

Distr.
LIMITEE

E/ICEF/1993/L.6
23 février 1993
FRANCAIS
ORIGINAL : ANGLAIS

FONDS DES NATIONS UNIES POUR L'ENFANCE
Conseil d'administration
Session de 1993

POUR INFORMATION

INITIATIVE DE BAMAKO

Rapport d'activité intérimaire

RESUME

Le présent rapport est présenté à la demande du Bureau. Ce dernier, tout en reconnaissant la décision 1992/22 (E/ICEF/1992/14) du Conseil d'administration, demandant l'établissement en 1994 d'un rapport d'activité sur l'application de l'Initiative de Bamako, considère qu'un rapport sur l'Initiative à la session ordinaire de 1993 du Conseil d'administration permettrait de maintenir l'Afrique au premier plan des préoccupations de l'UNICEF. Le rapport examine les aspects essentiels de l'Initiative dans le cadre de l'évolution politique en Afrique, en mettant l'accent sur le rôle de la famille dans la modification radicale du comportement et de la situation sanitaire. Le rapport s'intéresse particulièrement aux pays qui ont lancé l'Initiative au cours de l'année écoulée.

Grâce à l'expérience acquise jusqu'à présent et aux résultats positifs enregistrés dans son application, une accélération de l'Initiative est maintenant possible. Toutefois, cette accélération dépendra d'une mobilisation beaucoup plus large des ressources financières, fournies soit directement par l'UNICEF soit par son intermédiaire, ce qui rend une alliance des donateurs à l'appui de l'Initiative encore plus urgente.

TABLE DES MATIERES

	<u>Paragrapbes</u>	<u>Page</u>
INTRODUCTION	1 - 2	3
I. L'INITIATIVE DE BAMAKO ET L'EVOLUTION DU CONTEXTE POLITIQUE	3 - 9	3
II. RENFORCEMENT DE L'INITIATIVE AU NIVEAU DE LA FAMILLE ET DU DISTRICT	10 - 18	5
III. ACTIONS AU NIVEAU NATIONAL	19 - 41	7
A. Diffusion de l'Initiative en Afrique	20 - 35	8
B. Diffusion en dehors de l'Afrique	36 - 41	11
IV. RESSOURCES	42 - 43	13
V. ACCELERATION DE LA MISE EN OEUVRE	44 - 47	16
VI. PARTENARIAT	48 - 51	18

Tableaux

1. Investissement de l'UNICEF dans l'Initiative de Bamako : Fonds de développement de l'Initiative de Bamako, 1988-1996	14
2. Investissement de l'UNICEF dans l'Initiative de Bamako (part financée)	15
3. Investissement de l'UNICEF dans l'Initiative de Bamako (part non financée)	16

INTRODUCTION

1. Bien que le Conseil d'administration ait décidé à sa session de 1992 qu'un nouveau rapport d'activité sur l'Initiative de Bamako serait présenté au Conseil d'administration à sa session ordinaire de 1994 (E/ICEF/1992/14, décision 1992/22), le Bureau a demandé l'établissement d'un rapport intérimaire à présenter au Conseil d'administration à sa session ordinaire de 1993 afin de confirmer la priorité accordée par l'UNICEF à l'Afrique en général et à l'Initiative en particulier. Cette décision est d'autant plus indiquée qu'elle fait suite à la Conférence internationale sur l'assistance aux enfants africains tenue en novembre 1992 sous l'égide de l'Organisation de l'unité africaine qui, par le "Consensus de Dakar" et le rapport du Groupe de travail sur la santé, a une fois de plus souligné l'importance du renforcement des systèmes de santé au niveau des districts et constaté que l'Initiative de Bamako a été un succès dans le domaine de la gestion et du financement communs des services de santé par les gouvernements et les collectivités.

2. Ce rapport intérimaire, qui est plus concis qu'un rapport d'activité ordinaire, met en relief la diversité des actions appuyées par l'UNICEF et par d'autres donateurs, actions qui sont en passe de se transformer en un mouvement mondial pour le développement du secteur sanitaire s'appuyant sur les collectivités locales. Par ailleurs, le rapport décrit brièvement l'action de suivi entreprise conformément aux recommandations faites dans le cadre de l'évaluation de l'Initiative de Bamako par la London School of Hygiene and Tropical Medicine et présentées au Conseil d'administration à sa session de 1992 (E/ICEF/1992/L.20). Enfin, le rapport présente un résumé des actions entreprises dans un certain nombre de pays qui viennent de mettre en application l'Initiative. Il s'agit de certains pays d'Asie, d'Amérique latine et du Moyen-Orient, où les principes de l'Initiative sont de plus en plus appliqués afin de redynamiser les systèmes de santé affaiblis par une crise économique prolongée ou par la transition de l'économie planifiée vers l'économie de marché.

I. L'INITIATIVE DE BAMAKO ET L'EVOLUTION DU CONTEXTE POLITIQUE

3. En Afrique, comme ailleurs dans le monde en développement et en Europe orientale, les régimes fortement centralisés sont remis en cause. Dans ce continent, 20 pays sont "en transition", ou font face à d'importants mouvements populaires remettant en question les systèmes centralisés qui ont fait la preuve qu'ils ne pouvaient pas assurer durablement les services essentiels.

4. Dans le secteur de la santé lui-même s'exercent de fortes pressions en vue de l'instauration d'une médecine privée, libérale, fondée sur le marché. Toutefois, le secteur sanitaire privé a connu une évolution inégale, les services de soins étant assurés uniquement dans les grandes villes ou leurs banlieues. Par ailleurs, même là où ils existent, ces services ne sont souvent accessibles qu'aux riches, et le contrôle de la qualité est limité.

5. A cet égard, l'Initiative de Bamako constitue une solution de rechange prometteuse à la traditionnelle combinaison secteur public/secteur privé. Tout comme le secteur privé, elle exige une certaine efficacité pour être compétitive et durable tout en étant partie intégrante du secteur public qui doit être caractérisé par un souci d'équité et davantage de responsabilité vis-à-vis des

/...

usagers, qui exercent un contrôle direct et participent pleinement à la gestion des ressources. L'Initiative de Bamako s'est également révélée financièrement plus avantageuse que les prestations des secteurs public et privé qui sont souvent incomplètes et obligent les usagers à "courir" à la recherche de soins et de médicaments.

6. A mesure que les gouvernements abandonnent le contrôle centralisé de la gestion des services de santé, en particulier en province et dans les régions reculées, les collectivités sont mieux placées pour agir sur le fonctionnement de leurs structures sanitaires en fonction des conditions et de la demande locales. Cette donnée nouvelle est illustrée par l'influence croissante des collectivités locales à travers la demande et le paiement des services. En mettant l'accent sur la gestion locale des ressources par une action commune du personnel soignant et des usagers, l'Initiative de Bamako reconnaît et appuie ce processus de décentralisation afin d'améliorer la qualité des soins et de les adapter aux besoins.

7. Dans plusieurs pays, l'Initiative de Bamako a fait l'objet de débats dans le cadre des conférences nationales ou des réformes constitutionnelles, et a fortement influencé la révision des politiques nationales de la santé. Au Congo par exemple, la conférence nationale qui a opté pour le multipartisme, a recommandé au gouvernement de transition d'adopter un nouveau plan de santé public fondé sur l'Initiative de Bamako. Ce plan a été signé en avril 1992.

8. Toutefois, peu de pays ont apporté des changements radicaux à leur système de santé, et les transformations fondamentales que connaissent les sociétés africaines n'ont pas été aussi rapides au niveau du secteur de la santé. Comme l'indiquait le rapport de l'année dernière, les gouvernements semblent hésiter à opérer les changements nécessaires en matière de politique et d'allocation de ressources, malgré les résultats positifs et l'action décisive des collectivités. Dans certains milieux, on estime encore qu'il est possible d'utiliser l'Initiative comme un "complément" à ce qui existe déjà, au lieu d'en faire un moyen de changer de politique en décentralisant les activités et les décisions.

9. Des réformes importantes doivent être introduites dans le secteur de la santé afin d'accorder la priorité à la fourniture d'une gamme de services de base permettant de supprimer les principales causes de la mortalité maternelle et infantile. Dans le cas contraire, et en l'absence d'un engagement en faveur d'un bon système local de soins seul apte à fournir ces services, les objectifs en matière de santé des enfants pour les années 90 ne seront pas atteints. L'urgence du renforcement et de l'extension de ce système dans tous les pays africains est mise en relief par six importants objectifs en matière de santé et de nutrition à atteindre d'ici à la fin de 1995, adoptés dans le cadre du "Consensus de Dakar". Dans son évaluation, la London School of Hygiene and Tropical Medicine a reconnu que l'Initiative de Bamako constitue "une voie appropriée en vue du développement des soins de santé primaires" (E/ICEF/1992/L.20, par. 75). Aussi, il s'agit avant tout de consolider et d'étendre l'Initiative à tous les établissements de soins en Afrique d'ici le milieu de la décennie.

II. RENFORCEMENT DE L'INITIATIVE AU NIVEAU DE LA FAMILLE ET DU DISTRICT

10. La santé de la population, tout comme l'état de sa nutrition, est la résultante de variables sociales, comportementales, politiques et écologiques. Comme l'indique l'évaluation de l'UNICEF effectuée par un groupe de donateurs (voir E/ICEF/1993/CRP.7) dans son analyse de la santé et de la nutrition, les stratégies en matière de santé doivent prendre en compte les causes immédiates, les causes sous-jacentes et les causes structurelles de la mauvaise santé. Ces stratégies doivent donc être conçues comme une combinaison appropriée d'interventions techniques, de développement des systèmes de santé et d'actions multisectorielles de responsabilisation. L'amélioration de la santé des enfants nécessite la participation de tous les milieux, à savoir des dirigeants, les autorités religieuses, le secteur privé, les associations et les familles. Le secteur de la santé ne saurait être le seul ou le premier responsable de la santé d'une population donnée; sa tâche consiste plutôt à assurer l'accès à des services de soins efficaces qui prennent en charge des interventions bien définies; c'est également un partenaire important dans le cadre des programmes multisectoriels de responsabilisation qui visent un changement structurel. C'est ainsi que l'Initiative de Bamako a souligné la nécessité de faire en sorte que les services de santé offrent un ensemble de services de base prioritaires pour remédier aux causes principales de morbidité et de mortalité, à condition d'assurer un approvisionnement régulier en médicaments et fournitures essentielles, d'améliorer les capacités du personnel sanitaire en matière de diagnostic et de traitement, d'appliquer des normes et pratiques de gestion appropriées et d'assurer un suivi efficace.

11. Parallèlement, l'Initiative reconnaît que les systèmes de santé ne peuvent être renforcés indépendamment de la population et de la société en général. C'est pourquoi l'accent est mis sur la gestion commune des ressources au niveau des collectivités, y compris le partage des coûts, la gestion financière et le contrôle de qualité. La gestion commune des ressources au niveau de la collectivité qui permet d'améliorer les rapports entre le système de santé et la communauté, se fait par le biais de comités de gestion. Ainsi, l'Initiative encourage la participation directe de la communauté et des familles à la gestion de leurs services de santé et, grâce à une meilleure communication avec le personnel sanitaire, ces dernières pourront améliorer leur capacité d'entreprendre des actions préventives et curatives appropriées aux niveaux familial et collectif.

12. La plupart des pays qui ont lancé l'Initiative de Bamako ont commencé par mettre l'accent sur le fonctionnement des centres de soins, en raison à la fois de leur proximité par rapport aux collectivités locales et de leur aptitude potentielle à fournir des soins appropriés à la population. On a également estimé, et cela a été confirmé dans les faits, que l'utilisation des centres de soins dépendait d'une qualité acceptable et régulière des soins. C'est pourquoi on a insisté sur la fourniture d'un ensemble de services de qualité tant pour les soins préventifs que curatifs, ce qui suppose la formation du personnel et l'adoption de nouveaux modes de gestion. A cet effet, l'UNICEF a joué un rôle actif dans la mise au point des manuels de gestion, comme celui qui vient d'être publié par le Ministère fédéral de la santé du Nigéria. L'UNICEF a également lancé un bulletin à l'intention des agents de la santé intitulé "Le Prescripteur" en collaboration d'abord avec The United States Pharmacopeial

Convention, Inc., puis avec l'Association mieux prescrire, et en consultation avec les programmes spécialisés de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Ce bulletin qui est publié en anglais, en français, en espagnol et en portugais est distribué à 35 000 agents sanitaires à travers le monde, et son tirage ne cesse d'augmenter. Dans de nombreux pays, il semble que ce soit la seule information qu'ils reçoivent.

13. Il est indispensable de reconnaître le rôle de la famille dans les décisions concernant la santé de l'enfant et de la femme, qu'elles soient positives ou négatives. La reconnaissance de ce rôle est particulièrement importante pour ce qui concerne la santé génésique et le syndrome d'immunodéficience acquise, mais aussi pour la lutte contre les maladies simples. A titre d'exemple, l'action au niveau de la famille est très importante en ce qui concerne les diarrhées aqueuses aiguës qui représentent 80 % des cas de diarrhée, et sont responsables de 50 % des décès dus aux diarrhées. De même, la capacité de son entourage de reconnaître les signes d'une maladie grave aura des répercussions importantes sur la survie de l'enfant atteint de pneumonie.

14. Une recherche effectuée au niveau de la collectivité, a montré que le personnel sanitaire représente une importante source d'informations et de conseils pour les familles en matière d'action sanitaire, que ce soit à la maison ou dans les centres de santé. Aussi, pour tirer parti des acquis obtenus jusqu'à présent, il faut spécialement veiller à la participation des représentants de la collectivité, en particulier les femmes, aux grandes décisions, à la communication et à l'échange d'informations entre le personnel soignant et les familles, et encourager le personnel soignant à participer à l'action collective en faveur de l'hygiène. Maintenant que les comités des centres de santé dans de nombreux pays ont confiance dans leurs capacités de gestion financière, l'accent est mis sur le renforcement de la capacité de la population de surveiller sa santé et son alimentation et d'entreprendre les actions voulues, en faisant appel, si nécessaire, au personnel sanitaire.

15. Les agents sanitaires sont généralement considérés comme les seuls à avoir les compétences techniques nécessaires pour surveiller la santé de la population. Toutefois, que ce soit dans le cadre de l'Initiative de Bamako ou ailleurs, l'expérience a montré que cette surveillance doit commencer au niveau de la collectivité. Le personnel de la santé peut jouer un rôle stratégique en aidant à collecter et à analyser systématiquement l'information. Dans le cadre de l'Initiative, le Kenya et le Bénin ont mis en place des systèmes d'information communautaires qui se sont avérés être d'excellents moyens de sensibiliser la population et d'assurer un échange d'informations entre cette dernière et le personnel sanitaire. La collecte et l'analyse systématiques des données sur la mortalité maternelle et infantile, les naissances, la couverture vaccinale et l'incidence d'une ou de plusieurs maladies graves, permettent de stimuler l'action au niveau local et, lorsque ces données sont partagées par le système de soins, contribuent à canaliser les ressources des centres de santé vers les besoins prioritaires. C'est ainsi que la réduction du taux de mortalité maternelle et infantile est le résultat des efforts communs de la population et du personnel soignant.

16. Dans les centres de santé où certains volets de l'Initiative de Bamako sont appliqués, la qualité des soins s'est améliorée et l'utilisation des services a

augmenté. Il s'agit maintenant d'améliorer le fonctionnement du premier niveau d'orientation, à savoir l'hôpital de district. Cela est particulièrement important, en particulier dans les pays où le taux de mortalité maternelle est élevé. Les soins prénatals ne sont d'aucun secours si la femme a besoin d'une césarienne. Il s'agit donc entre autres de renforcer les liens entre les unités sanitaires périphériques et l'hôpital de district, afin d'aboutir à un système intégré permettant d'assurer la continuité des soins. Il s'agit également de redynamiser les hôpitaux de district, dont beaucoup fonctionnent actuellement comme de grands centres de soins et dépensent leurs ressources de manière inefficace.

17. Ainsi, l'expérience acquise dans la revitalisation des centres de soins est en train d'être élargie pour consolider les résultats obtenus jusqu'à présent, tout en réalisant des progrès au niveau de l'action familiale et collective ainsi qu'à celui des hôpitaux de district, afin de renforcer effectivement la gestion des soins au niveau du district. Une attention particulière est actuellement accordée au contrôle et à la gestion des ressources, qui ont joué un rôle clef dans cet effort de revitalisation. Au cours de l'année 1992, le travail effectué dans le cadre de la responsabilisation des collectivités et au niveau des hôpitaux de district, a été renforcé par deux ateliers organisés par l'UNICEF en application des recommandations contenues dans l'évaluation faite par la London School of Hygiene and Tropical Medicine, ainsi que par un autre atelier sur les problèmes de qualité des soins. Actuellement, un travail est fait en direction du personnel soignant pour mieux prendre en compte sa situation.

18. Le processus de consolidation se poursuit de différentes façons et à des rythmes différents dans les 18 pays du "groupe restreint" dont fait mention le rapport d'activité de 1992 de l'Initiative de Bamako (E/ICEF/1992/L.22). Sur ces 18 pays (Bénin, Burundi, Cameroun, Congo, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Kenya, Mali, Mauritanie, Nigéria, République centrafricaine, Rwanda, Sao Tomé-et-Principe, Sénégal, Sierra Leone, Togo et Zambie), cinq présenteront des recommandations de programme à la session de 1993 du Conseil d'administration, dans lesquelles la politique de santé choisie s'inspire de l'Initiative de Bamako. Au Burundi (E/ICEF/1993/P/L.4) et au Rwanda (E/ICEF/1993/P/L.5), les nouveaux programmes visent à étendre l'Initiative au niveau national. En collaboration avec d'autres donateurs, son extension est également envisagée dans les nouveaux programmes de la République centrafricaine (E/ICEF/1993/P/L.6), du Mali (E/ICEF/1993/P/L.7) et de la Mauritanie (E/ICEF/1993/P/L.8).

III. ACTIONS AU NIVEAU NATIONAL

19. Au cours de l'année écoulée, les actions nationales - activités préparatoires ou d'exécution directe - se sont étendues à la quasi-totalité des pays africains. En Afrique subsaharienne, le noyau de pays s'est élargi, passant de 18 à 22, du fait de l'adjonction de la Gambie, de la Guinée équatoriale, du Lesotho et de Madagascar à la liste en 1992. Par ailleurs, l'Initiative de Bamako est bien implantée dans trois pays non africains - le Pérou, le Myanmar et le Viet Nam - ce qui porte à 25 le nombre total de pays participants. On note également un intérêt accru et, dans certains cas, des activités préparatoires dans quelques autres pays africains et dans des pays d'Asie et d'Amérique latine. Le présent rapport d'activité mettra l'accent sur

/...

les pays qui ont commencé à mettre en oeuvre l'Initiative de Bamako l'année dernière et sur ceux qui s'achèment vers son adoption.

A. Diffusion de l'Initiative en Afrique

20. Des activités préparatoires ont débuté au Burkina Faso par un séminaire qui avait pour objet de déterminer le minimum de services de santé à fournir à chaque niveau, le rôle du district sanitaire, la participation communautaire, les mesures nécessaires à l'introduction de la gestion communautaire des fonds et la période de lancement de l'Initiative. La Banque mondiale et l'Agence allemande de coopération technique (GTZ) ont aidé à élaborer une politique nationale en matière de médicaments et la législation dont elle est assortie. Les conditions pour la création d'un organisme central d'achat de médicaments essentiels sous leur nom générique ont été réunies. Grâce au soutien de l'Agency for International Development des Etats-Unis, des organismes français et italien de coopération bilatérale et de l'UNICEF, 20 centres de santé ont entamé leurs activités en 1993. L'Initiative a été intégrée à la recommandation relative au programme de pays du Burkina Faso (E/ICEF/1993/P/L.25) qui sera présentée au Conseil d'administration à sa session de 1993.

21. Le Cap-Vert a accompli bien des progrès dans la voie de l'adoption de l'Initiative de Bamako depuis une réunion des représentants du Ministère de la santé, de l'OMS et de l'UNICEF tenue en juillet 1992. Un mémorandum signé à l'issue de cette réunion reflétait les lacunes observées dans le système sanitaire actuel et proposait des solutions dans le cadre de l'Initiative. Le pays a en matière de médicaments essentiels une politique bien établie axée sur des produits à nom générique et les collectivités participent déjà au financement des soins de santé primaires; il s'agit à présent de constituer une équipe de travail nationale chargée de planifier les mesures à prendre et d'examiner les divers choix qui s'offrent pour ce qui est de la cogestion communautaire.

22. L'Initiative a été officiellement introduite dans neuf zones sanitaires du district de Kelo au Tchad en 1992, le Gouvernement central ayant approuvé l'idée de la gestion communautaire des fonds, à la suite d'expériences similaires ayant bénéficié du soutien d'organisations non gouvernementales (ONG) et du Programme des Nations Unies pour le développement. Des rôles de supervision ont été définis au niveau des zones, des districts et du pays, et tous les apports essentiels ont été fournis pour le démarrage des activités. Le personnel clef du Ministère de la santé a pu, lors de sa visite au Bénin, s'inspirer de ce qui y avait été réalisé dans le cadre de l'Initiative.

23. Le Ministère de la santé de la Côte d'Ivoire a élaboré un plan d'action national prévoyant la réalisation de l'Initiative de Bamako jusqu'à la fin de la décennie. Plusieurs directives ont été par la suite publiées pour orienter les activités à mener et des manuels de formation à l'intention du personnel des centres de santé ont été élaborés. On s'attend dans un premier temps à voir 18 centres devenir opérationnels au début de 1993.

24. L'intérêt de l'Initiative a été initialement évalué à Djibouti où la consommation de médicaments par habitant a été estimée par l'OMS à 12 dollars par an, montant consacré en grande partie à l'achat de médicaments de marque déposée. L'introduction d'une politique en matière de médicaments essentiels

reposant sur des médicaments vendus sous leur nom générique rendrait généralement les médicaments plus abordables et accroîtrait la participation financière des collectivités locales.

25. En Guinée équatoriale, deux districts, Baney sur l'île et Bata sur le continent, englobant 37 villages, ont commencé à mettre en oeuvre l'Initiative en augmentant la quantité de médicaments et de moustiquaires imprégnés d'insecticide disponibles grâce à des ressources financières gérées par les collectivités. L'approbation d'une liste de médicaments essentiels, l'établissement d'un tableau de diagnostic, la confection d'outils d'encadrement et la formation de personnel ont facilité la première phase d'exécution. En 1993, 6 des 27 centres de santé se trouvant dans le pays seront pleinement opérationnels, ce qui permettra d'appuyer l'Initiative, notamment les activités de vulgarisation dans les villages.

26. On s'apprête à lancer l'Initiative dans deux districts de la Gambie : Farafenni et Gambissara. Une équipe multisectorielle de 10 personnes s'est rendue en Guinée au milieu de l'année 1992 pour avoir une expérience de première main des problèmes d'exécution, ce qui a conduit à la décision de prendre le centre de santé comme base d'action en Gambie, à l'alignement des villages de soins de santé primaires sur les aires d'alimentation en eau où se trouvent les installations de santé de base et à l'établissement d'un plan de travail pour que les deux districts démarrent leurs activités en 1993.

27. A la fin de 1991, le Gouvernement du Lesotho s'est engagé à mettre en oeuvre l'Initiative en renouvelant l'équipe de travail nationale qui avait été précédemment constituée et en faisant un groupe intersectoriel élargi au sein duquel tous les intérêts seraient représentés. Un comité exécutif supervise les activités qui ont démarré dans cinq zones de services de santé. Des principes directeurs devant régir l'action au niveau des zones centrales de services de santé et des communautés ont été arrêtés et un manuel de formation établi. L'Initiative est très favorablement reçue et on prévoit qu'elle s'étendra rapidement à d'autres zones de services de santé au cours des deux prochaines années.

28. Elle a été finalement adoptée à Madagascar en avril 1992, comme stratégie sanitaire utile à la restructuration politique, sociale et économique en cours dans le pays. Un comité directeur national a été constitué pour coordonner l'action et des études de base sur le financement communautaire ont été entamées. Un atelier national parrainé par l'OMS en juillet 1992 a servi à lancer officiellement l'Initiative. On a initialement prévu de mettre en service en 1993 six centres de santé dans la province de Tamatave. On a commencé à mobiliser les collectivités et des modules de formation, un tableau de diagnostic et des outils de suivi ont été établis.

29. En 1992, le Gouvernement malawien, constatant l'état de dégradation des services de santé et les graves difficultés budgétaires, a, pour la première fois, accepté l'idée d'un financement communautaire des soins de santé primaires (SSP). L'expérience acquise par les ONG en matière de projets de financement communautaire à petite échelle fournira quelques indications sur la manière d'accroître les capacités locales de mise en oeuvre de l'Initiative.

30. Au Mozambique, on a décidé de mettre tout d'abord l'accent, dans le cadre de l'Initiative, sur l'établissement des coûts des services de santé au niveau des districts, suivant les expériences menées en Zambie et au Burundi en 1992, avec le concours technique du London School of Hygiene and Tropical Medicine. Cela est considéré comme une activité clef en 1993, parce que devant permettre de résoudre les problèmes de la décentralisation de la gestion et de la viabilité des dépenses de fonctionnement.

31. Le Gouvernement namibien a intégré l'Initiative de Bamako aux directives nationales relatives aux soins de santé primaires et aux soins de santé communautaires, qui sont entrées en application en février 1992. Depuis lors, l'OMS et l'UNICEF ont apporté un soutien agissant aux ateliers de planification aux niveaux national, régional et local, en mettant l'accent sur la décentralisation et les questions opérationnelles liées à la fourniture de services de santé au niveau local. La retenue d'un pourcentage des droits d'utilisation au niveau local est une recommandation spécifique issue de ces ateliers, et des directives précises devant régir l'action en matière de financement et de participation communautaire seront arrêtées en 1993.

32. Des travaux préparatoires sur l'Initiative ont commencé au Niger en 1992. On a fait une large place aux études de base, qui permettent de déterminer avec justesse les connaissances et pratiques sanitaires des populations. Une restructuration de l'Office national des produits pharmaceutiques et chimiques, appuyée par la Communauté européenne, est en cours pour améliorer le système de gestion des médicaments. En 1993, l'UNICEF commencera à fournir un appui spécifique aux districts d'Aguie, de Madarounfa, de Mayahi et de Tessaoua, ainsi qu'à la zone de Boubon, proche de Niamey, ce qui aboutira à la mise en service de quatre centres médicaux et de 13 dispensaires ruraux, lesquels permettront, grâce à l'expérience acquise, d'étendre le réseau. La Banque mondiale, l'Agency for International Development des Etats-Unis et les organismes français et belge de coopération bilatérale se sont également associés au déroulement des activités.

33. L'évolution récemment intervenue au Soudan a amélioré les conditions nécessaires pour la mise en oeuvre de l'Initiative de Bamako. Il s'agit notamment de l'adoption d'un système de zones sanitaires recoupant des aires d'alimentation en eau, de la décentralisation de nombreux services gouvernementaux et de la constitution de comités consultatifs et directeurs. Au Kordofan, où l'Initiative est concentrée, des comités directeurs et de coordination ont été formés dans l'Etat, les zones sanitaires et les communautés, et la planification et la prise de décisions en concertation avec les agents sanitaires au niveau communautaire sont encouragées. L'UNICEF a fourni des médicaments essentiels et des fonds aux fins de formation et d'assistance technique à six zones sanitaires. La Banque mondiale a également agi en octroyant un prêt de 1 million de dollars en faveur des pharmacies communautaires des Etats de Kordofa et de Darfur. Pour que l'Initiative soit plus solidement implantée, le Gouvernement devra adopter, dans l'immédiat, une politique en matière de participation communautaire et de partage des coûts.

34. L'Ouganda a subi de profonds changements politiques qui ont entraîné un véritable mouvement de décentralisation. La réforme préconise le transfert des pouvoirs de décision, des ressources et des responsabilités du pouvoir central vers les districts, ce qui raffermira l'autorité des élus locaux et limitera le

rôle des ministères à l'établissement de normes, au contrôle de la qualité, au suivi et au soutien des districts. Tous les ministères ont été invités à établir des documents d'information définissant leur rôle et à déterminer les conséquences qu'une rationalisation de leurs activités aura sur le plan pratique au niveau national. Dans le domaine de la santé, ces changements permettront de renforcer au plus vite les capacités nationales en matière de fourniture de soins de santé primaires durables en évaluant les structures nécessaires à une participation communautaire et les stratégies déjà mises en oeuvre.

35. Le Gouvernement zimbabwéen accorde, avec la Banque mondiale, l'OMS, l'UNICEF et l'Overseas Development Administration (Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord), une attention considérable aux aspects de l'Initiative de Bamako liés au financement des soins de santé, compte tenu du fait que la situation financière du système de soins de santé du pays devient de plus en plus précaire. L'UNICEF a parrainé une étude qui visait à déterminer les effets qu'avaient les droits d'utilisation sur l'équité, la morbidité et la mortalité, et à évaluer l'administration du système de soins de santé, afin de mettre l'accent sur des questions comme la participation communautaire au financement et à la gestion, la réforme du système de gestion des médicaments essentiels et les mesures de limitation des coûts, plutôt que sur les droits d'utilisation seulement.

B. Diffusion en dehors de l'Afrique

36. Il conviendrait d'être bien conscient qu'en tant qu'initiative africaine, l'Initiative de Bamako demeure fortement concentrée sur l'Afrique, vu que ce continent souffre du double handicap de l'effondrement des systèmes de soins de santé du secteur public et du faible nombre de bénéficiaires même lorsqu'ils fonctionnent normalement. Les installations sanitaires sont généralement plus nombreuses dans les autres régions, ce qui fait que la revitalisation de l'infrastructure existante y est le souci majeur.

37. En 1991, le Pérou a lancé un programme de revitalisation des services de santé auxiliaires avec la participation des collectivités. Jusqu'ici, le programme s'est concentré sur l'amélioration de la qualité des soins de santé grâce à la création de pharmacies communautaires, gérées conjointement par les services de santé et les collectivités. A la fin de 1992, 59 centres de santé et dispensaires dans les villes de Lima et de Chimbote s'étaient dotés de ces pharmacies à comités de gestion mixtes au service de plus de 210 000 habitants aux revenus modestes. Outre qu'il permet d'avoir davantage accès à des médicaments essentiels peu coûteux, ce projet vise à favoriser l'élaboration d'une politique nationale en matière de médicaments essentiels. En 1993, on prévoit de l'étendre à trois autres régions du pays.

38. Bien qu'officiellement les soins de santé soient "gratuits" au Myanmar, les malades sont obligés de supporter une partie ou, plus souvent, l'intégralité des coûts d'un traitement médical. Le Comité national de santé, l'organe suprême de prise de décisions en matière de santé du pays, ayant approuvé la gestion décentralisée en créant des comités de santé aux niveaux des chefs-lieux de district et de canton et des villages, cherche de plus en plus à introduire une approche plus systématique du partage des coûts au sein des collectivités et a demandé que des initiatives locales soient lancées où que possible dans le pays. Des réunions de plaidoyer avec le personnel sanitaire, des médecins généralistes

et les autorités administratives locales ont été tenues pour amorcer le processus. Des études sur le financement des soins de santé ont été menées afin de mieux connaître la situation au niveau local. L'exécution de programmes pilotes a commencé et doit se poursuivre en 1993.

39. Une étude approfondie sur le comportement et les pratiques, en particulier dans le domaine de l'utilisation d'installations sanitaires et de médicaments, a été achevée au Népal. Une équipe spéciale de haut niveau, dirigée par le Secrétaire du Ministère de la santé, a été constituée pour élaborer un plan d'action destiné à revitaliser les installations sanitaires auxiliaires, à commencer par cinq districts. Le plan repose sur les résultats d'études, sur l'analyse de la situation des districts et sur une étude approfondie des projets de fourniture de médicaments existant dans le pays. Bien qu'une liste des médicaments essentiels types et une liste du matériel et de l'équipement types destinés aux installations aient été établies, et qu'un projet de directives sur le financement local ait été élaboré, la refonte des structures du Ministère de la santé a retardé l'élaboration du plan d'action. On prévoit néanmoins que son exécution commencera dans les districts au début de 1993. Un autre fait nouveau a été la décision de créer 3 199 dispensaires dans le pays d'ici à 1997 afin d'améliorer l'accès aux soins de santé. A cet effet, la mobilisation des ressources, grâce à la participation des collectivités aux projets de cofinancement, sera encouragée.

40. L'Initiative a déjà été mise en oeuvre dans les centres de santé de 251 communes au Viet Nam. La priorité avait été, dans un premier temps, d'ouvrir des pharmacies financièrement viables et constamment bien ravitaillées dans les centres de santé, qui sont administrés par les comités populaires. Les fonds recueillis ont permis de renouveler les stocks de médicaments auprès des magasins des districts ou des provinces, de même que de régler des dépenses de fonctionnement locales et de verser des primes modestes aux agents sanitaires. Les pratiques en matière de gestion et de prescription de médicaments doivent être améliorées de manière que l'accent soit davantage mis sur la santé et non sur les médicaments uniquement. En 1992, l'approche utilisée au titre de l'Initiative de Bamako a été reconnue conforme au programme prioritaire de renforcement du réseau de SSP du Ministère de la santé; on cherche actuellement à le réorienter vers un système de gestion axé davantage sur les collectivités. L'Initiative a de réelles chances de s'étendre rapidement parce que ce programme national pourrait bénéficier d'un soutien de la part des donateurs.

41. Les services de santé au Yémen ont été gravement touchés par la crise économique des deux dernières années, et seules une profonde réforme ainsi que l'adoption d'autres approches pourraient permettre d'amorcer la revitalisation du système de santé. Une stratégie de soins de santé financés par les collectivités a été définie dans ses grandes lignes et sera testée en 1993. La possibilité de faire financer les soins de santé par les collectivités a également été étudiée en Equateur. Bien qu'aucune mesure spécifique n'ait été prise, le nouveau gouvernement a fait de la fourniture de médicaments sous leur nom générique l'un des éléments essentiels de sa politique en matière de santé, ce qui facilitera la décision de faire financer les soins de santé par les collectivités locales. Certains districts de la République démocratique populaire lao ont une expérience des fonds de médicaments renouvelables financés par des ONG, ce qui a permis d'intéresser le Gouvernement au financement et à la gestion communautaires des services de santé. En outre, le Bangladesh, le

Cambodge, le Honduras, la Mongolie et le Pakistan veulent aussi examiner l'applicabilité de l'Initiative de Bamako à leurs propres situations.

IV. RESSOURCES

42. La situation d'urgence dans laquelle se trouvent les secteurs de la santé de nombreux pays en développement n'est pas encore devenue "criante", comme celles créées par la famine ou la guerre. Toutefois, si les services de santé ne voient pas leur situation s'améliorer, ou pire, si celle-ci se détériore, l'urgence deviendra de plus en plus aiguë et aura des conséquences particulièrement négatives sur la mortalité et la morbidité des femmes et des enfants. Dans l'action qu'il a entreprise pour appuyer la revitalisation des services de santé dans le cadre de l'Initiative de Bamako, l'UNICEF a continué à être largement tributaire de la mobilisation de la masse commune des ressources. Peu de fonds supplémentaires ont été reçus en 1992, à l'exception de deux importantes contributions faites à la fin de l'année : 2,6 millions de dollars accordés par le Gouvernement néerlandais (1,6 million de dollars pour le Kenya et 1 million de dollars pour la Guinée-Bissau), et 800 000 dollars fournis par le Gouvernement britannique (600 000 dollars pour le Nigéria et 200 000 dollars pour appuyer la recherche sur les questions d'équité).

43. En 1993, la situation deviendra critique, du fait que, d'une part, les allocations faites au titre de la masse commune des ressources sont relativement faibles et que, d'autre part, un nombre croissant de pays adhéreront aux principes de l'Initiative ou intensifieront leurs actions en tant que mesure essentielle pour atteindre les buts fixés pour les années 90 en matière de santé. Il y a donc lieu pour les donateurs d'agir en commun plus énergiquement pour appuyer l'Initiative, soit directement, soit par l'intermédiaire de l'UNICEF.

Tableau 1

Investissement de l'UNICEF dans l'Initiative de Bamako :
Fonds de développement de l'Initiative de Bamako, 1988-1996

(En milliers de dollars des Etats-Unis)

Année	Part financée	Part non financée	Total
1988	250	-	250
1989	7 181	687	7 868
1990	5 952	3 096	9 048
1991	22 225	15 307	37 532
1992	22 514	9 662	32 176
1993	11 737	16 932	28 669
1994	9 538	12 504	22 042
1995	5 437	7 725	13 162
1996	<u>1 215</u>	<u>2 971</u>	<u>4 186</u>
Total	<u>86 049</u>	<u>68 884</u>	<u>154 933</u>

Tableau 2

Investissement de l'UNICEF dans l'Initiative de Bamako (part financée)

(En milliers de dollars des Etats-Unis)

Pays	1992	1993	1994	1995	1996	Total
Bénin	491	85	85	-	-	661
Burkina Faso	250	-	-	-	-	250
Burundi	820	-	-	-	-	820
Cameroun	783	297	255	255	-	1 590
Congo	933	293	295	336	437	2 294
Côte d'Ivoire	598	400	406	400	330	2 134
Gambie	50	50	100	100	200	500
Ghana	184	425	432	440	-	1 481
Guinée	2 267	780	730	730	-	4 507
Guinée-Bissau	1 120	65	-	-	-	1 185
Kenya	3 284	524	-	-	-	3 808
Lesotho	218	66	56	30	56	426
Madagascar	160	260	-	-	-	420
Mauritanie	290	124	-	-	-	414
Myanmar	180	-	-	-	-	180
Nigéria	4 242	2 647	1 847	1 909	-	10 645
Pérou	-	70	70	70	-	210
République centrafricaine	200	-	-	-	-	200
Rwanda	600	600	600	-	-	1 800
Sao Tomé-et-Principe	160	190	150	150	-	650
Sénégal	102	282	192	192	192	960
Sierra Leone	1 850	765	770	745	-	4 130
Tchad	204	-	-	-	-	204
Togo	991	470	470	-	-	1 931
Zambie	454	344	80	80	-	958
Total partiel	20 431	8 737	6 538	5 437	1 215	42 358
<u>Au niveau mondial</u>						
Ressources non allouées à des pays	0	700	600	-	-	1 300
Plaidoyer	38	357	348	-	-	743
Appui technique	845	643	652	-	-	2 140
Groupe d'administration de l'Initiative de Bamako	1 200	1 300	1 400	-	-	3 900
Total partiel	2 083	3 000	3 000	-	-	8 083
Total	22 514	11 737	9 538	5 437	1 215	52 441

Tableau 3

Investissement de l'UNICEF dans l'Initiative de Bamako (part non financée)

(En milliers de dollars des Etats-Unis)

Pays	1992	1993	1994	1995	1996	Total
Bénin	313	750	-	-	-	1 063
Burundi	2 460	3 010	-	-	-	5 470
Cameroun	-	901	409	315	-	1 625
Congo	197	274	328	417	511	1 727
Côte d'Ivoire	505	721	799	865	747	3 637
Gambie	140	290	350	410	385	1 575
Ghana	234	675	721	547	-	2 177
Guinée	188	1 325	1 310	870	-	3 693
Kenya	-	1 085	-	-	-	1 085
Lesotho	53	100	100	-	-	253
Nigéria	-	1 583	2 045	1 845	-	5 473
Pérou	-	805	435	190	70	1 500
Rwanda	2 956	2 976	2 528	-	-	8 460
Sao Tomé-et-Principe	40	10	50	50	-	150
Sénégal	872	842	1 174	1 211	1 258	5 357
Sierra Leone	1 175	1 400	923	700	-	4 198
Togo	389	1 158	994	-	-	2 541
Zambie	140	112	338	305	-	895
Total	9 662	16 932	12 504	7 725	2 971	49 794

V. ACCELERATION DE LA MISE EN OEUVRE

44. Au cours des cinq premières années, de nombreux pays ont démontré qu'ils étaient capables de revitaliser les services de santé du secteur public, en particulier les centres de soins de santé auxiliaires (dispensaires, postes sanitaires, centres de santé), en appliquant les principes de l'Initiative de Bamako. Il existe maintenant un besoin urgent d'accélérer la mise en oeuvre de l'Initiative afin de couvrir les besoins de la majorité des centres existants, ainsi que d'assurer un appui adéquat de la part des équipes sanitaires de district et de prévoir des services appropriés d'orientation vers les hôpitaux de district de même que des services d'approche adéquats en faveur de ceux qui se trouvent en dehors des zones de desserte desdits centres.

45. Dans le cadre de l'Initiative, l'UNICEF finance actuellement 5 % environ des unités de soins de santé auxiliaires existant en Afrique subsaharienne; les autres donateurs en financeraient entre 2 et 3 %. A supposer qu'un appui extérieur soit fourni à chaque unité pendant une période de quatre ans en moyenne (un an de préparation et trois ans d'apports décroissants) et que le volume actuel de ressources soit maintenu, il faudrait près de 40 ans pour couvrir la totalité des 40 000 unités de soins de santé auxiliaires existantes. Et même dans ce cas, environ 50 % de la population vivant en dehors des zones de desserte des centres existants n'auraient pas accès aux services de santé. Il

/...

est manifeste qu'il faudra s'attacher à établir dans les années à venir un système durable de soins de santé de base dans chaque pays.

46. L'Initiative est bien implantée dans un groupe de base composé de 22 pays africains. Il existe des possibilités d'adaptation rapide des programmes à la situation locale dans plusieurs de ces pays, à savoir le Bénin, le Burundi, le Cameroun, le Congo, la Gambie, la Guinée, la Guinée équatoriale, le Rwanda et Sao Tomé-et-Principe. Avec des taux de fréquentation allant de 0,3 à 0,5 visites par personne et par an dans de nombreux centres, l'accélération de la mise en oeuvre se traduira non seulement par une augmentation rapide du nombre de centres revitalisés, mais aussi par l'augmentation de la fréquentation, grâce à l'amélioration de la qualité des soins et à la prestation de services d'approche efficaces. En dehors des neuf pays capables d'envisager une accélération rapide, il y a de bonnes chances que les 13 autres pays africains du groupe de base aillent de l'avant. En outre, trois grands pays qui n'ont pas encore adopté l'Initiative, à savoir l'Ethiopie, le Mozambique et la République-Unie de Tanzanie, commencent à s'occuper de la dégradation de la situation de leurs services de santé. Ainsi qu'il a été noté plus haut, des évaluations préliminaires ont déjà été faites dans d'autres pays, comme le Zimbabwe.

47. L'accélération de la mise en oeuvre devra s'appuyer sur un certain nombre d'actions stratégiques, de nature générale en même temps que spécialement adaptées aux différents pays, actions qui constitueront, avec une mise en oeuvre propre à chaque pays, la base de l'appui de l'UNICEF jusqu'au milieu de la décennie et peuvent être définies comme suit :

a) Procéder à une évaluation plus détaillée, pays par pays, du volume actuel des activités bénéficiant de l'appui de l'UNICEF ainsi que de celui d'autres donateurs. Cela permettra de mettre au point un plan précis indiquant les objectifs à atteindre initialement vers la fin de 1995 en ce qui concerne les centres de soins de santé auxiliaires et la population à desservir, les services à fournir, les ressources à mobiliser, l'assistance technique nécessaire et la participation escomptée des donateurs;

b) Maintenir l'appui à la réforme du secteur de la santé selon les huit principes de base de l'Initiative de Bamako. On devra examiner avec une attention particulière non seulement la nature des améliorations à apporter, mais aussi les moyens d'appliquer l'amélioration des politiques au financement du secteur de la santé, tels qu'une meilleure utilisation des ressources dans le système de santé auxiliaire; l'établissement de normes de cogestion; la mise en place de mécanismes appropriés pour assurer aux pauvres l'accès aux services, et la fourniture des médicaments essentiels sous leur nom générique, afin de procurer à la population les médicaments les plus appropriés aux prix les plus abordables;

c) Accorder davantage d'attention au recyclage des principaux fonctionnaires et responsables locaux, ainsi que des cadres de gestion et du personnel sanitaire de l'UNICEF et des autres organismes donateurs. Intensifier les échanges entre pays sur les questions clefs, en y faisant participer à la fois de hauts fonctionnaires et des responsables universitaires, est une possibilité à envisager;

d) Assurer la recherche dans les domaines clefs, en lançant des projets de recherche à long terme associant les établissements universitaires des pays donateurs aux universités et aux ministères de la santé des pays africains. L'évaluation faite par la London School of Hygiene and Tropical Medicine, qui a été approuvée par le Conseil d'administration (E/ICEF/1992/14, décision 1992/22), a appelé l'attention sur le renforcement des capacités dans les administrations locales, la qualité des soins et leur coût abordable, les structures de fixation des prix et les mécanismes de paiement, les modalités de remboursement, la fixation des prix, l'équité et l'organisation au niveau communautaire, comme étant des domaines qui nécessitent davantage d'attention. A sa session ordinaire de 1992, le Conseil d'administration a lui-même souligné l'importance que revêtent l'équité, les différents mécanismes de financement et la capacité des populations locales, comme autant de domaines particuliers sur les opérations desquels l'UNICEF devrait entreprendre des recherches spécifiques;

e) Mettre au point un ensemble de moyens de gestion susceptible d'être facilement adapté à chaque pays, en vue de faciliter la mise en route des activités au niveau des centres de soins de santé et des districts.

VI. PARTENARIAT

48. La mobilisation de ressources en vue d'accélérer la mise en oeuvre de l'Initiative en Afrique subsaharienne implique nécessairement que d'autres partenaires apportent à ladite Initiative un appui plus substantiel en lui affectant des fonds, par l'intermédiaire de l'UNICEF ou directement. L'UNICEF a déjà reçu ou va recevoir des fonds envoyés par les Gouvernements néerlandais, nigérian (aux fins de réinvestissement au Nigéria), norvégien et britannique, ainsi que par les Comités nationaux pour l'UNICEF, notamment ceux de l'Italie et du Canada. Par ailleurs, une aide bilatérale directe a été affectée à l'Initiative par l'Allemagne, la Belgique, la France, les Pays-Bas et la Suisse, et une aide financière lui a été accordée par la Communauté européenne.

49. Une liaison plus étroite avec la Banque mondiale, non seulement pour l'examen des politiques d'amélioration des conditions de santé en Afrique, mais aussi en matière de cofinancement, a renforcé les possibilités de mobilisation de ressources aux fins de l'Initiative. Au Mali par exemple, les principes de l'Initiative constituent la base de la nouvelle politique du secteur de la santé; le principal appui financier à son exécution est le prêt accordé à ce secteur par la Banque mondiale et pour lequel l'UNICEF, l'Agency for International Development des Etats-Unis (USAID), la Communauté européenne, la Banque allemande pour la reconstruction et l'organisme français d'assistance bilatérale sont autant de partenaires actifs de la Banque mondiale et du Gouvernement malien. L'UNICEF a joué un rôle clef dans le recrutement des conseillers sanitaires destinés à travailler dans chacune des cinq régions relevant du projet en vue de renforcer les capacités de planification et d'exécution aux niveaux de la région et des districts ainsi que de veiller à ce que l'on accorde suffisamment d'attention à la participation des collectivités à cet effort de revitalisation. Des accords de cofinancement ont également été conclus par la Banque mondiale aux fins de prêts destinés au secteur de la santé au Sénégal et en Mauritanie.

50. Il faudra mobiliser davantage d'efforts pour transformer ces débuts prometteurs en une large alliance visant à appuyer la revitalisation des systèmes de santé de base en Afrique. Plus les donateurs bilatéraux participent au cofinancement avec la Banque mondiale, plus il y a de chances de voir tous les principaux donateurs participer effectivement aux programmes dans chacun des pays. En outre, le programme d'action de l'OMS pour les médicaments essentiels a été en 1992 l'occasion d'un travail considérable portant sur la vérification de la qualité des médicaments et l'évaluation des systèmes de gestion des produits pharmaceutiques dans certains pays en développement. La réunion tenue en septembre 1992 par le bureau régional de l'OMS pour l'Afrique sur la santé des collectivités a permis d'envisager de nouveau l'Initiative comme un moyen privilégié de faciliter ce processus.

51. Parallèlement à la coopération plus étroite avec la Banque mondiale et l'OMS, l'un des moyens dont dispose l'UNICEF pour aller de l'avant dans l'accélération des activités relevant de l'Initiative consistera à établir des accords particuliers avec les donateurs bilatéraux. Le premier accord de ce genre a été passé avec l'Agence allemande de coopération technique (GTZ), qui appuie des projets grâce à un financement provenant essentiellement du Gouvernement allemand. Cet accord pourrait ouvrir la voie à une série d'autres accords aux fins de la collaboration dans des pays qui font l'objet d'un intérêt mutuel.
