

## Programme de soutien à la mise en place de l'Initiative de Bamako : analyse de la création de huit aires de santé, province de la Gnagna (Burkina Faso)

Jean-Luc Condamine, Stéphanie Artigues, Sophie Midol,  
Karine Buisset et l'équipe ASI-Burkina  
(Actions de solidarité internationale)

L'Initiative de Bamako [1] a été proposée en 1987 par l'OMS et l'UNICEF et adoptée par l'ensemble des ministères de la Santé de la région sahélienne.

Prenant acte de l'impossibilité de financer un système de soins gratuit dans les conditions économiques actuelles [2], elle vise à organiser un système de soins pérenne et autonome sur le plan financier. L'Initiative de Bamako est donc une stratégie de renforcement des soins de santé primaire, par une meilleure prise en charge de la santé par les populations. Il s'agit alors, pour les populations, de participer au recouvrement des coûts (paiement des médicaments et des prestations de santé, mise en place d'activités génératrices de revenus) mais aussi à l'organisation et à la gestion des soins de santé [3].

Ce projet centre son activité sur les aires de santé, à savoir une structure sanitaire et les quinze-vingt villages qui lui sont rattachés [4].

Actions de solidarité internationale (ASI) est une ONG française de développement qui travaille dans une perspective d'appui aux initiatives locales dans les

domaines de la santé et du développement rural. Elle est implantée dans la province de la Gnagna depuis 1985 et l'appui à la mise en place de l'Initiative de Bamako était une suite logique aux programmes santé antérieurs. Le but de ce travail est donc, après une courte présentation de la province et de sa situation sanitaire, de définir la méthodologie de mise en place des aires de santé, d'analyser ce processus et ses premiers résultats tant dans ses points forts que dans ses insuffisances.

### Terrain et acteurs

#### Province de la Gnagna

Son chef-lieu est Bogande (8 500 habitants), situé à 250 km au nord-est de Ouagadougou.

Elle regroupe sept départements et 276 villages. Sa population était estimée en 1996 à 325 000 habitants. Son taux de scolarisation était lui estimé en 1996 à 11,7 % et son taux d'alphabétisation à 6 %.

#### Situation sanitaire et bases du programme

Au Burkina Faso les structures sanitaires de base des aires de santé sont les CSPS : centre de santé et de promotion sociale. La province de la Gnagna représente un district sanitaire comprenant dix-neuf

CSPS. Un centre médical avec antenne chirurgicale et maternité est situé à Bogande.

En 1994, un certain nombre de problèmes prioritaires ont été mis en évidence : la baisse du taux d'utilisation des services de santé, la faiblesse de l'accessibilité géographique, physique et financière aux médicaments, la faiblesse de la consultation des enfants de 0 à 5 ans, l'importance des enfants de petits poids à la naissance, la baisse de la couverture vaccinale, le faible taux de fréquentation des femmes en consultation prénatale, la faible couverture obstétricale, l'importance de la mortalité maternelle.

### Programme d'appui à la mise en place de l'Initiative de Bamako

C'est dans ce contexte que la mise en place de l'Initiative de Bamako a été décidée au niveau de la province dans le cadre d'une politique nationale. Une convention de travail entre l'association ASI et la direction provinciale de la santé a été passée, confiant à ASI le soutien au développement de huit aires de santé sur le futur district, un programme de 3 ans, la direction provinciale de la santé puis l'équipe cadre du district qui lui a succédé assu-

Équipe santé mission ASI-Burkina Faso :  
Kondjoa Tankoano responsable technique,  
Fatimata Madiéga, Gandjoa Bougma,  
Ousmane Lankoande, Samuel Mano  
agents de développements.  
ASI : 5, rue Lebon, 75017 Paris.

Tirés à part : J.-L. Condamine

**Tableau 1**

**Les huit aires de santé du programme**

	Kodjéna	Dinalaye	Botou	Bilanga	Liptougou	Manni	Diabatou	Dipienga
Date de création de l'aire	1995	1995	1996	1996	1996	1997	1997	1997
Population de l'aire de santé	14 900	13 200	8 000	22 100	13 800	18 600	6 700	15 800
Nombre de villages	16	13	17	24	21	16	13	14

The 8 health districts of the program

rant la mise en place des aires de santé sur le reste du district soit onze aires.

L'équipe responsable du projet pour l'ASI était composée d'un coordinateur projet volontaire expatrié, d'un responsable technique burkinabé, et de quatre agents de développement (nous reviendrons sur leur rôle).

**Présentation des huit zones choisies (tableau 1)**

Les huit aires de santé ont concerné les zones où l'implantation du programme était la plus lourde ou la plus complexe du fait des conditions locales. Le programme de mise en place s'est fait sur deux aires de santé en 1994/1995 et trois aires par an pour les deux dernières années du programme. Elles regroupent 134 villages pour une population de 115 000 habitants environ.

**Processus de mobilisation et mise en place des structures communautaires**

Les comités de gestion des aires de santé sont constitués selon une méthodologie bien précise, qui avait été élaborée au préalable par l'équipe d'ASI en partenariat avec l'ONG CLUSA (ONG américaine).

L'ensemble de ce processus de mobilisation communautaire, que l'on peut regrouper en trois phases principales, a été synthétisé dans un guide méthodologique :

- un stage d'immersion pour les agents de développement d'ASI dans l'aire de santé où ils sont affectés afin d'acquérir une connaissance du milieu ;
- le processus de contact avec la communauté, consistant en la tenue d'assemblées générales de sensibilisation et de

présentation du programme au niveau des villages de la future aire de santé ;

- les ateliers de constitution des comités de gestion et des structures intervillageoises (ces dernières rassemblent deux représentants de chaque village et assurent le contrôle des comités de gestion).

L'ensemble du processus se déroule sur une période d'environ 5 mois, au cours de la saison sèche (novembre à juin) (figure 1). Le comité de gestion élu par la structure intervillageoise se compose d'une dizaine de membres : un président et un vice-président, un trésorier et son adjoint, deux commissaires aux comptes, un ou deux responsables à l'information, le responsable de la formation sanitaire, un ou deux secrétaires.

**Activités du comité de gestion**

Les comités de gestion sont chargés de mettre en œuvre l'autonomie de gestion du CSPS. Il s'agit bien entendu d'un apprentissage progressif qui se focalise dans un premier temps sur la gestion du dépôt pharmaceutique, pour s'ouvrir ensuite à des préoccupations concernant la tarification des actes médicaux, l'entretien et le fonctionnement courant du dispensaire mais aussi la gestion des pro-

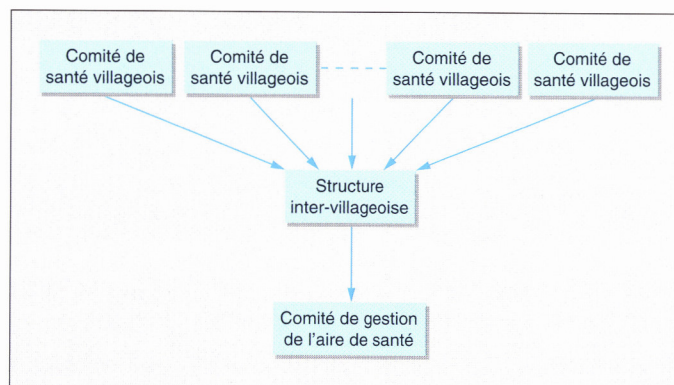
blèmes de santé relatifs à toute l'aire. Par ailleurs, tous les 2 mois, ils présentent à la structure intervillageoise le bilan des activités menées, le bilan financier de la vente des médicaments et des actes médicaux, ainsi que les dépenses effectuées.

**Rôle de l'agent de développement d'ASI**

Nonobstant leur rôle dans le processus de constitution de l'aire, les agents de développement d'ASI accompagnent les comités de gestion. Chacun va faciliter l'articulation avec l'équipe de santé, appuyer le gérant du dépôt dans sa gestion et dans sa collaboration avec le comité ; à la demande des comités, organiser des formations internes, appuyer le trésorier dans la gestion financière, et le comité dans ses démarches administratives.

**Création des dépôts pharmaceutiques**

Part essentielle de l'aire de santé, le dépôt pharmaceutique doit pouvoir assurer dès l'ouverture de l'aire une réponse cohérente à ses besoins en médicaments.



**Figure 1.** Le schéma de constitution des comités de gestion.

**Figure 1.** Schematic representation of the selection of management committees

Seuls les médicaments essentiels et génériques sont utilisés en conformité avec les choix stratégiques du pays et de l'OMS. Le cheminement est le suivant : le dépôt est construit, puis le gérant est choisi par le comité et formé. Le dépôt est équipé par l'ASI, la dotation initiale en médicaments est acheminée et, enfin, les outils de gestion du dépôt sont mis en place. Le prix des médicaments vendus est fixé en accord avec la liste nationale et comprend le calcul d'une marge bénéficiaire permettant le recouvrement des coûts de fonctionnement : salaire du gérant, frais de fonctionnement, renouvellement du stock, constitution d'un fond de réserve pour le CSPS, entretien du bâtiment. La majorité des médicaments ne sont délivrés que sur ordonnance.

## Suivi des comités de gestion

Après la phase initiale de création de l'aire, un travail de suivi et d'accompagnement est entrepris. Il repose sur les actions de formation, de promotion de la santé, de concertation et les activités génératrices de revenus.

- *La formation (tableau 2).* Elle s'est concrétisée par la mise en place d'un programme de formation des membres des comités de gestion tant sur les domaines techniques de gestion que sur des domaines plus généraux d'organisation et de formation santé. Ils ont permis d'améliorer la qualité de gestion et de prise en charge des comités de gestion. Ils nous semblent un élément fondamental dans l'évolution vers l'autonomie des comités.

- *Les actions de promotion de la santé.* Les comités ont pris en compte ce type d'actions dans la deuxième année de leur existence après avoir déjà affermi leur gestion et leur fonctionnement. Les thèmes ont été soit intégrés à des campagnes nationales comme les journées nationales de vaccination (séances d'information et de sensibilisation), soit associés à l'amélioration des CSPS (nettoyage, embellissement, hygiène de l'eau), soit enfin abordés lors de tournées de sensibilisation dans les villages (deux aires de santé) sur les thèmes de la diarrhée des enfants, la malnutrition, la planification familiale, la consultation prénatale, l'importance des médicaments essentiels et génériques. Dans deux aires, enfin, les comités de gestion ont mis en place une vente de farine enrichie destinée au sevrage des enfants.

- *Les actions de concertation.* Trois comités de gestion ont décidé d'instaurer une concertation de zone afin de développer des échanges sur leurs activités et les problèmes rencontrés.

Deux rencontres entre l'ensemble des comités de gestion ont eu lieu en 1997 permettant d'aborder des questions d'intérêt commun et débouchant sur la création d'un cadre de concertation inter-comités réunissant les dix-huit comités de gestion, les équipes de santé, l'équipe cadre du district et l'équipe d'ASI.

- *La mise en œuvre d'activités génératrices de revenus (AGR).* Si les recettes du dépôt pharmaceutique et de la tarification des actes médicaux suffisent à renouveler le stock de médicament et à assurer la prise en charge de certains frais de fonctionnement du CSPS, les comités n'en ont pas moins ressenti la nécessité d'initier des activités leur permettant de renforcer leurs fonds de roulement, mais aussi de pouvoir financer des actions de promotion de la santé.

Ces projets permettront aussi d'envisager une motivation financière des membres,

qui sont tous bénévoles, essentielle à la pérennité du processus. Ces projets, en termes d'investissements, sont soit directement financés par l'ASI, soit relayés sur une autre structure d'appui. Les activités génératrices de revenus ne constituent pas une fin en soi, mais un support financier permettant au comité de gestion de financer son fonctionnement (sans prélever sur les recettes issues du dépôt et de la tarification) et d'initier des actions de promotion de la santé au niveau des villages, ce qui demande un minimum de fonds propres.

## Résultats

### Mobilisation communautaire (tableau 3)

Elle a été relativement importante. Le pourcentage de la population impliquée est élevé puisque, rapporté à l'ensemble de la population, il a varié entre 7 et

Tableau 2

#### Programme de formation réalisé en 1997

Domaine	Thèmes
Animation	Préparation d'une animation et d'une session de formation Conduite de réunion Techniques d'auto-critique
Organisation	Rôles et fonctions des membres du CG Organisation du travail de groupe
Programmation	Programmation des activités
Suivi-évaluation	Bilans d'activités Comment capitaliser les activités ?
Gestion des stocks	Les MEG et leur circuit Comment contrôler la gestion des stocks ? Inventaire des MEG
Gestion financière	Remplissage et utilisation des outils de suivi Techniques de contrôle Budget prévisionnel Rapports mensuels de trésorerie Compte de résultat
AGR/ILD	Élaboration de projet Outils de gestion pour les AGR
Santé	Initiative de Bamako Soins de santé primaires
Échanges	Élaboration d'un canevas pour les comptes rendus des voyages d'études

Training program carried out in 1997

**Tableau 3**

**Analyse du processus de mobilisation communautaire**

	Kodjéna	Dinalaye	Botou	Bilanga	Liptougou	Manni	Dipienga	Diabatou
Population mobilisée pour le processus	1 455	1 512	1 921	2 777	2 033	1 472	1 800	1 769
Pourcentage de la population	9,76	12	24	13	15	8	7	26
Répartition H/F (%)	73/27	51/49				50/50	61/39	
Nombre d'assemblées générales	16	14	19	26	23	18	17	22

Analysis of the process of community mobilization

25%. En fait, il peut être évalué entre 50 et 75 % de la population active des villages de l'aire. Il est important de noter, pour les trois dernières aires, l'augmentation de la fréquentation par les femmes des assemblées villageoises avec l'élection de femmes dans le comité de gestion.

**Approvisionnement en médicaments**

L'amélioration de l'accessibilité géographique et financière des médicaments ne fait aucun doute, puisque les dépôts ont été construits dans l'enceinte de chaque CSPS et qu'ils sont dotés de médicaments essentiels et génériques. L'analyse des coûts (1997) faite entre le dépôt communautaire et les pharmacies privées

montre que les coûts du dépôt privés sont entre 20 et 23 % plus chers (comparaison MEG/spécialités sur les 13 items les plus vendus; moyenne : 292%).

L'analyse des résultats financiers (figure 2), à laquelle nous avons fait référence plus haut, fait apparaître des résultats annuels très positifs, allant de 1 912 191 F CFA à 3 970 392 F CFA, avec une moyenne sur les cinq dépôts de 2 950 000 F CFA (1 FF = 100 F CFA). Les différences de résultat entre les aires peuvent s'expliquer par les différences en termes de population couverte. Les dépôts recouvrent leurs frais de fonctionnement et dégagent des bénéfices importants. Cependant, dans ces résultats, sont mal pris en compte les salaires des personnels para-médicaux du CSPS qui sont pris en charge par l'État (fonctionnaires).

Pour permettre aux comités de gestion de passer à l'étape de la gestion prévisionnelle, l'accent a porté sur l'élaboration de budgets prévisionnels.

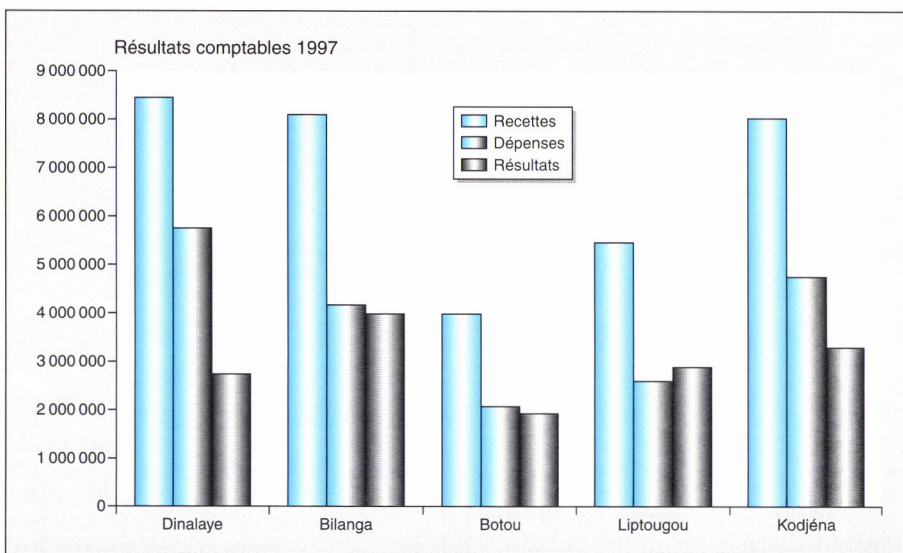
**Activités génératrices de revenus**

À fin 1997, trois aires de santé avaient mis en route ce type de projet (tableau 4).

La plupart de ces projets, au-delà de leur aspect générateur de revenus, correspondent à des préoccupations majeures des populations telles que la sécurité alimentaire (banque de céréales), l'amélioration des apports nutritionnels (poissons) et l'accès au carburant en zone enclavée (vente de carburant). On ne dispose pas réellement d'acquis dans ce domaine, aussi nous considérons qu'il s'agit d'une phase de recherche-action, qui permettra d'évaluer ce qui est possible et souhaitable de faire.

**Résultats en matière de santé**

Les indicateurs retenus dans chaque aire de santé ont été le nombre d'accouchements, le nombre de consultations prénatales, le nombre total de consultations au CSPS, ceci en fonction des résultats de l'enquête de priorité de 1994. Seules les cinq premières aires créées ont été prises en compte. Cependant, le recul de suivi de ces indicateurs est encore trop faible pour donner des indications significatives. Nous ne pouvons parler ici de tendances que seul le suivi sur plusieurs années permettra de confirmer (les résultats sont résumés dans les figures 3, 4 et 5). Ce relevé fait apparaître des taux



**Figure 2.** Résultats des dépôts pharmaceutiques en francs CFA.

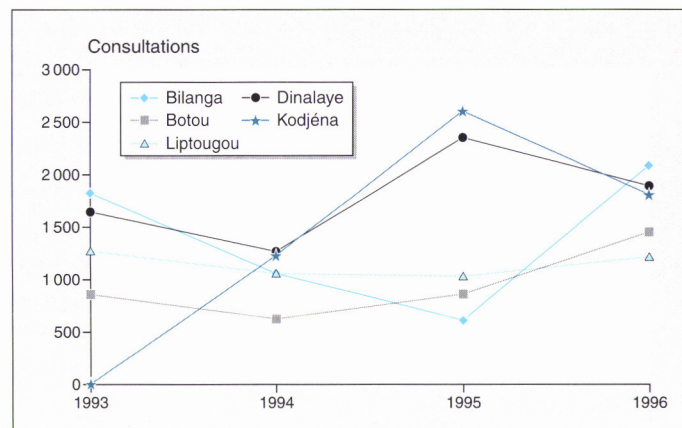
**Figure 2.** Results for the pharmaceutical warehouses (in Francs CFA)

**Tableau 4**

**Activités génératrices de revenus**

Comité de gestion	Nature de l'activité	Date de démarrage	Montant estimé en FF	Bailleur de fonds sollicité
Kodjéna	Banque de céréales	Novembre 97		PSAN
	→ magasin de stockage		32 000	
	→ stock initial		32 500	ASI
Kodjéna	Commercialisation d'arachides	Janvier 97	26 000	PSAN
Dinalaye	Point vente de carburant	Avril 97	3 500	ASI
Bilanga	Point vente de poisson	Octobre 97	3 600	ASI
Liptougou	Vente de sous-produits agro-industriels	Décembre 97		PSAN
	→ magasin de stockage		30 000	
	→ stock initial		20 000	

Revenue-generating activities



**Figure 3.** Activité de consultations.

**Figure 3.** Consultations activity

qui sont faibles. De façon générale, on note que la mise en place de l'Initiative de Bamako fait surtout évoluer les indicateurs de fréquentation au début, grâce à la mise en place du dépôt pharmaceutique.

Mais l'amélioration de la fréquentation dépend ensuite d'autres déterminants tels que l'accueil des malades, la qualité des prestations (capacité de diagnostic et de traitement) et l'adéquation entre les services offerts et la demande.

**Discussion/évaluation**

La mise en œuvre de l'Initiative de Bamako est quelque chose de relativement nouveau au Burkina. Nous ne disposons pas d'un « cheminement standard » et

beaucoup de problèmes pratiques ou conceptuels ne sont pas encore résolus au niveau national.

**Principales difficultés liées au processus**

Elles sont principalement liées au caractère novateur du programme et de l'Initiative de Bamako en général. Ainsi, sur un plan général :

- la démarche reste à construire au fur et à mesure de sa mise en pratique, d'où une maîtrise difficile pour les agents de développement ;
- les membres des comités de gestion expérimentent une situation totalement nouvelle, et ils auraient tendance à se décharger sur l'agent de développement d'ASI ;

- le positionnement des agents de développement entre le comité de gestion et l'équipe de santé est parfois délicat.

Concernant la mise en place du dépôt pharmaceutique et la tarification des actes médicaux, certains points sont à relever :

- il n'existe pas d'antécédents en la matière : le choix des critères de tarification est alors un peu arbitraire, le prévisionnel recette (dépôt/tarification) est difficile à évaluer et une importance particulière doit être donnée au fait de ne pas toucher au fond de réserve permettant de renouveler le stock de médicaments [5] ;
- la mise en pratique des cours théoriques reçus par le gérant révèle parfois quelques surprises ;
- la réceptivité des infirmiers, encore peu formés à l'utilisation et à la prescription des médicaments essentiels et génériques, n'est pas toujours acquise d'emblée ;
- la fiabilité de l'approvisionnement en médicaments reste incertaine.

Enfin sur un plan global on peut relever :

- une représentation difficile des femmes qui disent, au vue de leurs occupations, pouvoir participer aux structures villageoise mais non à la structure intervillageoise ni au comité de gestion ;
- le choix d'une structure intervillageoise : celle-ci est importante de par sa représentativité, mais s'avère assez lourde à gérer (plus d'une trentaine de personnes issues de tous les villages de l'aire) ;
- sur certaines zones, le niveau de scolarisation est très faible, ce qui complique sérieusement le choix d'un gérant ;
- l'aire d'intervention d'ASI couvre 134 villages : les comités de gestion et les équipes de santé pourront-ils réellement mener des programmes de promotion de la santé sur cette zone ? Les activités génératrices de revenus pourront-elles réellement constituer un des supports pour ces actions ?

Nous n'avons pas la certitude d'une réponse positive mais à l'heure actuelle, à moins d'un apport massif de fonds et de ressources humaines, quelles alternatives pouvons-nous proposer pour une prise en charge des problèmes de santé ? On rejoint ici le débat général sur la pertinence de la participation communautaire en matière de santé [6].

**Réflexion sur la viabilité du programme**

À ce sujet, certains points nous paraissent facteurs d'optimisme :

- le contexte général de l'intervention

d'ASI se situe dans celui de l'appui à l'auto-promotion. Aussi, les résultats obtenus au niveau des comités de gestion sont le fruit de leur propre cheminement et du temps de maturation nécessaire à une réelle appropriation ;

- les structures communautaires mises en place reposent sur de solides bases organisationnelles, et on observe une bonne collaboration entre les différents niveaux (structure villageoise/intervillageoise/comités de gestion) ;

- l'indépendance financière des comités de gestion ;

- l'autonomisation, vis-à-vis de l'agent de développement d'ASI, des premiers comités mis en place ;

- le contexte de cohésion sociale qui accompagne l'ensemble du processus.

En revanche, certains points devront faire l'objet d'une attention particulière au cours de la deuxième phase du programme :

- la faible représentation des femmes ;

- la capacité des comités à mettre en œuvre des actions de promotion de la santé et des activités génératrices de revenus, grâce à un apport de compétences appropriées ;

- les impératifs de capitalisation des acquis, au niveau des comités de gestion, afin d'assurer une transmission optimale lors de la rotation des membres ;

- les mesures d'accompagnement visant à maintenir la motivation des membres du comité de gestion : la motivation financière est jugée incontournable par les comités de gestion, qui testent actuellement un système de prime (uniformisé sur tout le district) [7] ;

- l'adhésion des équipes de santé à ce nouveau mode de gestion de l'aire de santé [8] ;

- la capacité du dépôt répartiteur provincial et des structures nationales à approvisionner correctement les dépôts pharmaceutiques.

## Conclusion et perspectives

En l'état actuel, nous pouvons globalement conclure à la pertinence de l'Initiative de Bamako [9].

De plus, l'extension progressive du programme sur les aires aura permis d'en confirmer et d'en améliorer la reproductibilité.

Nous pouvons proposer ici une synthèse des principaux acquis du programme :

## Summary

### Support program for the implementation of the Bamako Initiative: analysis of the creation of eight health districts, Gnagna Province (Burkina Faso)

J.L. Condamine *et al.*

*The implementation of the Bamako initiative is a central pillar of the health policy of Burkina Faso. The NGO, ASI, working with the health authorities, has set up a program involving the creation of eight health districts in the province of Gnagna. The program covers a population of 115,000 inhabitants in 134 villages and was progressively established between 1994 and 1997. The health districts were set up in phases (2 in the first year and 3 in each of the following two years). The method used to select the members of the village management committees is one of the key aspects of the program. It required a large amount of effort to increase the awareness of villages, and much activity because each committee is elected by the various villages of the district. The training of the managers of these committees and of the managers of the pharmaceutical warehouses in each district is also a key element.*

*In our initial assessment, we noted balance in the accounting of the pharmaceutical warehouses of each district, adhesion of the population to the program, dynamics in the management committees and, above all, the autonomy of the committees. The first results in terms of health are very fragmentary and difficult to interpret because the program has been running for such a short time. We considered the long-term elements of the program, the necessity to set up a system for monitoring activities and the quality of care. An initial assessment showed a clear improvement in the availability of drugs in the 8 districts. Health promotion activities have not yet been developed in these districts. This type of program requires the follow up and support of the management committees, and will be the object of the second phase, begun in 1998.*

*Cahiers Santé 1999, 9: 305-311.*

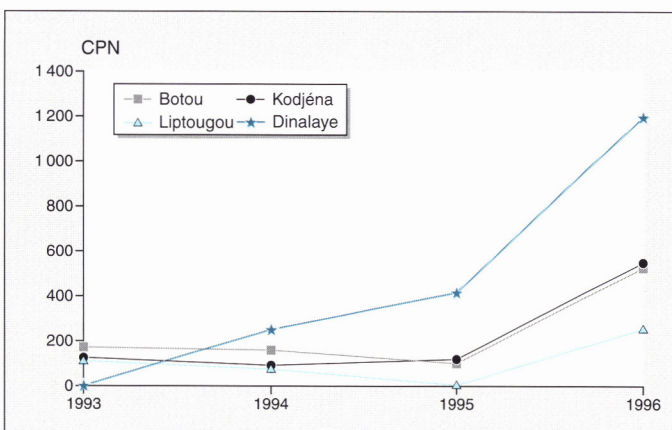


Figure 4. Activité de consultations post-natales.

Figure 4. Postnatal consultations activity

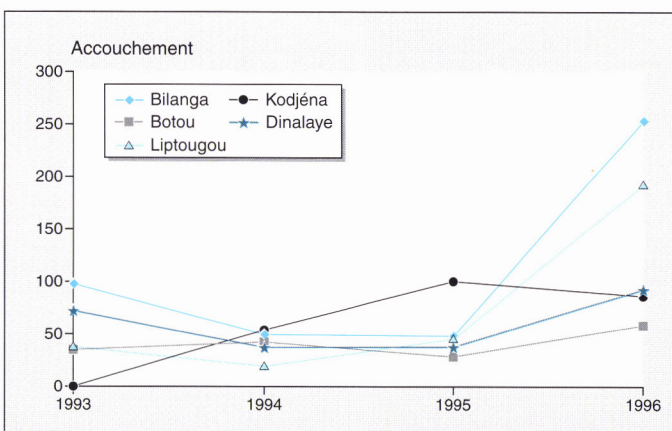


Figure 5. Activité d'accouchements.

Figure 5. Deliveries

- l'adhésion et la participation des communautés à l'accomplissement du programme;
- la nette amélioration de l'accessibilité géographique et financière aux médicaments;
- la mise en place de la tarification des actes médicaux, qui permet de subvenir aux besoins de la formation sanitaire;
- une meilleure participation des villages aux activités des CSPS;
- une bonne compréhension par les comités de gestion de leur rôle et de leurs différentes fonctions [10].

Cette première phase doit être considérée comme un préalable qui aura permis de mettre en place et de structurer les comités de gestion, d'organiser l'autonomisation financière des structures sanitaires et de développer un réseau d'approvisionnement en médicaments essentiels et génériques. Il nous paraît primordial de prolonger cette action au cours d'une deuxième phase du programme qui devra permettre de pérenniser les acquis pour renforcer et compléter l'autonomisation des comités de gestion. Cette phase devra aussi pallier les insuffisances en renforçant le travail de suivi/supervision des équipes de santé [11] et évaluer l'impact du programme à long terme ■

## Références

1. Monekosso GL. *L'Initiative de Bamako. Quelques principes généraux*. Brazzaville: OMS, 1989; 9 p.
2. Renzi MM. *La crise économique, l'ajustement et l'Initiative de Bamako: le financement des soins de santé dans le contexte économique de l'Afrique subsaharienne*. Conférence Panafricaine sur le Financement des SSP. (Document de Travail); Kinshasa, ZR, 25-27 juin 1990.

3. McPake B, Hanson K, Mills A. Community financing of health care in Africa: an evaluation of the Bamako Initiative. *Soc Sci Med* 1993; 36: 1383-95.
4. Bouillin D, Barban Y. La gestion communautaire des soins de santé primaires à Gashora (Rwanda): une application de « l'Initiative de Bamako ». *Santé Publique* 1993; 5 (1): 16-22.
5. Darras C, Van Lerberghe W, Mercenier RP. Le projet Kasongo. Une expérience d'organisation d'un système de soins de santé primaires. *Ann Soc Belge Med Trop* 1981; suppl. 60: 1-54.
6. Jarrett SW, Ofosu-Amaah S. Strengthening health services for MCH in Africa: the first four years of the « Bamako Initiative ». *Health Policy and Planning* 1992; 7: 164-76.
7. Mercenier P, Van Balen H, Nsambuka B, et al. Comment organiser un service de santé quand

les ressources sont limitées? L'expérience du projet Kasongo au Zaïre. *Med Afr Noire* 1986; 33: 373-89; bibliogr.: 389.

8. Taylor C. *Applications de la recherche sur les systèmes de santé*. Organisation mondiale de la santé, Genève, 1984 (cahiers de santé publique n° 78).
9. Knippenberg R, Levy-Bruhl D, Osseni R, et al. Initiative de Bamako: des expériences en soins de santé primaires. *Enfant en milieu tropical (L') (CIE)* 1990; 184-185: 1-94.
10. Newell K. La voie à suivre pour les systèmes de santé de district. *Forum Mondial de la Santé (OMS)* 1989; 10: 89-97.
11. Biberson P. L'Initiative de Bamako: la qualité des soins, seule garante de l'adhésion des populations. *Développement et Santé* 1992; 102: 28-30.

## Résumé

La mise en place de l'Initiative de Bamako est un axe central de la politique de santé du Burkina Faso. L'ONG ASI a mis en place, en lien avec les autorités sanitaires, un programme de création de huit aires de santé dans la province de la Gnagna. Le programme couvre une population de 115 000 habitants pour 134 villages. Il s'est déroulé de 1994 à 1997. La mise en place des aires de santé a été faite par phases successives (deux la première année puis trois les années suivantes). La méthodologie de constitution des comités de gestion villageois est un des points clés de ce programme. Elle nécessite un travail important de sensibilisation et d'animation auprès des communautés villageoises, puisque chaque comité est l'émanation élue des différents villages de l'aire. La formation des responsables de ces comités et des gérants des dépôts pharmaceutiques de chaque aire est l'autre point clé.

Un premier bilan nous permet de constater l'équilibre comptable des dépôts pharmaceutiques de chaque aire, l'adhésion des populations à ce programme, la dynamique des comités de gestion et surtout leur capacité d'autonomie. Les premiers résultats sur le plan sanitaire sont très fragmentaires et sont difficilement interprétables du fait du faible recul du programme. La discussion nous amène à considérer les éléments de pérennité de ce programme, la nécessité de mettre en place un suivi des activités (*monitoring*) et de la qualité des soins. Un premier bilan montre une indiscutable amélioration de l'accessibilité du médicament dans les huit aires. Il reste à développer au niveau des aires les activités de promotion de la santé. Ce type de programme nécessite un suivi et un appui des comités de gestion qui feront l'objet d'une deuxième phase entamée en 1998.