

**BURKINA FASO**  
**UNIVERSITE DE OUAGADOUGOU**  
**FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE**  
**(F.S.S.)**  
**(SECTION MEDECINE)**

Année Universitaire 1997 - 1998

Thèse N° 16

**ETUDE DE LA PARTICIPATION COMMUNAUTAIRE DANS  
LE CADRE DE L'INITIATIVE DE BAMAKO:  
EXPERIENCE DU DISTRICT SANITAIRE  
DE GOROM-GOROM  
(MARS 1994 – MARS 1996)**

**THESE**

présentée et soutenue publiquement le : 09 Février 1998

pour obtenir le

**GRADE DE DOCTEUR EN MEDECINE**  
**(Diplôme d'Etat)**

**Par: Jean Baptiste ZONGO**

**Directeur de Thèse**  
Professeur agrégé B. SONDO

**Président du Jury:**  
Professeur I.P GUISSOU  
**Les membres:**  
Professeur agrégé B. SONDO  
Docteur A. TRAORE  
Docteur R. OUEDRAOGO

**UNIVERSITE DE OUAGADOUGOU**

-----  
**Faculté des Sciences de la Santé**  
**( F.S.S. )**  
-----

**LISTE DU PERSONNEL ADMINISTRATIF**

Doyen	Pr. Robert B. SOUDRE
Vice Doyen Chargé des Affaires Académiques et Directeur de la Section Pharmacie (VDA)	Pr . I. Pierre GUISSOU
Vice Doyen à la Recherche et à la vulgarisation (VDR)	Pr . Ag. Jean KABORE
Directeur des Stages de la Section Médecine	Pr. Ag. Y. Joseph DRABO
Directeur des Stages de la Section de Pharmacie	Dr OUEDRAOGO / Rasmata TRAORE
Coordonnateur C.E.S. de Chirurgie	Pr. Amadou SANOU
Secrétaire Principal	Mr Gérard ILBOUDO
Chef de Service Administratif et Financier (CSAF)	Mr Mohamed Ousmane ZONGO
Conservateur de la Bibliothèque	Mr Salif YADA
Chef de la Scolarité	Mme Kadi ZERBO
Secrétaire du Doyen	Mme Mariam DICKO
Secrétaire du VDA	Mme KABRE Hakiéta
Secrétaire du VDR	Mme BONKIAN Edwige
Audiovisuel	Mr Alain Pascal PITROIPA
Reprographie	Mr Philippe BOUDA
Service Courrier	Mr Ousmane SAWADOGO

**LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA F.S.S.**

**ENSEIGNANTS PERMANENTS**

**Professeurs titulaires**

Rambré Moumouni OUMINGA	Anatomie organogenèse et chirurgie
Hilaire TIENDREBEOGO	Sémiologie et Pathologies médicales
Tinga Robert GUIGUEMDE	Parasitologie
Bobilwindé Robert SOUDRE	Anatomie-Pathologique
Amadou SANOU	Chirurgie Générale et Digestive
Innocent Pierre GUISSOU	Pharmacologie & Toxicologie

**Professeurs associés**

Ahmed BOU-SALAH	Neuro-chirurgie
Blaise KOUDOGBO	Toxicologie

**Maîtres de Conférences**

Julien YILBOUDO	Orthopédie Traumatologie
Bibiane KONE	Gynécologie - Obstétrique
Alphonse SAWADOGO	Pédiatrie
Kongoré Raphaël OUEDRAOGO	Chirurgie Traumatologie
François René TALL	Pédiatrie
Jean KABORE	Neurologie
Joseph Y. DRABO	Endocrinologie
Blaise SONDO	Santé Publique

**Maîtres-Assistants associés**

Rachid BOUAKAZ	Maladies infectieuses
----------------	-----------------------

**Assistants associés**

Caroline BRIQUET

Chimie -Analytique, Pharmacologie  
et Toxicologie

Valérie MURAILLE

Galénique, Chimie-Analytique

**Maîtres-Assistants**

Lady Kadidiatou TRAORE

Parasitologie

Mamadou SAWADOGO

Biochimie

Jean LANKOANDE

Gynécologie-Obstétrique

Issa SANOU

Pédiatrie

Ludovic KAM

Pédiatrie

Adama LENGANI

Néphrologie

Omar TRAORE N°1

Chirurgie

Si Simon TRAORE

Chirurgie

Adama TRAORE

Dermatologie Vénérologie

Abdoulaye TRAORE

Santé Publique

Kampadilemba OUOBA

Oto Rhino Laryngologie

Piga Daniel ILBOUDO

Gastro-entérologie

Albert WANDAOGO

Chirurgie Générale

Daman SANO

Chirurgie Générale

Arouna OUEDRAOGO

Psychiatrie

Joachim SANOU

Anesthésie-Réanimation

Patrice ZABSONRE

Cardiologie

Jean Gabriel OUANGO

Psychiatrie

Georges KI-ZERBO

Maladies Infectieuses

Théophile TAPSOBA

Biophysique

**Assistants Chefs de cliniques**

Tanguet OUATTARA

Chirurgie

Sophar HIEN	Chirurgie - Urologie
Timothee KAMBOU	Chirurgie
Philippe ZOURE	Gynécologie-Obstétrique
T.Christian SANOU (in memoriam)	Oto Rhino Laryngologie
Madi KABRE	Oto Rhino Laryngologie
Doro SERME (in memoriam)	Cardiologie
Hamadé OUEDRAOGO	Anesthésie-Réanimation physiologie
Alexis ROUAMBA	Anesthésie-Réanimation physiologie
M. Théophile COMPAORE	Chirurgie
Rabiou CISSE	Radiologie
Y. Abel BAMOUNI	Radiologie
Blami DAO	Gynécologie Obstétrique
DAO / Maïmouna OUATTARA	ORL
Alain BOUGOUMA	Gastro-Entérologie
Alain ZOUBGA	Pneumologie
André K. SAMANDOULOGOU	Cardiologie
KYELEM / Nicole Marie ZABRE	Maladies Infectieuses
Rigobert THIOMBIANO	Maladies Infectieuses
Raphaël DAKOURE	Anatomie-Chirurgie
<b><u>Assistants</u></b>	
Michel AKOTIONGA	Gynécologie-Obstétrique
Robert O. ZOUNGRANA	Physiologie
Seydou KONE	Neurologie
Boubacar TOURE	Gynéco-Obstétrique

Bobliwendé SAKANDE	Anatomie-Pathologique
Raphaël SANOU (in memoriam)	Pneumo-phthisiologie
Oumar TRAORE N°2 (in memoriam)	Radiologie
Pingwendé BONKOUNGOU	Pédiatrie
Arsène M. D. DABOUE	Ophtalmologie
Nonfounikoun Dieudonné MEDA	Ophtalmologie
Athanase MILLOGO	Neurologie
Boubacar NACRO	Pédiatrie
Vincent OUEDRAOGO	Médecine du Travail

### **Assistants Biologistes des Hôpitaux**

Lassina SANGARE	Bactério-Virologie
Idrissa SANOU	Bactério-Virologie
Rasmata OUEDRAOGO/TRAORE	Bactério-Virologie
Harouna SANON	Hématologie/Immunologie

### **ENSEIGNANTS NON PERMANENTS**

#### **Faculté des Sciences et Techniques (FAST)**

##### **Professeurs Titulaires**

Alfred S. TRAORE	Immunologie
Akry COULIBALY	Mathématiques
Sita GUINKO	Botanique-Biologie Végétale
Guy V. OUEDRAOGO	Chimie Minérale
Laya SAWADOGO	Physiologie-Biologie Cellulaire
Laou Bernard KAM ( in memorian )	Chimie

##### **Maîtres de Conférences**

Boukary LEGMA	Chimie-Physique Générale
François ZOUGMORE	Physique
Patoin Albert OUEDRAOGO	Zoologie
Adama SABA	Chimie Organique
Philippe SANKARA	Cryptogamie

##### **Maîtres-Assistants**

W. GUENDA	Zoologie
-----------	----------

Léonide TRAORE	Biologie Cellulaire
Marcel BONKIAN	Mathématiques et Statistiques
Longin SOME	Mathématiques et Statistiques
Aboubakary SEYNOU	Statistiques
Makido B. OUEDRAOGO	Génétique
Jean KOULIDIATY	Physique

### **Assistants**

Apolinaire BAYALA (in memoriam)	Physiologie
Jeanne MILLOGO	T.P. Biologie-Cellulaire
Raymond BELEMTOUNGOURI	T.P. Biologie Cellulaire
Gustave KABRE	Biologie
Drissa SANOU	Biologie Cellulaire

### **Institut du Développement Rural ( IDR )**

#### **Maîtres de Conférences**

Didier ZONGO	Génétique
Georges Annicet OUEDRAOGO	Biochimie

### **Faculté des Sciences Economiques et de Gestion (FASEG)**

#### **Maître-Assistant**

Tibo Hervé KABORE	Economie-Gestion
-------------------	------------------

#### **Assistants**

Mamadou BOLY	Gestion
--------------	---------

### **Faculté de Droit et Sciences Politiques (FDSP)**

#### **Assistants**

Jean Claude TAITA	Droit
-------------------	-------

**ENSEIGNANTS VACATAIRES**

Mme Henriette BARY	Psychologie
Boukari Joseph OUANDAOGO	Cardiologie
Aimé OUEDRAOGO	Ophthalmologie
R. Joseph KABORE	Gynécologie-Obstétrique
Saïdou Bernard OUEDRAOGO	Radiologie
Dr Bruno ELOLA	Anesthésie-Réanimation
Dr Michel SOMBIE	Planification
Dr Nicole PARQUET	Dermatologie
M. GUILLRET	Hydrologie
M. DAHOU ( in mémoriam)	Hydrologie
Dr Bréhima DIAWARA	Bromatologie
Dr Annette OUEDRAOGO	Stomatologie
Dr Adama THIOMBIANO	Législation Pharmaceutique
Dr Sidiki TRAORE	Galénique
Mr Mamadou DIALLO	Anglais
Mr KPODA	Anglais
Dr Badioré OUATTARA	Galénique
Dr Tométo KALOULE	Médecine du Travail
Dr Alassane SICKO	Anatomie
Dr Aline TIENDREBEOGO	Chimie Analytique et contrôle médic.
Dr Séni KOUANDA	Santé Publique
Dr Noël ZAGRE	Nutrition
Dr TRAORE / COULIBALY Maminata	Biochimie

**ENSEIGNANTS MISSIONNAIRES****A.U.P.E.L.F.**

Pr. Lamine DIAKHATE	Hématologie (Dakar)
Pr. Abibou SAMB	Bactério-Virologie (Dakar)

Pr. José Marie AFOUTOU	Histologie-Embryologie (Dakar)
Pr. Makhtar WADE	Bibliographie (Dakar)
Pr. M. K .A. EDEE	Biophysique (Lomé)
Pr. Ag. Mbayang NDIAYE-NIANG	Physiologie (Dakar)
Pr. Ag. R DARBOUX	Histologie-Embryologie (Bénin)
Pr. Ag. E. BASSENE	Pharmacognosie (Dakar)

**O.M.S.**

Dr Jean-Jacques BERJON	Histologie-Embryologie (Creteil)
Dr Frédéric GALLEY	Anatomie Pathologique (Lille)
Dr Moussa TRAORE	Neurologie (Bamako)
Pr. Auguste KADIO	Pathologies infectieuses et parasitaires (Abidjan)
Pr Jean Marie KANGA	Dermatologie (Abidjan)
Pr. Arthur N'GOLET	Anatomie Pathologique (Brazzaville)

**Mission Française de Coopération**

Pr. Etienne FROGE	Médecine Légale
Pr AYRAUD	Histologie-Embryologie
Pr. Henri MOURAY	Biochimie (Tours)
Pr. Denis WOUESSI DJEWE	Pharmacie Galénique ( Paris XI )
Pr. M. BOIRON	Physiologie

**Mission de l'Université Libre de Bruxelles  
(ULB)**

Pr. Marc VAN DAMME	Chimie Analytique-Biophysique
Pr. Viviane MOES	Galénique

JE

DEDIE

CE

TRAVAIL

## **A mon père et ma mère**

Voici enfin réalisé votre rêve Veuillez recevoir à travers ce travail le témoignage de mon amour filial

## **A Mamadou Ouédraogo ( in mémoriam )**

En ce jour mémorable, je pense à toi. Reposes en paix.

## **A mes frères, soeurs, cousins, cousines**

je vous souhaite beaucoup de réussite dans vos projets.

## **A ma chère Maria Manuel Do Valle Ribeiro**

Tu m'a soutenu moralement et financièrement. Ce travail est aussi le tien.

## **A Issoumaila Kaba et à Clotilde Traoré**

Que notre amitié, perdure dans le temps.

## **A Jean Nadembega**

Toute ma reconnaissance pour ton soutien.

## **A Josette Boegli**

Que ton action serve d'exemple

## **A tous mes amis de l'association Dakupa**

## **A mes amis de l'internat de Bingerville, en particulier**

Grégoire Odi, Berger Serge, N'guessan Olivier, Dago Roger, Billon Jean-Louis, Tché oi Tché Sébastien, Miremont Rodolphe.

## **A Bamourou Diané, et Youssouf Sawadogo**

Amitiés sincères.

## **A tous mes amis d'enfance, en particulier**

Lattier Olivier, Kouassi Mathieu, Kouraogo Emmanuel

## **A. Abdoulaye.Y .Ouédraogo et Zacharie Nikiema**

Restons unis

## **A tous mes camarades de promotion et collègues de facultés**

**A Kaboré Gnamba, Ouédraogo Aboubacar, Kaboré Yébi, Ouédraogo molou, Ouédraogo Adama (château), Ouédraogo Adama (conseiller), Sarré Guillaume, Yogo Guy Marie-Modeste, Idi Alice, Nanéma grégoire, Nanéma Lucien, Zoungrana Lambert.**

**A tous ceux qui sont épris de paix et de justice sociale**

## **A nos maîtres et juges**

### **A notre maître et président de jury, le professeur Innocent Pierre GUISSOU.**

Professeur de pharmacologie, et Toxicologie à la F.S.S  
Vice Doyen Chargé des Affaires Académiques et Directeur de  
la Section Pharmacie

Nous sommes enchantés que vous ayez accepté de présider le jury  
de cette thèse.

Soyez assurés de notre grande reconnaissance.

### **A notre maître et juge, le docteur Abdoulaye TRAORE**

Maître Assistant de Santé Publique à la F.S.S

Nous sommes très sensibles à l'honneur que vous nous faites en  
acceptant de juger ce travail, soyez-en remercié.

### **A notre maître et juge, le docteur Rasmata OUEDRAOGO**

Vous avez guidé nos premiers pas lors des travaux pratiques  
en bactériologie. Merci pour ce que vous nous avez appris.

Nous vous exprimons nos sentiments respectueux pour  
l'honneur que vous nous faites en acceptant de siéger à ce jury. Vos  
critiques et vos conseils permettront d'améliorer la qualité de ce  
travail.

**A notre maître et directeur de thèse: le professeur  
Blaise SONDO.**

Maître de Conférences Agrégé de santé publique,  
Chef du département de santé publique de la Faculté  
des Sciences de la Santé de Ouagadougou.

Malgré nos insuffisances, vous avez eu la patience de  
guider ce travail avec une rigueur scientifique.

Trouvez ici l'expression de notre profonde reconnaissance.

## **Nos remerciements**

**A Christ Thornton et à tout le personnel de la SCF à Ouaga**

**A tout le personnel de la SCF à Dori**

**A tout le personnel de la SCF à Gorom**

**Au Docteur Jean Valéa**

**Au Docteur Jean- Eric Ouédraogo**

**Aux Présidents des comités de gestion de Gorom, Déou et Markoye.**

**Aux infirmiers-majors des formations sanitaires de Gorom, Déou et Markoye.**

**A Kayessa Josiane et Kambou Louis Omer**

**A tous le personnel du CHNYO et en particulier au:**

**Pr. Ag. Bibiane Koné**

**Pr. Ag. Raphaël Kongoré Ouédraogo**

**Dr. Albert Ouandaogo**

**Dr Emile Paré**

**Dr Sanou Issa**

**La Faculté des Sciences de la Santé a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.**

## **LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS**

<b>CAMEG:</b>	<b>Centrale d'Achat de Médicaments Essentiels Génériques</b>
<b>CM:</b>	<b>Centre médical</b>
<b>CSPS:</b>	<b>Centre de Santé et de Promotion Sociale</b>
<b>DS</b>	<b>District Sanitaire</b>
<b>ECD:</b>	<b>Equipe cadre de district</b>
<b>IB:</b>	<b>Initiative de Bamako</b>
<b>MEG:</b>	<b>Médicaments essentiels et Génériques</b>
<b>SCF:</b>	<b>Save The Children</b>
<b>SSP:</b>	<b>Soins de Santé Primaires</b>
<b>UGVO:</b>	<b>Union des Groupements Villageois de l'Oudalan</b>

# SOMMAIRE

1 - Introduction	1
2 - Enoncé du problème	3
3 - Revue de la littérature	4
3 - 1. Les conditions de mise oeuvre del'Initiative de Bamako dans le district sanitaire de Gorom-Gorom	4
3 - 2. Organisations du district sanitaire de Gorom-Gorom	5
3 - 3. Les partenaires ayant apporté un appui au lancement de l'Initiative de Bamako dans le district sanitaire de Gorom-Gorom	6
3 - 3.1. Save the Children Fund(SCF)	6
3 - 3.2. Union des Groupements Villageois de l'Oudalan(U.G.V.O)	7
3 - 4. Le Comité de Gestion(COGES)	7
3 - 5. Les différentes approches	9
3 - 5.1 L'approche intégrée	9
3 - 5.2. L'approche participative	9
4 - Objectifs	11
4 - 1.Objectif général	11
4 - 2. Objectifs spécifiques	11
5 - Matériels et méthodes	12
5 - 1. Le cadre de l'étude	12
5.1.1. Le district sanitaire de Gorom-Gorom	12
5.2. Méthode d'étude	14
5.2.1. Type de l'étude	14
5.2.2. Méthode d'échantillonnage	15

5.2.3. Taille de l'échantillon	15
5.2.4. L'enquête	15
6 - Resultats	17
6.1. Caractéristiques de l'échantillon	17
6.1.1. Les informateurs clés	17
6.1.2. L'équipe cadre de district de Gorom-Gorom	18
6.1.3. Les membres des comités de gestion	18
6.1.4. Les infirmiers chefs de poste	19
6.2. Organisation du district sanitaire de Gorom-Gorom	19
6.2.1. Présentation des formations sanitaires du district ayant appliqué l'Initiative de Bamako de Mars 1994 à Mars 1996	20
6.2.1.1. Le centre médical de Gorom-Gorom	20
6.2.1.2. Le centre médical de Déou	20
6.2.1.2. Le centre de santé et de promotion sociale de Markoye	
6.3. Description et mise en oeuvre de l'Initiative de Bamako	21
6.3.1. La mobilisation sociale	21
6.3.2. Processus de mise en place des comités de gestion	22
6.3.2.1. Mise en place des comités de gestion de Déou	22
6.3.2.2. Mise en place des comités de gestion de Markoye	22
6.3.2.3. Mise en place des comités de gestion de Gorom-Gorom	22
6.3.3. L'approvisionnement en MEG du district sanitaire	23
6.3.4. La formation des membres des comités de gestion	24
6.3.5. Rationalisation de la prescription médicale dans les formations sanitaires	24

6.3.6. La tarification	25
6.4. La participation communautaire	26
6.4.1. Le financement communautaire	26
6.4.2. La participation de l'UGVO	26
6.4.3. La gestion des MEG par les comités de gestion	26
6.4.4. Le budget de fonctionnement	29
6.4.5. La prise en charge des personnes démunies	30
6.4.6. Les réunions	30
6.4.7. La participation des membres des comités de gestion à la discussion sur les résultats du Monitoring	31
7 - Discussion	35
7.1. De la méthodologie	35
7.2. De la mise en oeuvre de l'Initiative de Bamako dans le district sanitaire de Gorom-Gorom	36
7.2.1. La mobilisation sociale	36
7.2.2. Le processus de mise en place des comités de gestion	36
7.2.3. La formation des membres des comités de gestion	36
7.2.4. L'approvisionnement de MEG au niveau du district sanitaire	37
7.2.5. L'application de l'ordinogramme	37
7.3. De la participation communautaire	38
7.3.1. Le financement communautaire	38
7.3.2. La participation de l'UGVO	38
7.3.3. Les recettes	39
7.3.4. Le taux de recouvrement	39
7.3.5. Le budget	39

7.3.6. Les réunions	39
7.3.7. Le Monitoring	40
8 - Conclusion	41
9 - Recommandations	41
10 - Références bibliographiques	
11 - Annexes	

## **1 - INTRODUCTION**

## 1 - INTRODUCTION

Le Burkina Faso a adopté en 1979 la stratégie des soins de santé primaires en vue d'atteindre l'objectif de la santé pour tous d'ici l'an 2000.

Cette stratégie a été adoptée pour résoudre les problèmes de santé auxquels étaient confrontés les populations.

On notait une morbidité et une mortalité générales très élevées dues essentiellement aux maladies endemo-épidémiques. Le taux de mortalité générale était de 17,5‰, le taux de mortalité infantile de 134‰ et le taux de mortalité maternelle de 6,5‰.

En outre, les ressources financières affectées au fonctionnement des structures sanitaires diminuaient d'année en année, et les médicaments devenaient de plus en plus coûteux.

Malgré l'application de cette stratégie, la situation sanitaire nationale a peu évolué sur le terrain. Des contraintes ont persisté, à savoir:

- l'insuffisance chronique des ressources financières de l'Etat et son incapacité à prendre en charge, l'ensemble des dépenses locales des formations sanitaires;
- la non disponibilité des médicaments à un coût abordable.

Dans le souci de résoudre la question primordiale du médicament et assurer des soins efficaces aux populations, le Burkina Faso a adopté l'Initiative de Bamako (IB) en Avril 1989.

L'Initiative de Bamako a démarré au niveau de six (6) provinces à savoir le Ganzourgou, le Mouhoun, la Tapoa, le Houet, le Poni et le Seno. L'extension dans les autres provinces s'est faite progressivement.

Mais qu'est-ce que l'Initiative de Bamako?

L'Initiative de Bamako est un programme de renforcement des soins de santé primaires avec les objectifs suivants:

- Améliorer le fonctionnement des services de santé;

- Résoudre la question du médicament, en mettant à la disposition des populations des médicaments essentiels génériques;

- Impliquer la communauté dans la gestion des services de santé.

Au niveau du district sanitaire (DS) de Gorom-Gorom (Oudalan), l'Initiative de Bamako a été mise en place en Mars 1994, avec le concours de certains partenaires au développement.

Notre travail se propose d'étudier la participation communautaire dans le cadre de l'Initiative de Bamako au niveau du district sanitaire de Gorom-Gorom.

## **2 - ENONCE DU PROBLEME**

## 2 - ENONCE DU PROBLEME

L'application de l'Initiative de Bamako dans les pays africains et en particulier au Burkina Faso est intervenue dans un contexte de conjoncture internationale. En effet, les programmes d'ajustement structurel imposés par les Institutions de Bretton-Woods au Burkina Faso, pour permettre une reprise économique, ont diminué le budget de la santé et entraîné une réduction du pouvoir d'achat des populations.

Cette réduction du budget de la santé a affecté gravement le fonctionnement du système sanitaire qui était basé sur un approvisionnement en médicaments coûteux. Le système s'est donc progressivement paralysé faute de médicaments accessibles aux populations.

Les populations dans leur grande majorité ne fréquentaient plus les formations sanitaires et avaient recours aux tradipraticiens ou à l'achat des médicaments de toute nature vendus sans aucun contrôle.

Ce contexte défavorable imposait de donner une nouvelle orientation à la politique des soins de santé primaires afin de la rendre à la fois plus efficace, moins coûteuse et viable à long terme.

Face à cette situation, les Ministres de la santé des Etats africains ont adopté le grand défi de l'Initiative de Bamako en Septembre 1987 sous l'instigation de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS).

Pour permettre l'application de l'Initiative de Bamako, le Burkina Faso a réorganisé son système sanitaire national en district, puis en région.

La participation communautaire a été présentée comme une des composantes essentielles à la réussite de l'Initiative de Bamako .

L'intérêt de notre étude était d'étudier cette participation communautaire dans le district de Gorom-Gorom deux années après la mise en oeuvre de l'Initiative de Bamako . La période couverte s'est étalée de Mars 1994 à Février 1996.

### 3 - REVUE DE LA LITTÉRATURE

### 3 - REVUE DE LA LITTERATURE

Dans le district sanitaire de Gorom-Gorom, la porte d'entrée du programme I.B a été la mise en place d'un réseau de distribution et de vente de médicament essentiels génériques. Après la mise en place des comités de gestion, ceux-ci ont géré les dépôts de médicaments sous la responsabilité de l'équipe cadre de district. Grâce aux ressources générées par la vente de médicaments, les comités de gestion ont financé les frais de fonctionnement des formations sanitaires de Gorom-Gorom, Déou et Markoye.

#### 3 - 1. Conditions de mise en oeuvre de l'Initiative de Bamako dans le district sanitaire de Gorom-Gorom .

Les conditions qui devraient permettre cette mise en place étaient les suivantes:

- a - la redéfinition du district sanitaire;
- b - le décret portant autonomie de gestion dans les formations sanitaires périphériques de l'Etat;
- c - le non reversement des recettes de la vente des MEG dans les caisses de l'Etat, et leur utilisation au niveau des formations sanitaires;
- d - la mise en place de la Centrale d'Achat de Médicaments Essentiels Génériques (CAMEG);
- e - la mise en place de l'équipe cadre de district;
- f - la mise en place des comités de gestion dont les membres devraient être élus par la communauté;
- g - Formation des membres des comités de gestion prévue pour fin 1993
- h - la mise en place d'un système de tarification au niveau des formations sanitaires du district sanitaire;
- i - la sensibilisation des population sur l'Initiative de Bamako au niveau des aires sanitaires de Gorom-Gorom, Déou et Markoye;

j - la commande des premiers stocks de MEG par l'Organisation Non Gouvernementale « Save The Children Fund » (SCF) pour les formations sanitaires de Gorom-Gorom, Déou et Markoye.

Cette commande devrait être faite sur la base d'une liste établie en accord avec l'ECD et en adéquation avec les pathologies dominantes du district.

k - la formation des agents de santé à la prescription rationnelle médicale.

l - Supervision des activités des comités de gestion par l'équipe cadre de district chaque trimestre.

### 3 - 2. Organisation du district sanitaire de Gorom-Gorom

Le district sanitaire a été défini comme l'entité la plus décentralisée de notre système de santé. Les limites administratives du district sanitaire de Gorom-Gorom se confondent avec celles de la province.

L'équipe cadre du district, dirigé par le médecin-chef du district se compose comme suit:

- le médecin du centre médical de Déou;
- le responsable des affaires administratives et financières du district sanitaire;
- le pharmacien provincial.
- le responsable du programme soins de santé primaires;
- le coordonateur de la SCF.

Le district sanitaire comprenait deux centres médicaux (CM) à Gorom-Gorom et à Déou et 11 centres de santé et de promotion sociale (CSPS). Ce sont les CSPS de:

- |             |              |
|-------------|--------------|
| - Markoye   | - Boulkiessi |
| - Essakane  | - Tassmakat  |
| - Tin-Akoff | - Gandafabou |
| - Oursi     | - Salmossi   |

Le district sanitaire disposait de 14 dépôts de médicaments dont 11 dépôts communautaires et 3 dépôts privés.

Les pathologies dominantes étaient les suivantes:

- le paludisme, les infections respiratoires aiguës, les maladies diarrhéiques, les infections oculaires, les maladies sexuellement transmissibles (gonococcie, syphilis).

Le district sanitaire possédait un dépôt provincial de médicaments essentiels génériques appelé encore dépôt répartiteur.

Le district sanitaire présentait 3 médecins, 13 infirmiers diplômés d'Etat, 12 infirmiers brevetés, 4 sages-femmes, 1 maieuticien, 7 accoucheuses auxiliaires, 5 garçons de salle, 2 chauffeurs, 2 techniciens de laboratoires, 9 agents itinérants de santé.

Pendant notre enquête, les formations sanitaires sur les 11 avaient appliqué l'IB durant deux années étaient: le CM de Gorom-Gorom, le CM de Déou et le CSPS de Markoye.

Ces formations ont utilisé les dépôts communautaires de médicaments de l'Union des Groupements Villageois de l'Oudalan (UGVO) pour commercialiser leurs médicaments essentiels génériques.

Ceci a été possible grâce à un accord tripartite entre le district sanitaire, la SCF et l'UGVO.

Ce contrat stipulait que les bénéfices issues de la vente des MEG seraient partagés en parts égales entre l'UGVO, et les comités de gestion des 3 formations sanitaires.

### 3 - 3. Les partenaires ayant apporté un appui au lancement de l'IB dans le district sanitaire de Gorom-Gorom

#### 3 - 3.1. Save the Children Fund (SCF):

L'organisation non gouvernementale Britannique SCF intervient dans le Sahel Burkinabé (Séno, Oudalan) depuis 22 ans au niveau du programme de soins de santé primaires.

Elle a commencé à travailler au Burkina dans les villages de l'Oudalan (Programme Nutritionnel).

Ses volets d'intervention actuels sont:

- Le programme élargi de vaccination;
- La formation du personnel pour les prestations de santé maternelle et infantile;
- Le transport;
- La construction et l'équipement des infrastructures sanitaires;
- La participation à la planification des activités des directions regionales de la santé.

### 3 - 3.2. L'Union des Groupements Villageois de l'Oudalan (UGVO):

L'Union des Groupements Villageois de l'Oudalan (UGVO) qui est une structure communautaire a été constitué le 10 Janvier 1980 à Gorom-Gorom. Elle compte 113 groupements villageois dont 13 groupements féminins.

Ses domaines d'activités étaient:

- l'approvisionnement et la commercialisation de céréales dans la province de l'Oudalan;
- la commercialisation du bétail;
- la vente de médicaments.

### 3 - 3.3. Le comité de gestion (COGES)

Le comité de gestion des formations sanitaires est le représentant de la communauté devant les services techniques de santé. Selon le décret portant statut des comités de gestion des formations sanitaires périphériques de l'Etat par le COGES, a pour mission de:

- assurer un fonctionnement efficace des formations sanitaires;

- promouvoir la pleine participation des populations aux activités sanitaires;
- assurer une accessibilité de tous aux soins de santé.

En outre, le décret stipule que hormis le responsable de la formation sanitaire, membre de .... du comité de gestion, les autres membres sont élus au sein de la communauté de l'aire de la formation sanitaire.

Le comité est composé de:

1 président, 1 vice-président, 1 secrétaire général, 1 trésorier, 1 trésorier adjoint, et 2 commissaires aux comptes.

La durée du mandat des membres du comité de gestion est de deux (2) ans, renouvelable une seule fois. Le comité de gestion se réunit au moins une fois par mois et devra faire une fois par trimestre un compte rendu à l'ensemble de la population.

Le comité de gestion doit disposer d'un règlement intérieur.

Des études sur la participation communautaire dans le domaine de la santé ont été faites au Burkina Faso .

Nous citons l'exemple de la province du Zoundwéogo « l'Initiative de Bamako - UNICEF - Ouagadougou 1990 ».

La mise en place de comité de santé pour la population dans la province du Zoundwéogo a précédé l'Initiative de Bamako . Les objectifs de ce comité étaient de:

- Identifier et programmer les actions en vue de satisfaire les besoins primaires des populations en matière de santé;
- Mobiliser toutes les énergies disponibles autour des actions programmées;
- Assurer le suivi de l'exécution de ces actions.

Il faut souligner que les actions du comité de santé dans le Zoundwéogo étaient intégrées sous une structure appelée Comité Provincial de Développement.

La deuxième expérience que nous évoquerons est celle qui a été menée dans le District sanitaire de Houndé dans la cadre de l'Initiative de Bamako.

In « Mise en oeuvre de l'Initiative de Bamako dans le District sanitaire de Houndé. Bilan de 5 mois de fonctionnement au SCPS de Koumbia ».

La structure représentant la population était le comité de gestion de la formation sanitaire. Ce comité a géré le dépôt de médicaments. Il s'est impliqué dans le financement des activités de la formation sanitaire et le bon fonctionnement du CSPS. A ce niveau, l'action du comité de gestion n'a pas été intégré à une structure de développement au niveau provincial.

Ces deux expériences font ressortir deux approches: l'approche intégrée et l'approche participative.

### 3.4. Les différentes approches

#### 3 - 4.1. L'approche intégrée:

Il s'agit de placer l'action des représentants de la communauté dans le cadre global du développement national. Leur activités sont supervisées par les autorités administratives.

#### 3 - 4.2. L'approche participative :

Le fondement de cette approche vise à la responsabilisation de la communauté qui doit devenir l'artisan de son propre développement.

L'objectif final est l'auto promotion communautaire.

Cette approche doit permettre à la communauté d'identifier ses besoins, les analyser et les classer par priorité en vue de dégager des actions sur le terrain.

Ailleurs, notamment en Guinée et au Bénin, les expériences sur l'IB ont été décrites. L'implication des population aux activités sanitaires était menée par un comité de gestion (COGES). Le comité était composé par des représentants élus par la population. Ce comité a géré les dépôts de médicaments, assuré le recouvrement des coûts et financé les frais fonctionnement des centres de santé.

Il a en outre, favorisé l'accès aux soins des personnes démunies.

Mais des insuffisances ont été constatées par rapport à la gestion financière des recettes des MEG et à la supervision des activités du comité de gestion.

Ces expériences qui datent de 1988 ont été publiées dans la revue « L'Enfant en milieu tropical (4) ».

Au Sénégal, dans le cadre de l'Initiative de Bamako, les comités de gestion du district sanitaire de Nicro, ont remis à chaque responsable de poste, une moto pour la vaccination. (Forum National de la santé (9)).

Nous nous proposons de voir le type d'approche de participation communautaire qui a existé dans le district sanitaire de Gorom-Gorom.

## **4 - OBJECTIFS**

## **5 - MATERIELS ET METHODES**

## **4 - OBJECTIFS**

### **4 1. Objectif général**

Décrire la participation communautaire dans le cadre de l'Initiative de Bamako dans le district sanitaire de Gorom-Gorom.

### **4 - 2. Objectifs spécifiques**

1 - Décrire l'organisation du District sanitaire

2 - Décrire la mise en oeuvre de l'Initiative de Bamako

2 - Identifier le type de participation de la communauté.

## 5 - MATERIELS ET METHODES

### 5 - 1. Le cadre de l'étude

#### 5 - 1.1. Le district sanitaire de Gorom-Gorom

Notre étude s'est déroulée dans le district sanitaire de Gorom-Gorom dont les limites se confondent avec celles de la province de l'Oudalan.

Le district sanitaire est situé entre le 14°10 et le 15°10 de latitude Nord et 0°15 et 1°5 longitude Ouest. Le district sanitaire est délimité au Nord-Est par la république du Niger ; au Sud par la province du Séno et à l'Ouest par la province du Soum.

Le district sanitaire compte cinq départements qui étaient: Gorom-Gorom, Déou, Markoye, Oursi, et Tin-Akoff.

#### 1 - Le climat

Le climat est caractérisé par une faible pluviométrie, irrégulière dans le temps et l'espace, avec une moyenne de 315 mm/an. Il est rythmé par deux saisons:

- Une saison sèche comportant deux grands types de vent : l'Harmattan (vent sec et froid) et la mousson (vent de sable)

- Une saison pluvieuse de Juin à Septembre avec une pointe en Août. L'évaporation des eaux de surface est très intense.

#### 2 - Les sols

Les sols sont caractérisés par leur imperméabilité freinant l'infiltration de l'eau. On trouve essentiellement des sols éoliens qui se répartissent comme suite:

- a) Dunes ou Ergs: environ 30% de la superficie totale de la province comprenant:

- \* Ergs anciens: perméables et riches, domaines de la culture intensive du mil.

\* Ergs récents: nature sableuse, moins riche, constituent un support pour les pâturages.

b) Regs: environ 60% de la superficie de la province sont à texture sablo-argileux ou bactéritique. Ils sont impropres à l'agriculture et constituent le domaine des pâturages.

c) Bas fonds: ils sont constitués de mares; ce sont des sols lourds à inondation temporaire, domaine de pâturage précoces et exploitables pour la culture maraîchère.

### 3 - Hydrographie

Les cours d'eau les plus importants sont : le Bêli, le Corouol, le Goudebo et le Féléol. Ils sont tous tributaires du fleuve Niger et s'écoulent d'Ouest en Est.

Dans une année de pluviométrie les mares de Markoye, Oursi et Yomboli ne tarissent pas. Il y a au total 45 mares dans la provinces.

Les nappes phréatiques sont abondantes.

### 4 - Transport

Les routes sont mauvaises. Les principales sont:

Gorom-Gorom - Dori: 57 km

Gorom-Gorom - Markoye: 45 km.

En hivernage les routes sont impraticables.

### 5 - Données démographiques

La population de l'Oudalan était estimée à 136 521 habitants.

Gorom-Gorom comptait 63 203 habitants, Déou 16 797 habitants, Markoye 22 096 habitants. (recensement général de la population et de l'habitat du Burkina Faso. BCR.1996).

## 5 - 2. Méthode d'Etude

### 5 - 2.1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude descriptive par enquête transversale dans l'aire sanitaire de Gorom-Gorom. Cette étude a été effectuée au niveau du (CM) de Gorom-Gorom, du (CM) de Déou et du (CSPS) de Markoye. Elle a été complétée par une exploitation de données existantes.

### 5 - 2.2. Méthode d'échantillonnage:

a) les formations sanitaires d'étude: Nous avons retenu seulement les formations sanitaires qui avaient deux années d'application de l'IB au niveau du district sanitaire.

#### b). La population d'étude

Notre population d'étude était composée d'informateurs clés, choisis parmi les utilisateurs de formations sanitaires, des membres des comités de gestion, des membres de l'équipe cadre de district et des infirmiers chef de poste des formations sanitaires d'étude.

c) Les informateurs clés: Ces personnes ont été choisis parmi les personnes influentes de la communauté (responsables administratifs, responsables d'Association, Autorités religieuses).

d) Les membres de l'équipe cadre de district

e) Les infirmiers chef de poste de Gorom-Gorom, Déou et Markoye.

f) Les membres des comités de gestion de Gorom-Gorom, Déou, et Markoye.

### 5 - 2.3. Taille de l'échantillon

#### a) Les informateurs clés:

Nous avons procédé à un recrutement systématique en fonction de notre liste (responsables administratifs, responsables d'Association, Autorités religieuses).

Ce recrutement a été fait au niveau de 5 secteurs des communes de Gorom-Gorom et de Markoye.

Au niveau de Déou, il a été mené au niveau des deux secteurs de la commune.

b) Tous les membres des comités de gestion des formations sanitaires

c) Tous les membres de l'équipe cadre du district sanitaire

d) Les infirmiers-chef de poste des trois formations sanitaires

### 5 - 2.4. L'enquête

#### 1) Généralités

Il s'agit d'une enquête par interrogatoire qui a été faite à l'aide de quatre questionnaires différents.

Les questionnaires destinés aux informateurs-clés et les membres du comité de gestion ont été administré en français ou dans la langue maternelle de la personne interrogée.

Les questionnaires ont été rempli par l'enquêteur. Deux questionnaires différents ont été adressés aux membres de l'équipe cadre et aux infirmiers chef de poste.

L'enquête s'est déroulée du 02 Mai 1996 au 28 Juin 1996, après une pré-enquête effectuée le 23 Avril 1996 à Sampelga, localité située à 40 km de Dori. Cette pré-enquête a permis de corriger les instruments de collecte de données.

## 2) Les Questionnaires

Les instruments de collecte des données sont situés en annexe de notre document.

## 3) L'étude des données existantes

Les données suivantes ont été consulté au niveau de Gorom-Gorom, Déou et Markoye :

Les procès-verbaux des réunions des comités de gestion.

- Les rapports d'activités des formations sanitaires
- Les procès-verbaux des réunions de réunions de l'équipe cadre du district.
- Les fiches de bilan de ventes mensuelles des médicaments essentiels et génériques des dépôts.
- Les registres de sortie des médicaments
- Les souches des ordonnances
- Les rapports financiers des dépôts MEG

## **6 - RESULTATS**

## 6 - RESULTATS

### 6 - 1. Caractéristiques de l'échantillon

Notre enquête a permis d'interroger 108 informateurs-clés, 14 membres des comités de gestion, 5 membres de l'équipe cadre du district et 3 infirmiers chef de poste de santé.

#### 6 - 1.1. Les informateurs - clés

Nous avons interrogé des informateurs clés au niveau des communes de Gorom-Gorom, Déou et Markoye. Parmi les informateurs clés interrogés, 103 étaient de sexe masculin et 5 de sexe féminin. L'âge des personnes interrogées variaient de 24 à 70 ans. La moyenne d'âge était de 47 ans.

Les tableaux 1 et 2 suivants, montrent la répartition des informateurs clés par localité et par fonction

Tableau 1 : Répartition des informateurs clés par localité

Départements	Informateurs-clés	Pourcentage
Gorom-Gorom	39	36%
Déou	46	42,5%
Markoye	23	21,5%
<b>Total</b>	<b>108</b>	<b>100%</b>

Tableau 2 : Répartition des informateurs-clés par fonction

Fonction	Informateurs-clés	Pourcentage
Fonctionnaire	30	28%
Responsables religieux	50	46%
Responsables d'association	28	26%
<b>Total</b>	<b>108</b>	<b>100%</b>

## 6 - 1.2. L'équipe cadre du district (ECD) sanitaire de Gorom-Gorom

### 1) Qualification des membres de l'ECD

L'ECD était composé de 2 médecins, un Maeuticien , une sage-femme, un préparateur en pharmacie et un responsable des affaires administratives et financières (RAAF).

### 2) Durée d'exercice des membres de l'ECD dans la province de l'Oudalan

Durant notre enquête, l'ECD avait deux années de fonctionnement.

Les deux médecins exerçaient depuis un an, le préparateur en pharmacie et le responsable des affaires administratives et financières (RAAF) avaient deux années d'activités.

Le Maieuticien était dans sa troisième année et la sage femme dans sa quatrième année d'exercice.

## 6 - 1.3. Les membres des comités de gestion

Le Bureau du comité de gestion de chaque formation sanitaire, comprenait 6 personnes hormis l'infirmier chef de poste.

A Déou et à Markoye, les membres ont été élu.

A Gorom-Gorom ils ont été désigné par le médecin chef de district.

Au niveau du CM de Gorom-Gorom et du CM de Déou, nous avons interrogés 8 membres sur 12. Les autres membres étaient en déplacement hors de la province, lors de notre passage.

Au niveau du CSPS de Markoye, nous avons interrogés tous les 6 membres du bureau.

Parmi les personnes interrogées, 13 personnes étaient de sexe masculin.

Les tableaux 3 et 4 suivants, représentent la répartition des membres par niveau d'instruction et par profession:

Tableau 3 : Répartition des membres par niveau d'instruction.

<b>Niveau d'Instruction</b>	<b>Membres</b>
Alphabétisé	1
Primaire	11
Secondaire	2
<b>Total</b>	<b>14</b>

Tableau 4 : Répartition des membres par profession

<b>Profession</b>	<b>Membres</b>
Ménagère	1
Cultivateurs	2
Transporteurs	2
Fonctionnaires	3
Commerçants	6
<b>Total</b>	<b>14</b>

#### 6 - 1.4. Les infirmiers chef de poste:

Ce sont des infirmiers diplômés d'état. Au niveau des formations sanitaires, outre l'activité technique, ils ont assuré les tâches administratives.

#### 6 - 2. Organisation du district sanitaire de Gorom-Gorom

L'équipe cadre de district était chargée d'appliquer la politique sanitaire nationale au niveau du district sanitaire de Gorom-Gorom qui comptait deux CM et 9 CSPPS. L'ECD devait superviser les activités des comités de gestion qui représentaient les intérêts de la communauté.

Les comités de gestion ont géré les dépôts de médicaments et recruté du personnel, notamment les gérants des dépôts et le personnel de soutien à Markoye et à Déou (2 personnes).

Il existait un recouvrement des coûts de fonctionnement pour toutes les prestations de santé au niveau des trois formations sanitaires d'étude.

Les recettes étaient classifiées en deux groupes:

- Recettes des médicaments essentiels génériques qui étaient vendus du dépôt répartiteur vers les dépôts périphériques: CM Gorom-Gorom, CM de Déou, CSPS de Markoye avec une marge bénéficiaire de 10%.

- Recettes issues des tarifications des actes.

#### 6 - 2.1. Présentation des formations sanitaires du district ayant appliqué l'Initiative de Bamako de Mars 1994 à Mars 1996.

##### 6 - 2.1.1. Le centre médical de Gorom-Gorom

Le centre médical de Gorom-Gorom présentait:

- Un dispensaire avec une salle d'hospitalisation de 20 lits

- Une pédiatrie comprenant 4 lits d'hospitalisation

- Une maternité disposant de 8 lits d'hospitalisation

Le CM dispose d'un laboratoire d'analyses médicales, d'un dépôt de médicaments MEG et d'un dépôt répartiteur (dépôt provincial MEG).

Le personnel du CM était composé d'un médecin-chef, deux infirmiers diplômés d'Etat, une sage-femme d'Etat, un agent itinérant de santé, deux garçons de salle, une fille de salle et un technicien de laboratoire.

Le dépôt répartiteur était géré par le préparateur en pharmacie qui jouait le rôle de pharmacien provincial.

##### 6 - 2.1.2. Le Centre Médical de Déou

Le centre médical de Déou comprenait un dispensaire de 10 lits, une maternité de 4 lits, un dépôt de MEG et un laboratoire non fonctionnel (absence de technicien de laboratoire).

Le personnel était composé d'un médecin-chef, d'un infirmier diplômé d'Etat, d'un infirmier breveté, une sage - femme, une accoucheuse auxiliaire et d'un garçon de salle.

#### 6 - 2.1.3. Le Centre de Santé et de Promotion Sociale de Markoye

Le CSPS de Markoye présentait un dispensaire de 6 lits, une maternité de 2 lits et d'un dépôt de MEG. Le personnel était composé d'un infirmier diplômé d'Etat, un infirmier breveté, une accoucheuse auxiliaire et un garçon de salle.

### 6 - 3. Description et mise en oeuvre de l'Initiative de Bamako

Nous présenterons les éléments de mise en oeuvre au niveau de Gorom-Gorom, Déou et Markoye.

#### 6 - 3.1. La mobilisation sociale:

L'implication des populations aux activités de l'Initiative de Bamako passait par une mobilisation sociale conséquente. La mobilisation sociale (a été menée au niveau des communes de Déou et de Markoye). Elle n'a pas été étendue à toute l'aire sanitaire des formations sanitaires de Déou et Markoye.

##### - Au niveau de Déou

Après rencontres et sensibilisation des Imams sur l'Initiative de Bamako par l'équipe de santé, ces derniers ont sensibilisé à leur tour les fidèles. Les séances de sensibilisation avaient lieu après les rencontres de prières au niveau des mosquées.

##### - Au niveau de Markoye

Accompagné de l'équipe de santé, les membres des comités de gestion et des délégués de secteurs, ont sillonné la commune de Markoye pour animer les débats sur les objectifs de l'Initiative de Bamako.

- A Gorom-Gorom aucune action de mobilisation sociale n'a été menée.

## 6 - 3.2. Processus de mise en place des comités de gestion

### 6 - 3.2.1. Mise en place du comité de gestion de Déou

La mise en place du comité de gestion de Déou a été précédé d'une mobilisation des populations par l'équipe cadre de district et les autorités administratives.

Ainsi en Juillet 1994, sur instruction de l'ECD, l'équipe de santé du CM de Déou a rencontré le Préfet de Déou, les chefs de service et les responsables de quartier.

Cette rencontre a été suivie d'une assemblée générale sur la mise en place et le rôle des comités de gestion.

A l'issue de cette assemblée générale, les représentants des deux quartiers de la commune de Déou ont désigné six personnes pour composer le comité de gestion de Déou.

Parmi les personnes désignées, deux (2) personnes venaient du quartier « Dioularé » et 4 personnes du quartier Mossi.

Le comité de gestion de Déou a été installé en fin Décembre 1994.

### 6 - 3.2.2. La mise en place du comité de gestion de Markoye

Au niveau de Markoye, la démarche administrative a été le même que celle adoptée à Déou. Elle a abouti à l'organisation de l'assemblée générale au cours de laquelle la population a désigné les membres du comité de gestion par un vote à main levée. Le comité de gestion a été mis en place en fin Décembre 1993.

### IV - 3.2.3. La mise en place du comité de gestion de Gorom-Gorom

Les membres du comité de gestion ont été contactés individuellement en Mars 1994 par le médecin-chef du District sanitaire de Gorom-Gorom pour pourvoir aux différents postes.

### 6 - 3.3. L'approvisionnement en MEG du district sanitaire

La SCF a commandé les premiers stocks de MEG auprès des fournisseurs étrangers pour les comités de gestion de Gorom-Gorom, Déou et Markoye.

Cette commande a été faite par le coordonateur de la SCF de Gorom-Gorom sous forme de colis préemballés. L'équipe cadre de district et les comités de gestion n'ont pas été associé à cette commande.

La réception de cette première commande d'une valeur de 12 millions de francs CFA a eu lieu au Centre Médical de Gorom-Gorom par l'ECD et les membres des comités de gestion.

Ces médicaments ont été stockés dans un premier temps au niveau du dépôts répartiteur de Gorom-Gorom puis affectés au dépôt de médicaments de Gorom-Gorom, Déou et Markoye.

Le transport des MEG a été assuré par l'équipe cadre de district.

Tableau 6: Date des premières dotations de MEG

<b>Formations sanitaires</b>	<b>Date</b>
CM de Déou	21/03/1994
SCPS de Markoye	09/05/1994
CM de Gorom-Gorom	10/05/1994

Les commandes ultérieures de MEG ont été faites auprès de la centrale d'achat de médicaments essentiels génériques (CAMEG) par le pharmacien provincial sur la base des besoins exprimés par les différents dépôts de médicaments de Gorom-Gorom, Déou et Markoye.

Les comités de gestion n'ont pas été associé à ces commandes.

#### 6 - 3.4. La formation des membres des comités de gestion

Dans le souci d'aider les membres des comités de gestion à mieux assumer leurs tâches, l'équipe cadre de district a organisé deux séances de formation sur financement de la SCF.

La première séance s'est tenue à Gorom-Gorom du 06 au 10 Octobre 1994. Elle a regroupé tous les membres des comités de gestion de Gorom-Gorom, et Markoye.

La deuxième séance a été faite du 05 au 07 Février 1995 pour les membres du comité de gestion de Déou.

Les thèmes traités pendant la formation étaient les suivants:

- \* Le fonctionnement d'une formation sanitaire (CSPS, CM)
- \* La présentation des textes portant sur l'autonomie de gestion des formations sanitaires périphériques de l'Etat et le statut des comités de gestion
- \* L'organisation et la tenue d'une réunion de comité de gestion et d'une assemblée générale avec les populations
- \* La rédaction d'un compte rendu
- \* Les relations du comité de gestion avec la communauté
- \* L'élaboration d'un budget.

#### 6 - 3.5. Rationalisation de la prescription médicale dans les formations sanitaires de Gorom-Gorom et de Markoye

La rationalisation de la prescription médicale par l'utilisation de l'ordinogramme permet d'assurer aux patients une qualité des soins. L'ordinogramme est un guide standardisé de diagnostic et de traitement des maladies par l'utilisation des MEG.

a) Formation du personnel à la prescription rationnelle médicale

Une formation sur la rationalisation de la prescription médicale a été tenue en Novembre 1994 à Gorom-Gorom. Cette formation a regroupé tous les responsables des formations sanitaires de l'Oudalan. Cette formation a porté sur l'application de l'ordinogramme et ses avantages.

b) Calcul du taux d'application de l'ordinogramme (TAO)

L'ordinogramme se présente comme un arbre de décision permettant à l'agent de santé de prendre une décision thérapeutique ou de transfert face à un problème de santé. Lors de notre enquête, nous avons noté un ordinogramme sur le bureau de consultation des trois formations sanitaires:

Tableau 7: TAO par formation sanitaire

<b>Formations sanitaires</b>	<b>TAO</b>
CM de Gorom-Gorom	60%
CM de Déou	50%
CSPS de Markoye	48%

Un TAO supérieur à 50% entraîne une baisse de coût de prescription et indique une adéquation acceptable entre le diagnostic et le traitement proposé par l'agent de santé.

6 - 3.6. La tarification

La tarification à l'épisode a été proposé comme mode de paiement par l'équipe cadre de district et les comités de gestion.

- Consultation: 50 frs
- Hospitalisation: 100 frs/j
- Examen de laboratoire: tarifé en fonction des examens.

Le système de tarification a été appliqué au niveau des trois formations d'étude.

#### 6 - 4. La participation communautaire

La participation communautaire a été perçue sous plusieurs angles.

##### 6 - 4.1. Le financement communautaire

Il s'est traduit par le paiement forfaitaire de la consultation à 50 frs par les utilisateurs. Les recettes des examens de laboratoires et de la vente des MEG aux utilisateurs ont permis le financement de certaines activités des formations sanitaires de Gorom-Gorom, Déou et Markoye.

##### 6 - 4.2. La participation de l'UGVO

L'UGVO, est une structure communautaire qui exerçait ses activités dans le district sanitaire depuis 16 ans. Elle a apporté son soutien dans la mise en place de l'Initiative de Bamako en transformant ses dépôts de médicaments en dépôts de médicaments essentiels et génériques (dépôt MEG).

##### 6 - 4.3. La gestion des Médicaments Essentiels Génériques par les comités de gestion

Les dépôts MEG étaient sous le contrôle des comités de gestion

###### a) Les outils de gestion

###### \* Le registre des recettes et des médicaments

Il contenait les entrées et les sorties de chaque médicament et l'enregistrement des frais de consultation. Sur chaque ordonnance, le gérant du dépôt MEG ajoutait 50 frs au montant total.

Un exemplaire de l'ordonnance restait au niveau de la formation sanitaire, un autre au chef, de gérant du dépôt et un troisième exemplaire gardé par le malade.

Ce procédé a permis de suivre l'itinéraire du malade.

###### \* Le livre de caisse

Le livre de caisse devrait comporter tous les mouvements d'argent (Recettes et Dépenses).

\* La fiche de vente mensuelle:

Cette fiche montrait la quantité de médicaments vendus en un mois, les stocks précédents et les stock actuel de médicaments.

\* La fiche de stock

Cette fiche donnait les renseignements sur l'ensemble des médicaments (nom, présentation, dosage, quantité, date de péremption). Une comptabilité séparée était faite pour les recettes de MEG et les recettes des tarifications.

Le contrôle interne était assuré par les commissaires aux comptes des comités de gestion. Le contrôle externe était assuré par le pharmacien provincial et le responsable aux affaires administratives et financières du district sanitaire.

Au niveau de Déou, les agents de santé ont demandé à gérer en vain les recettes des consultations.

b) Les recettes

Il existait un recouvrement des coûts pour les prestations de santé effectuées au niveau des trois formations sanitaires d'étude sauf pour les vaccinations.

Les recettes étaient issues de la vente de MEG, et de la tarification des actes.

Ces recettes ont servi reconstituer le stock de MEG, et à assurer le fonctionnement des dépôts et des formations sanitaires (transport, fournitures, entretien, etc.)

Tableau 5: Les recettes de la première année (20 Février 94 - 20 Février 1995)

Formations sanitaires	Recettes de la vente des MEG	Recette de la tarification	Recettes totales
CM de Déou	2.141.321 Frs	117.060 Frs	2.258.381 Frs
CM de Gorom	5.094.753 Frs	194.450 Frs	5.289.203 Frs
CSPS de Markoye	3.190.808 Frs	162.000 Frs	3.352.808 Frs
TOTAL	10.426.882 Frs	473.510 Frs	10.900.392 Frs

Les recettes totales de la vente des MEG au niveau des trois formations sanitaires se sont élevées à 10.426.882 frs.

Le capital pour le recouvrement de stock de MEG était de 7.969.104 frs.

Le bénéfice dégagé par la vente des MEG au niveau des trois formations sanitaires était de 2.457.778 frs.

Les recettes de la tarification ont rapporté 473.510 frs.

Le salaire des agents de l'Etat, les consommables médicaux étaient pris en charge par l'Etat. L'approvisionnement et la conservation des vaccins étaient financés par l'UNICEF et la SCF.

Le carburant, huile et l'entretien des motos YAMAHA 125 ( pour l'agent de vaccination) étaient assurés par la SCF.

#### 6 - 4.4. Le budget de fonctionnement des formations sanitaires étudiées

Le budget de budget de fonctionnement des structures sanitaires devrait être élaboré par les comités de gestion.

Durant la première année d'application de l'Initiative de Bamako, les comités de gestion ont fonctionné sur le mode (Recettes - Dépenses).

Au niveau de Gorom-Gorom et de Markoye, des propositions de budget annuel ont été faites en fin 1995. Par contre, à Déou, aucune proposition n'a été faite.

Nous présentons les lignes budgétaires qui ont été dégagées dans les propositions de budget des structures sanitaires de Gorom-Gorom et de Markoye.  
Lignes budgétaires:

##### a) Au niveau de Gorom-Gorom

- Achat de matériel de bureau
- Entretien et achat de carburant de véhicules
- Salaire (secrétaire, aide-cuisinier)
- Primes et ristournes pour le personnel de santé
- Achat de matériels médico-chirurgical
- Achat de médicaments d'urgence pour les services de soins
- Taxes diverses (agios, frais de douane)

b) Au niveau du Centre de Santé et de Promotion Sociale de Markoye

- Renouvellement de stock de médicament et des outils de gestion
- Salaire (manoeuvre)
- Menus dépenses pour le fonctionnement du Centre (fournitures de bureau, eau, pétrole lampant, savons, etc.)
- Achat carburant huile pour moto pour les tournées de sensibilisation (vaccination, Initiative de Bamako )
- Indemnités pour les sorties de vaccination aux agents de santé

6 - 4.5. La prise en charge des personnes démunies

Chaque comité de gestion a prévu la prise en charge des personnes démunies. Les veuves sans ressources financières et les orphelins ont été classés dans cette catégorie.

a) Au niveau de Gorom-Gorom: la rubrique « achat de médicaments pour indigents » a été insérée dans le budget en cours d'exécution.

b) A Déou: une somme de 75.000 Frs était prévue par le comité de gestion pour la prise en charge des indigents pour l'année 1995.

c) A Markoye: les dons de médicaments offerts par l'ONG ADRA ont été mis à la disposition de indigents par le comité de gestion.

6 - 4.6. Les réunions

a) Les réunions internes des comités de gestion

Les différents comités de gestion ont tenu très peu de réunions, soit deux réunions en deux années de fonctionnement. Ces réunions étaient organisées sur convocation du Président du comité de gestion et elles avaient lieu au sein des formations sanitaires. Les débats portaient sur la gestion financière des dépôts de médicaments et le partage des bénéfices de la vente des MEG entre l'UGVO et les comités de santé.

b) Les réunions entre les comités de gestion et l'équipe cadre de district

Les membres de l'ECD et les membres des comités de gestion se sont rencontrés deux fois pendant les deux années d'application du programme de PIB. Les réunions ont eu lieu au sein des formations sanitaires. Ces rencontres ont permis de faire le bilan des activités des comités et de gestion des revenus, les doléances de ceux-ci.

c) Les réunions entre les comités de gestion et le personnel de santé des formations sanitaires d'étude

Les membres des comités de gestion et le personnel de santé (équipe technique) se sont rencontrés chaque trimestre pour faire le point sur le fonctionnement des formations sanitaires. Ces rencontres ont permis d'aplanir certaines difficultés de communication entre les membres des comités de gestion et le personnel de santé (achat d'ordonnanciers, gestion des frais de consultations par les agents de santé, problèmes des primes de motivation).

d) Les assemblées de population

A de Gorom-Gorom, le comité de gestion n'a pas rencontré la population pour faire le compte rendu des activités qu'il a mené depuis sa mise en place.

Par contre à Déou et à Markoye, le comité de gestion a rencontré la population. Les sujets abordés ont portés sur la gestion financière des MEG, et le fonctionnement des formations sanitaires. Il a été demandé aux populations de fréquenter davantage les structures sanitaires. Cette rencontre a eu lieu une fois à Déou et deux fois à Markoye.

6 - 4.7. Participation des membres des comités de gestion à la discussion sur les résultats du Monitoring

Le Monitoring est une technique de surveillance qui permet d'identifier les problèmes de santé et de planifier les solutions pour la bonne marche des activités des formations de santé.

Le Monitoring a porté sur les nouvelles consultations curatives, les vaccinations infantiles et les surveillances de la grossesse au niveau des trois formations sanitaires d'étude. La période du Monitoring a commencé le premier semestre de l'année 1995. La méthode de calcul des médicaments est en annexe de notre document.

a) Les résultats du monitoring

Tableau 8: Valeur des indicateurs de couverture du Centre Médical de Gorom-Gorom

Formation sanitaire	Activités	Disponibilité	Accessibilité	Utilisation	Couverture adéquat	Couverture effective
CM de Gorom-Gorom	Consultation curative	100%	19%	12%	11%	8%
	Vaccinations infantiles	100%	28%	15%	5%	4%
	Consultations prénatales	100%	30%	18%	13%	12%

On notait une bonne disponibilité des ressources, elle était de 100%, l'accessibilité au centre de soins était faible, à peine 30%.

Dans l'ensemble, l'utilisation des services de santé au niveau de Gorom-Gorom était faible, elle était de 12% pour la consultation curative, 15% pour les vaccinations infantiles, 18% pour les consultations prénatales.

La couverture adéquate et la couverture effective pour les trois activités restent faibles, moins de 15%

Tableau 9: Valeur des indicateurs de couverture du Centre Médical de Déou

Formation sanitaire	Activités	Disponibilité	Accessibilité	Utilisation	Couverture adéquat	Couverture effective
CM de Déou	Consultation curative	100%	20%	15%	10%	7%
	Vaccinations infantiles	100%	42%	20%	5%	3%
	Consultations prénatales	100%	22%	65%	15%	15%

L'utilisation des services pour les consultations prénatales était bonne: (65%). Le taux pour la consultation curative les vaccinations infantiles étaient respectivement de 15% et 20%.

La couverture effective qui est l'indicateur de la qualité des soins était très faible pour les trois activités.

Consultation curative 7%, vaccinations infantiles 3%, consultations prénatales 15%.

Tableau 10: Valeur des indicateurs de couverture de Markoye

Formation sanitaire	Activités	Disponibilité	Accessibilité	Utilisation	Couverture adéquat	Couverture effective
CSPS de Markoye	Consultation curative	95%	19%	15%	11%	7%
	Vaccinations infantiles	83%	38%	17%	2,8%	2%
	Consultations prénatales	100%	17%	46%	17%	13%

Le tableau montre une disponibilité en vaccination PEV qui était de 83%, l'accessibilité était de 19% pour la consultation curative, 38% pour les vaccinations infantiles, et 17% pour les consultations prénatales. La couverture adéquat était très faible, le même que la couverture effective.

#### c) Au niveau du district sanitaire

Une synthèse des indicateurs de couverture au niveau des trois formations sanitaires a montré une disponibilité de médicaments essentiels et génériques les plus utilisés satisfaisantes (98%), un taux d'application de l'ordinogramme moyenne (50%).

La couverture effective de la consultation curative était très basse (7%). L'accessibilité des services de santé 19% et l'utilisation (14%) apparaissaient comme des facteurs limitants pour une bonne couverture effective.

Pour les vaccinations infantiles, on relevait la faiblesse des couvertures suivantes: utilisation (17%), couverture adéquate (4%), couverture effective (3%).

Pour la consultation prénatale, la couverture adéquate était de 15% et la couverture effective 13%.

#### d) La discussion

Une discussion entre les responsables des formations sanitaires et les membres des comités de gestion a permis d'énumérer les causes des insuffisances constatées par le Monitoring.

e) Causes

- \* Dispersement et éloignement des villages des centres de soins;
- \* Très peu de sortie pour les vaccinations (mensuel réduit, manque de motivation);
- \* Faible application de l'ordinogramme;
- \* Nomadisme des populations;
- \* Faible mobilisation sociale autour des objectifs de l'Initiative de Bamako
- \* Très peu de communication entre personnel de santé et la population

f) Les propositions d'actions correctives

- 1 - Mener une étude sociologique en vue de cerner le mode de vie et de déplacement des populations dans la province de l'Oudalan.
- 2 - Asseoir une stratégie de mobilisation sociale efficace.
- 3 - Renforcement et fixation du personnel de santé au niveau du district sanitaire.
- 4 - Supervision sur l'application de l'ordinogramme.

## 7 - DISCUSSION

## 7 - DISCUSSION

### 7 - 1. De la Méthodologie

Nous avons mené une étude transversale par passage unique au niveau de Déou, Gorom et Markoye. Notre seul passage ne nous a pas permis de rencontrer tous les membres des comités de gestion. Nous avons rencontré 14 membres sur 18 soit environ 80% de l'effectif. Les Présidents et les Trésoriers des comités de gestion ont été interrogés.

Dans le souci de toucher les utilisateurs des formations sanitaires, nous avons interrogé un nombre faible de personnes 104 informateurs-clés; mais de façon approfondie à travers des entretiens semi-directifs. Ces entretiens ont permis de recueillir leur opinion sur l'Initiative de Bamako et la participation communautaire au niveau des structures sanitaires. Les informateurs-clés ont été choisis parmi les personnes influentes de la communauté.

Nous avons choisi d'interroger l'infirmier chef de poste parmi l'équipe de santé pour plusieurs raisons.

Non seulement, il a joué le rôle de coordinateur pour la mise en place de l'Initiative de Bamako au niveau des formations, mais il a assuré le secrétariat des comités de gestion et les tâches administratives des formations sanitaires. C'est donc une personne indiquée pour apprécier le programme I.B. et les rapports entre l'équipe de santé et les comités de gestion.

Nous avons considéré que le Monitoring était la technique la plus appropriée pour apprécier la prestation des soins de santé dans le district sanitaire sous l'Initiative de Bamako.

Enfin, au niveau de la gestion financière des formations sanitaires, nous n'avons pu consulter tous les documents comptables du fait d'un mauvais archivage.

## 7 - 2. De la mise en oeuvre de l'Initiative de Bamako dans le district sanitaire de Gorom-Gorom

### V - 2.1. La mobilisation sociale

Initialement prévue au niveau des aires sanitaires des formations sanitaires, la sensibilisation a été restreinte dans les limites des communes de Déou et de Markoye. Cette sensibilisation a touché seulement 10% de la population des départements.

A Gorom-Gorom, aucune action de mobilisation n'a été menée sur la mise en place de l'Initiative de Bamako.

### 7 - 2.2. Le processus de mise en place des comités de gestion

La mise en place des comités de gestion a été différente à Gorom-Gorom, Déou et Markoye.

A Markoye, les élections au suffrage directe (population) ont permis d'asseoir le comité.

A Déou, une élection semi-directe avec recours aux personnages des différents quartiers a permis de désigner les membres du comité de gestion de Déou.

A Gorom-Gorom, aucune élection n'a eu lieu. Les membres des comités de gestion ont été désigné. On peut affirmer que seul le comité de gestion de Markoye a été installé conformément aux dispositions de l'Initiative de Bamako sur la mise en place des comités de gestion.

### 7 - 2.3. La formation des membres des comités de gestion

Prévue pour fin Décembre 1993, la formation des membres du comité de gestion de Gorom-Gorom et de Markoye a été faite en Octobre 1994. Les membres du comité de gestion de Déou ont reçu leur formation en Février 1995. La formation a été faite par l'équipe cadre de district.

Il y a donc eu un retard dans la formation qui devrait permettre aux comités de gestion de mieux jouer leur rôle au niveau des formations sanitaires.

En l'absence de module de formation provenant de l'équipe cadre de district au niveau central, le comité de gestion a proposer ses propres thèmes de formation.

#### 7 - 2.4. L'approvisionnement de médicaments essentiels génériques au niveau du district sanitaire

La première commande de médicaments essentiels et générique pour le district sanitaire a été faite par le coordonateur de la SCF sans associer les autres membres de l'équipe cadre de district.

La commande a été faite sous forme de colis préemballés pour une durée de consommation d'une année. Cette commande a été inspirée par l'expérience du Bénin en matière de médicaments essentiels et génériques.

Des difficulté d'écoulement se sont posés pour les produits suivants: la dopamine, l'héparine, le mannitol, l'haemacel, le sérum antitétanique et l'insuline.

De plus, les quantités prévues de médicaments par la SCF n'ont pas été respectées. Il s'agit des quantités de chloroquine et d'aspirine.

Cette première commande de médicaments essentiels et génériques a permis le démarrage réel de l'Initiative de Bamako au niveau des formations sanitaires de Gorom-Gorom, Déou et Markoye.

Les commandes ultérieures ont été lancé par le pharmacien provincial au niveau de la centrale d'achat de médicaments essentiels et génériques (CAMEG) à Ouaga.

#### V - 2.5. L'application de l'ordinogramme

Le taux d'application de l'ordinogramme au niveau du district sanitaire était moyen (50%). L'importance de l'ordinogramme dans le cadre de l'Initiative de Bamako exige que ce taux soit élevé. Le bon usage de l'ordinogramme devait aboutir à une plus grande efficacité du personnel de santé. L'ordinogramme devait permettre une plus grande rationalisation des soins curatifs.

### 7 - 3. De la participation communautaire

#### 7 - 3.1. Le financement communautaire

Le paiement pour toute consultation curative à 50 frs a été l'option de financement communautaire adopté au niveau du district sanitaire. Cette option a permis une gestion financière facile des recettes de consultation.

Il faudra souligner qu'une baisse de l'utilisation des formations sanitaires pourrait compromettre l'efficacité de cette option.

#### 7 - 3.2. La participation de l'UGVO

Si nous apprécions positivement la participation de l'UGVO, dans la mise en place de l'Initiative de Bamako, nous pensons que le partage des bénéfices issus de la vente des MEG n'est pas juste.

Sur la base du contrat tripartite ECD/SCF/UGVO, l'UGVO a pris 50% des bénéfices sur la vente des MEG au niveau des formations sanitaires de Gorom-Gorom, Déou et Markoye. Contrairement à l'UGVO, les comités de gestion ont financé les activités de formations sanitaires.

#### 7 - 3.3. Les recettes

Une analyse des recettes au niveau des trois formations sanitaires ont montré un accroissement au niveau des recettes de médicaments essentiels et génériques et des recettes de tarification. Les recettes de médicaments essentiels et génériques ont presque doublé pour la deuxième année. Les recettes de tarification ont connu un accroissement de 70%.

En deux années d'application de l'Initiative de Bamako, les bénéfices dégagés de la vente de MEG au niveau des trois formations sanitaires, se sont élevés à 12.083.034 frs. Le bénéfice a été partagé en deux parts égales entre le comité de gestion et l'UGVO. Soit la somme de 6.641.057 frs pour chaque partie. L'évolution des recette est satisfaisante.

### 7 - 3.4. Le taux de recouvrement

Le taux moyen de recouvrement au niveau des trois formations sanitaires était de 1,7. Ce chiffre montrait que le recouvrement des coûts locaux de fonctionnement était raisonnable. Le maintien par l'Etat de la prise en charge des salaires apparaît comme une condition essentielle pour la poursuite de l'Initiative de Bamako dans le district sanitaire de Gorom-Gorom.

### 7 - 3.5. Le budget

Prévu pour Mars 1994, les budgets des comités de gestion de Gorom-Gorom et de Markoye ont été élaborés en fin Décembre 1995.

A Déou, le budget n'a pas été élaboré. L'absence de budget a engendré parfois des tiraillements entre les comités de gestions et le personnel de santé ('équipe technique). Ces tiraillements ont porté sur le financement de certaines activités (achat de matériels de nettoyage à Déou, prise en charge de l'équipe de vaccination de Markoye, achat d'ordonnance pour les formations sanitaires).

L'application du budget pourra concilier les deux parties sur les dépenses qui seront effectuées en cours d'année.

Durant la première année d'application du programme IB, les comités de gestion ont fonctionné sur le mode recettes - dépenses. Au niveau de Gorom et de Markoye, des propositions de budget annuel ont été faites en fin 95, par contre, à Markoye, aucune proposition n'a été faite.

### 7 - 3.6. Les réunions

#### 1) Les réunions des comités de gestion

Très peu de réunions ont été tenues, (2 sur 8) soit 25%. Ceci a contribué à réduire l'apport des comités de gestion dans les activités des formations sanitaires.

Cette insuffisance pourrait s'expliquer par le retard dans la formation des membres des comités de gestion et par la mobilité de certains membres (commerçants).

Les comités de gestion n'ont pas rencontré les autorités administratives dans le cadre de leurs activités.

## 2) Les réunions des comités de gestion avec l'UGVO et l'équipe technique des formations sanitaires d'étude

Les rencontres des membres des comités de gestion avec l'équipe technique étaient mensuelles. Les réunions avec l'ECD étaient rares; soient deux réunions en deux années d'application de l'Initiative de Bamako . Une réunion par semestre était prévue.

## 3) Les assemblées de population

A de Gorom-Gorom, aucune assemblée de population n'a été tenue par les comités de gestion, alors que dans le cadre de l'Initiative de Bamako, une assemblée de population était prévue chaque trimestre. Cette situation devait être résolue au plus tôt. On a noté par contre une assemblée de population à Déou et deux à Markoye. Ceci paraissait insuffisant.

### 7 - 3.7. Le monitoring

Le monitoring a montré que l'accessibilité des services de santé et leur utilisation étaient faibles; ils étaient respectivement de 19% et 14%.

L'indicateur de la qualité des soins était également faible. Les taux de couverture effective des activités de soins étudiées étaient de 7% pour la consultation curative, 3% pour la vaccination infantile, 13% pour la consultation prénatale. La participation des membres des comités de gestion à l'analyse de ces résultats a permis de faire des propositions correctrices.

## **8 - CONCLUSION**

## 8 - CONCLUSION

Notre étude a montré les aspects de la participation communautaire dans le cadre de l'Initiative de Bamako dans le district sanitaire de Gorom-Gorom. Cette participation a été étudiée à travers les activités de comités de gestion. Nous citons:

- \* la gestion des dépôts de médicaments essentiels et génériques;
- \* le financement des activités de formation sanitaires de Gorom-Gorom, Déou et Markoye;
- \* La prise en charge des personnes démunies;
- \* les discussions sur les résultats du Monitoring.

L'approche participative a caractérisée la participation communautaire dans le district sanitaire de Gorom-Gorom.

L'Initiative de Bamako constitue une aubaine pour une interaction active entre la population et les services de santé. Elle se présente comme un espoir pour l'amélioration de la santé des populations du district sanitaire de Gorom-Gorom.

## **9 - RECOMMANDATIONS**

## 9 - RECOMMANDATIONS

### Au Ministère de la santé:

1 - Reprendre le processus de sensibilisation de la population sur l'Initiative de Bamako au niveau des formations sanitaires de Gorom-Gorom, Déou et Markoye et l'étendre si possible à tous les villages relevant de leurs aires sanitaires:

2 - Créer un cadre de concertation entre l'équipe cadre de district, les comités de gestion, les équipes de santé et l'autorité administrative;

3 - Procéder au renouvellement du comité de gestion de Gorom-Gorom par des élections qui seront supervisées par l'autorité administrative;

### A l'équipe cadre de district

4 - Elaborer un règlement intérieur pour les comités de gestion;

5 - Faire participer les comités de gestion à la commande des médicaments essentiels et génériques au niveau de la Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels et Génériques (CAMEG);

6 - Superviser les activités des comités de gestion tous les six mois;

7 - Réviser le contrat tripartite ECD/SCF/UGVO.

### Aux comités de gestion

8 - Elaborer et appliquer le budget de fonctionnement;

9 - Tenir des Assemblées de population qui seront animées par l'équipe cadre de district une fois par an.

## 10 - BIBLIOGRAPHIE

1 Adele M.E. Jones:

La participation populaire aux programmes de santé communautaire.  
Forum mondial de la santé .1993; vol 14:178 - 183

2 - Brian A.S

Comment financer la santé pour tous. 1992; vol 12:78-80  
Forum mondial de la santé .1992; vol 12: 78 - 80

3 - Community Financing of Health in Africa  
Evaluation of the Bamako Initiative Soe.Sei.Med  
1993; Vol 36: 1383 - 1386

4 - Décret n° 92-127/SAN/ASF du 12 Mai 1992 portant création  
d'une Centrale d'Approvisionnement en Médicaments Essentiels  
Génériques (CAMEG)

5 - Décret n° 93-001/PRE/MFPL/SASF/MAT du 28 Janvier 1993  
portant autonomie de gestion des formations sanitaires  
périphériques de l'Etat

6 - DIALLO I, Ly A, SAKHO C

La « Tontine Motos » des comités de santé Sénégalais  
Forum Mondial de la santé 1995; Vol 16: 267 - 269

7 - Ferrhino P, Robb D, Cornielje H, Rex G.

L'apport des soins de santé primaires au développement  
communautaire.

Forum mondial de la santé. 1993; vol 14:173 177.

8 - Fontaine D.

Centre International de l'Enfance

Evaluer les actions de santé dans le Tiers-Monde . 1992;198:64p

9 - Freyens P, Mbakuliyemo N, Martin M.

Comment le personnel de santé conçoit-il la participation  
communautaire.

Forum mondial de la santé 1993; Vol 14 :276 - 280

10 - Gbedenou P Yaro M, Flourey B, Josse R, N'Diaye JM, DIALLO  
S. L'Initiative de Bamako, espoir ou illusion ? Réflexion autour de  
l'expérience Béninoise.

Cahier de santé 1996; 4 :281 - 288

11 - Guy C.

Le financement des soins de santé par la collectivité  
Forum mondial de la santé 1988; Vol 9: 220 - 226

12 - Knippenberg R, Levy-Bruhl D, Osseni R, Drame K  
- Centre International de l'Enfance, Initiative de Bamako:  
Expérience des Soins de Santé Primaires  
L'enfant en Milieu Tropical.1990;184/185: 94p

13 - Ministère de la santé, de l'action sociale et de la famille  
Document national sur le renforcement des soins de santé  
primaires au Burkina Faso (projet de démarrage de l'IB) DEP  
Oct 1992;73p

14 - NACOULMA D, SANOU A, Mise en oeuvre de l'Initiative de  
Bamako dans le district sanitaire de Houndé: Bilan de 5 mois de  
fonctionnement au centre de santé et de promotion sociale de  
Koumbia  
Communication aux journées scientifiques de Bobo-Dioulasso 06-09  
Avril 1994.

15 - NACOULMA D, SANOU A, Petit Jean F, SAWADOGO S  
Une Expérience de mutuelle sanitaire en Zone rurale au  
Burkina Faso  
Communication au colloque de Bamako sur les innovations en  
matière de santé 16 - 18 Février 1995;8p.

16 - NIKIEMA D.M.M

Analyse critique du processus de planification de l'Initiative de  
Bamako dans la province de l'Oudalan. Burkina Fao. 1994;84p

17 - O.M.S

Essential Drugs Monitor  
O.M.S. Genève,1995; 9:28p

18 - Ounawan N.

Un partenariat pour la santé communautaire  
Forum mondial de la santé 1994; Vol 14 :184 -187

19 - Pangu W, Lerberhe V.

Auto financement et auto gestion des services de santé de base.  
Forum mondial de la santé 1990 ;Vol 11:130-132

20 - Rifking B. S

Participation communautaire aux programmes de santé maternelle et infantile.

Planification familiale. Genève, 1990; 64p

21 -Tanahashi H

Health service coverage and its evaluation

O.M.S Genève , 1978; 295-303

22 - Unicef

Initiative de Bamako Ouagadougou Octobre 1990;19p

## 11- ANNEXES

## QUESTIONNAIRE POUR TOUS LES MEMBRES DES COMITES DE GESTION

Date:

Fonction de l'enqueté :

Localité :

Niveau d'instruction:

Alphabétisé en :

A. Mise en place du comité de gestion .

Depuis quand êtes-vous membre du comité de gestion? \_\_\_\_\_

Comment avez-vous été désignés? Population \_\_\_\_\_ équipe cadre de district \_\_\_\_\_ autorité administrative \_\_\_\_\_

autre(preciser) \_\_\_\_\_

Avez-vous été tous formés pour l'utilisation des outils de gestion pour le fonctionnement du Comité de Gestion? oui \_\_\_\_\_ non \_\_\_\_\_

Citer les outils de gestion:

### B. Fonctionnement

Le comité de gestion tient-il des réunions? oui \_\_\_\_\_ non \_\_\_\_\_

Si oui, preciser le nombre de fois dans les derniers six mois :

Participez-vous aux réunions du comité de gestion? oui \_\_\_\_\_ non \_\_\_\_\_

Si oui, combien de fois dans les derniers six mois ?

Y a-t-il des réunions du comité de gestion avec l'équipe cadre de district? oui \_\_\_\_\_ non \_\_\_\_\_

Si oui, quelle est la frequence?

Quelles sont les activités que vous avez menées avec l'équipe cadre de district ?

Est-ce que le comité de gestion fait des comptes-rendus à la communauté? oui \_\_\_\_\_ non \_\_\_\_\_

Si oui, quels sont les sujets évoqués?

Si non ,pourquoi? \_\_\_\_\_

Quels sont les differents types de problèmes rencontrés par le Comité de Gestion?

Par rapport aux membres \_\_\_\_\_

Par rapport au CSPS \_\_\_\_\_

Par rapport à la population \_\_\_\_\_

Par rapport à l'équipe cadre de district \_\_\_\_\_

A votre avis pourquoi y a-t-il des problèmes? \_\_\_\_\_

A qui appartient l'argent collecté? (consultation,soins,vente de MEG)

\_\_\_\_\_

Qu' est-ce que l'on fait de cet argent ?

Qui verifie la gestion financière du dépôt MEG? \_\_\_\_\_

Avez-vous un budget pré -établi? Oui \_\_\_\_\_ Non \_\_\_\_\_

Qui ordonne les dépenses? \_\_\_\_\_

Qui effectue les dépenses? \_\_\_\_\_

Avez-vous un compte bancaire? oui \_\_\_\_\_ non \_\_\_\_\_ nsp \_\_\_\_\_

Connaissez-vous des gens qui paient pour leurs soins? oui \_\_\_\_\_ non \_\_\_\_\_

Si oui, que faites-vous pour les gens qui paient pas? \_\_\_\_\_

## QUESTIONNAIRE POUR TOUS LES MEMBRES DE L'EQUIPE CADRE DE DISTRICT

Qualification de la personne interrogée:

Dépuis quand exercez-vous dans la province de l'Oudalan?

Date de la mise en place de l'équipe cadre de district: \_\_\_\_\_

Tenez-vous des réunions avec l'équipe cadre de district ? oui \_\_\_\_\_ non \_\_\_\_\_

Si oui, quelle est la fréquence?

Y a-t-il eu des réunions avec les comités de gestion de Gorom Gorom, Markoye et Deou ?

oui \_\_\_\_\_ non \_\_\_\_\_

Si oui, quelle est la fréquence?

Quelles sont les difficultés rencontrées avec les Comités de Gestion?

Communication \_\_\_\_\_ Manque de Compétence \_\_\_\_\_

Manque de clarté par rapport aux tâches des uns et des autres \_\_\_\_\_

Manque de disponibilité des membres \_\_\_\_\_

D'autres (precisez) \_\_\_\_\_

Comment surmontez-vous ces difficultés?

Avez-vous des difficultés avec l'autorité administrative? oui \_\_\_\_\_ non \_\_\_\_\_

Si oui lesquelles:

\_\_\_\_\_

Y a-t-il un budget pour le comité de gestion? oui \_\_\_\_\_ non \_\_\_\_\_

Si oui, comment est-il élaboré et exécuté ?

\_\_\_\_\_

Existe-t-il un système de tarification? oui \_\_\_\_\_ non \_\_\_\_\_ Si

Si oui, qui a fixé les tarifs? comité de gestion ? \_\_\_\_\_ équipe cadre de district?

autre(preciser) \_\_\_\_\_

Connaissez-vous des gens qui ne paient pas pour leurs soins? oui \_\_\_\_\_ non \_\_\_\_\_

Si oui, que faites - vous devant les gens qui ne paient pas? \_\_\_\_\_

Avez-vous fait des séances de monitoring? oui \_\_\_\_\_ non \_\_\_\_\_

Si oui, sur quoi

## ENQUETE AUPRES DES INFORMATEURS-CLES.

Date: \_\_\_\_\_ localité

Nom de l'enquêteur:

Information sur l'informateur-clé:

Autorité administrative: \_\_\_\_\_

Imam: \_\_\_\_\_

Marabout: \_\_\_\_\_

D legu  de village \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Instituteur: \_\_\_\_\_  
groupeur \_\_\_\_\_

Responsable d'association ou de

Animateur \_\_\_\_\_

Autre:

### 1. Identité de l'enquêté

age: \_\_\_\_\_ sexe M \_\_\_\_\_ F \_\_\_\_\_

Depuis quand résidez-vous dans la province de l' Oudalan?

Depuis la naissance \_\_\_\_\_ mois \_\_\_\_\_ ans \_\_\_\_\_

Profession principale:  leveur \_\_\_\_\_ commerçant \_\_\_\_\_ fonctionnaire \_\_\_\_\_  
cultivateur \_\_\_\_\_ retraité \_\_\_\_\_ autre (préciser) \_\_\_\_\_

### 2. Participation à la gestion du centre de santé

a: Votre secteur a-t-il un représentant dans le comité de gestion ? oui \_\_\_\_\_  
non \_\_\_\_\_

Si oui, comment a-t-il été désigné? chef religieux \_\_\_\_\_ autorité  
administrative \_\_\_\_\_  
population \_\_\_\_\_ nsp \_\_\_\_\_

b: Le représentant participe- t-il aux réunions du comité de gestion? oui \_\_\_\_\_  
non \_\_\_\_\_

Le représentant participe- t-il aux réunions du comité avec l'équipe cadre de  
district?  
oui \_\_\_\_\_ non \_\_\_\_\_

c: Le représentant vous a-t-il informé des réunions avec le comité de gestion et  
l'équipe cadre de district  
oui \_\_\_\_\_ non \_\_\_\_\_

Si \_\_\_\_\_ oui, \_\_\_\_\_ sur \_\_\_\_\_ quel  
sujet \_\_\_\_\_

Et combien de fois avez-vous été informé durant les derniers 12 mois ?

## QUESTIONNAIRE POUR LES INFIRMIERS CHEF DE POSTE DES 3 FORMATIONS SANITAIRES D'ETUDE

Qualification de la personne interrogée:

Dépuis quand exercez-vous dans la province de l'Oudalan?

Date de la mise en place de l'équipe cadre de district: \_\_\_\_\_

Tenez-vous des réunions d'équipe cadre de district ? oui \_\_\_\_\_ non \_\_\_\_\_

Si oui, quelle est la fréquence?

Y a-t-il des réunions avec les comités de gestion de Gorom Gorom, Markoye et Deou ?

oui \_\_\_\_\_ non \_\_\_\_\_

Si oui, quelle est la fréquence?

Quelles sont les difficultés rencontrées avec les Comités de Gestion?

Communication \_\_\_\_\_ Manque de Compétence \_\_\_\_\_

Manque de clarté par rapport aux tâches des uns et des autres \_\_\_\_\_

Manque de disponibilité des membres \_\_\_\_\_

D'autres (precisez) \_\_\_\_\_

Comment surmontez-vous ces difficultés?

Avez-vous des difficultés avec l'autorité administrative? oui \_\_\_\_\_ non \_\_\_\_\_

Si oui lesquelles:

\_\_\_\_\_

Y a-t-il un budget pour le comité de gestion? oui \_\_\_\_\_ non \_\_\_\_\_

Si oui, comment est-il élaboré et exécuté ?

\_\_\_\_\_

Existe-t-il un système de tarification? oui \_\_\_\_\_ non \_\_\_\_\_ Si

Si oui, qui a fixé les tarifs? comité de gestion ? \_\_\_\_\_ équipe cadre de district?  
autre(preciser) \_\_\_\_\_

Connaissez-vous des gens qui ne paient pas pour leurs soins? oui \_\_\_\_\_ non \_\_\_\_\_

Si oui, que faites - vous devant les gens qui ne paient pas? \_\_\_\_\_

Avez-vous fait des séances de monitoring? oui \_\_\_\_\_ non \_\_\_\_\_

Si oui, sur quoi

## Les résultats du monitoring

Le monitoring des activités de soins a porté sur les nouvelles consultations curatives, les vaccinations infantiles et la surveillance de la grossesse. La période du monitoring a concerné le premier semestre de l'année 1995

**Tableau 12:** Synthèse des indicateurs de couverture.

	Vaccinations infantiles	Consultations prénatales	consultations curatives
Populations cibles	Enfants nés entre le 1er janvier 1995 et le 30 juin 1995	Femmes ayant accouché entre le 1er janvier 1995 et le 30 juin 1995	Population du département
Disponibilité	Pourcentage de temps sans rupture de stock de vaccin du PEV	Pourcentage de temps sans rupture de fer/acide folique et de chloroquine	Pourcentage de temps sans rupture de stock de médicaments courants (chloroquine, AAS, paracétamol, cotrimoxazole)
Accessibilité	% de la population cible vivant à moins de 5 km d'un centre fixe ou à 2km d'une stratégie avancée	Pourcentage cible de la population vivant à moins de 5 km d'un centre fixe	Pourcentage de la population vivant à moins de 5 km d'un centre fixe
Utilisation	% de la population cible ayant reçu au moins une dose de vaccin avant leur premier anniversaire	Pourcentage de la population cible ayant eu au moins une consultation prénatale	Pourcentage de nouvelles consultations curatives enregistrées
Couverture adéquate (DTCoq/P3)	% d'enfants complètement vaccinés avant 12 mois + respect des intervalles + respect de l'âge minimum	Pourcentage de la population cible ayant eu au moins trois consultations prénatales	Pourcentage de premiers contacts enregistrés ayant reçu le traitement prescrit et payé le traitement.
Couverture effective	Couverture adéquate multipliée par le score de qualité (nombre de jours de la période concernée - le nombre de jours de rupture / nombre de jours de la période concernée.	Couverture adéquate multipliée par le score de qualité des soins prénataux (mesure du périmètre abdominal, prévention anti-carence martial et palustre, recherche de HTA, d'albumine dans les urines.)	Pourcentage des premiers contacts enregistrés répondant à la couverture adéquate et ayant été traité selon l'ordinogramme

Source " *Enfant en milieu tropical N° 184* ".

Nous présentons ici les méthodes de calcul des déterminants

### **Monitoring des nouvelles consultations curatives**

Méthode de calcul

■ **Population cible:** population totale de l'année considérée divisée par 2.

- **Taux de disponibilité des ressources:** Pourcentage de temps sans rupture de stock de chloroquine, acide acétyle salicylique, paracétamol, cotrimoxazole.

$$\frac{\text{nombre de jours sans rupture en médicaments} \times 100}{\text{nombre de jours de la période concernée}}$$

**Taux d'accessibilité:** pourcentage de la population cible vivant à moins de 5 km d'un centre de santé.

$$\frac{\text{population cible vivant à moins de 5 km} \times 100}{\text{population cible}}$$

**Couverture adéquate:** pourcentage de consultants enregistrés ayant reçu le traitement prescrit et payé le prix correct par rapport à la population cible du monitoring.

**Couverture effective:** Pourcentage de consultants répondant aux critères de la couverture adéquate et ayant été traités selon le guide national de diagnostic et de thérapeutique par rapport à la population cible du monitoring

### **Monitoring de la consultation prénatale**

Méthode de calcul des taux de couverture

- **Population cible:** 5 % de la population totale de l'année considérée divisée par 2.

- **Taux de disponibilité des ressources:** Pourcentage de jours sans rupture de stock en fer/acide folique.

- **Taux d'accessibilité géographique:** Pourcentage de la population cible vivant à 5km d'un centre de santé .

$$\frac{\text{population cible vivant à 5km autour du centre de santé} \times 100}{\text{population totale}}$$

- **Taux d'utilisation des services:** Pourcentage de la population cible ayant eu une consultation prénatale.

$$\frac{\text{nombre de CPN1}}{\text{population cible}} \times 100$$

- **Taux de couverture adéquate:** pourcentage de la population cible ayant eu au moins trois CPN.

$$\frac{\text{nombre de CPN3}}{\text{nombre total de femmes enceintes}} \times 100$$

- **Taux de couverture effective:** Pourcentage de la couverture adéquate ayant reçu du fer à la consultation

$$\frac{\text{nombre de femmes ayant reçu du fer à la CPN3}}{\text{nombre de femmes ayant eu 3 CPN}}$$

### **Monitoring de la vaccination**

Méthode de calcul:

- **Population cible:** enfants de la tranche d'âge de 0 à 11mois (4.21% de la population totale du département au premier semestre 95)

- **Taux de disponibilité des ressources:** Pourcentage de temps sans rupture de stock de vaccins

$$\frac{\text{nombre de jours sans rupture en vaccin}}{\text{nombre de jours de la période concernée}} \times 100$$

- **Taux d'accessibilité:** pourcentage de la population vivant à 5 km d'un centre fixe de vaccination ou dans les villages de la stratégie avancée(SA)

- **Taux d'utilisation:** pourcentage de la population cible ayant reçu au moins une dose de vaccin avant l'âge de 1 an

$$\frac{\text{nombre de doses de BCG administrés}}{\text{population cible}} \times 100$$

- **Taux de couverture adéquate:** pourcentage de population cible ayant reçu le DTC/P3

$$\frac{\text{nombre de doses de DTC/P3}}{\text{population cible}} \times 100$$

- **Taux de couverture effective:** pourcentage d'enfants de la couverture adéquate vaccinés avec du vaccin stocké dans de bonnes conditions.

nombre de doses de DTC/P3 x % de temps sans rupture de la chaîne de froid ( nombre de jours de la période concernée - nombre de jours de rupture divisé par le nombre de jours de la période concernée)

## SERMENT D'HIPPOCRATE

« **E**n présence des Maîtres de cette Ecole et de mes chers condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité et dans l'exercice de la médecine.

**J**e donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai pas de salaire au dessus de mon travail.

**A**dmis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les moeurs, ni favoriser les crimes.

**R**espectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

**Q**ue les hommes m'accordent leur estime, si je suis resté fidèle à mes promesses.

**Q**ue je soit couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque ».

## ANNEE 1998

---

JEAN-BAPTISTE ZONGO

### TITRE

Etude de la participation communautaire dans le cadre de l'Initiative de Bamako: Expérience du district sanitaire de Gorom-Gorom.(mars 1994-mars1996).

---

### RESUME

Nous avons mené une enquête, sur la participation communautaire dans le district de Gorom-Gorom au cours de la période allant du 2 mai 1996 au 28 juin 1996. Cette enquête, nous a permis d'interroger les membres des comités de gestion du CM de Gorom, du CM de Déou, du CSPS de Markoye; nous avons également interrogés des informateurs-clés, les membres de l'équipe cadre de district et les infirmiers-chef de poste des trois formations sanitaires d'étude.

Notre étude a été complétée par l'exploitation des documents existants portant sur les activités des trois formations sanitaires et celles des comités de gestion.

De notre étude, nous retenons que:

- Les communautés à travers les comités de gestion, ont assuré la gestion des MEG au niveau du district sanitaire de Gorom-Gorom.
- Les frais locaux de fonctionnement des formations sanitaires ont été pris en charge par les comités de gestion.
- La prise en charge des personnes démunies par les comités de gestion.

Cette étude permet d'affirmer que la participation des communautés aux activités de l'IB était effective dans le district sanitaire de l'Oudalan.

---

**MOTS CLES:** Initiative de Bamako, participation des communautés, comités de gestion, district sanitaire, formations sanitaires, Burkina Faso.