et la distribution inéquitable du personnel de santé, l'insuffisance des capacités techniques des formations sanitaires (30% remplissent les normes minima en équipements) et la faiblesse structurelle et fonctionnelle du Système d'information sanitaire (SIS).

Concernant le financement de la santé, il y a certes un accroissement de la part du gouvernement, mais la forte dépendance vis-à-vis des financements extérieurs demeure.

Les sources majeures de financement de la santé sont l'État, la contribution de la population et l'aide extérieure. La part du budget allouée au secteur de la santé, est passée de 3,2 % en 1996 à 4,2 % du budget national en 1999,<sup>16</sup> pour atteindre 6%, en 2006<sup>17</sup> et 9,7 %, en 2008<sup>18</sup>. Le Plan sectoriel du secteur santé prévoit que cette part atteindra les 12%, en 2009.

Même si on note une augmentation de la part du budget alloué à la santé, celle-ci reste encore insuffisante et en deçà de l'objectif de 15% prônée par la conférence d'Abuja, comparée aux autres pays d'Afrique subsaharienne ayant à peu près les mêmes revenus. Il est cependant intéressant de constater que plus des 4/5 du budget sont consacrés à la prestation des services ; et seulement moins de un cinquième à l'administration.

<sup>15</sup> Données du Ministère de la santé, décembre 2007.

<sup>16</sup> Ministry of health (1999), Public Expenditure Review -Health Sector.

<sup>17</sup> Ministère de la santé, Rapport annuel 2006, Mars 2007.

<sup>18</sup> Rwanda 2007, Joint Health Sector Review.

<sup>19</sup> 545 francs Rwandais valent 1\$ US, selon le cours moyen officiel de la Banque nationale du Rwanda, en janvier 2008.

Selon la revue annuelle du secteur santé, la part du budget national de 2008, pour la santé, se chiffre à 58,6 milliards des francs rwandais<sup>19</sup> dont 49,8 milliards (85%) vont aller au niveau des districts administratifs qui désormais intègrent le service de santé et ont sous leur responsabilité les hôpitaux de district et les centres de santé, 7 milliards (12%) serviront à financer les hôpitaux de référence de niveau national et seulement 1.8 milliards (3%) serviront au fonctionnement du Ministère de la santé.

Toutefois, l'évolution des financements par source, montre que de 64% de fonds provenant de l'aide extérieure, on est passé à 62%, en 2006. Le financement de la population à travers les mutuelles de santé, est une autre source de fonds pour la santé. A la fin de l'année 2007, le taux d'adhésion aux mutuelles de santé, était de 73% de la population.

Pour financer les interventions prioritaires de l'EDPRS 2008-2012, le scénario le plus probable qui privilégie les interventions ayant un impact plus profond et à long terme, prévoit un coût de 12,80 \$US par personne. Ce scénario prend en considération les financements disponibles en 2007. D'un autre côté, le plan sectoriel du secteur santé, plus optimiste que l'EDPRS, prévoit une augmentation des dépenses de santé par habitant, de 13,6 \$US en 2005, à 15,3\$US, en 2009.

Les ressources humaines constituent un défi majeur mais en amélioration. En effet, à la fin de l'année 2006, le Rwanda disposait de 1 médecin pour 50 000 habitants et les besoins couverts en ressources humaines pour la santé se présentaient comme suit : 13 % de postes prévus pour médecins spécialistes étaient occupés contre 32% de postes pour les généralistes et 4% pour les sages femmes.

Un document de stratégie de développement des ressources humaines en santé, pour 2006-2010, a été produit. Sa mise en œuvre a produit plusieurs résultats dont l'augmentation directe des salaires ou indirecte, par l'approche contractuelle, le développement des capacités à travers le 3<sup>ème</sup> cycle en médecine et la formation des infirmiers Ao et A1 au Kigali Health Institute et A1 dans plusieurs écoles d'infirmières.

Selon les résultats de l'EIDHS<sup>20</sup> (2007-2008), les cibles du Plan stratégique du Secteur Santé 2005-2009, pour ce qui concerne la disponibilité des ressources humaines en santé, avaient été dépassées car le ratio médecin/population était de 1/33000 (cible : 1/37000), ratio personnel infirmier/population, 1/1700 (cible : 1/3900). Cependant, seulement 46 sages femmes travaillaient dans le secteur public et 75% de médecins étaient dans la ville de Kigali où vivent près de 15 à 20% de toute la population.<sup>21</sup>

L'analyse de la situation du secteur pharmaceutique du Rwanda, révèle de nombreux progrès. Le pays dispose d'un arsenal législatif et réglementaire conséquent et d'autres textes sont en cours d'élaboration. Les organes de mises en œuvre, bien qu'ils soient encore peu opérationnels, sont en place notamment une Inspection des Services pharmaceutiques, les informations pharmaceutiques, les services d'enregistrement. Le pays dispose d'une Centrale d'achat des médicaments (CAMERWA) autonome. Afin de maximiser la capacité des organes susmentionnés, une Agence nationale des Médicaments est en train d'être mise en place. Le pays dispose d'une production locale de médicaments mais de faible capacité.

Pour ce qui concerne l'accessibilité, l'utilisation et la qualité des services, le système de santé publique est basé sur la stratégie de soins de santé primaires avec 433 formations

---

<sup>20</sup> Mini DHS (avril 2008).

<sup>21</sup> MTR HSSP I, final report.



sanitaires. 75% de la population habite à moins de 5 km d'une formation sanitaire et la couverture moyenne des hôpitaux est de 190 000 habitants par hôpital. Cinq hôpitaux nationaux servent de référence : deux hôpitaux universitaires, un hôpital militaire, un hôpital psychiatrique et un hôpital dont la mission est de fournir des services spécialisés, non disponibles dans les autres hôpitaux de référence, afin de limiter ainsi les coûts de transferts vers l'extérieur du pays. Pour améliorer l'accessibilité géographique, 4 nouveaux hôpitaux et 7 centres de santé ont été construits en 2006.

Pour améliorer l'accessibilité des services rendus à la population, 51 ambulances ont été achetées et distribuées dans les hôpitaux et centres de santé, 370 motos ont été distribuées aux centres de santé, des véhicules de supervision des activités de santé ont été donnés dans les districts. Le SAMU (Service d'Aide médicale d'Urgence) vient d'être mis en place pour l'assistance médicale d'urgence. Un programme national de l'amélioration de la qualité des soins et des services de santé, a été mis sur pied et son plan stratégique pour 5 ans, a également été élaboré. Les modules de formation des formateurs dans ce domaine, ont été révisés et adaptés

## 2.3 BILAN DE LA MISE EN ŒUVRE DE LA PRÉCÉDENTE SCP 2004-2007

Les grands défis de la précédente SCP à relever dans le secteur étaient :

- Faire face à la persistance de maladies transmissibles les plus prévalentes (VIH/sida, paludisme, tuberculose, maladies de l'enfance) et les problèmes liés à la grossesse et à l'accouchement ;
- Renforcer les capacités du Ministère de la Santé dans son rôle de gestion globale du secteur, de coordination des interventions des partenaires et de plaider pour l'allocation des ressources, leur utilisation rationnelle et mettre la santé au cœur du développement socio-économique ;
- Améliorer la production et la gestion des ressources humaines pour la santé, dans le but de combler le déficit actuel, en quantité et en qualité ;
- Renforcer le système de santé de manière à améliorer l'accès aux soins de santé de qualité, surtout pour les populations les plus défavorisées ;
- Améliorer la qualité des systèmes d'approvisionnement en eau potable et assainissement et leur accessibilité aux populations et promouvoir un environnement favorable à la santé ;
- Renforcer les mécanismes de participation communautaire dans la prise en charge et la promotion de sa santé.

En réponse à ces défis, l'OMS avait proposé les axes stratégiques ci-après :

- i) Amélioration de la performance du système de santé ;
- ii) Lutte contre la maladie ;
- iii) Promotion de la santé ainsi que santé et environnement.

Les différentes évaluations programmatiques réalisées ont montré que les axes d'intervention de l'OMS au Rwanda, étaient alignés sur celles du Gouvernement du Rwanda, aux priorités régionales et mondiales.

Les principales réalisations nationales dans lesquelles l'OMS a contribué, au cours de la période 2005-2007, sont les suivantes :

Le renforcement des capacités du Ministère de la santé dans son rôle de gestion du secteur, de coordination des interventions des partenaires et de plaidoyer, d'allocation des ressources et leur utilisation rationnelle, marqué par la poursuite du processus de décentralisation qui a été instituée au niveau de l'Administration publique nationale depuis le début de l'année 2006.

Un appui technique pour mettre en exergue la place de la santé dans le développement du pays, a été donné. En effet, l'évaluation de la PRSP I (Poverty Reduction Strategy Paper) spécifique au secteur santé, a été faite et les résultats ont guidé le processus en cours d'élaboration de l'EDPRS (Economic Development Poverty Reduction Strategy) qui a été validée en septembre 2007.

L'OMS a également contribué au processus de la production du rapport 2006 sur les Comptes Nationaux de la Santé, l'amélioration de la production et la gestion des ressources humaines en qualité et en quantité, l'amélioration de l'accès aux soins de santé de qualité notamment, avec la mise en place des mutuelles de santé et de financement basées sur les performances, l'amélioration de la qualité des systèmes d'approvisionnement en eau potable, la préparation et la réponse à la persistance des maladies transmissibles à grande prévalence.

L'OMS a contribué dans le Renforcement des capacités du système de santé pour la composante du financement de la santé, le renforcement de la gestion intégrée des mutuelles de santé (MS), en vue d'assurer la performance des MS, le renforcement des capacités d'analyse et de suivi évaluation des ressources financières investies dans la santé. Elle a aussi contribué à l'intégration de l'approche "Health Metrics Network" (HMN), pour renforcer le Système d'Information sanitaire (SIS), à l'amélioration de l'accès des médicaments de qualité et à l'institutionnalisation de la médecine traditionnelle.

La contribution de l'OMS a porté sur divers domaines en matière de plaidoyer, de sensibilisation et de partenariats, d'appui direct, d'élaboration et de diffusion des plans, directives, guides et outils, de renforcement des capacités du personnel, d'accompagnement, de surveillance épidémiologique, de suivi/évaluation et de recherche, dans le cadre du VIH/sida, du paludisme et de la tuberculose. Grâce aux efforts concertés du pays et de ses partenaires, la mise en œuvre d'interventions prioritaires liées au VIH/sida dans le secteur de la santé, a accompli des progrès substantiels dans le cadre de l'accès universel aux services de prévention et de traitement.

L'OMS a aussi donné son appui technique et financier dans toutes les étapes de mise en œuvre de la PCIME clinique, de la PCIME communautaire, de l'élaboration de la stratégie pour accélérer la réduction de la mortalité maternelle et néonatale. L'OMS a contribué à l'élaboration de la politique, du plan stratégique de nutrition et à sa mise en œuvre.

## 2.4 GAPS EN MATIÈRE DE MISE EN ŒUVRE DE L'AGENDA STRATÉGIQUE

Les différents axes stratégiques ont été développés ; cependant, le système de santé du Rwanda reste confronté à des problèmes majeurs :

- Faible accessibilité aux soins de santé de qualité notamment, pour les populations les plus pauvres ;
- Insuffisance persistante des ressources humaines en qualité et en quantité, due au manque de maîtrise du système de gestion des ces ressources (production, utilisation etc.) ;
- Extrême pauvreté d'une couche importante de la population ;
- Insuffisance du financement du secteur et forte dépendance des apports extérieurs.

Il est plus que jamais nécessaire de poursuivre les actions de l'OMS dans le soutien au développement des ressources humaines pour la santé, à l'extension de la couverture des populations par les mutuelles de santé, à la préparation et à la réponse aux catastrophes et aux épidémies, à l'institutionnalisation, à la réglementation et à la législation dans le secteur pharmaceutique. L'appui de l'OMS sera renforcé également, à des domaines laissés pour compte comme la recherche en santé et le système d'information sanitaire.

## 2.5 DÉFIS ACTUELS

Malgré les importantes réalisations de la SCP 2004 -2007, à travers les plans biennaux qu'elle a couvert, des défis se posent encore pour le développement sanitaire.

Ainsi, dans le cadre de sa SCP 2008 – 2013, l'OMS concentrera ses efforts sur l'aide à apporter afin de relever les défis ci-dessous :

- Renforcer les capacités du Ministère de la Santé pour lui permettre de jouer son rôle en matière de gestion globale du secteur, de coordination des interventions des partenaires et de plaidoyer en faveur de l'allocation des ressources et de leur utilisation rationnelle ; mettre la santé au cœur du développement socio-économique ;
- Appuyer la restructuration du Système d'Information sanitaire afin de pouvoir améliorer la production à temps des données fiables et utilisables, pour guider la prise de décisions adéquates en santé ;
- Améliorer la production et la gestion des ressources humaines pour la santé, dans le but de combler le déficit actuel, en quantité et en qualité ;
- Renforcer le système de santé de manière à améliorer l'accès aux soins de santé de qualité, surtout pour les populations les plus défavorisées ;
- Améliorer la qualité de l'assainissement et des systèmes d'approvisionnement en eau potable, pour une meilleure accessibilité aux populations et promouvoir ainsi un environnement favorable à la santé ;
- Faire face à la persistance des maladies transmissibles et non transmissibles, aux épidémies et catastrophes en particulier le VIH/sida, le paludisme, la tuberculose, les maladies de l'enfance et des problèmes liés à la grossesse et à l'accouchement ;
- Renforcer les mécanismes de participation communautaire dans la prise en charge et la promotion de sa santé ;
- Renforcer le système d'approvisionnement des produits et technologies essentiels de qualité et les mécanismes de suivi de leurs usages.

## SECTION 3

# AIDE AU DÉVELOPPEMENT ET PARTENARIATS

### 3.1 TENDANCE GÉNÉRALE DE L'AIDE AU DÉVELOPPEMENT

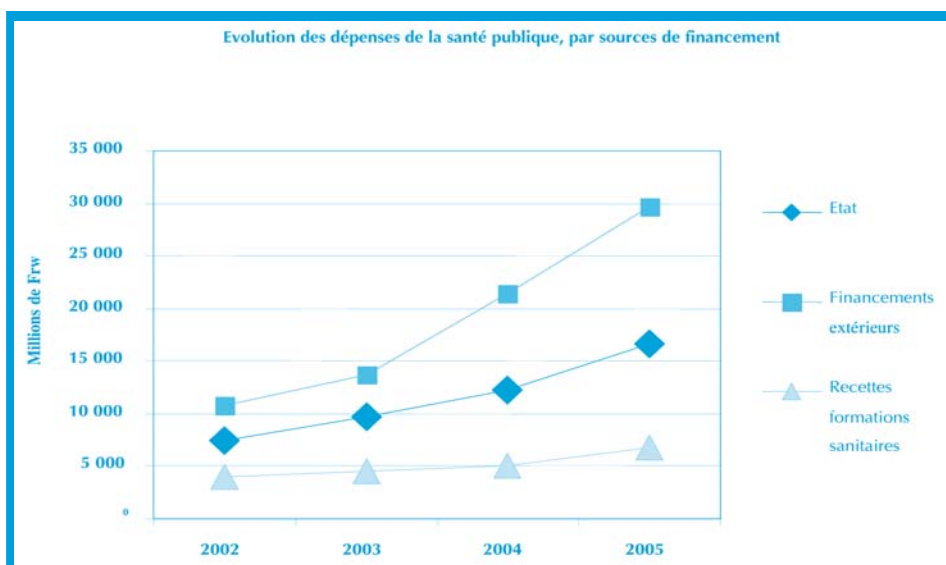
Durant la période qui a suivi le génocide au Rwanda, de 1994 à 1999, l'aide accordée à ce pays, passait principalement par les organisations non gouvernementales en provenance des pays donateurs. Seuls quelques pays continuaient à faire de l'aide directe ou de l'appui budgétaire.

Cette aide était destinée principalement à répondre à la situation d'urgence humanitaire et à la réhabilitation.

Depuis la fin de l'année 1999, la tendance s'est inversée et au fur et à mesure que le pays est sorti de l'urgence et a acquis une stabilité politique et économique, l'aide provenant des pays donateurs et des organismes internationaux est allée directement au gouvernement représenté par le Ministère des finances et de la planification économique.

Ceci était favorisé par la nouvelle politique de l'aide élaborée par le Ministère des finances et de la planification économique et adoptée par le gouvernement. Elle traduit la volonté du gouvernement rwandais de voir les partenaires appuyer directement le gouvernement au lieu de faire passer leur appui à travers des projets ou des ONG.

En 2006, 26% de l'aide extérieure était sous forme d'appui budgétaire et ce taux devrait atteindre 30%, en 2007, car privilégiant l'appui budgétaire, de plus en plus de bailleurs



bilatéraux et multilatéraux avaient rejoint le groupe des donateurs. Les Etats-Unis restent le plus grand bailleur du Rwanda mais leur appui passe à 100% à travers les projets.<sup>22</sup>

Dans le domaine de la santé, l'évolution a été la même que dans les autres secteurs et entre 2002 et 2005, les trois sources de financement de la santé publique ont fortement augmenté (voir graphique) Les taux de croissance annuelle sur la période, sont largement supérieurs au taux du déflateur<sup>23</sup> du PIB (+8,9% par an) et au taux de croissance démographique (+2,75% par an), ce qui correspond à une amélioration sensible des ressources et des dépenses par habitant.

La participation des bailleurs représente presque les deux tiers des ressources totales du secteur pour les deux années 2004 et 2005. L'Etat et les bailleurs semblent s'inciter et s'accompagner réciproquement dans leurs efforts de contribution. Les recettes des formations sanitaires ont aussi connu une croissance soutenue quoique à un rythme moins rapide. Il est probable que l'approche contractuelle et l'adhésion aux mutuelles de santé aient été à l'origine de l'augmentation de la fréquentation des formations sanitaires.<sup>24</sup>

## 3.2 MODALITÉS DE L'AIDE

Les modalités de l'aide suivent les principes mis en exergue dans la politique de l'aide et ces principes vont faciliter l'évaluation des progrès réalisés en termes de politique des bailleurs, de pratiques et procédures :

- Une déclaration du gouvernement sur ses choix, en termes de modalités d'aide avec un appui budgétaire généralisé et un arrêt de l'appui sectoriel à travers les projets ;
- Une exigence qui conduirait à reporter toutes les aides dans le budget du gouvernement et à s'aligner sur les plans stratégiques sectoriels ;
- Une volonté du gouvernement de voir les partenaires accroître l'utilisation du système de gestion des finances publiques qui, en retour, sera renforcé ;
- Une mise en commun des fonds et un usage accru de la délégation des pouvoirs entre les bailleurs de fonds ;
- Les bailleurs sont invités à utiliser beaucoup plus leurs avantages comparatifs dans l'allocation de leur appui aux secteurs et sous-secteurs, avec le gouvernement rwandais jouant le rôle de guide ;
- Le gouvernement rwandais va déterminer clairement les responsabilités des ministères et institutions publiques dans la négociation et la gestion de l'aide.

Les structures d'appui comprennent un groupe d'harmonisation de l'appui budgétaire qui sert de cadre de discussion et de négociation de l'appui budgétaire. Ce groupe constitue la base d'un partenariat fort entre le gouvernement et les partenaires et entre les partenaires eux-mêmes.

Il y a également, les « clusters » et les groupes de travail sectoriels qui sont des forums mis en place pour faciliter le dialogue entre le gouvernement et ses partenaires au développement. A ce titre, la publication d'une revue annuelle du secteur de la santé permet d'évaluer les progrès réalisés et les performances sectorielles.

<sup>22</sup> Strengthening Partnerships, Annual report of the government of Rwanda and development partners, 2006

### 3.3 PRINCIPAUX PARTENAIRES ET DOMAINES D'INTERVENTION

Les principaux partenaires du gouvernement Rwandais en termes de fonds débloqués, sont par ordre d'importance, les Etats-Unis d'Amérique, la Banque mondiale, le Royaume Uni, l'Union Européenne et le système des Nations Unies.

Dans le secteur de la santé, 16 acteurs sont actifs au Rwanda : 7 dans la coopération bilatérale, 3 Institutions internationales et 6 Agences des Nations Unies

### 3.4 MÉCANISMES DE COORDINATION DES INTERVENTIONS

Ces mécanismes concernent la coordination du secteur public ainsi que la coordination des partenaires au développement. Tous les mécanismes de coordination sont construits autour de la mise en œuvre de la stratégie de réduction de la pauvreté et de développement économique (EDPRS) sous la houlette du Ministère des Finances et de la planification économique. Au niveau des institutions publiques, la coordination intervient à trois niveaux :

La coordination intersectorielle : dans le secteur public, trois orientations ont été choisies à savoir l'échange d'informations, établir la confiance et renforcer la « redevabilité ». L'échange d'information se fait à travers le forum de planification nationale réunissant tous les directeurs de la planification dans les ministères et se réunit 2 fois par an. Pour établir la confiance, il est demandé aux parties prenantes de respecter les délais plus particulièrement, pour des activités impliquant plusieurs intervenants.

Pour renforcer la « redevabilité », il est prévu la signature d'un accord formel basé sur les priorités de l'EDPRS entre le Ministère concerné et les institutions publiques impliquées dans la mise en œuvre. Cet accord est signé au niveau décentralisé (local level coordination agreement<sup>25</sup>), ce qui permet de prendre conscience des obligations réciproques pour les parties concernées.

Le renforcement de la gestion des fonds publics : un comité de pilotage national a été mis en place et il est appuyé par un secrétariat. Pour renforcer ce comité, « un trust-fund » réunissant plusieurs bailleurs a été également constitué.

La Promotion d'une harmonisation et un alignement des donateurs sur les priorités de l'EDPRS à travers le groupe de coordination des partenaires au développement (DPCG) et SWAP/Santé.

Coordination au sein du Ministère de la Santé :

En plus des efforts actuels fournis par le gouvernement et les bailleurs, pour harmoniser leur assistance, un accord commun a été signé entre le Ministère de la santé et les partenaires au développement du secteur. Cet accord porte sur l'utilisation de l'approche sectorielle (SWAP) dans le secteur santé, dans le cadre la mise en œuvre du plan stratégique sectoriel du secteur santé, de l'EDPRS et de la vision 2020.

Tous les intervenants en santé, sont coordonnés par le Health Sector Cluster Group présidé par le Secrétariat général du Ministère de la santé et la Coopération belge. Pour les intervenants et les interventions dans le domaine du VIH/sida, la Commission nationale de Lutte contre le sida assure la coordination, la mobilisation des partenaires et de la communauté.

<sup>23</sup> Taux par lequel le PIB est ajusté pour avoir le PIB réel.

<sup>24</sup> Revue des dépenses publiques de la santé, 2002-2005.

Le Centre de traitement et de recherche sur le VIH/sida (TRAC PLUS) assure la coordination dans la lutte contre le VIH et le sida, le paludisme, la tuberculose et les autres épidémies, au niveau du secteur de la santé.

#### Coordination inter agences :

Le « Steering Committee » du ‘One UN’ présidé par le Ministre des Finances et composé des représentants des Chefs d’agences des Nations Unies, des représentants du gouvernement et des autres partenaires au développement du pays, contribue à la coordination de toute l’action du système des Nations Unies dans le pays y compris dans le domaine de la santé.

La coordination inter agences se fait à travers le groupe des Nations Unies au Rwanda (UN Country Team/UNCT), un forum de coordination où tous les représentants des Agences se rencontrent pour discuter de leur action commune au Rwanda. Ce forum est appuyé par six groupes thématiques dont deux portent respectivement sur le VIH/Sida et la Santé/Population/Nutrition.

Dans le cadre de la mise en œuvre de sa nouvelle réforme, (« One UN ») le système des Nations Unies a conçu un document de programmation dénommé document commun opérationnel (COD) qui explique comment le cadre de son assistance au développement (UNDAF) dans le pays, est coordonné et opérationnalisé.

Le cadre d’assistance au développement (UNDAF) donne une approche cohérente, collective et intégrée de la réponse des Nations Unies aux besoins et priorités exprimés par le gouvernement à travers, le HSSPII, outil d’opérationnalisation dans le secteur santé de l’EDPRS, de la vision 2020 et des ODM.

---

<sup>25</sup> Ce concept a son équivalent en Kinyarwanda par le terme « Imihigo » ou engagement, un concept qui a une importance capitale dans la culture Rwandaise car vous devez respecter vos engagements au risque d’être exclu du groupe d’homme intègres.

## SECTION 4

# CADRE DE POLITIQUE INSTITUTIONNELLE DE L'OMS : ORIENTATIONS MONDIALES ET RÉGIONALES

La politique en faveur des pays, oriente les opérations de l'OMS sur les besoins des États membres dans les pays, tels qu'ils sont définis dans le Plan stratégique à Moyen Terme de l'OMS 2008-2013 (MTSP). Son objectif est d'assurer que le Secrétariat de l'OMS aide plus efficacement les pays à renforcer leur système de santé, à améliorer leurs résultats sanitaires et à réaliser les objectifs du millénaire pour le développement liés à la santé.

La stratégie OMS de Coopération avec le pays (CCS), définit le cadre à moyen terme, de la coopération de l'OMS avec un pays donné. C'est l'un des principaux instruments qu'utilise l'OMS pour aligner sa coopération sur les stratégies et plans nationaux et pour harmoniser son action avec celle des organisations du système des Nations Unies et de ses autres partenaires au développement.

### 4.1 BUT ET MISSION DE L'OMS

La mission de l'OMS reste la même, à savoir « amener tous les peuples au niveau de santé le plus élevé possible » (article 1 de la constitution de l'OMS). La stratégie institutionnelle, le 11<sup>ème</sup> Programme général de Travail 2006-2015, et les Orientations stratégiques pour l'action de l'OMS dans la Région africaine 2005-2009, définissent les principales actions que l'OMS entend mettre en œuvre pour maximiser sa contribution à l'amélioration de la santé.

L'OMS s'attache en effet, à renforcer son rôle directeur dans le domaine de la santé, aussi bien sur le plan technique que politique, tout comme ses capacités gestionnaires afin de répondre aux besoins des États membres notamment, pour ce qui est de la réalisation des OMD.

### 4.2 FONCTIONS ESSENTIELLES

L'action de l'OMS est guidée par les six fonctions essentielles suivantes, sur la base de ses avantages comparatifs :

1. Jouer le rôle de chef de file dans les domaines essentiels pour la santé et créer des partenariats lorsqu'une action conjointe est nécessaire ;
2. Fixer les priorités de la recherche et inciter à acquérir, appliquer et diffuser des connaissances utiles ;
3. Fixer des normes et des critères, encourager et surveiller leur application ;



4. Définir des politiques conformes à l'éthique et fondées sur des données probantes ;
5. Fournir un appui technique, se faire l'agent du changement et renforcer durablement les capacités institutionnelles ;
6. Surveiller la situation sanitaire et évaluer les tendances.

### 4.3 LE PROGRAMME MONDIAL D'ACTION SANITAIRE

En vue de combler les lacunes liées à la politique de santé en matière de justice sociale, de responsabilité, dans la mise en œuvre et de connaissance dans le domaine de la santé, le programme mondial d'action sanitaire identifie les sept domaines suivants :

1. Investir dans la santé pour réduire la pauvreté ;
2. Renforcer la sécurité sanitaire individuelle et mondiale ;
3. Promouvoir la couverture universelle, l'égalité des sexes et les droits fondamentaux liés à la santé ;
4. Influer sur les déterminants de la santé ;
5. Renforcer les systèmes de santé et rendre l'accès plus équitable ;
6. Exploiter le savoir, la science et la technologie ;
7. Renforcer la gouvernance, le rôle directeur et la responsabilité.

Par ailleurs, la Directrice Générale de l'OMS a recensé les six préoccupations essentielles sur lesquelles il faudra mettre l'accent pour atteindre ces résultats : le développement sanitaire, la sécurité, les capacités, l'information et le savoir, les partenariats et les résultats. En outre, elle a indiqué que l'amélioration de la santé des populations africaines et l'amélioration de la santé des femmes seront les principaux indicateurs du succès de l'OMS.

### 4.4 LES DOMAINES PRIORITAIRES AU NIVEAU MONDIAL

Le 11<sup>ème</sup> Programme général de Travail fixe les priorités suivantes, au niveau mondial :

- Apporter un appui aux pays, pour qu'ils instaurent la couverture universelle des interventions efficaces de santé publique ;
- Renforcer la sécurité sanitaire dans le monde ;
- Concevoir des mesures durables dans tous les secteurs concernés, pour influencer sur les déterminants comportementaux, sociaux, économiques et environnementaux de la santé ;
- Développer les moyens institutionnels d'exercer les fonctions essentielles de la santé publique, sous la direction renforcée des ministères de la santé ;
- Renforcer le rôle directeur de l'OMS aux niveaux mondial et régional, et soutenir l'action des gouvernements au niveau des pays.

### 4.5 LES DOMAINES PRIORITAIRES AU NIVEAU RÉGIONAL

Les priorités régionales tiennent compte des documents d'orientation au niveau mondial, et des résolutions adoptées par les organes directeurs de l'OMS, des objectifs sanitaires de développement du millénaire, de la stratégie sanitaire du NEPAD, des résolutions sur la santé adoptées par les chefs d'Etat de l'Union africaine et des objectifs stratégiques de l'OMS définis dans le plan stratégique à moyen terme (PSMT) 2008-2013.

Les priorités régionales sont présentées dans le document intitulé « Orientations stratégiques pour l'action de l'OMS, dans la région africaine 2005-2009 ». Elles portent notamment sur la prévention et le contrôle des maladies transmissibles et non transmissibles, la survie de l'enfant et la santé maternelle, l'urgence et l'action humanitaire, la promotion de la santé, l'élaboration des politiques visant à mettre la santé au service du développement et à agir sur d'autres déterminants de la santé.

Les autres objectifs prioritaires couvrent la santé et l'environnement, la nutrition et la sécurité des aliments, les systèmes de santé (politiques, prestations des services, financement, technologies et laboratoires), la gouvernance et le partenariat, la gestion et les infrastructures.

En plus des priorités mentionnées ci-dessus, la région entend fournir aux pays, un appui dans leurs efforts, pour atteindre les objectifs sanitaires de développement du millénaire et s'attaquer à la crise des ressources humaines.

En collaboration avec les autres organisations concernées, elle participe au processus d'identification des meilleures voies et moyens de mobilisation des fonds pour aider les pays à réaliser leurs objectifs, processus placé sous la conduite des pays eux-mêmes.

Pour s'attaquer à ces défis supplémentaires, la Région accorde une haute priorité à la décentralisation et à la mise en place des équipes d'appui Inter pays pour mieux aider les pays dans leurs efforts de décentralisation, afin de s'assurer que les communautés tirent le meilleur parti de l'appui technique fourni.

Pour garantir l'efficacité de l'action dans ces domaines prioritaires, la Région s'appuiera sur les orientations stratégiques suivantes :

- Renforcement des Bureaux de pays de l'OMS ;
- Amélioration des relations et de l'extension de partenariats pour la santé ;
- Fourniture d'un appui pour la planification et la gestion des systèmes de santé de district ;
- Promotion et mise à l'échelle des interventions sanitaires essentielles, liées aux problèmes de santé prioritaires ;
- Intensification des activités de sensibilisation et amélioration de l'action sur les principaux déterminants de la santé.

## 4.6 RENDRE L'OMS PLUS EFFICACE AU NIVEAU DE PAYS

Le résultat de la stratégie institutionnelle de l'OMS au niveau des pays, va varier d'un pays à l'autre selon la spécificité contextuelle des pays et des défis sanitaires existants. Mais construites autour du mandat de l'OMS et son avantage comparatif, les six fonctions essentielles de l'organisation mises en évidence dans la section 4.2, devraient être ajustées pour satisfaire les besoins individuels de chaque pays.

## SECTION 5

# PROGRAMME DE COOPÉRATION ACTUELLE DE L'OMS AVEC LE RWANDA

### 5.1 BUREAU PAYS

#### 5.1.1. Historique

L'accord de coopération technique entre l'Organisation mondiale de la Santé et le Rwanda a été signé en juin 1964. Cette coopération est basée sur une planification biennale établie sur la base des priorités du pays, des orientations de la Région OMS pour l'Afrique et les priorités mondiales.

#### 5.1.2. Domaines de travail de l'OMS pour la période biennale 2008-2009

Le plan actuel de coopération prend en compte aussi bien les acquis des plans précédents que les résolutions de la 50<sup>ème</sup> session du Comité régional et de la 54<sup>ème</sup> session de l'Assemblée mondiale de la Santé ainsi que les 13 objectifs stratégiques définis dans le plan stratégique à moyen terme (PSMT). Pour les périodes biennales 2004-2005 et 2006-2007, 19 domaines d'intervention avaient été retenus, à l'issue d'une planification conjointe OMS/Ministère de la Santé.

Le présent plan de travail 2008-2009, couvre 13 objectifs stratégiques (OS) avec un budget total de 9 749 685 \$US dont 3 271 000 \$ pour le budget régulier, et 6 478 685 \$ provenant des fonds volontaires. Au regard de ces objectifs stratégiques, 51 résultats escomptés au niveau du pays, ont été définis et entre lesquels le budget a été reparti.

**Table 1 : Domaines d'intervention de l'OMS et les montants alloués (RB+EB), 2008-2009**

	Objectifs Stratégiques	Montants alloués en US\$		
		BR	FV	TOTAL
SO1	Réduire la charge sanitaire, sociale et économique due aux maladies transmissibles.	335000	2 032 685	2 367 685
SO2	Combattre le VIH/Sida, la tuberculose et le paludisme.	133000	1 695 000	1 828 000
SO3	Prévenir et réduire la charge de morbidité, d'incapacité et de mortalité prématurée, liée aux affections chroniques non transmissibles, aux troubles mentaux et à la violence.	140000	75000	215 000
SO4	Réduire la morbidité et la mortalité et améliorer la santé aux principaux stades de la vie (grossesse, accouchement, période néonatale, enfance et adolescence y compris), tout en améliorant la santé sexuelle et génésique et en permettant à tous les individus de vieillir en restant actifs.	287000	583000	870 000

SO5	Réduire les effets sur la santé, des situations d'urgence, des catastrophes, des crises et des conflits, ainsi que leurs effets sociaux et économiques.	53000	553000	606 000
SO6	Promouvoir la santé et le développement, et prévenir ou réduire les facteurs de risque pour la santé, associés au tabac, à l'alcool, aux drogues et à l'usage d'autres substances psychoactives, à une alimentation déséquilibrée, à la sédentarité et aux rapports sexuels à risque.	147000	83000	230 000
SO7	Traiter les déterminants sociaux et économiques de la santé, à travers des politiques et des programmes qui accroissent l'équité en santé et intègrent des approches favorables aux pauvres, respectueuses des différences entre les sexes et fondées sur les droits de l'homme.	84000	18000	102 000
SO8	Promouvoir un environnement plus sain, développer la prévention primaire et infléchir les politiques publiques dans tous les secteurs, de façon à s'attaquer aux causes sous-jacentes des menaces pour la santé, liées à l'environnement.	93000	67000	160 000
SO9	Améliorer la nutrition, la sécurité sanitaire des aliments et la sécurité des approvisionnements alimentaires sur toute la durée de la vie; appui à la santé publique et au développement durable.	72000	183000	255 000
SO10	Améliorer les services de santé en améliorant la gouvernance, le financement, le recrutement et la gestion en s'appuyant sur des données factuelles et des recherches fiables et accessibles.	311000	869000	1 180 000
SO11	Elargir l'accès aux technologies et produits médicaux et en améliorer la qualité et l'utilisation.	80000	121000	201 000
SO12	Présence de l'OMS dans le pays.	742000	79000	821 000
SO13	Présence de l'OMS dans le pays.	794000	120000	914 000
<b>BUDGET TOTAL</b>		<b>3271000</b>	<b>6478685</b>	<b>9749685</b>

### 5.1.3. Evolution des ressources humaines

Dans le cadre de l'exercice de restructuration des Bureaux pays (reprofiling), et en vue du renforcement de l'esprit d'équipe et d'une meilleure efficacité dans le travail, les différents programmes techniques avaient été regroupés en quatre « clusters » : système de santé, prévention et contrôle des maladies, santé de la mère et de l'adolescent, promotion de la santé et santé et environnement. Selon les dernières recommandations du Directeur régional et les exigences de l'adaptation de mise en œuvre du plan de travail aux exigences d'adaptation au Système global de Gestion (GSM), les 13 objectifs stratégiques ont été regroupés en 4 nouveaux clusters : Présence de l'OMS dans le pays (WPC), Politiques et Système de Santé (HSP), Appui technique au Programme (TSP) et Appui à la lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme (ATM).

A la fin de l'année 2008, l'OMS comptait un effectif de 31 personnes : 4 fonctionnaires internationaux (y compris le Représentant), 12 staffs professionnels nationaux et 15 agents administratifs et d'appui pour la mise en œuvre de ses activités de coopération. L'effectif du personnel de Bureau au cours des trois dernières années, n'a pas varié. La récente évaluation des capacités menées dans le cadre de l'Initiative « One UN », a révélé un besoin de renforcement du staff technique par deux nouveaux postes : un « Policy Adviser » et un M&E adviser.

### 5.1.4. Evolution des ressources financières

Le budget total est passé de 7 820 000 \$ au cours de la période biennale 2006-2007 à 9 749 685 \$ pour la période biennale 2008-2009, soit une augmentation de 25%. Cette augmentation porte uniquement sur les fonds volontaires alors que le montant du budget régulier n'a pas changé.

## 5.2 APPUI DU SIÈGE ET DU BUREAU RÉGIONAL POUR L'AFRIQUE

La période biennale 2006-2007 a été marquée par la visite du Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique. A la demande du pays, des missions provenant de HQ, d'AFRO et des Équipes inter pays pour l'Afrique centrale et de l'Est ont été effectuées dans les différents domaines d'intervention du Bureau.

## 5.3 FORCES, FAIBLESSES, DÉFIS, OPPORTUNITÉS ET MENACES DE LA COOPÉRATION AVEC LE PAYS.

### Forces :

- Excellente collaboration avec le Ministère de la Santé ;
- Appui technique traduit par l'existence des points focaux du Bureau pays et des consultants internationaux des Bureaux, IST, AFRO et HQ ;
- Disponibilité d'une documentation technique de qualité ;
- Programmation et évaluation conjointes avec le Ministère de la Santé ;
- Appui financier pour la mise en œuvre des activités.

### Faiblesses :

- Non disponibilité effective, des fonds volontaires, pour certains programmes ;
- Insuffisance de suivi de la mise en œuvre du plan de travail par les deux parties (OMS et Ministère de la Santé) ;

- Lourdeur des procédures administratives et financières.

**Menaces / défis :**

- Proportion élevée de pauvres, dans le pays ;
- Insuffisance du personnel ;
- Situation sociopolitique instable dans la région des grands lacs ;
- Risques d'importation de maladies épidémiques en voie d'éradication/élimination ;
- Risques d'apparition de catastrophes naturelles (éruption volcaniques, tremblement de terre, inondations, sécheresses etc.).

**Opportunités :**

- Existence d'une politique de santé et d'une claire vision des priorités sanitaires ;
- Existence d'un engagement politique de haut niveau et une confiance des donateurs ;
- Adoption du deuxième plan stratégique du secteur santé (HSSPII), comme outil d'opérationnalisation pour la santé de l'EDPRS et de la vision 2020 du Gouvernement ;
- Reconnaissance par les partenaires, du rôle de leadership technique de l'OMS, dans le domaine de la santé ;
- Existence d'une infrastructure de communication opérationnelle dans le pays ;
- Contexte du «Delivering as One» qui renforce, l'harmonisation, la mobilisation des ressources ;
- Guide d'opérationnalisation du SWAP et SWAP communautaire en cours.

## SECTION 6

# AGENDA STRATÉGIQUE : CHOIX DES PRIORITÉS POUR LA COOPÉRATION DE L'OMS AVEC LE PAYS

L'agenda stratégique de coopération de l'OMS avec le Rwanda, pour la période 2009-2013, s'inscrit dans le contexte de plusieurs réformes pour le développement du pays, en général et du secteur santé, en particulier. La coopération entre l'OMS et le Rwanda durant cette période, s'inscrit dans le cadre du 11<sup>ème</sup> programme général de travail (2006-2015), du Programme mondial d'action sanitaire et aussi de l'opérationnalisation du Plan stratégique à moyen terme, de l'OMS.

La stratégie de coopération de l'OMS avec le Rwanda, pour la période 2009-2013, vise à guider les interventions d'appui de l'OMS pour la mise en œuvre du deuxième Plan stratégique du secteur de la santé (HSSPII), outil d'opérationnalisation de l'EDPRS et de la vision 2020. Elle est également en harmonie avec le programme commun des Nations Unies (COD), qui dans le cadre du « One UN » opérationnalise le Plan-cadre des Nations Unies d'Aide au développement (UNDAF).

Les axes stratégiques qui feront l'objet de l'appui de l'OMS, au cours des quatre prochaines années, sont :

- i) La réduction de la mortalité maternelle et infantile ;
- ii) La lutte contre les maladies transmissibles et non transmissibles ;
- iii) La Promotion de la santé, sécurité sanitaire des aliments, Santé et Environnement ;
- iv) L'amélioration de la performance du système de santé.

### 6.1 RÉDUCTION DE LA MORTALITÉ MATERNELLE ET INFANTILE

La réduction de la mortalité maternelle et infantile constitue une des plus grandes priorités du Gouvernement. A ce titre, l'OMS interviendra dans les domaines suivants :

#### 6.1.1 *La mise en œuvre de la feuille de route pour l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle et néonatale*

L'OMS appuiera :

- La finalisation et la mise en œuvre du plan stratégique pour l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle et néonatale ;
- Le développement de plans d'opérationnalisation du plan stratégique, au niveau des districts ;
- La mise à l'échelle des soins obstétricaux et néonataux d'urgence ;

- La mise en œuvre et le suivi d’audit des décès maternels et néonataux ;
- Le renforcement des capacités des communautés, en matière de maternité à moindre risque et de survie de l’enfant.

### **6.1.2. La mise en œuvre de la politique de santé de la reproduction**

L’OMS interviendra dans les domaines d’appui suivants :

- La revue de la politique de santé de la reproduction, l’élaboration et la mise en œuvre du plan stratégique de santé de la reproduction y compris la santé de la reproduction des adolescents ;
- La mise en place des mécanismes et des initiatives permettant l’amélioration de l’accessibilité, de la demande et de la qualité des services de planification familiale ;
- Le renforcement de l’application de la politique de la planification familiale ;
- L’amélioration de l’accessibilité et de la qualité des services de PF, plus spécifiquement, des méthodes contraceptives à long terme ;
- Le développement d’un paquet minimum de services de santé de la reproduction des adolescents ;
- Le renforcement des capacités du personnel de santé et des animateurs de santé.

### **6.1.3. La mise en œuvre des interventions de survie de l’enfant**

L’OMS appuiera sur :

- La mise en œuvre du plan stratégique de survie de l’enfant ;
- La mise en œuvre et le suivi des interventions définies dans le plan stratégique d’accélération de survie de l’enfant à travers :
  - La poursuite de l’appui au PEV de routine, l’introduction de nouveaux vaccins, ainsi que toutes les initiatives visant à accélérer l’éradication de la poliomyélite, l’élimination de la rougeole et le contrôle des autres maladies évitables, par la vaccination ;
  - L’intensification de la stratégie de prise en charge intégrée des maladies de l’enfance (PCIME) y compris sa composante communautaire, le renforcement de la prise en charge des urgences pédiatriques, de la prévention et la prise en charge de la malnutrition de l’enfant.

Pour chacun de ces domaines, l’OMS poursuivra son appui technique et son plaidoyer pour le renforcement de l’intégration des services, la révision, le développement et la mise en œuvre de nouvelles politiques, stratégies, standards et normes, le renforcement des initiatives familiales et communautaires.

## **6.2 LUTTE CONTRE LES MALADIES TRANSMISSIBLES ET NON TRANSMISSIBLES**

La lutte contre les maladies transmissibles et non transmissibles figure parmi les priorités du deuxième plan stratégique du secteur de la santé (HSSP II, 2009-2012). A ce titre, l’OMS apportera son expertise et son appui dans les domaines suivants :



## 6.2.1 *La Surveillance Intégrée de la Maladie et Riposte (SIMR)*

L'accent sera mis sur :

- Le renforcement de la mise en œuvre de la stratégie de la surveillance intégrée de la maladie ;
- La mise en œuvre du nouveau règlement sanitaire international ;
- le renforcement des capacités des équipes de réponse et des laboratoires, aux différents niveaux du système de santé ;
- La préparation et la réponse aux autres épidémies et pandémies majeures (choléra, méningites, fièvres hémorragiques, gripes pandémiques) ;
- La promotion et l'intégration de la surveillance des maladies chroniques non transmissibles, et de leurs facteurs de risque ;
- Le plaidoyer auprès des autres partenaires pour la mobilisation de ressources nécessaires à la mise en œuvre de la stratégie SIMR.

## 6.2.2 *Lutte contre le VIH/Sida, le Paludisme et la Tuberculose*

La lutte contre le VIH/Sida, le paludisme et la tuberculose constituent de grandes priorités pour le gouvernement et sont pris en compte dans les objectifs stratégiques du HSSP II (2009-2012).

L'OMS poursuivra son appui dans le cadre de la consolidation, de l'extension et du renforcement de la mise à l'échelle des interventions visant l'accès universel aux services de prévention, de traitement, de soins et de soutien des IST/VIH/Sida, du paludisme et de la tuberculose. La contribution en appui de l'OMS, sera orientée vers les actions suivantes :

- L'élaboration/la mise à jour des politiques et plans stratégiques nationaux de lutte contre le VIH/Sida, la tuberculose et le paludisme ainsi que des directives nationales, outils de formation, normes et procédures en matière de prévention et de prise en charge ;
- Le renforcement des activités essentielles de prévention visant la réduction de l'incidence du VIH au sein de la population générale. L'appui de l'OMS portera sur des domaines insuffisamment couverts, comme les interventions ciblées, en direction des groupes de population les plus à risque (travailleuses de sexe et leurs clients, les couples sérodiscordants et autres), la mise à l'échelle des services de circoncision et de PIT, la promotion de l'utilisation du préservatif, le renforcement de la qualité de la prise en charge des IST et des Infections opportunistes ;
- La consolidation et le renforcement de la stratégie « DOTS » pour la lutte contre la Tuberculose y compris au niveau communautaire et de l'approche mixte public-privé. Le passage à l'échelle des activités de collaboration TB/VIH et la prise en charge des cas de multi-Drug-résistance TB (MDR-TB) seront renforcés ;
- Le renforcement de la mise en œuvre des stratégies de pré-élimination du paludisme : contrôle intégré des vecteurs avec un accent particulier sur la couverture universelle ainsi que la surveillance et la réponse aux épidémies, détection de tous les cas suspects et prise en charge précoce y compris au niveau communautaire ;
- le renforcement des capacités du personnel et des agents communautaires pour une meilleure contribution aux services de prévention, de dépistage et à la prise en charge du VIH et du sida, du paludisme et de la tuberculose. Un appui sera consenti en

collaboration avec les autres partenaires, dans le cadre de la mise en œuvre et du suivi du plan de transfert des tâches, en matière de prise en charge ;

- L'encouragement des efforts pour l'amélioration de l'information stratégique ciblant le contrôle des 3 maladies et les capacités de riposte : renforcement du système de santé, renforcement du suivi et évaluation, du système de surveillance des maladies et de suivi des résistances aux médicaments. L'appui à la recherche opérationnelle sera orientée vers la validation des meilleures pratiques en vue de promouvoir la prise de décision basées sur les évidences ;
- Le renforcement du partenariat en contribuant activement à la mobilisation des ressources financières et à la capacité d'absorption, en impliquant davantage les communautés dans la prévention et la prise en charge et en stimulant l'élaboration et la revue conjointes des plans de lutte contre les 3 maladies.

### **6.2.3 La lutte contre les maladies tropicales négligées (MTN) :**

L'OMS apportera son appui à :

- La mise à jour de la cartographie des MTN ;
- L'élaboration et à la mise en œuvre de la stratégie de lutte intégrée contre les maladies tropicales négligées ;
- La mobilisation des partenaires pour le soutien à la stratégie nationale de lutte contre les MTN.

### **6.2.4 La prévention et la prise en charge des maladies non transmissibles**

L'OMS apportera ses conseils et son appui pour :

- L'adaptation et la mise en œuvre du cadre OMS de surveillance des maladies chroniques non transmissibles et de leurs facteurs de risque ;
- la mise en œuvre des stratégies de prévention et de lutte intégrée contre les facteurs de risque communs des principales maladies chroniques non transmissibles ;
- L'élaboration d'une politique de prévention de la violence et des traumatismes et de prise en charge des incapacités ;
- La revue de la politique nationale de santé mentale et des stratégies de prévention et de prise en charge des problèmes de santé mentale, de drogues et de toxicomanie ;
- Le renforcement de l'intégration et de la décentralisation des services de prise en charge des problèmes de santé mentale (y compris au niveau communautaire) dans la stratégie des soins de santé primaires. L'OMS fournira un appui dans l'élaboration d'un plan de renforcement des capacités en matière de santé mentale.

### **6.2.5 La Gestion des conséquences sanitaires des urgences et des Catastrophes :**

L'OMS interviendra dans le renforcement de la préparation et de la réponse aux situations d'urgence y compris celles créées par les épidémies. Cet appui sera axé sur l'élaboration d'un plan national de préparation et de réponse aux urgences, sur le renforcement des capacités nationales en matière de gestion des catastrophes et aussi sur l'appui aux stratégies sous-régionales de prévention et de réponse aux urgences et épidémies.

## 6.3 PROMOTION DE LA SANTÉ, SÉCURITÉ SANITAIRE DES ALIMENTS, SANTÉ ET ENVIRONNEMENT

La promotion de la santé, la sécurité sanitaire des aliments, la santé et l'environnement s'inscrivent dans le deuxième objectif stratégique du Plan stratégique du secteur de la santé (2009-2012), portant sur la consolidation, l'extension et l'amélioration des services de prévention des maladies, de promotion de la santé.

L'OMS continuera à jouer un rôle moteur d'appui dans l'élaboration des normes et standards en matière de la qualité de l'eau, de l'hygiène et de l'assainissement et de la sécurité sanitaire des aliments. Cet appui portera également sur les divers domaines suivants :

### 6.3.1 *Promotion des comportements favorables à la santé*

L'OMS interviendra dans :

- La mise en œuvre et le suivi de la politique de santé scolaire ainsi que l'élaboration d'un guide de santé scolaire ;
- L'appui technique au renforcement du programme de santé scolaire et dans les actions de plaidoyer auprès des autres partenaires ;
- L'appui à l'élaboration d'une politique et d'un plan de promotion de la santé en mettant l'accent sur la planification familiale, la santé des jeunes, les maladies non transmissibles, le VIH et le sida, le paludisme et la tuberculose, et à la coordination des activités de promotion de la santé.

### 6.3.2 *Promotion de la prise en charge de la santé des communautés*

L'action de l'OMS portera sur :

- L'appui technique, financier et le plaidoyer pour le renforcement des capacités des agents de santé communautaire au sein d'un partenariat ;
- L'appui à la diffusion des bonnes pratiques en santé communautaire.

### 6.3.3 *Promotion d'un environnement physique favorable à la santé*

L'OMS focalisera ses efforts sur :

- L'appui à la mise en œuvre des politiques et plans stratégiques de santé et de l'environnement et de la gestion des déchets biomédicaux ;
- L'appui à l'amélioration des conditions de santé et d'environnement, d'hygiène et d'assainissement en faveur de la population ;
- L'appui à la promotion de la santé et de l'environnement au niveau communautaire ;
- L'appui pour l'amélioration de la gestion des données de la santé et de l'environnement ;
- Le renforcement des capacités des professionnels de la santé et de l'environnement ;
- Le plaidoyer auprès des partenaires pour la mobilisation des ressources.

### **6.3.4 Sécurité sanitaire des aliments**

L'OMS interviendra dans :

- L'appui au renforcement des capacités, au niveau des districts, pour l'inspection de la sécurité sanitaire des aliments ;
- L'appui à la mise en œuvre de la politique et du plan stratégique de sécurité sanitaire des aliments des « consomma ».

## **6.4 RENFORCEMENT DE LA PERFORMANCE DU SYSTÈME DE SANTÉ**

En vue du renforcement du système de santé, l'OMS apportera son appui dans les domaines ci-après :

### **6.4.1 Politiques des systèmes de santé et prestation de services**

L'OMS fournira un appui pour :

- Le renforcement des capacités managériales et techniques aux différents niveaux ;
- Le processus d'élaboration et de revue des politiques et plans stratégiques des différents secteurs de la Santé ;
- Le renforcement de la coordination du secteur de la santé dans le cadre de l'approche sectorielle ;
- La mise en œuvre des recommandations mondiales et africaines notamment, celles de Ouagadougou sur les Soins de Santé primaires, d'Alger sur la Recherche en Santé et de Libreville sur l'Environnement.

### **6.4.2 Financement de la santé et de la Protection sociale**

L'OMS fournira un appui pour :

- L'élaboration et la mise en œuvre de la politique de financement durable de la santé ;
- Le renforcement de la gestion intégrée et de la performance des mutuelles de santé (MS) ;
- La performance de l'Approche contractuelle (Performance Based Financing : PBF) ;
- L'analyse, le suivi et l'évaluation des ressources financières investies dans la santé, notamment, à travers l'élaboration des rapports sur les Comptes nationaux de la santé.

### **6.4.3 Production et Gestion des ressources humaines**

L'OMS fournira un appui technique et financier pour :

- Le suivi, l'évaluation et la révision de la politique et du plan stratégique de développement des ressources humaines en santé ;
- Le renforcement des capacités pour la mise en œuvre du Plan stratégique des Ressources humaines pour la santé ;

- L'intégration de l'enseignement des programmes nationaux dans les curricula des écoles de formation initiale. L'OMS poursuivra son appui pour le renforcement des compétences des enseignants des écoles de formation des professionnels de la santé ;
- Le développement et la mise en œuvre d'un plan de transfert des tâches.

#### **6.4.4 Renforcement des capacités dans la gestion intégrée du Système d'Information sanitaire (SIS)**

L'appui de l'OMS portera sur :

- Le développement et la mise en œuvre d'une politique nationale du système d'information sanitaire ;
- La promotion de la recherche opérationnelle, dans les domaines prioritaires de la santé ;
- Le renforcement du système national d'information sanitaire, de la surveillance épidémiologique et des capacités en matière de gestion des connaissances.

#### **6.4.5 Renforcement de la politique d'accès aux technologies et produits médicaux**

L'appui de l'OMS portera sur :

- L'élaboration et la révision des politiques nationales et des textes réglementaires dans les domaines pharmaceutique, de la médecine traditionnelle, de la transfusion sanguine et de laboratoire ;
- L'adaptation et la mise en œuvre des normes, directives et standards internationaux pour la qualité, l'innocuité, l'efficacité et l'efficience des produits et technologies pharmaceutiques et sanitaires ;
- La promotion de la médecine traditionnelle et le renforcement du système national de pharmacovigilance ;
- La promotion de l'utilisation des données factuelles et scientifiques pour rendre plus efficaces et plus efficaces les produits et technologies pharmaceutiques et sanitaires, par les prescripteurs et les consommateurs ;
- L'élaboration et la révision des documents de base pouvant assurer l'usage rationnel des produits et technologies de la santé.

## SECTION 7

### IMPLICATIONS DE LA MISE EN ŒUVRE DE L'AGENDA STRATÉGIQUE

La mise en œuvre de l'agenda stratégique va nécessiter le renforcement des interactions entre d'une part, le Bureau OMS au Rwanda et l'Equipe Inter-Pays (IST)/AC, le Bureau régional et le siège et, d'autre part, le Ministère de la santé et le Système des Nations Unies au Rwanda. A cet effet, des aménagements préalables internes au Bureau pays, seront nécessaires.

#### 7.1 IMPLICATIONS POUR LE BUREAU PAYS VIS-À-VIS DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DU SYSTÈME DES NATIONS UNIES

Le Bureau pays de l'OMS, sera le pivot essentiel de la coopération de l'OMS avec le Rwanda, en coordonnant l'appui des différents programmes et composantes de l'Organisation, tout en assurant la maîtrise effective de l'ensemble des ressources destinées au pays. Comme depuis la mise en place du Bureau au Rwanda, le Ministère de la santé sera toujours l'interlocuteur privilégié, mais le cadre d'action sera réorienté pour s'adapter aux stratégies et orientations de la vision 2020, de l'EDPRS, 2008-2012, de HSSP II 2009-2012.

Le Bureau de l'OMS au Rwanda, va continuer à jouer un rôle de référence en matière d'informations et de normes, tout en appuyant la coordination des partenaires du secteur de la santé. Dans cette perspective, le Bureau veillera au renforcement de ses propres capacités afin de répondre plus efficacement aux besoins du pays et de ses partenaires. Il s'agira notamment, en matière de :

Renforcement des capacités techniques et gestionnaires de l'équipe pays :

- La collaboration, la synergie, l'intégration et le soutien mutuel entre les différents membres de l'équipe OMS seront renforcés ;
- Les aspects techniques et de gestion des domaines d'actions retenus pour la mise en œuvre de l'agenda stratégique, les capacités d'anticipation et d'adaptation aux changements aux différents niveaux (national, régional et mondial), l'initiation, l'analyse et le suivi de politique ainsi que la gestion efficace de la coopération technique seront maîtrisés pour plus d'efficacité et d'impact ;
- Les informations relatives à la mise en œuvre du HSSPII et des programmes de santé prioritaires seront collectées, analysées, utilisées et disséminées, en accord avec les responsables nationaux concernés du Ministère de la santé, pour leur prise en compte dans les rapports annuels, aux niveaux régional et mondial ;
- La motivation du personnel à travers la formation continue, sera renforcée

## **Amélioration de l'administration et de la gestion du Bureau pays en matière de planification des activités :**

La présente stratégie de coopération de l'OMS avec le Rwanda (2009-2012), s'inscrit dans le cadre du principe d'alignement avec le HSSP II et l'EDPRS. Elle s'inscrit en outre, dans le cadre du Programme mondial d'action sanitaire du 11<sup>ème</sup> programme général de travail (2006-2015), et dans le cadre de l'opérationnalisation du Plan stratégique à moyen terme, de l'OMS.

### **Ressources humaines :**

Pour une participation active de l'OMS à ces changements imposés par la réorientation de la coopération au niveau national, le personnel du bureau devra consacrer plus de temps pour les activités d'appui au Ministère de la santé et celles exécutées conjointement avec les autres Agences des Nations Unies au Rwanda, dans le cadre de « ONE UN Programme ».

Les attributions du personnel seront revues pour augmenter sa disponibilité et au besoin, des services de consultants nationaux ou régionaux, seront requis notamment, pour le suivi et l'évaluation des activités.

La contrepartie du Ministère de la santé en matière de planification, devrait être renforcée pour que le processus de planification conjointe puisse refléter l'appropriation des deux côtés.

### **Moyens techniques et matériel :**

Le personnel sera doté de plus de moyens pour lui permettre de répondre de façon efficace, aux sollicitations de leurs collègues du Ministère de la santé et du système des Nations Unies.

A ce titre, la mobilité du personnel sera renforcée des deux côtés, par l'augmentation et la réorganisation des moyens de transport et de communication.

### **Appui financier :**

Le Ministère de la santé a beaucoup d'espoir que l'OMS sera en mesure d'honorer ses engagements financiers surtout, pour les activités requérant des fonds verticaux. Ce point constitue l'une des faiblesses de l'OMS bien que le bureau pays ne soit pas en mesure de remonter cette difficulté sans l'appui du bureau régional et du siège.

L'appui financier de l'OMS qui actuellement cible les activités planifiées, devrait se transformer en appui budgétaire direct au Ministère de la santé.

Une stratégie commune de mobilisation des fonds au sein des Nations Unies, devrait être une partie de la réponse.

## **7.2 ÉQUIPES INTER PAYS, BUREAU RÉGIONAL ET SIÈGE**

Les recommandations formulées dans la version précédente de la SCP, restent valables :

- Renforcement de la délégation d'autorité des Représentants, dans le recrutement et la gestion de certaines catégories du personnel temporaire ;
- Amélioration de la collaboration et de la coordination entre les trois niveaux de l'OMS dans la planification, la mise en œuvre et le suivi des actions ;
- Autorisation et renforcement des capacités des bureaux de pays à mobiliser les ressources (élaboration de directives) ;
- Identification de l'appui du Bureau régional et du Siège, à partir des besoins exprimés par les pays.

## SUIVI ET ÉVALUATION

Le CCS sera l'instrument clé du Bureau pays, pour harmoniser et aligner la contribution de l'OMS dans le cadre des processus existants, en appui du développement du Rwanda comme l'EDPRS, les approches sectorielles (SWAP), le Plan cadre d'Assistance des Nations Unies au développement (UNDAF), le Document opérationnel commun (COD). L'OMS évaluera sa contribution aux résultats nationaux, en utilisant la CCS comme document essentiel de référence.

Le niveau de réalisation des résultats escomptés au niveau pays, la contribution de l'OMS pays aux objectifs stratégiques du plan stratégique régional à moyen terme, et au budget programme ainsi que la contribution de l'OMS à l'atteinte des objectifs du HSSPII, seront suivis et évalués régulièrement.

Le suivi et l'évaluation de la stratégie de coopération avec le pays, se feront à travers le suivi et l'évaluation des plans de travail des périodes biennales. La présente SCP 2009 – 2013 couvre les 3 plans des périodes biennales 2008 – 2009, 2010 – 2011 et 2012 – 2013.

Les leçons apprises de l'évaluation de la précédente SCP 2004 – 2007, sont mentionnées dans la section 2.4 relative au bilan de sa mise en œuvre.

Conformément au processus gestionnaire de l'OMS, la mise en œuvre du plan biennal sera suivie tous les six mois, et une revue/évaluation annuelle sera organisée au mois de décembre, afin d'apprécier le niveau d'atteinte des résultats escomptés au niveau pays, en se basant sur les indicateurs de suivi du plan biennal. Un exemple de ces indicateurs sont repris en annexe 2, pour le plan biennal 2010 – 2011.

Une évaluation à mi-parcours, est effectuée au mois de décembre, de la première année, et une évaluation finale à la fin de la deuxième année, de chaque période biennale.

L'évaluation à mi-parcours, permettra de revoir l'état de la mise en œuvre du plan et si besoin est, une replanification des activités en découlera, en concertation avec le Ministère de la Santé.

L'OMS est dans le processus d'introduction d'un nouveau système de gestion appelé Global System Management (GSM). Ce système permettra aux administrateurs de programmes de mieux suivre la consommation budgétaire et l'atteinte des résultats escomptés du Bureau pays. La mise en œuvre du GSM, va exiger que le personnel du Bureau pays soit formé et qu'un processus d'appui soit mis en place afin d'assurer que le Bureau dispose des capacités nécessaires pour mener à bien cette tâche essentielle.

La contribution de l'OMS à la réforme des Nations Unies au Rwanda, et notamment, sa participation active à l'initiative pilote « One UN » font l'objet de suivi et d'évaluation périodiques, conformément au cadre de suivi et de monitoring défini dans le COD. La « valeur ajoutée » imputable à l'OMS, à l'intérieur du système des Nations et avec d'autres partenaires pour le développement, est évaluée tous les 6 mois.



# BIBLIOGRAPHIE

1. CNLS : Rapport annuel 2007;
2. CTB : Belgian Technical Cooperation, Annual report 2006;
3. EDS II et III ;
4. MINALOC : Site du Ministère de l'Administration locale (MINALOC) ;
5. MINECOFIN EDPRS, 2008-2012 ;
6. MINECOFIN: CEPEX, annual report, 2007 ;
7. MINECOFIN: Revue des dépenses publiques de la santé, 2002-2005 ;
8. MINECOFIN: Strengthening Partnerships, annual report of the government of Rwanda and development partners, 2006 ;
9. MINISANTE Ministère de la Santé, rapport annuel 2007 ;
10. MINISANTE : Conférence nationale sur la prise en charge, le traitement et l'assistance aux enfants infectés et affectés par le VIH/Sida, 2006 ;
11. MINISANTE : Plan stratégique de Développement des Ressources humaines en Santé 2006-2010 ;
12. MINISANTE : Plan stratégique du Secteur Santé, 2005-2009 ;
13. MINISANTE : Politique du secteur santé au Rwanda, 2005 ;
14. MINISANTE : Rapport annuel 2006, Mars 2007 ;
15. MINISANTE, MINECOFIN : Enquête démographique et de santé, 2005 ;
16. MINISANTE: Ministry of health Public Expenditure Review - Health Sector, 1999;
17. MINISANTE: Rwanda 2007, Joint Health Sector Review ;
18. MINISANTE: Rwanda, MTR HSSP I, Final Report ;
19. NISR : Mini DHS (avril 2008) ;
20. NISR: EICV 2006 ;
21. NISR: News Bulletin, August 2007, Page 6. The Rwandan Statistician, bulletin de l'Institut national de statistiques, au Rwanda ;
22. OMS : 11<sup>ème</sup> Programme Général de travail, 2006-2015. Programme mondial d'action sanitaire ;
23. OMS : Initiative en faveur des pays : Rapport du DG de l'OMS ;
24. OMS : Orientations stratégiques de l'action de l'OMS dans la Région africaine, 2005-2009 ;
25. OMS : Plan stratégique à moyen terme, (PSMT) 2008-2013 ;
26. TRAC PLUS/HAS : Rapport annuel, 2007 ;
27. TRAC-Plus : TRACNET, 2007 ;
28. UNDP : Common operational Document, UN – Rwanda, 2007 ;
29. UNDP : UNDAF, 2008-2012, Rwanda ;
30. UNDP: World development indicators data base, 2005.

# ANNEXE 1

**Tableau 2 : Développement, Assistance et Partenariats**

Nom partenaire	Type de partenariat	Domaines principaux d'intervention	Aire d'intervention	Montant
Etats Unis(USAID, CDC PEPFAR, USG, Fondations)	Bilatéral	VIH/Sida (prévention, prise en charge et traitement, ARV) ; Recherche ; PaludismeTuberculose ; renforcement des systèmes de santé et de la santé communautaire ; Santé de la reproduction et PF ;	Tout le pays	150 000 000 \$ US, en 2007
Coopération Suisse	Bilatéral	Participation communautaire ;Renforcement du système de santé (accès et qualité des services, capacités de gestion, coordination) ;	District de Karongi et Rutsiro	4 050 000 CHF en 2007-2008
Coopération Luxembourgeoise	Bilatéral	VIH/Sida : approvisionnement en médicaments, renforcement du diagnostic et suivi biologique du VIH et des IO, optimisation des soins cliniques, Recherche, soutien ;	Kigali et Rwamagana	4 800 000 • pour 2007- 2009
Coopération Allemande	bilatéral	Renforcement des capacitésSanté de la reproduction ;Lutte contre la cécité ;Appui aux soins de santé primairesVIH/Sida ;	Huye, Nyaruguru, Nyamagabe, Gicumbi	3 500 000 • en 2006
Coopération Belge	bilatéral	Renforcement institutionnel ;Renforcement du système de santé ;(CHUK, services de santé de la ville, LNR, renforcement des capacités) ; Paludisme,Santé mentale ; Écoles de formation en sciences infirmières ;	Niveau Central Kigali, 6 districts	Environ 21 000 000 • pour l'ensemble des projets d'appui pour 2003 – 2009
Royaume Uni	bilatéral	SWAP ; VIH/Sida (soins à base Communautaire incluant les ARV, soins globaux) ; Accès aux soins ;	Tout le pays	9 250 000 £
Banque mondiale	multilatéral	VIH/Sida (MAP)	Tout le pays	30 500 000\$ US en 2002 – 2006
GFATM	multilatéral	VIH/Sida (VCT intégré, décentralisation de la prise en charge, accès aux soins de qualité, passage à l'échelle des services) ;Paludisme ;Tuberculose ;	Tout le pays	230 millions \$ US pour la mise en œuvre de 7 projets (VIH, MAL, TB) couvrant 2002-2007
Union Européenne	multilatéral	Renforcement des systèmes de santé,Santé de la reproduction et PF ;Promotion de la lutte contre le VIH/Sida ;	Tout le pays	748 800 •
UN	multilatéral	Renforcement des capacités ;Renforcement des systèmes de santé ;Prévention et contrôle des maladies transmissibles et non transmissibles ;Réponse aux épidémies et catastrophes ;VIH/Sida, Tuberculose, Paludisme ;Santé de la reproduction et PF,Nutrition Promotion de la santé ;Nutrition, Hygiène et Assainissement.	Tout le pays	120 44 mil 2008-2012 pour le« One UN »

## ANNEXE 2

**Tableau 3 : Indicateurs de suivi de la mise en œuvre du Plan biennal  
OMS/Ministère de la Santé, 2010 – 2011**

Description des indicateurs du plan biennal 2010 - 2011	Baseline (2008)	Target 2011
Pourcentage d'exécution du Budget du plan :	80%	90%
Tous les districts auront mis en place la stratégie « Atteindre Chaque District » (ACD) et atteint au moins 90% de couverture vaccinale en pentavalent 3.	60%	100%
Nombre de district ayant maintenu les indicateurs de surveillance de la poliomyélite au niveau de certification :	27	30
Proportion de DS effectuant un rapport régulier et en temps réel, sur les maladies transmissibles (formulaire de déclaration commune OMS/UNICEF) :	50%	80%
Document de plan national d'action pour la mise en œuvre du RSI disponible :	0	1
Nombre d'épidémies gérées suivant les Modes opératoires normalisés :	60%	80%
Proportion d'épidémies et/ou urgences de santé ayant bénéficié de l'appui de l'OMS au niveau international :	100%	100%
Couverture nationale pour le traitement aux ARV :	77%	90%
Couverture nationale à la PTME femmes enceinte :	75%	90%
Couverture nationale en MII :	57%	85%
Taux de dépistage et taux de traitement de la tuberculose :	27%	70%
Proportion de districts de santé intégrant au moins les interventions TB-VIH :	100%	100%
Proportion de DS effectuant un rapport régulier et en temps réel, sur les résistances des insecticides et médicaments, évolution et ressources :	0	100%
Proportion de DS effectuant un rapport régulier et en temps réel sur l'évolution des interventions et des ressources financières :	0	100%
Nombre de réunions des CCM pour la lutte contre le VIH/Sida, la tuberculose et le paludisme (STP) :	0	24
Nombre d'outils et stratégies développées et/ou améliorées pour la mise en œuvre de la lutte contre le VIH/Sida, la tuberculose et le paludisme :	0	6
Documents de programme multisectoriel de promotion de la santé mentale et comportementale disponibles :	0	1
Documents de stratégie disponibles pour l'accès universel aux soins de la mère et du nouveau-né, à la santé génésique et sexuelle, et à la santé des personnes âgées :	2	4
Nombre d'études finalisées sur la santé des enfants, jeunes, adolescents et de la mère :	1	3

Proportion des districts de santé effectuant des SONU de qualité :	30%	60%
Proportion des districts de santé effectuant une PCIME de qualité :	50%	70%
Proportion des districts de santé couverts par la PCIME :	99%	100%
Proportion de districts administratifs disposant d'un document de plan d'organisation des secours (ORSEC) en situation d'urgences et catastrophes humanitaires :	0	50%
Proportion de régions sanitaires ayant fait fonctionner le système d'alerte et réponse précoce en situation d'urgence et catastrophe	0	50%
Document de stratégie de promotion de la santé disponible :	0	1
Nombre de districts équipés en matériels de sensibilisation anti tabac produits et formés en sevrage tabagique :	0	30
Nombre de Membres des Comités de santé scolaires formés :	0	800
Nombre de Bulletins d'information et journées thématiques appuyés :	0	20
Nombre de projets générateurs de revenus, ayant reçu des appuis financiers :	0	10
Documents de politiques de santé environnementale et plans stratégiques de mise en œuvre :	0	2
Documents de politiques et stratégies relatives à l'alimentation et à la nutrition (y compris la lutte contre les carences nutritionnelle) disponibles :	1	2
Proportion de régions et districts de santé effectuant des activités de qualité, en matière de nutrition chez le nourrisson et le jeune enfant :	10%	50%
Nombre de réunions annuelles de coordination de la SWAP organisées :	0	2
Nombre de gestionnaires des mutuelles de District sensibilisés et formés en audit :	0	30
Nombre des documents de politiques et de textes législatifs élaborés/révisés, dans le secteur pharmaceutique :	4	7
Pourcentage d'activités exécutées dont les rapports techniques et financiers sont disponibles dans les délais fixés :	0%	80%