

L'Initiative de Bamako, parrainée par l'UNICEF et l'OMS et adoptée par les ministres africains de la santé en 1987, est née de la constatation selon laquelle, bien qu'ils aient en principe accepté la conception générale des soins de santé primaires, de nombreux pays – notamment en Afrique subsaharienne – n'avaient, à la fin des années 1980, ni les ressources ni les moyens pratiques nécessaires pour les mettre en œuvre. De nombreux établissements de santé ne disposaient pas des ressources et du matériel qui leur aurait permis de fonctionner efficacement, tant et si bien que le personnel prescrivait des médicaments qui devaient être achetés à des détaillants privés, travaillant souvent sans licence et sans supervision, et que de nombreux patients ne faisaient plus confiance à ces établissements publics inefficaces et insuffisamment financés. Cette situation menaçait de réduire à néant les acquis des années 1980. Les principales difficultés consistaient à convaincre les donateurs de faire de nouveaux investissements, à arrêter la réduction des budgets du secteur social en général et du secteur de la santé en particulier à augmenter ces budgets, et à ramener dans le système public l'argent dépensé dans les secteurs privés et informels.

L'Initiative de Bamako visait à élargir l'accès aux soins de santé primaires en améliorant la qualité, l'efficacité, la viabilité financière et l'équité des services de santé. Les établissements qui y participaient ont mis en place un ensemble minimum d'activités pour répondre aux besoins sanitaires de base des communautés, en privilégiant l'accès aux médicaments et un contact régulier entre les prestataires de soins et les communautés. Partant du principe que les communautés devraient directement participer à la gestion et au financement des stocks de médicaments essentiels, des comités de village se sont impliqués à toutes les étapes de la gestion des établissements de soins, ce qui a eu des résultats positifs pour la santé des enfants, notamment en Afrique de l'Ouest.

En demandant aux communautés de financer les soins, l'objectif était de récupérer une partie de l'argent que les foyers dépensaient déjà dans le secteur informel et de le combiner avec les fonds du gouvernement et des donateurs pour redynamiser les services de santé et en améliorer la qualité. Le prix des interventions les plus utiles était inférieur à celui pratiqué dans le secteur privé, et subventionné par des marges de bénéfice et des co-paiements plus importants sur des interventions moins prioritaires. La vaccination et la thérapeutique de réhydratation orale étaient fournies gratuitement. Des critères locaux d'exonération pour les personnes pauvres ont été fixés par les communautés.

Bien que les pays aient suivi différentes voies pour appliquer l'Initiative de Bamako, dans la pratique, l'objectif central était le même : offrir un forfait de base de services intégrés dans des centres de santé redynamisés qui faisaient payer les usagers et géraient leur budget avec la communauté. Plusieurs structures de soutien communes ont été organisées autour de ce programme de base, notamment

l'approvisionnement en médicaments essentiels, la formation et la supervision, et la surveillance.

Le « passage à l'échelle » a été une étape importante du processus de mise en œuvre. Le rythme de l'expansion variait en fonction des ressources disponibles dans le pays et à l'extérieur, des capacités locales, de la nécessité de travailler assez vite pour s'adapter aux besoins croissants des communautés et des pressions exercées par les gouvernements et les donateurs. La plupart des pays subsahariens qui avaient adopté l'Initiative de Bamako ont effectué leur passage à l'échelle en plusieurs phases, et plusieurs d'entre eux – plus spécifiquement le Bénin, le Mali et le Rwanda – ont obtenu de bons résultats.

En substance, la mise en œuvre de l'Initiative de Bamako a été un processus politique qui appelait une modification des schémas de l'autorité et du pouvoir existants. La participation des communautés à la gestion et au contrôle des ressources des établissements de santé a été le principal mécanisme qui garantissait la transparence des services de santé publics vis-à-vis des personnes qui les utilisaient. Des comités sanitaires représentant les communautés ont pu organiser des sessions de surveillance pendant lesquelles les cibles de couverture, les intrants et les dépenses étaient fixés, examinés, analysés et comparés. On estime que l'initiative a amélioré l'accès, la disponibilité, la viabilité financière et l'utilisation des services de santé dans de vastes régions d'Afrique, qu'elle a durablement étendu la couverture vaccinale, et qu'elle a favorisé un recours accru aux services chez les enfants et les femmes du cinquième le plus pauvre de la population.

L'Initiative de Bamako comportait toutefois certaines limitations. La quote-part dont devaient s'acquitter les foyers pauvres et le principe du recouvrement des coûts ont soulevé de vives critiques, et bien que beaucoup de pays africains aient adopté cette approche, le passage à l'échelle n'a pu être réalisé que dans un petit nombre d'entre eux. Même dans les pays où l'on considère que l'Initiative a réussi, le prix à payer constituait toujours un obstacle pour les pauvres au début des années 2000, et une forte proportion d'entre eux n'avaient pas recours aux services de santé essentiels, malgré les exonérations et les subventions dont ils bénéficiaient. Les difficultés auxquelles le Bénin, la Guinée et le Mali sont toujours confrontés, comme d'autres pays africains qui ont adhéré à l'Initiative, consistent à protéger les plus pauvres et à s'assurer que le coût n'empêche pas les communautés pauvres et marginalisées d'avoir accès aux services essentiels de soins de santé primaires.