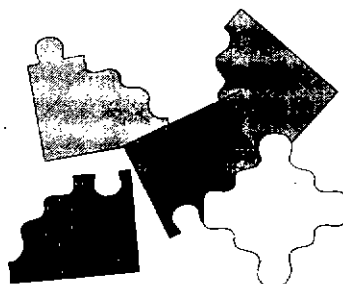


BSJ

**RAPPORT SUR LA REVUE DE LA MISE EN ŒUVRE DE
L'INITIATIVE DE BAMAKO EN AFRIQUE.**



BAMAKO
8 – 12 MARS 1999



TABLE DES MATIERES.

1	Résumé synthétique.....	3
2	Introduction.....	4
3	Réalisations / Acquis.....	6
3.1	Les principaux résultats.....	6
3.1.1	Le Paquet Minimum d'Activités.....	6
3.1.2	Les Médicaments Essentiels Génériques.....	7
3.1.3	Le partage des coûts.....	8
3.1.4	La participation des populations.....	9
3.2	Autres résultats.....	10
3.2.1	Accessibilité.....	10
3.2.2	Couverture sanitaire.....	11
3.2.3	Qualité.....	11
3.2.4	Pérennité.....	13
3.2.5	Partenariat.....	13
4	Problèmes et questions à résoudre.....	14
4.1	Le passage à l'échelle.....	15
4.1.1	Contraintes.....	16
4.1.2	Des pré-requis indispensables.....	17
4.2	Les priorités émergentes.....	19
4.3	Participation communautaire.....	20
4.4	Le secteur privé.....	22
5	Des expériences prometteuses.....	22
5.1	Activités à base communautaire.....	22
5.2	Systèmes de référence et d'évacuation.....	23
5.3	Systèmes de solidarité.....	23
5.4	Les réformes du système de santé.....	24
6	Synthèse et conclusion.....	25
7	Recommandations générales.....	26

1 RESUME SYNTHETIQUE.

Au cours des années 80, les problèmes économiques des pays africains ont entraîné une dégradation progressive de la performance des prestations dans le secteur de la santé. Pour lutter contre cet état de fait, une résolution (AFR/RC37/R6) a été adoptée en septembre 1987 au cours de la 37^{ème} session du Comité Régional de l'OMS : elle visait à revitaliser les systèmes de santé de district au travers de la mise en place de mécanismes de cogestion et de cofinancement avec les communautés, centrés sur les médicaments essentiels.

Douze ans après l'adoption de cette «Initiative de Bamako», des progrès ont été réalisés par beaucoup de pays africains. Afin d'analyser la mise en œuvre de cette stratégie, de dégager des perspectives, 44 pays se sont retrouvés à Bamako pour échanger les expériences sur le processus de mise en œuvre, d'identifier les contraintes, les points forts et les points faibles ainsi que pour étudier ensemble les opportunités nouvelles. Parmi eux, 22 pays ont fait une intervention sur l'un des 4 thèmes retenus pour la Revue. Ces présentations ainsi que des travaux de groupe ont servi de base pour des discussions fructueuses et franches sur l'évolution future de l'Initiative de Bamako.

Comme acquis, la réunion a mis l'accent sur la contribution de l'Initiative de Bamako dans quatre domaines importants : la promotion et la mise en œuvre d'un Paquet Minimum d'Activités, la disponibilité permanente de médicaments essentiels à faible coût, le partage des coûts et la participation effective des populations. Ces principaux résultats ont été examinés de façon critique, ce qui a permis de mettre à jour les principes généraux à respecter pour aboutir à une meilleure appropriation et à un meilleur impact. D'autres résultats ont été examinés, en particulier l'amélioration de l'accessibilité des soins, tant géographique que financière, la qualité des soins et des prestations et les conditions de pérennité des centres de santé et du système dans sa globalité.

Au cours des travaux de groupe, un certain nombre de problématiques ont été discutées. Des éléments de réponse importants pour la résolution des défis futurs dans le cadre de la poursuite des efforts pour une accessibilité universelle aux soins et une meilleure équité ont pu être dégagés. Ainsi, l'extension de l'Initiative de Bamako est confrontée à des problèmes opérationnels à cause des difficultés inhérentes aux zones moins favorisées, aux populations défavorisées et aux nouvelles priorités sanitaires. Cette extension se heurte à des contraintes de ressources humaines, tant par leur quantité et leur répartition que leur motivation. Les conditions écologiques et démographiques de certains territoires jouent également un rôle important dans la stratégie d'extension de la couverture des services. Les situations d'urgences complexes et les crises sociales ne favorisent pas leur extension dans de bonnes conditions : une certaine stabilité socio-politique, voire économique est indispensable. Enfin les conflits de priorité provoqués par la mise en œuvre de programmes non intégrés entraînent un gaspillage des ressources, phénomène prenant une ampleur particulière dans des pays à ressources limitées.

Les nouvelles priorités sanitaires et stratégiques doivent également être prises en considération pour l'adaptation de l'Initiative de Bamako au processus de développement des systèmes et des services de santé, en cours dans la plupart des pays. Cette adaptation correspond en effet à des besoins ressentis en terme de changement en matière d'organisation et de gestion des services de santé, de fourniture de services, de ré-affectation des ressources et de financement des soins ainsi qu'à des défis de santé publique qui ont une influence importante sur la santé des populations.

La qualité et les modalités de la représentation communautaire ainsi que la perspective d'une réelle appropriation des individus et des familles ont été longuement discutées à la lumière

d'expériences spécifiques. On a constaté en particulier la tutelle de la structure très traditionnelle des sociétés africaines majoritairement rurales. Une évolution vers une prise en compte des droits de l'individu et du citoyen à des soins de santé et au respect de sa dignité sera donc un processus lent qui nécessitera des approches complémentaires et multiples.

Enfin, l'ouverture du partenariat du secteur public en direction du secteur privé, en particulier non lucratif, a été envisagée car elle constitue une alternative intéressante pour l'extension de la couverture sanitaire.

La mise en œuvre de l'Initiative de Bamako au cours des dix dernières années a vu le développement d'expériences innovantes telles que les activités à base communautaires, l'instauration de systèmes de solidarité qui sont autant de voies à explorer et à développer pour renforcer la pyramide sanitaire dans les années qui viennent. A cela se rajoute le fait que l'Initiative de Bamako a souvent constitué une partie intégrante voire le point de départ de réformes du secteur de la santé de plus grande envergure.

Ces expériences prometteuses ont suivi des approches variées. Leur comparaison fait apparaître quelques principes à respecter pour une éventuelle extension à plus grande échelle. Au sortir de ces débats, et plus particulièrement à l'issue des travaux de groupe, les participants à la Revue ont avancé une série de recommandations spécifiques pour la poursuite de la mise en œuvre de l'Initiative de Bamako ainsi que des recommandations générales à l'adresse des Gouvernements et des partenaires. Ils ont également lancé un Appel solennel à ces mêmes Gouvernements afin que ceux-ci favorisent la réunion du maximum de conditions favorables à l'accès à des soins de santé, universels et de qualité, y compris par la mobilisation des communautés et la prise en compte de la dimension communautaire dans les processus de réforme du secteur de la santé, et en s'inspirant des acquis de l'Initiative de Bamako.

2 INTRODUCTION.

Au cours des années, de nombreuses stratégies ont été élaborées pour tenter d'améliorer l'accès aux soins ainsi que leur qualité. Après l'adoption par la communauté mondiale des objectifs de la Santé Pour Tous et la déclaration d'Alma-Ata en 1978, de nombreux pays d'Afrique sub-saharienne se sont trouvés confrontés dans les années 80 à des problèmes économiques se traduisant par une dégradation progressive des prestations dans le secteur de la santé. Il est alors apparu indispensable de trouver une stratégie pertinente pour limiter les effets néfastes de cette détérioration des systèmes de santé sur les populations.

Ainsi au cours de la session du Comité régional de l'OMS tenue en septembre 1987 au Mali, les Ministres de la Santé des pays africains ont adopté la Résolution AFR/RC37/R6 plus connue sous la dénomination d'Initiative de Bamako. Cette résolution donnait suite à une proposition de l'OMS et de l'UNICEF visant à revitaliser les systèmes de santé de district, l'objectif ultime étant la mise en œuvre effective des Soins de Santé Primaires, et la réduction de la mortalité maternelle et infantile. L'année suivante, les Chefs d'États et de Gouvernements de l'OUA ont approuvé cette initiative et des directives ont été élaborées pour sa mise en œuvre. L'Initiative de Bamako est et a été considérée comme une des approches les plus importantes pour renforcer le système de santé au niveau périphérique à travers des mécanismes de cogestion et de cofinancement avec les communautés dans le but d'améliorer la prestation des soins de santé et leur efficacité ainsi que la pérennité des services de santé essentiels en Afrique.

Douze ans après le lancement de cette initiative, un examen de la documentation existante montre que beaucoup de pays africains se sont engagés soit dans la mise en œuvre de l'Initiative de Bamako soit dans d'autres initiatives similaires. Au cours de la 47^{ème} session du

Comité régional tenue à Sun City, Afrique du Sud, en 1997, une des recommandations était la tenue d'une réunion permettant aux pays de la Région africaine d'échanger leurs expériences afin d'en analyser la mise en œuvre et de dégager des perspectives d'avenir à l'aune du troisième millénaire. Le Gouvernement du Mali s'est proposé d'abriter et de co-organiser cette réunion avec l'UNICEF et l'OMS.

Cette revue avait pour principal objectif d'examiner la mise en œuvre de l'Initiative de Bamako dans la Région africaine et de faire des recommandations à l'intention des décideurs politiques en vue de renforcer la performance des systèmes et contribuer ainsi à une meilleure santé des populations africaines dans les décennies à venir.

La revue devait également :

- permettre d'échanger des expériences entre les pays sur le processus de mise en œuvre,
- identifier les contraintes, les points forts et les points faibles ainsi que les opportunités rencontrées par les pays au cours de la mise en œuvre de l'Initiative de Bamako.
- évaluer les relations entre cette mise en œuvre et la disponibilité des médicaments essentiels au niveau opérationnel,
- promouvoir les mécanismes de cogestion communautaire et de cofinancement afin d'améliorer les services de santé au niveau local,
- déterminer le rôle de l'Initiative de Bamako dans le renforcement des systèmes de santé de district et dans le cadre des réformes sanitaires.

Le présent document constitue la synthèse des débats et des discussions qui se sont tenus dans le cadre de cette Revue. Il tente de faire ressortir les principaux points de consensus. Des participants de 43 d'Afrique se sont retrouvés avec leurs principaux partenaires au développement, ainsi que des représentants d'autres régions. Le tableau suivant résume la qualité de la participation à cette réunion (pour liste détaillée, voir annexe 6).

Catégorie	Nombre de participants
Coopérations bilatérales	5
Instituts de formation	5
Coopération Multilatérales (hors N.U.)	11
Organisations N.U.	44
Organisations Non Gouvernementales	5
Pays (hors Mali)	102
Mali	48
Total	220

Tableau 1 : Nombre et répartition des participants à la Revue de l'Initiative de Bamako.

Les participants ont écouté pendant les deux premiers jours une série d'interventions sur quatre thèmes retenus : le processus de mise en œuvre, le rôle des médicaments essentiels, la participation communautaire et le renforcement du système de santé. Afin d'illustrer ces différents aspects, des visites de terrain ont été organisées au cours de la 3^{ème} journée, dans 19 structures sanitaires maliennes. Enfin, la 4^{ème} journée a été occupée à débattre sur une série de 9 questions à l'intérieur de travaux de groupes. Ces débats, ainsi que ceux des premières journées, ont été très positifs même s'ils ont été souvent contradictoires. Ils ont permis des échanges fructueux et critiques sur les diverses interventions et commentaires. La 5^{ème} journée a permis de faire un bilan des discussions et de formuler des recommandations. La Revue a abouti à l'élaboration d'un Appel (annexe 1) à l'attention des Gouvernements.

Sur les 43 pays présents, 39 avaient préparé une monographie ou des documents illustrant l'état d'avancement de l'Initiative de Bamako dans leur pays : parmi ceux-là, 21 pays ont fait

une intervention sur l'un des quatre thèmes retenus. L'annexe 7 à la fin de ce rapport dresse la ~~liste des contributions disponibles. Ces dernières sont accessibles au niveau des bureaux régionaux de l'OMS (AFRO) et de l'UNICEF (BRAOC & ESARO) ainsi qu'auprès du~~ Ministère de la Santé malien.

3 REALISATIONS / ACQUIS.

L'Initiative de Bamako a été lancée pour pallier notamment aux insuffisances des ressources en matière de santé, à la mauvaise gestion de ces ressources et à la mauvaise organisation des systèmes de santé. Le but était d'assurer un accès à des services de santé essentiels et de restaurer la confiance dans les systèmes publics de santé par l'intermédiaire d'une amélioration de la qualité et de promotion de la participation communautaire. L'Initiative de Bamako est bien une stratégie de renforcement des Soins de Santé Primaires. Par conséquent cette initiative conserve les 8 principes essentiels des SSP. Mais, dans une perspective opérationnelle, elle met l'accent sur le développement de quatre piliers majeurs : la promotion et la mise en œuvre d'un paquet minimum de soins, la disponibilité permanente de médicaments à faible coût, le partage des coûts entre les divers acteurs du système dont les utilisateurs, et la participation effective de la communauté à la gestion locale du système de santé.

Au cours des diverses présentations faites par les pays participants, il est clairement apparu que cette vision globale n'a pas toujours été traduite dans les faits par tous les pays ; ainsi, certains ont mis en place une Initiative de Bamako orientée préférentiellement sur certains axes opérationnels, notamment la fourniture de Médicaments Essentiels au niveau périphérique (Malawi), l'aspect de recouvrement des coûts (Burundi, Kenya) ou enfin la participation des populations à la gestion. Ce choix raisonné de mise en œuvre des principes de l'Initiative de Bamako selon les pays, introduit une première différence dans les approches ; différence qui peut avoir son importance dans l'appréciation de l'impact de l'Initiative de Bamako sur l'état de santé des populations.

3.1 Les principaux résultats.

A travers les différents documents des pays et en tenant compte des études réalisées au cours de ces dix années de mise en œuvre, nous examinerons les résultats concernant tout d'abord les quatre éléments essentiels ci-dessus évoqués et dans un second temps, nous envisagerons des aspects plus spécifiques.

3.1.1 Le Paquet Minimum d'Activités.

La mise en œuvre d'un Paquet Minimum d'Activités est un moyen technique de lutter contre les principales causes de mortalité et de morbidité spécifique à chaque pays. Il existe en effet une synergie et une interaction entre différents problèmes de santé. Les maladies infectieuses et la malnutrition ont un effet réciproque, tout comme le paludisme et les carences en micronutriments (fer notamment). Ceci implique que le résultat d'un traitement

Catégorie	%
Soins curatifs	
Médicaments essentiels	87.0%
Ordinogrammes	87.0%
Fièvre (Paludisme)	91.3%
Fièvre et toux	87.0%
Diarrhée	91.3%
Maladies courantes de l'adulte et de l'enfant	91.3%
MST	82.6%
Tuberculose	73.9%
Lèpre	60.9%
Hospitalisation	47.8%
Soins Préventifs	
Vaccinations	91.3%
Supplémentation Vit A	60.9%
Vaccination antitétanique	87.0%
CPN	91.3%
Planning familial	82.6%
Croissance et nutrition	87.0%
Réhabilitation nutritionnelle	43.5%
Supplémentation Vit A prénat.	13.0%
Accouchements assistés	65.2%
Activités promotionnelles	
Hygiène, Distri. Comprimés	43.5%
Imprégnation moustiquaires	39.1%
Distrib. Chloroquine, Prev. Palu.	26.1%
Educ. Nutr. Allaitement	47.8%
Educ Nutr. Sel iodé	52.2%
IEC SIDA	65.2%
Distrib. Préservatifs	56.5%
Promotion ORS	52.2%

simultané des problèmes peut être plus important que leur traitement séparé. De plus, il est parfois difficile de distinguer des symptômes spécifiques de maladies comme le paludisme, les infections respiratoires graves et la diarrhée. Enfin, des services intégrés avec les différentes composantes contenues dans le paquet minimum de soins de santé permettent d'éviter les occasions manquées. La composition de ce Paquet Minimum d'Activités varie sensiblement d'un pays à l'autre, selon les particularités épidémiologiques locales (Tableau 2). Mais, sauf spécificité telle que la Méningite ou la lutte contre la Trypanosomiase Humaine (Centrafrique, Ouganda) ou des contextes épidémiologiques très particuliers (Epilepsie chez certaines ethnies maliennes), sa composition est quasiment identique dans la majorité de cas. Les composantes de ces paquets minimums de soins sont généralement choisies selon des critères tels que la rentabilité dans la lutte contre les principales causes de mortalité et de morbidité, les besoins perçus par la communauté et l'aptitude de ces éléments à être intégrés. On peut cependant remarquer, d'une manière générale, que les aspects curatifs sont privilégiés par rapport aux aspects préventifs et promotionnels : d'autre part, même si cette liste n'est ni exclusive ni standardisée, on voit qu'il y a encore beaucoup de pays dont le Paquet Minimum d'Activités est incomplet. En particulier seulement 60.9% des pays effectuent une supplémentation en Vit A, et 43.5% font une réhabilitation nutritionnelle. De fait, on doit toujours faire preuve de beaucoup de flexibilité dans le choix des activités afin de prendre en compte des facteurs tels que le changement épidémiologique, le développement de nouvelles méthodes de traitement et l'amélioration de la capacité du personnel de santé à fournir des services de façon plus efficace.

3.1.2 Les Médicaments Essentiels Génériques.

Les médicaments essentiels sous Dénomination Commune Internationale constituent quant à eux un élément de support pour la mise en œuvre du Paquet Minimum d'Activités. En général tous les pays ont réussi à mettre en œuvre des politiques nationales du médicament, bien qu'ils en soient à des étapes différentes. Ceci nécessite souvent une révision et même un renforcement afin de parvenir à la mise en place de systèmes de distribution solides et viables. L'accroissement de la disponibilité en médicaments essentiels qui a suivi l'organisation de ces différents réseaux de d'approvisionnement et de distribution est largement responsable des progrès de couverture et d'utilisation des services de santé. D'abord par le seul fait qu'ils soient présents dans les différentes structures de santé, et ceci à un coût réduit. Ensuite, l'utilisation de centrales d'achats (de statut public ou privé) a permis des achats par appel d'offre internationaux et une rationalisation de la distribution dans les structures publiques. Tout ceci a contribué à diminuer le coût des médicaments. Pour les pays de la zone CFA, les réticences initiales à l'instauration de telles politiques des médicaments essentiels ont été «balayées» par la survenue de la dévaluation du FCFA, accélérant par la même occasion la mise en œuvre de l'Initiative de Bamako dans les pays concernés. Dans les pays où, avant la mise en place de l'Initiative de Bamako, la distribution des médicaments était en partie assurée par le secteur privé ou confessionnel (Nigeria, Malawi, Kenya), la politique nationale s'est orientée vers une amélioration de l'accessibilité des médicaments pour les communautés de base : que ce soit grâce à des Fonds de Roulement au niveau villageois (Malawi) ou simplement à travers des agents de santé communautaires chargés de vendre un nombre réduit de molécules (Kenya) ou des comités villageois (Nigeria). Ces fonds de roulement ont réellement permis d'améliorer l'accessibilité à un nombre réduit de molécules (5 à une dizaine) pour les populations les plus périphériques. Le problème essentiel reste l'approvisionnement quand celui-ci n'est pas assuré par une structure publique ou parapublique, car il est toujours nécessaire de garantir une recherche du moindre coût au cours de cette distribution. De plus, certains pays comme le Nigeria se trouvent confrontés à une concurrence (voire à des pressions) de la part des fabricants et du secteur privé, limitant ainsi l'extension de la politique des

médicaments essentiels génériques.

D'une manière générale, on constate que les patients sont prêts à payer pour les médicaments, à condition que ces derniers soient disponibles et à un coût acceptable. Mais cette disponibilité et cette meilleure accessibilité ne garantissent pas, à elle seule, la qualité des services des prestations. En association avec la rationalisation des soins et des prescriptions, le prix moyen de l'ordonnance varie, selon les pays, entre \$US 0.6 (Guinée Conakry) et \$US 3.0 (Congo) en 1998. En moyenne, pour la région de l'Afrique de l'Ouest et du Centre, on estime que grâce à la rationalisation des activités et les Médicaments sous forme générique, le coût moyen de l'ordonnance est passé de 6 000 FCFA à 400 FCFA (Mali, données avant la dévaluation du FCFA – 1994). Ceci a donc restauré une certaine confiance dans les structures de santé et ainsi accru la fréquentation des centres de santé.

Malgré ces améliorations importantes, il convient de noter que beaucoup de problèmes subsistent pour l'utilisation des médicaments, que ce soit sur le plan de la formation du personnel, du contrôle de qualité des molécules, de la gestion du système d'approvisionnement, de l'information des consommateurs avec notamment un usage «irrationnel» de ces médicaments. Les systèmes d'approvisionnement et de distribution de nombreux pays ne fonctionnent pas de façon optimale, et certains pays (Gabon) en sont encore aux étapes initiales du processus de renforcement. Il reste encore beaucoup de chemin à accomplir avant d'aboutir à des systèmes performants de distribution de médicaments essentiels de qualité.

L'utilisation des médicaments traditionnels est encore importante parmi la population africaine : il serait maintenant utile d'inclure (ainsi que l'a fait le Mali) certains de ces médicaments – après un contrôle rigoureux – dans les listes nationales de médicaments.

3.1.3 Le partage des coûts.

Bien que contestée au départ, le partage des coûts est une idée centrale à l'Initiative de Bamako. Il répond notamment au fait que les États, au cours des années 80, n'avaient plus la capacité d'assurer le fonctionnement quotidien des structures sanitaires. Il s'en est suivi une détérioration des infrastructures sanitaires, des pénuries de médicaments, et des autres matériels médicaux (y compris vaccins) entraînant une désaffectation des centres de santé par la population. Un partage des coûts s'est donc établi sur des bases différentes selon les pays, mais en suivant généralement les mêmes principes : coûts salariaux à la charge de l'État, les investissements et les amortissements revenant soit à l'État soit à l'aide extérieure et les coûts de fonctionnement locaux étant à la charge du financement local. Ce dernier peut se faire également selon différentes modalités, en paiement direct des actes, des médicaments ou grâce à des cotisations ou des mécanismes de solidarité. Un autre principe mis en évidence par les diverses expériences est la non-exclusivité de ces modalités. Ainsi, au niveau d'une même structure, des modes de partage des coûts différents peuvent coexister (Fonds de Roulement pour les Médicaments, paiement à l'acte ou cotisation, pré-paiement, assurance volontaire) à condition que le système de gestion soit clair et que la qualité et la disponibilité des prestations soient identiques pour tous. Ces modalités doivent également être considérées comme dynamiques en ce sens qu'elles peuvent évoluer selon les conditions économiques et/ou politique de l'environnement. La complémentarité de ces modalités de participation permet notamment de s'adapter aux différentes capacités des utilisateurs et ainsi d'élargir les possibilités de financement du système de santé.

Chaque mécanisme a ces avantages et ses inconvénients : mais il s'avère primordial d'établir à côté de ce cofinancement un système de gestion efficace et transparent qui sera le seul garant du bon fonctionnement du système. Ce partage des coûts varie également suivant le

niveau du système de santé considéré. Le tableau 3 suivant donne un exemple de cette répartition entre les différents intervenants dans le système au Mali : il faut noter la particularité de la prise en charge des salaires du 1^{er} échelon par les collectivités ou les usagers dans le cadre des centres de santé communautaires. Dans la majorité des pays, ces salaires sont toujours pris en charge par l'État. Au-delà de cette particularité, on voit que le partage des coûts ne signifie pas un désengagement de l'État, mais plutôt une redéfinition de son rôle, et surtout une réorientation de l'utilisation de ses moindres moyens vers des dépenses qui ne peuvent, actuellement, être prises en charge par les collectivités et les usagers.

Niveau	Investissement Amortissement	Salaires	Fonctionnement	Médicaments	Divers
District	Gouvernement Partenaires	Gouvernement	Gouvernement	-	Gouvernement
CSRef	Gouvernement Partenaires	Gouvernement	Tarification Usagers	Usagers	Gouvernement
1 ^{er} échelon	Gouvernement Partenaires ONG, popula- tions, collectivités.	Usagers Collectivités	Tarification Usagers	Usagers	Usagers Collectivités

Tableau 3 : Principes du partage des coûts au Mali.
(Source : La réforme du secteur santé au Mali, 1989 – 1996)

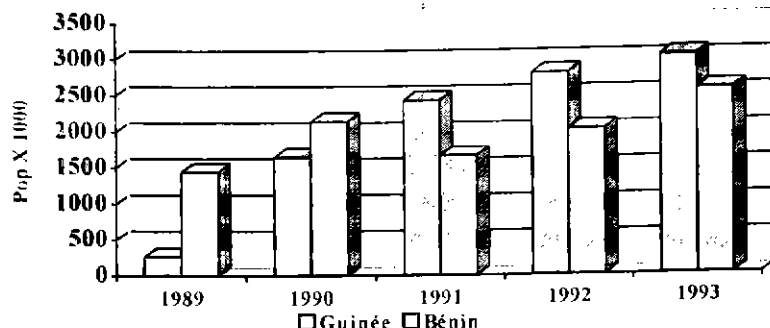
Ce partage des coûts et le cofinancement des charges récurrentes des centres de santé a permis d'introduire une participation effective de la population à la gestion des centres de santé, et un début d'appropriation de la structure par les communautés. Bien qu'il soit difficile d'apprécier l'impact spécifique de ces innovations sur la fréquentation des centres, il semble que, quand la qualité des services proposés était améliorée, les taux de fréquentation remontaient et dépassaient même ceux précédemment enregistrés.

3.1.4 La participation des populations.

La participation de la communauté à la prise en charge de ses problèmes de santé est un autre concept important de l'Initiative de Bamako. Ce partenariat entre le système de santé et la population a été nécessaire afin de permettre une certaine transparence de la gestion des centres de santé, dans le cadre du partage des coûts. La formalisation de ce partenariat a été différente suivant les pays, mais est en général passée à travers des structures telles que des Comités Villageois de Santé ou des Comités de Gestion. Au départ, il s'agissait souvent d'expériences à échelle réduite, développées pour résoudre des problèmes spécifiques : elles ont progressivement amené des changements dans la politique nationale, et ont été étendues plus largement dans les pays. La définition de nouveaux espaces juridiques constitue un progrès important qui dépasse souvent le cadre sanitaire et permet d'envisager des interventions communautaires dans d'autres domaines. Ils ont permis bien souvent un accroissement des capacités communautaires.

Sur la base de ces enseignements, il est nécessaire d'identifier avec les communautés toutes les stratégies pour la revitalisation des comités de gestion et de toutes autres structures de participation. Si le fonctionnement de ces structures est souvent limité par les faibles capacités de gestion de la communauté et le fort taux d'analphabétisme, il est indubitable qu'en beaucoup d'endroits les formations locales des membres des comités de gestion ou d'associations diverses, ainsi que le seul fait de donner la parole à ces acteurs, a permis un renforcement des capacités locales. Beaucoup de responsables sanitaires ou administratifs ont souvent été surpris par le dynamisme des populations dès lors qu'un certain droit à la parole leur était attribué.

Graphique 1 : population couverte par des CS revitalisés



publique. La mise en œuvre de l'Initiative de Bamako s'est largement appuyée sur des expériences locales et des projets pilotes qui avaient obtenu des résultats satisfaisants. Ils ont

permis une adaptation des programmes nationaux, et sont souvent à l'origine de réformes du secteur santé. Elle a également accéléré le développement du cadre légal pour la participation communautaire, le système de recouvrement des coûts et le cofinancement avec rétention et utilisation des fonds au niveau local.

Pays	Nbre CS revitalisés (%)	Accès < 5 Km CS revital
Bénin	304 (100%)	80%
Burundi*		80%
Cameroun	400 (52.5%)	30%
Côte d'Ivoire	426 (35.5%)	
Guinée Conakry	346 (100%)	42%
Kenya	300 (?)	
Madagascar	1759 (90.1%)	
Mali	370 (52.6%)	43% **
Mauritanie	286 (89.9%)	62%
Rwanda*	124 (74.7%)	
Sénégal	733 (86.5%)	65%
Sierra Leone*	121 (70.7%)	
Togo	365 (100%)	60%

Tableau 4 : % population ayant accès à un centre de santé (Source UNICEF et pays)

* : avant les événements respectifs (Guerre civile)

** : accessibilité à 15 Km

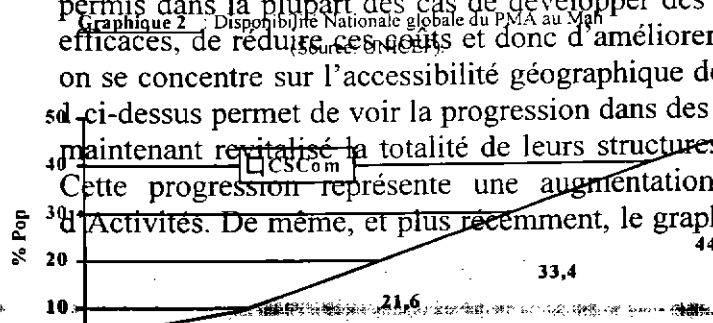
3.2.1 Accessibilité.

L'amélioration de l'accessibilité des services tant sur le plan géographique que financier est une constante dans l'ensemble des pays où l'Initiative de Bamako a été mise en œuvre de façon conséquente. Le tableau 4 donne le nombre, et le pourcentage par rapport au nombre total, de centres de santé revitalisés dans lesquels les prestations du Paquet Minimum d'Activités sont accessibles pour un certain nombre de pays. La 3^{ème} colonne montre les taux d'accessibilité géographique (à moins de 5 Km) pour des centres de santé revitalisés pour ces mêmes pays. Ceci montre

que dans ces pays, une large proportion de la population se trouve, physiquement, dans un rayon moyen de 5 Km d'un centre de santé de premier niveau. Naturellement, ces chiffres qui datent de 1997 ne tiennent pas compte des processus de revitalisation en cours dans certains pays (Togo, Sénégal).

A la suite des divers constats faits sur le fonctionnement des services de santé avant la mise en œuvre de l'Initiative de Bamako, il apparaissait que malgré la préséance du principe de gratuité des soins, ceux-ci n'allaient pas réellement sans un coût, parfois élevé, pour les populations. En proposant d'instaurer un recouvrement des coûts, l'Initiative de Bamako a permis dans la plupart des cas de développer des systèmes de cofinancement transparents et efficaces, de réduire ces coûts et donc d'améliorer leur accessibilité par les communautés. Si

on se concentre sur l'accessibilité géographique des centres de santé revitalisés, le graphique ci-dessus permet de voir la progression dans des pays comme le Bénin et la Guinée (qui ont maintenant revitalisé la totalité de leurs structures sanitaires) au cours des années 80 et 90. Cette progression représente une augmentation de l'accessibilité du Paquet Minimum d'Activités. De même, et plus récemment, le graphique 2 montre l'augmentation de la dispo-



ive de Bamako, Bamako, 8-12 mars 1999

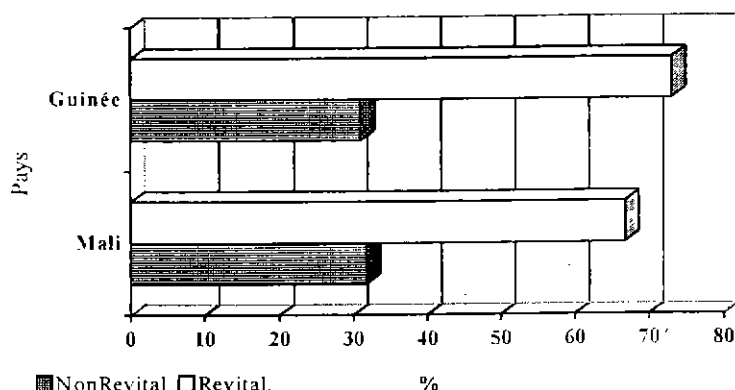
nibilité globale du Paquet Minimum d'Activités au Mali à partir des centres de santé revitalisés. Il s'agit ici du pourcentage de la population globale vivant à moins de 5 Km des centres de santé revitalisés. On voit donc dans les trois exemples la progression régulière de l'accessibilité au Paquet Minimum d'Activités dans des pays ayant mis en œuvre l'Initiative de Bamako sur une grande échelle.

L'accessibilité financière des soins est surtout le fait de l'utilisation des Médicaments Essentiels sous nom Générique dont le prix réduit a permis de diminuer de façon importante le coût de l'ordonnance, ainsi que montré précédemment avec les Médicaments Essentiels Génériques.

3.2.2 Couverture sanitaire.

Au-delà de l'accessibilité géographique des services, la couverture sanitaire de la population a pu être améliorée quand les diverses composantes de l'Initiative de Bamako sont réunies. L'Initiative se conçoit comme un tout interactif qui vise à l'amélioration globale de la santé des populations. Lorsque les conditions d'une bonne dynamique sont réunies les taux de couverture vaccinale ou de consultations prénatales ou encore de suivi de la croissance se trouvent améliorés et également «stabilisés» dans le temps. Témoin l'accroissement de la couverture vaccinale au Bénin (où toutes les formations sanitaires sont revitalisées) où le BCG est passé de 46% en 1987 à 89% en 1997 et le DTCP3 de 25% en 1987 à 78% en 1997. De même, la couverture vaccinale des zones revitalisées est toujours significativement supérieure lorsqu'on les compare avec des zones non revitalisées : le graphique 3 montre la

Graphique 3 : Couverture en DTCP3 selon les types de centres



différence entre ces différentes zones au Mali et en Guinée pour le DTCP3 chez les enfants de moins de 1 an (Enquête vaccinale 1998 pour le Mali et données de routine 1998 pour la Guinée). On voit ici nettement l'avantage comparatif apporté par la revitalisation des centres de santé en ce qui concerne la couverture vaccinale.

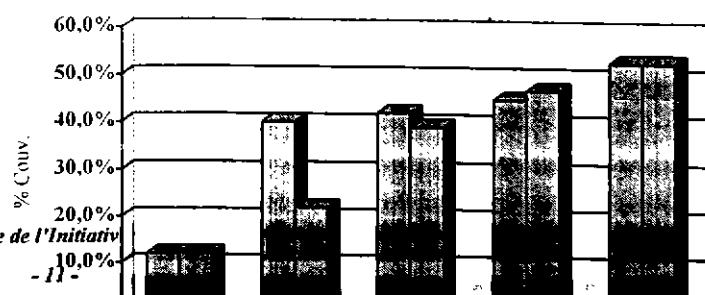
Cet avantage se retrouve sur d'autres interventions

comme les consultations prénatales (voir plus loin) ou la consultation curative. Il est certain que ces taux de couvertures sont encore insuffisants dans l'ensemble des pays de la région. Néanmoins, on s'aperçoit que l'approche utilisée avec l'Initiative de Bamako permet non seulement d'obtenir des couvertures plus importantes, mais aussi de maintenir ces taux, à travers les péripéties du fonctionnement des centres de santé et des échelons supérieurs.

3.2.3 Qualité.

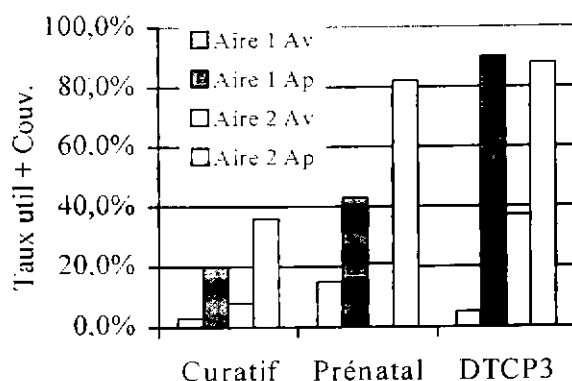
Il est difficile de mesurer la qualité des services et des prestations. Celle-ci dépend de nombreux facteurs qui vont de la disponibilité permanente des médicaments et des services jusqu'à l'accueil par le personnel

Graphique 4 : Evolution de la couverture anténatale dans 85 CS revitalisés



médical. L'Initiative de Bamako a introduit un certain nombre d'innovations et nécessité des mutations dans les habitudes de prescription des personnels de santé. Elle a également entraîné des changements dans les comportements des populations qui utilisent de plus en plus les services de santé tant dans ces aspects curatifs que préventifs. Elle a également permis d'introduire dans la plupart des structures sanitaires le concept de rationalisation des activités, et en particulier celui de l'usage rationnel des médicaments ; ceci a été rendu possible grâce à l'élaboration avec l'ensemble des acteurs d'algorithmes de traitements pour les maladies les plus courantes. Leur utilisation a contribué à l'amélioration de la gestion des médicaments, et à celle de la qualité des prestations. Bien que la disponibilité des médicaments et leur utilisation rationnelle ne soit qu'un aspect de la qualité des services, la perception de cette qualité s'est nettement améliorée dans tous les pays grâce à un approvisionnement régulier en médicaments au niveau local, ce qui a eu un effet positif sur l'utilisation de ces services. L'appréciation de cette qualité appelle l'utilisation rigoureuse d'un outil d'auto-évaluation et d'aide à la prise de décision qu'est le monitoring des activités des centres de santé. Il permet en effet de mesurer un ensemble d'indicateurs qui témoignent de différents niveaux de fréquentation des centres. Ces outils, lorsqu'ils sont correctement utilisés permettront à l'agent de faire le point sur la disponibilité, l'accessibilité, l'utilisation et jusqu'à la couverture effective d'interventions cibles, importantes pour la santé de la mère et de l'enfant. Dans certains pays comme le Mali et le Sénégal ces systèmes sont maintenant informatisés et peuvent donner des indications essentielles aux différents niveaux, sur la couverture curative ou la consultation prénatale. Le graphique 4¹ montre l'évolution de la couverture effective de la consultation anténatale au Bénin et en Guinée. L'analyse de ces données montre que l'augmentation de l'utilisation des services est due à leur intégration dans un Paquet Minimum d'Activités, à l'amélioration de la qualité des prestations et à une confiance croissante dans le système mis en place. Sur une échelle plus réduite, on a mesuré les performances dans deux aires de santé au Mali avant et après la création des centres de santé communautaires : le graphique 5² montre l'évolution de ces performances qui témoigne de l'amélioration de la qualité des prestations offertes (Av = avant revitalisation, Ap = après revitalisation). On voit donc que les performances augmentent de façon très importante, et que cette augmentation semble plus marquée pour les activités préventives.

Graphique 5: Evolution des performances dans 2 aires de santé au Mali



Il existe maintenant des systèmes d'information géographique pouvant situer les divers indicateurs dans les contextes géographiques particuliers : ceci permet des comparaisons entre districts, régions, pays. Pour l'avenir, il est envisagé de développer une liste minimale d'indicateurs qui pourraient être collectés à différents niveaux du système de santé et comparés avec d'autres régions. Ces comparaisons doivent être faites dans le but de susciter une réflexion au niveau local quant aux raisons de performance ou de contre performance. Cette utilisation périphérique des informations est fondamentale, surtout

¹ D. Levy-Bruhl and *al* in Health Planning and Management, Vol 12, supplément 1, p S62-S63.

² Z. Maïga, F. Traoré Nafou et A. El Abassi in La réforme du secteur santé au Mali, 1989 – 1996, Studies in Health Services Organisation & Policy, 12, 1999.

si elle est partagée avec les représentants de la communauté. Il est donc indispensable que **cette information diffuse, tant de manière verticale (vers les niveaux techniques supérieurs) que de manière horizontale (en direction des populations et des utilisateurs des services)**. Actuellement ceci amène à des exercices de microplanification des solutions aux problèmes rencontrés (baisse ou médiocrité de la couverture vaccinale, diminution de la fréquentation du centre, insuffisance du taux d'accouchement sous contrôle...).

3.2.4 Pérennité.

La mise en œuvre de l'Initiative de Bamako a permis de faire fonctionner les centres de santé périphériques alors que la tendance générale des financements de l'État était à la baisse. Ceci est notamment dû à une implication des populations à travers le partage des coûts et les autres mécanismes de participation. Là où les usagers exercent effectivement un contrôle sur le fonctionnement du centre et où un ensemble de facteurs de disponibilité, d'accessibilité et de qualité sont présents, on peut espérer une certaine continuité des services. Mais cette pérennité n'est pas du seul ressort des populations – en terme de ressources – puisque, grâce au partage des coûts, une partie importante des ressources provient de l'État et souvent d'intervenants extérieurs. Par conséquent, la pérennité du système ne peut être garantie que si chaque partie joue pleinement son rôle à l'intérieur d'un cadre soigneusement établi. Etant donné que la continuité des services est fortement tributaire des ressources financières (sans en être l'unique déterminant), elle sera améliorée par une plus grande autonomie vis-à-vis des financements extérieurs.

Outre l'implication active de la population, les systèmes de gestion mis en place au niveau local ont essentiellement pour fonction d'assurer une gestion transparente du fonctionnement du centre. Les systèmes qui séparent les caisses «médicaments» de celle des prestations permettent ainsi de diminuer les risques de décapitalisation des stocks de médicaments et de garantir ainsi la continuité de l'approvisionnement en médicaments. Les rôles des différents membres des comités de gestion, le choix de ces personnes et leur formation initiale, sont autant d'éléments intervenant qui interviendront dans la qualité de la gestion et donc sur la pérennité globale du système. La prise en charge des coûts locaux de fonctionnement, notamment de la vaccination et de la chaîne de froid, augmente significativement l'autonomie locale et les possibilités de contrôle de la population. Cette autonomie des activités vaccinales est primordiale car le rapport coût/efficacité de cette intervention reste très bon, ce qui a donc un impact important sur l'état de santé de la population.

De plus, au niveau central, la tendance est également à la recherche d'une autonomie et d'une pérennité de l'approvisionnement, en particulier pour les vaccins : un certain nombre de pays ont développé, avec le soutien de partenaires extérieurs, une initiative pour une indépendance dans l'approvisionnement en vaccins. La mise en place de lignes budgétaires nationales pour l'approvisionnement en vaccins est un pas important – tant financier que politique – vers une autonomie des pays vis-à-vis des financements extérieurs. Même si l'assistance d'organisations internationales est encore nécessaire pour des raisons de Marché, de telles inscriptions budgétaires permettent une prise de conscience par les décideurs politiques des besoins réels des pays en matière de santé. On peut donc considérer que de telles initiatives amènent non seulement une autonomie financière, mais aussi une certaine autonomie «politique» des pays.

3.2.5 Partenariat.

La mise en œuvre de l'Initiative de Bamako a provoqué un partenariat dynamique entre les différents acteurs du développement sanitaire : tout d'abord entre les populations et les services de santé, pour une implication communautaire et la mise en place du recouvrement des

coûts et de la cogestion. La spécification des rôles de chaque acteur dans la réalisation des **objectifs de la politique sanitaire à tous les niveaux a nécessité un dialogue parfois contradictoire mais toujours productif. L'appui des niveaux supérieurs a permis un renforcement des capacités du personnel de santé au niveau local.** Ceci est passé par une information du personnel socio-sanitaire et des représentants des communautés sur leur rôle respectif et l'instauration de mécanismes permanents de dialogue entre tous les intervenants et à tous les niveaux.

Dans certains pays, ce partenariat se manifeste très tôt, lors de la négociation des aires de santé à l'aide d'une carte sanitaire : cette négociation constitue un point important car elle permet d'impliquer les communautés dès le début du processus de mise en place des structures de santé et augmente ainsi les chances d'appropriation du système par les populations. On passe ainsi d'un concept d'une communauté passive et uniquement utilisatrice des services (avec l'État comme prestataire de ces services) à celui d'une population intervenant comme cogestionnaire. Ce progrès considérable dans l'évolution des mentalités (tant chez les professionnels que chez les populations) n'est encore que partiel car il est peu formalisé et les populations manquent de capacités gestionnaires indispensables et souffrent surtout d'un faible taux d'alphabétisation. Les engagements réciproques des deux parties sont peu codifiés : certains pays comme le Mali ont surmonté cet obstacle en élaborant des Conventions et des contrats qui s'établissent entre les associations et les collectivités décentralisées ou l'État.

Ce partenariat est donc encore limité, même s'il existe une obligation de transparence. Mais il est important car on constate que partout où l'État joue un rôle neutre ou positif (formation des agents, supervision et contrôle des normes), les centres de santé parviennent en général à équilibrer leurs comptes d'exploitation, et les populations apprennent et commencent à gérer leurs structures de façon satisfaisante. Dans le prolongement de ce partenariat au niveau local, les États devraient mettre en place des cadres formels et s'attacher à étendre ces réformes sur l'ensemble du territoire afin de promouvoir un meilleur accès et une meilleure qualité des soins au plus grand nombre. Ainsi, le développement du partenariat au niveau communautaire guidera l'esprit des réformes en cours des secteurs de santé.

Un partenariat doit également se développer en direction d'autres structures de participation telles que les associations communautaires, les associations de consommateurs et les associations de professionnels de la santé (Ordre des médecins, pharmaciens et paramédicaux) car ils constituent aussi des interlocuteurs autorisés. Ce partenariat fait appel à de nouveaux rôles et responsabilités. A tous les niveaux, ce dialogue partenariat doit être formalisé grâce à une base juridique clarifiant les engagements et les responsabilités de chaque partie. Enfin, des mécanismes et des structures de participation aux niveaux nationaux et régionaux doivent être établis pour renforcer et gérer ce partenariat de façon globale. L'expérience de fédérations d'associations communautaires en vigueur au Mali peut, ici, être une voie à explorer.

4 PROBLEMES ET QUESTIONS A RESOUDRE.

Les diverses questions proposées à l'attention des groupes de travail ont permis de concentrer la réflexion des participants sur des problématiques spécifiques, qui devraient permettre, dans l'avenir, d'orienter l'évolution des stratégies opérationnelles pour le développement des services de santé. Le cadre général de cette réflexion est celui de la poursuite des efforts pour l'accès universel à des soins de santé de qualité et l'amélioration de la santé de la population. Il s'agissait pour les participants des groupes de dégager les principaux enseignements en relation avec les questions examinées, de recenser les principales questions restant à résoudre, d'identifier les implications que cela pourrait avoir sur les principaux acteurs concernés (services publics de la santé, professionnels de la santé, gouvernement, société civile,

partenaires extérieurs).

Nous avons regroupé les différentes problématiques évoquées pendant ces travaux en quatre thèmes principaux afin de les ramener à une dimension plus opérationnelle.

4.1 Le passage à l'échelle.

Les pays africains sont à des étapes différentes de la mise en œuvre de l'Initiative de Bamako et des réformes. Certains en sont encore à des réalisations partielles (projet) tandis que d'autres ont revitalisé la quasi-totalité des formations sanitaires du pays (Bénin, Guinée, Sénégal). Il est cependant clair que ces derniers pays ont bénéficié – en général – d'un environnement favorable en terme de communication, de répartition de la population et de stabilité socio-politique. De la même façon, dans la majorité des pays, l'Initiative de Bamako a été mise en œuvre dans des zones relativement privilégiées. Le défi est maintenant d'étendre cette revitalisation du système de santé à des zones moins favorisées et à celles où se trouvent des populations difficiles à atteindre tels que les populations nomades ou très dispersées. Les bilans faits au cours des dernières années ont permis d'établir un certain nombre d'approche de mise en œuvre. Il faut donc dorénavant confronter ces approches avec le respect des grands principes de l'Initiative tels que la recherche de l'équité des soins, l'accessibilité universelle aux soins, la participation communautaire et le partage des coûts, la recherche d'une qualité des soins acceptable et enfin le souci de viabilité financière des structures sanitaires. Le développement de l'Initiative de Bamako se trouve à un moment capital puisqu'il faut maintenant envisager une évolution des approches opérationnelles afin de faire face aux nouveaux défis de l'extension de la couverture sanitaire. Les éléments dégagés au cours de cette Revue ont permis d'individualiser un certain nombre de contraintes et d'opportunités à prendre en considération pour la réussite de cette extension.

Il est important de réunir le maximum de facteurs de succès pour progresser (en extension) et maintenir des standards de qualité. C'est pourquoi, l'approche développée dans la majorité des pays a été de choisir des zones où les conditions de mise en œuvre étaient favorables : zones à forte densité de population ou existait déjà un certain nombre de structures sanitaires et où se trouvait – si possible – les ressources humaines adéquates. Même si ces quelques conditions sont réunies, il reste un certain nombre de contraintes et de questionnement vis-à-vis de l'accès universel aux services de santé en terme couverture géographique. En particulier il faut envisager la façon d'améliorer l'accessibilité des soins curatifs et préventifs dans des zones reculées des pays ou à faible densité de population. Il sera nécessaire de tenir compte des ressources limitées et un moyen terme devra être trouvé entre la recherche de l'accès universel et l'amélioration de la qualité des services. Ceci est particulièrement évident pour les ressources humaines et matérielles qui sont des facteurs limitant du passage à l'échelle ; en fonction de ces contraintes, il sera important d'effectuer un dosage approprié entre les appuis techniques, financiers, politiques et gestionnaires afin de ne pas déséquilibrer la mise en œuvre de cette extension des services ni de la fragiliser. Outre le processus de développement des services de santé de base à l'échelle nationale, il ne faut pas perdre de vue la nécessité d'une réelle amélioration de la situation sanitaire des populations : le programme d'extension devra donc trouver un équilibre harmonieux entre la gestion d'un processus de changement et la recherche d'un impact sur la population à court terme. Dans le même ordre d'idée, il est nécessaire de concevoir le passage à l'échelle de l'Initiative de Bamako de façon globale et non par la mise en œuvre d'aspects limités ou isolés des services de santé. Il sera donc nécessaire d'intégrer aussi tôt que possible les autres secteurs sociaux ou techniques (Eau et Assainissement, Education) dans la mise en œuvre de cette extension.

4.1.1 Contraintes.

Les ressources humaines.

Il existe un certain nombre d'obstacle à la réalisation de ce passage à l'échelle : l'existence d'une masse critique de professionnels motivés et correctement formés pour la mise en œuvre de la stratégie de l'Initiative de Bamako est importante. Or, dans la majorité des pays, ce problème est aigu et il ne sera pas possible de mener à bien l'extension de la couverture sanitaire sans les hommes et les femmes qui doivent l'animer. Par conséquent il est primordial d'envisager une révision des politiques de développement de ces ressources, tant dans le domaine de la formation de base (Ecoles de Santé, Universités) que dans celui des perspectives des carrières et de la motivation du personnel. Il faudra donc renforcer ou mettre en œuvre des mécanismes et des facteurs de motivation des agents à travers des plans de carrière bien gérés (services publics et agents communautaires), des plans de formation appropriés répondant aux besoins identifiés, et par la mise en place de règles de gestion du personnel claires et identiques pour tous (en particulier en ce qui concerne les affectations). Des mesures incitatives qui doivent être aussi bien positives (primes, indemnités d'éloignement) que négatives (sanctions) sont aussi des éléments de motivation à ne pas négliger. Des primes de rendement devraient être accordées à partir des ressources générées par les structures socio-sanitaires. Outre l'aspect financier, la sécurité de l'emploi et l'effectivité d'un appui technique des niveaux supérieurs sont des mesures positives pour le maintien et le développement des ressources humaines. La supervision et la formation continue permettent un suivi et un renforcement des capacités du personnel et par conséquent de sa motivation.

L'amélioration des conditions de vie des agents, notamment celles des agents des zones éloignées constitue également un élément non négligeable de motivation ainsi que l'hébergement dans les structures, la dotation en moyens de transport et le versement des salaires sur place.

Il est également nécessaire d'adopter une politique claire et harmonieuse en matière de primes (perdiem) entre les différents projets et donateurs.

Les territoires d'accès difficile.

La mise en œuvre de l'Initiative de Bamako a été pleinement réalisée dans des pays relativement petits et/ou ayant une densité de population assez importante (Bénin, Burundi, Gambie, Guinée, Guinée-Bissau, Sénégal, Zambie). Un problème d'une autre nature se présente aux pays comme le Mali, le Tchad, la Mauritanie, le Niger ou encore le Nigeria qui comprennent des territoires quasi désertiques ou très faiblement peuplés ainsi que des populations nomades. Tout d'abord la masse critique de population autour d'une formation sanitaire ne sera pas présente (tout au moins à l'intérieur du rayon classique de 15 Km) et pas conséquent les conditions optimales pour une viabilité financière de la structure ne seront pas réunies. De plus, la mobilité des populations posera des problèmes d'accessibilité et donc de couverture. Il sera donc nécessaire de trouver des solutions originales pour atteindre ces populations et des mécanismes financiers particuliers pour disponibiliser des services dans des conditions acceptables par ces populations qui sont souvent très démunies. Ces populations demeurent les plus difficiles à atteindre et donc les plus coûteuses. Il est donc indispensable de rechercher dès à présent des solutions pour que l'amélioration de l'accès aux services de santé ne se fasse pas au détriment des plus défavorisés. Que ce soit par la mise en place de mécanismes locaux ou nationaux de solidarité, de mutuelles ou de subventions. En la matière, le rôle de l'État sera de garantir une certaine équité dans la délivrance des soins. Il devra, avec l'aide de tous les partenaires et les acteurs de terrain, assurer la recherche et la mise en œuvre de solutions appropriées. Les différents mécanismes de financement ne fournissent pas souvent d'alternative quand ils sont pris individuellement. Mais ils peuvent être conçus comme complémentaires et donc plusieurs mécanismes de financement des soins doivent pouvoir

coexister. Il est nécessaire, à l'image de ce qui s'est passé dans beaucoup de pays pour la mise en œuvre de l'Initiative de Bamako, de prévoir un espace de travail et d'échanges pour le développement d'expériences novatrices qui pourront inspirer dans un second temps des politiques ou des stratégies nationales.

Les urgences et les contextes de crises.

L'extension de la revitalisation des services de santé dans le cadre de l'Initiative de Bamako ne peut se concevoir que dans un cadre de stabilité sociale et politique. Ainsi que nous l'avons vu, il nécessite que le Gouvernement assure son rôle dans l'élaboration du cadre politique, guide la politique sanitaire de façon ferme, fournisse ou mobilise les indispensables ressources financières pour le développement et le fonctionnement des services de base. Dans les situations d'urgence (sanitaires ou sociales) il y aura naturellement diversion des ressources tant financières et humaines, au profit de la situation critique du moment, ce qui retardera d'autant le passage à l'échelle. Il est donc indispensable que cette extension se fasse de façon planifiée et dans un contexte stable.

Les conflits de priorités.

Les programmes dit «verticaux» dont les activités ne s'intègrent pas dans le Paquet Minimum d'Activités ont des coûts d'opportunité importants. Ils ont en effet tendance à créer des structures parallèles pour le suivi, la formation, l'approvisionnement et la réalisation des activités, structures qui fonctionnent de façon plus ou moins autonome. Ces programmes mobilisent efficacement des ressources humaines attirées par les formations et les activités de ces programmes verticaux créant ainsi des conflits de priorités avec le fonctionnement normal des structures sanitaires. Ces conflits ne seraient que faiblement gênant dans un contexte d'abondance de ressources, tant humaines que financières. Cependant, l'immense majorité des pays africains se trouvent avoir des ressources limitées, et ces conflits augmentent l'acuité de ce problème. L'amélioration de l'utilisation et de la couverture obtenue jusqu'à présent, l'ont été grâce à une intégration des activités au niveau des services de base.

De plus, les interventions spécifiques sont généralement guidées depuis le niveau central, contrariant de la sorte les efforts de décentralisation faits par le système de soins. Elles sont également le fait de certaines priorités de partenaires extérieurs trop souvent préoccupés par l'atteinte de résultats rapides et qui ont perdu de vue la nécessité d'intégration et de pérennisation des activités. De telles interventions «Top-Down» ne tiennent que faiblement compte des réalités de terrain et de la dynamique du système de soins. La planification de l'extension de la couverture doit donc se faire avec l'ensemble des acteurs, des donateurs et des partenaires extérieurs, dans un cadre défini et coordonné par le Gouvernement et s'inscrivant dans une perspective de développement large du secteur. Dans cette perspective, il est indispensable que le Gouvernement ait les moyens et la volonté politique de gérer les pressions des partenaires extérieurs.

Enfin, on doit également tenir compte des capacités d'absorption souvent limitées des Ministères de la Santé et de ses structures décentralisées afin d'évaluer la chronologie de ce développement.

4.1.2 Des pré-requis indispensables.

Les expériences préparatoires.

La mise en œuvre de l'Initiative de Bamako dans l'ensemble des pays africains a mis en évidence l'importance des premières expériences, locales ou nationales pour la formation des cadres et l'élaboration des premiers outils de formation et de la méthodologie. Ces expériences contribuent également à la formation d'une masse critique de personnel compétent,

convaincu et motivé pour l'extension de la stratégie. C'est un élément critique pour le démarrage des activités sur l'ensemble du territoire. Ces expériences permettent également de démontrer la faisabilité et l'intérêt de cette approche pour la résolution des problèmes de santé de la femme et de l'enfant. Le plaidoyer qu'elles opèrent auprès des professionnels et des décideurs est fondamental pour les étapes ultérieures du passage à l'échelle.

Leadership de l'État.

Dans le cadre d'une mise en œuvre nationale, l'État doit, en priorité, assurer les rôles suivants : mettre en place un cadre politique et institutionnel solide, assurer un véritable « leadership » politique, fournir un appui financier et un calendrier de mise en œuvre réaliste tout en gérant au mieux les diverses pressions exercées par les donateurs et partenaires. Ce leadership politique doit se manifester par un dialogue intensif et constructif avec les communautés et par la volonté de renforcer leurs capacités. Un passage à l'échelle nécessite une vision et un engagement politique national clair et fort, une législation bien établie, une disponibilité des ressources et des capacités nationales suffisantes.

L'appropriation par les populations.

L'information et la mobilisation des populations doivent se faire avec le plus grand soin : en particulier, le facteur temps est important pour que les populations puissent s'impliquer activement et surtout volontairement dans le développement des services de santé. Cette démarche, qui peut parfois aller à l'encontre des objectifs de programmes et de certains bailleurs de fonds ou partenaires, va induire un phénomène d'appropriation de la part des populations. C'est une condition essentielle du processus de passage à l'échelle.

La qualité des services.

Les éléments déterminants cette qualité sont entre autres : le profil et la qualification du personnel. Ces aspects, à envisager dans le cadre du développement des ressources humaines, sont des points sensibles du fonctionnement des services de santé. Ceci va de pair avec la répartition de ce personnel sur le territoire qui est souvent en défaveur des zones rurales. Il sera donc important dans la gestion du personnel d'envisager des éléments de motivation pour pourvoir les zones où les besoins en personnel compétents sont immenses. Ils participeront à l'augmentation de la couverture et aux soins de qualité. L'amélioration de la qualité des prestations devra passer par une utilisation plus importante de l'information collectée, une meilleure formation des personnels, une réduction de la mobilité excessive des agents, et enfin la résolution d'une série de problèmes techniques relatifs à l'information sanitaire et au monitoring (complétude des rapports, problèmes de dénominateurs, intégration des informations d'autres secteurs).

Cette qualité est également fonction de l'offre de soins, mais surtout de sa permanence. Il est important que les populations puissent trouver des soins à tout moment pour que la confiance puisse s'établir ou se rétablir entre le système de santé représenté ici par le responsable de la structure sanitaire, et la population. Enfin, l'effectivité de l'appui technique et de la supervision de la part des niveaux supérieurs (districts ou régions) permettra de garantir une certaine qualité des prestations, une formation continue et un maintien de la motivation du personnel. En effet, l'amélioration de la qualité des services, ainsi qu'il a été démontré au cours des nombreux exercices de monitoring des activités au Bénin, en Guinée, au Sénégal et dans d'autres pays, est largement tributaire de la supervision et du suivi efficace des activités. L'évaluation et la résolution des problèmes au niveau local ainsi qu'une utilisation adéquate des ressources permet une première amélioration de la qualité des prestations. Celle-ci sera ensuite renforcée par une formation continue et des échanges techniques au cours des diverses supervisions par les équipes de district.

4.2 Les priorités émergentes.

Ainsi qu'il a été noté plus haut, le Paquet Minimum d'Activités de beaucoup de pays est encore incomplet, surtout vis-à-vis des activités préventives et promotionnelles. De plus, au cours des années 80 et 90 certaines maladies ont pris (VIH/SIDA) ou repris (Tuberculose, malnutrition et avitaminose A, Paludisme) une importance nouvelle, exerçant une contrainte considérable sur l'amélioration de l'état de santé de la population. Enfin, en fonction d'objectifs stratégiques pertinents déterminés au niveau mondial, certaines interventions sont devenues prioritaires dans le cadre de la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infantile (Soins Obstétricaux d'Urgence, Santé des adolescents) ou dans la perspective d'éradication de maladies (Poliomyélite, Rougeole). A ces priorités strictement de santé publique, il conviendrait d'ajouter les situations de guerre et de famine qui fragilisent encore plus tous les efforts faits pour améliorer la situation des femmes et des enfants sur le continent africain.

Tous ces éléments ne pourront pas trouver de réponses immédiates dans le cadre de la mise en œuvre de l'Initiative de Bamako. Il est cependant important de tenter d'intégrer au maximum ces nouvelles données car elles vont nécessairement faire partie des demandes implicites ou explicites des populations dans l'avenir ; ainsi, depuis 1995, la mise en place de systèmes de référence-évacuation pour les Soins Obstétricaux d'Urgence, dans certains districts, a permis d'accroître considérablement la crédibilité des systèmes de santé et donc leur utilisation. Ceci probablement parce que la prise en charge de ce type d'urgence correspond à un besoin ressenti par les populations.

C'est la vocation même de l'Initiative de Bamako que de s'adapter au contexte socio-sanitaire changeant. Les outils et approches devront donc se modifier afin de prendre en compte ces nouvelles réalités et souvent, aussi, pour rectifier des approches opérationnelles défailtantes.

Un Paquet Minimum d'Activités adaptable.

Dans la perspective de la prise en compte de priorités émergentes telles que le VIH/SIDA, le paludisme ou l'éradication/contrôle des maladies, l'élargissement du Paquet Minimum d'Activités est inéluctable à terme, et cela aura des implications sur tous les aspects des services et en particulier sur la formation des prestataires, les ressources financières et le plateau technique. Une augmentation des ressources devra donc s'effectuer dans un contexte global afin d'obtenir un développement harmonieux des services.

En ce qui concerne le VIH/SIDA, la tentation est grande de développer des programmes spécifiques (verticaux) pour les prendre en charge. Mais, étant donné qu'il s'agit aussi d'un problème touchant de près les femmes, les enfants et les jeunes, il est essentiel de pouvoir proposer une réponse intégrée à cette population. Il n'y aura pas de progrès sensibles en la matière si les services de santé n'assument pas leur rôle dans cette approche multi-sectorielle contre le SIDA.

La lutte contre le paludisme a pris, ces dernières années une importance grandissante en développant notamment les aspects prise en charge des cas simples – au niveau le plus périphérique, et les aspects préventifs (moustiquaires imprégnées) et promotionnels. Ce regain d'intérêt, justifié par l'importance de cette pathologie au sein des populations africaines, doit être l'occasion de renforcer le Paquet Minimum d'Activités en terme de qualité et d'offre de services. Mais d'autre part, les populations peuvent intervenir efficacement en reprenant à leur compte le développement d'activités à base communautaire telles que la distribution de moustiquaires imprégnées ou celle de traitements standardisés de chloroquine, là où cela est pertinent. Cette extension des services devra se faire sous le contrôle technique des équipes de santé de district.

Dans la réalisation des activités liées au Paquet Minimum d'Activités, on constate cependant **une prédominance des activités curatives ou de celles dont l'exécution va générer des revenus ou enfin celles bénéficiant déjà de financements.**

La formation des agents.

L'application de cette stratégie nécessite la formation de nombreux personnels tels que les agents techniques, et les responsables communautaires. Mais cette formation a jusqu'à présent été faite à partir des programmes verticaux, sans organiser suffisamment le lien entre ces programmes et leur intégration au sein du Paquet Minimum d'Activités. Dans ces formations, les aspects intégration, approche globale et continuité des soins, ainsi que la gestion globale du centre de santé n'ont pas été suffisamment pris en compte. Il faudra donc, dans l'avenir s'attacher à revoir ces aspects afin d'améliorer la prise en charge des malades au niveau du centre de santé. La crédibilité des services sera meilleure si on peut améliorer les infrastructures et le fonctionnement des services, instaurer une culture de la qualité des services par la formation et la nécessaire collaboration entre décideurs, prestataires des services, utilisateurs et professionnels pour répondre à cette obligation. Il faut également développer chez les professionnels socio-sanitaires une attitude qui valorise le fait qu'ils sont au service des communautés et responsables devant leurs représentants.

Dans la perspective d'une réelle application du Paquet Minimum d'Activités, des efforts importants ont été faits pour améliorer les plateaux techniques des structures sanitaires au 1^{er} et au 2^{ème} échelon. Ces efforts se poursuivent car ces plateaux sont encore bien souvent insuffisants – surtout en terme de personnel – pour pourvoir exécuter la totalité du Paquet Minimum d'Activités. Cette insuffisance est particulièrement visible au niveau des centres de référence et de l'organisation du système de référence.

4.3 Participation communautaire.

Dans l'ensemble des pays, les premiers pas de la participation communautaire ont été faits à travers les systèmes d'approvisionnement en médicaments et les systèmes de recouvrement des coûts au niveau local. Ces systèmes qui prévoient notamment la rétention locale des fonds ont contribué d'une manière significative au financement des coûts récurrents locaux (médicaments et consommables) et dans certains cas, à la prise en charge de personnel contractuel local, spécialement quand la marge bénéficiaire était élevée. Mais on constate qu'en la matière les modalités de participation n'ont pas abouti à des processus systématisés, ce qui montre la diversité des communautés et des situations. Le paiement direct des actes est en effet problématique quand il y a une non-disponibilité permanente ou temporaire d'argent. Certains pays ont mis en place des mécanismes de crédits (Zambie) ou de subventions qui peuvent permettre de pallier ces insuffisances. La prise en charge de ces cas par la famille ou la communauté est aussi envisagée. Il faut noter que, jusqu'à maintenant il n'y a pas eu de formalisation et il est essentiel de laisser une marge de liberté pour ce qui est du mode de participation des populations, à l'intérieur du respect de certains principes et de la recherche d'objectifs sociaux clairement définis.

La recherche d'une plus grande équité dans l'accès aux soins a amené des expérimentations de mécanismes d'exemption ou des schémas de crédit pour les groupes à faible revenu de la communauté et les plus démunis. La réussite de quelques-unes de ces expériences devrait ouvrir la voie à des recherches plus approfondies pour améliorer l'accessibilité et l'équité des systèmes, sans pour autant mettre en jeu la viabilité des structures sanitaires.

L'Initiative de Bamako a su implanter dans l'ensemble des pays la pratique d'une participation active de la population à la gestion des structures de santé. La vision générale est celle

d'une aide extérieure décroissante qui cède progressivement le pas à un engagement effectif et plus ciblé de l'État et une participation communautaire croissante afin de pérenniser le système. L'engagement de l'État doit être focalisé sur les investissements et sur les exclus (ou les populations sans accès) afin de garantir un système plus équitable. La qualité de la participation communautaire est variable suivant les sites et est fonction du dynamisme propre de chaque communauté. Telle qu'envisagée initialement pour l'Initiative de Bamako, cette participation est censée illustrer un certain esprit démocratique, processus au terme duquel la majorité des individus s'est exprimée et est parvenue à un consensus. Or, il s'avère que dans les sociétés rurales africaines, la représentativité s'effectue encore suivant un mode traditionnel : le représentant de la communauté étant nommé ou désigné plutôt qu'élu, sans obligation formelle d'être l'interprète des besoins et des préoccupations de la majorité des villageois. On note d'ailleurs une différence importante entre les associations communautaires en milieu rural et celles du milieu urbain où là, la représentation est davantage basée sur l'individu. Il ne faut pas s'étonner dès lors, que certaines catégories de personnes soient peu présentes dans les instances participatives : femmes, jeunes. Ceci entraîne deux choses : une «fonctionnarisation» des représentants qui, une fois l'enthousiasme des débuts épuisé, vont revendiquer des émoluments pour le travail qu'ils effectuent au sein des comités. D'autre part une focalisation des préoccupations sur les aspects techniques au détriment de la recherche d'une amélioration de l'impact des interventions sur les populations. Cette «professionnalisation» des représentants contribue encore plus à les couper de la communauté. On ne passe pas rapidement ni facilement d'un mode de représentation à un autre : les changements de mentalité et de comportements nécessaires prendront beaucoup de temps. Ceci doit surtout permettre d'insister sur la nécessité de continuer à informer et sensibiliser les populations sur leurs rôles et leur importance dans la mise en œuvre du système de santé, en attendant que se développe une conception plus individuelle de la participation des populations. Cette évolution ne se fera pas uniquement sous l'impulsion du seul secteur de la santé : l'environnement socio-économique et politique joue un rôle fondamental. La libéralisation des économies et les transitions démocratiques en cours dans beaucoup de pays auront certainement un impact très grand sur le mode de participation et de représentation des individus. C'est par l'existence de structures réellement participatives, selon un mode de respect des droits de chacun à la santé et au bien-être social et du respect de sa dignité, qu'un réel contrôle sur les activités du centre de santé sera exercé.

Une participation plus effective bouscule les relations soignant – soignés : ceci est déjà apparent dans la réticence dont font part les soignants à opter pour le statut de «personnel communautaire». On a vu que dans certains pays, lorsque la communauté joue son rôle, cela entraîne d'une part un accroissement des performances du personnel, mais aussi, parfois, un découragement du personnel à cause du contrôle permanent que la communauté exerce. Le faible attrait des conditions de travail au niveau communautaire, à l'intérieur d'un statut mal défini ou même en tant que personnel de l'État, ne permet pas aux professionnels de compenser les effets de cette pression. La faible rémunération, la relative précarité des emplois et l'absence de perspectives de carrière alliées à une charge de travail importante ne permet pas de retenir ou d'attirer des personnels compétents. Cette «pression» était, en fait, l'effet recherché aux origines du système. Si dans certains cas elle déborde le domaine professionnel, elle ne doit pas uniquement s'exercer sur le personnel de santé. Il est également nécessaire d'exiger des membres des divers Comités une certaine transparence de la gestion du centre. Ils sont en effet redevable, eux aussi, vis-à-vis de la population, du fonctionnement du centre. Force est de reconnaître que cette seconde partie du «contrôle communautaire» n'est pas aussi effective, sans doute parce qu'il s'agit d'une forme d'auto-contrôle de la communauté. Maintenant, la transparence de la gestion des centres pourrait être renforcée grâce à des mesures techniques (outils de gestion plus adaptés, meilleure formation des gestionnaires, établisse-

ment de critères de performance), par un renforcement de la tutelle administrative (supervision et contrôle des comptes plus efficaces, et effectivité de la rétro-information aux populations) et par la mise en place ou le respect d'un cadre légal adapté (Conventions, contrats) et naturellement par une constante information et mobilisation des populations. La bonne gouvernance prise dans son sens le plus large doit aider à renforcer la responsabilisation des communautés, leur représentativité effective, leur capacité à bien gérer les problèmes de santé à travers leurs représentants et la transparence de la gestion.

4.4 Le secteur privé.

L'ouverture du secteur de la santé, traditionnellement du domaine de la fonction publique (à quelques exceptions près), au domaine privé non lucratif (confessionnel ou associatif) devrait permettre, là où c'est possible, de renforcer la couverture sanitaire. Ce domaine qui partage avec le domaine public le souci de réalisation des objectifs sociaux doit pouvoir travailler en étroite collaboration avec l'État, et sous sa supervision, dans le cadre d'accords de partenariat ou de conventions, et sur la base de critères de performance clairement établis. Dans cette approche, le rôle de l'État est primordial afin de garantir des critères de qualité et d'équité dans la délivrance des services. Certains pays (Mali) ont effectivement défini un espace juridique à la périphérie du système de santé afin de favoriser l'apparition d'initiatives associatives qui prolongent les efforts du domaine public vers la satisfaction des besoins de santé de base.

En ce qui concerne le domaine privé lucratif, son développement est peu important en dehors des villes. De toute manière, il ne palliera que partiellement à la réalisation de la couverture. Pour des raisons faciles à percevoir, les officines privées (médicales surtout) ne s'implanteront pas dans des zones où la couverture sera difficile à assurer. Leur rôle n'est pas de jouer les pionniers, mais plutôt celui d'assurer la relève de la fonction publique là où il y a une certaine garantie de stabilité et d'efficience.

La collaboration des deux secteurs n'a pas toujours été bonne à cause d'une méfiance réciproque, d'une absence de dialogue et d'échange. S'il s'agit de demander une plus grande ouverture du public au privé, il sera nécessaire également que ce dernier accepte de partager certaines obligations – notamment vis-à-vis de la participation au système d'information sanitaire. Cette collaboration pourrait s'établir efficacement sur la base de contractualisation ou d'accords.

5 DES EXPERIENCES PROMETTEUSES.

Outre ces différents aspects qui se sont développés grâce à la mise en œuvre de l'Initiative de Bamako, un certain nombre d'innovations ont vu le jour. Elles doivent être vues comme des axes de développement de l'Initiative de Bamako dans le futur, sous réserve d'améliorations et d'adaptations aux contextes.

5.1 Activités à base communautaire.

Des activités à base communautaire soit de distribution de médicaments (listes réduites) grâce à la mise en place et à la gestion de fonds de roulement de médicaments (Malawi). Ceci a permis d'accroître encore la disponibilité en médicaments essentiels et d'augmenter l'accessibilité des soins et de renforcer le rôle de la communauté pour la prise en charge de ses problèmes de santé. Mais d'autre part un certain nombre de leçons ont pu être tirées de ces expériences : le nécessaire dialogue avec les populations afin de déterminer et de prendre réellement en compte les vœux et les soucis des individus. Cette approche requiert parfois un

délai important qui est vu comme une contrainte mais qui est indispensable à l'appropriation de la démarche par les populations.

Ces approches communautaires peuvent renforcer l'interface entre la population, les familles, et les services de santé : ceci à condition de ne pas être un service ponctuel, mais suivi de façon systématique et présentant un réel bénéfice pour la population.

5.2 Systèmes de référence et d'évacuation.

Le démarrage de systèmes de référence et d'évacuation à l'intérieur des districts : ceci est un important élément de l'amélioration de la qualité puisqu'il permet le recours à des soins spécialisés. Il est certain que l'accès à des soins de référence augmente l'acuité des problèmes rencontrés au niveau du centre de santé : tant à cause du pronostic vital que de l'aspect coût. L'existence de ces systèmes améliore également l'équité des soins car ainsi chaque individu peut recevoir l'attention que nécessite son état (des soins différents pour des maladies différentes). Par conséquent le renforcement des systèmes de référence amorcé depuis peu doit être poursuivi afin de permettre au district d'être réellement l'entité opérationnelle qu'il est supposé être, et surtout d'autoriser une plus grande universalité des soins dans le sens où tout le monde devrait avoir accès à tous les types de prestations. La participation effective de la population à la mise en place de ces systèmes a permis d'accroître les capacités opérationnelles des districts concernés ainsi que l'utilisation des services.

5.3 Systèmes de solidarité.

Au point de vue prise en charge des coûts, l'organisation de la référence nécessite une sophistication de partage des coûts plus importante que le paiement direct des centres de santé. On voit ainsi se développer des mécanismes de répartition des coûts entre les associations communautaires (ou des structures mutualistes), la structure de référence et le malade : il s'agit là de la naissance d'un véritable système de solidarité et on constate l'apparition de solutions nouvelles d'envergure communautaire face à des risques bien identifiés. Ces systèmes qui gardent encore une dimension « locale », ont l'avantage de pouvoir anticiper sur le financement des structures de soins et de permettre à certaines populations de faire face à ces dépenses de façon différée. On sait en effet que les disponibilités financières de la population sont variable suivant les périodes de l'année : des systèmes de prépaiement, mutuelle ou pré-mutuelle facilitent et rationalisent ainsi l'accès de certaines catégories de population aux structures de soins.

Certains pays (Burundi) ont développé de façon plus importante des systèmes mutualistes à l'échelle nationale. Mais la sophistication nécessaire au fonctionnement de ces systèmes est une contrainte importante que la plupart des pays ont du mal à surmonter : De plus, une solidarité d'envergure nécessite une confiance des adhérents qui est, pour le moment, difficile à obtenir au-delà d'une zone géographique réduite ou d'un corps socioprofessionnel bien identifié. Il est cependant essentiel de poursuivre les tentatives de mise en place de tels systèmes – à l'échelon local ou de façon plus large – afin de développer une certaine culture de la solidarité, des capacités de gestion locale et régionale, et de pallier aux problèmes de financement locaux des services.

À l'intérieur de ces solutions, l'État devra assurer une péréquation afin de gérer la dimension de l'équité car, étant donné la capacité économique actuelle des populations, les coûts des soins de référence et de l'évacuation ne pourront être vraiment à la portée des malades ni même d'éventuelles structures mutualistes que dans un avenir assez lointain.

5.4 Les réformes du système de santé

L'Initiative de Bamako a permis de renforcer les systèmes de santé des pays. Les réformes globales du secteur santé ont les mêmes objectifs, en l'occurrence l'amélioration de l'état de santé des populations, le financement, la gestion des ressources, le renforcement des capacités des ministères de la santé. L'Initiative de Bamako est d'avantage une réforme de type pragmatique, développée à partir du terrain, qui entend compléter une réforme plus systématique élaborée depuis le niveau central et appliquée de façon globale. Elle a souvent été à l'origine des processus de réforme. Cette dynamique est une opportunité unique pour développer de nouveaux concepts et idées et améliorer les stratégies. L'avantage de l'Initiative de Bamako est qu'elle tient compte de la dimension des services de santé de base et de la bonne relation entre ces services et les populations sous la forme d'un partenariat pour la résolution des problèmes de santé. Il y a donc nécessité à trouver les stratégies adéquates pour que, dans les pays où les deux processus sont en cours (Initiative de Bamako et réforme), ils soient complémentaires et non conflictuels. Cette complémentarité permettra de s'assurer que les réformes tiennent compte des réalités du niveau périphérique et que les ressources ne sont pas totalement absorbées par des aspects plus institutionnels (instituts de recherches, structures de formation). Il apparaît par conséquent nécessaire de travailler dans un cadre d'échange et de flexibilité. Les approches de négociation, d'implication et d'appropriation communautaire mises en œuvre dans la stratégie Bamako sont décisives pour le succès des réformes. Il est primordial de garder à l'esprit qu'il n'existe pas de solution standard applicable dans la majorité des contextes, et encore plus qui soit susceptible d'être «télécommandée» de l'extérieur.

Dans la mise en œuvre de ces réformes, l'État doit prendre pleinement ses responsabilités en assurant son rôle dans la garantie de l'équité et de l'accessibilité de toute la population à des soins de santé de base. Sa responsabilité primordiale est celle de garantir le **droit à la santé** de tout citoyen du pays. Il doit, au besoin, varier son mode d'intervention selon les particularités locales, en favorisant une appropriation par les communautés et en recherchant une efficacité des services. Bien que l'État soit encore dans beaucoup de cas le seul prestataire des services publics de soins, il est nécessaire de chercher des solutions pour que ce rôle soit partagé avec d'autres acteurs. Dans cette optique, le développement de partenariat efficace doit également être envisagé sous la tutelle de l'État. Les réformes du système de santé doivent être entreprises en tenant compte des alternatives de financement soutenables par le pays et par les multiples partenaires. La notion de financement commun permettra en outre de travailler sur la base de comptes nationaux.

Considérant l'Initiative de Bamako comme un processus de réforme, sa mise en œuvre a montré qu'il était difficile, pour l'ensemble des pays, d'intervenir en même temps sur tous les échelons et dans tous les domaines du secteur de la santé. Par conséquent il faut définir de façon claire les étapes des réformes, aussi bien dans le temps et l'espace que du point de vue des sous-secteurs pris en charge.

Certains pays ont mis en œuvre l'Initiative de Bamako en tant que programme spécifique dans un premier temps (Guinée avec le PEV/SSP/ME et Bénin avec le PEV/SSP) avant de passer à une approche plus élargie. D'autres pays comme le Mali ont abordé la réforme du secteur de santé en la liant avec la mise en œuvre d'un large projet d'opérationnalisation de l'Initiative de Bamako. Les approches ont donc varié selon l'acceptation initiale du concept de revitalisation du système de santé suivant l'Initiative de Bamako : d'une part un projet ou un programme spécifique (donc application partielle) afin d'éprouver la faisabilité de l'approche et ensuite une prise en compte des résultats dans une démarche plus globale de réforme. Parfois un lien initial explicite entre l'Initiative de Bamako et la réforme qui permet de mieux coordonner les efforts des partenaires et d'envisager plus rapidement une extension de l'approche. Toutes ces

approches ont permis notamment de tester des modèles, de former les ressources humaines **nécessaires à une mise en œuvre plus élargie, facteur de la plus grande importance pour la suite du processus.**

À cause des contextes économiques et politiques des pays d'Afrique, l'ensemble des réformes met clairement en avant la nécessaire participation des communautés à la planification des réformes du secteur de la santé. Le développement de cette participation nécessite en particulier une plus grande réflexion quant aux modalités du financement communautaire avant qu'il soit fixé dans le cadre d'une réforme générale du secteur.

La création d'un climat de confiance entre les États et les partenaires et l'harmonisation de leurs procédures respectives (en terme de suivi, de gestion, d'audit, de production de rapports) doit autoriser une plus grande coordination pour la mise en œuvre des réformes. Ces mesures peuvent également concourir à une meilleure appropriation par les pays.

Cette coordination souhaitable pour le succès des réformes doit considérer le système de santé comme unique, en y intégrant la société civile, les ONG et le secteur privé. Et tous les partenaires et acteurs devraient envisager la possibilité d'un financement global du secteur afin de permettre une approche et une mise en œuvre cohérente.

6 SYNTHÈSE ET CONCLUSION.

Les différents débats qui ont occupé les participants à la Revue ont donc permis de dégager des acquis, d'analyser les résultats, de voir un certain nombre de problèmes restant en suspend et de tirer certaines leçons, et enfin d'examiner les perspectives.

L'Initiative de Bamako a été reconnue comme une approche pertinente pour le développement des services de santé. Elle doit cependant changer et s'adapter pour deux grandes raisons. Tout d'abord, les expériences accumulées au cours des années passées, avec les acquis, mais aussi les questionnements et les contraintes doivent être intégrées, assumées et dépassées. Ensuite, il est nécessaire d'incorporer les nouvelles données de l'environnement socio-sanitaire. Les activités de développement à base communautaire et le renforcement du partenariat entre les individus et familles et les services de santé sont des exigences incontournables. Rester «à l'écoute» des préoccupations des populations, renforcer les mécanismes de solidarité, garder omniprésent le souci d'efficacité des interventions et de qualité des services en même temps que celui d'augmenter la couverture sanitaire, tels sont les défis fondamentaux. Dans cette optique, il est nécessaire de renforcer et de formaliser les divers partenariats envisagés

Ces changements devront en effet être mis en œuvre par l'ensemble des acteurs, notamment les États, les partenaires, les professionnels et les populations.

Les dix années écoulées ont amené des changements profonds et l'Initiative de Bamako ainsi que les initiatives similaires y ont contribué de façon significative. La mise en œuvre du concept de Paquet Minimum d'Activités et l'amélioration de la disponibilité en médicaments essentiels ont permis d'étendre la couverture sanitaire dans de nombreux pays, même si cette amélioration a été inégale et disparate. En tout état de cause, là où l'Initiative de Bamako a été mise en œuvre, on a pu voir une amélioration de la qualité des soins et le rétablissement de la confiance des populations. Les approches développées dans l'Initiative de Bamako ont montré que même dans des situations difficiles, elles permettaient de faire une différence avec les approches plus traditionnelles. Les partenaires reconnaissent maintenant de plus en plus l'importance d'une certaine flexibilité et d'adaptation des approches afin de collaborer tout en respectant les choix nationaux.

Pour l'atteinte des objectifs assignés à l'Initiative de Bamako, il faudra donc réunir d'autres **conditions de succès** telles que **une volonté politique très marquée, un partenariat large et efficace, ainsi qu'un ensemble de ressources techniques et financières, un élargissement de l'offre des services et l'accès de tous, surtout d'une frange non négligeable de la population actuellement exclue des soins de santé essentiels, des remèdes à une insuffisance numérique et une mauvaise répartition des ressources humaines dans la majorité des pays, la participation des populations à la gestion des services qui est encore fragile.** Le chemin à parcourir avant la réalisation d'un accès universel à la santé est à la mesure des défis qui restent posés. Conscient de ce fait, les participants à la Revue ont décidé de lancer un Appel aux différentes parties prenantes afin de mettre en place les conditions favorables à une amélioration de l'accès universel aux soins de santé essentiels. C'est dans l'esprit de cet Appel que l'Initiative de Bamako doit trouver un contenu renouvelé et un cadre de mise en œuvre approprié. La participation de chaque individu à la gestion du développement sanitaire, s'exerçant selon un principe de citoyenneté et dans le respect de sa dignité est une évolution indispensable et ceci malgré des obstacles réels tels que la pauvreté et l'ignorance.

Chaque partenaire devra donc agir dans le domaine qui lui est propre et assurer au mieux ses responsabilités dans un cadre bien défini. Aux Gouvernements d'élaborer des cadres légaux, politique et techniques permettant de définir et d'exécuter les activités de soins, d'assurer et de maintenir la qualité des prestations et garantissant le respect des droits fondamentaux de chaque individu à la dignité et à l'accès aux soins. Aux partenaires d'assurer un appui technique et financier cohérent, continu et souple dans le cadre des priorités définies par les Gouvernements tout en continuant de coordonner ces interventions avec l'ensemble des autres partenaires. Aux professionnels de la santé de rechercher, de proposer et de mettre en œuvre les meilleures stratégies pour un accès équitable et universel aux soins de santé. Aux populations enfin de s'investir pleinement dans une participation effective qui pourra leur assurer, à terme, un contrôle et une prise en charge optimale de leurs problèmes de santé.

Toute cette dynamique devra s'orienter plus que jamais vers l'atteinte de résultats concrets dans l'amélioration de la santé des populations, tout particulièrement celle des femmes et des enfants, conformément aux objectifs de la Santé pour Tous, en particulier ceux du Sommet Mondial pour l'Enfance.

7 RECOMMANDATIONS GENERALES.

A l'issue de cette Revue, et après des travaux de groupes au cours desquels des recommandations spécifiques ont été faites (voir annexe 2), les participants ont fait les recommandations générales suivantes.

Les participants ont convenu que l'Initiative de Bamako reste une approche pertinente et efficace pour la promotion de l'accès aux soins essentiels, dans le contexte de soins de District, même dans des situations de relative instabilité.

Pour atteindre ce but, dans un contexte d'un ferme et clair leadership, les participants recommandent aux gouvernements :

- De développer un solide cadre national pour la prestation des services de santé de base, en particulier un paquet de soins essentiels adapté aux priorités actuelles, en particulier le VIH/SIDA, la mortalité maternelle et néonatale, le paludisme, la malnutrition, la tuberculose, et d'intégrer progressivement et harmonieusement les différentes activités et composantes de programmes, avec le support d'action dans le cadre d'une politique de médicaments ;
- D'élaborer des politiques et des stratégies susceptibles d'amener les individus et les fa-

- milles, avec emphase particulière sur les femmes et les jeunes, à acquérir des comportements sains et à améliorer les capacités communautaires à gérer les services de santé de base et de prendre en charge leur propre santé et bien-être ;
- D'élaborer une politique nationale ferme pour développer des ressources humaines prenant en compte une formation de qualité, des mécanismes incitatifs et des perspectives de carrière, afin de promouvoir non seulement une répartition équitable, mais aussi des prestations de soins de qualité ;
 - De promouvoir des allocations budgétaires plus importantes et des mécanismes nationaux et locaux de solidarité et de prévoyance, pour le financement des soins de santé, spécialement pour les groupes les plus vulnérables et ceux vivant dans des zones éloignées et de développer des stratégies pour les atteindre ;
 - D'articuler l'Initiative de Bamako avec les approches élargies de secteur afin d'améliorer la coordination et de créer un partenariat efficace entre les acteurs en vue de renforcer l'efficacité des actions.