



**La chaîne
de l'espoir**

Ensemble, sauvons des enfants

Restitution d'étude

Appui à l'élaboration participative d'une stratégie opérationnelle visant à répondre aux besoins spécifiques en santé secondaire pour les populations vulnérables affectées par des crises humanitaires au Burkina Faso

21/05/2025



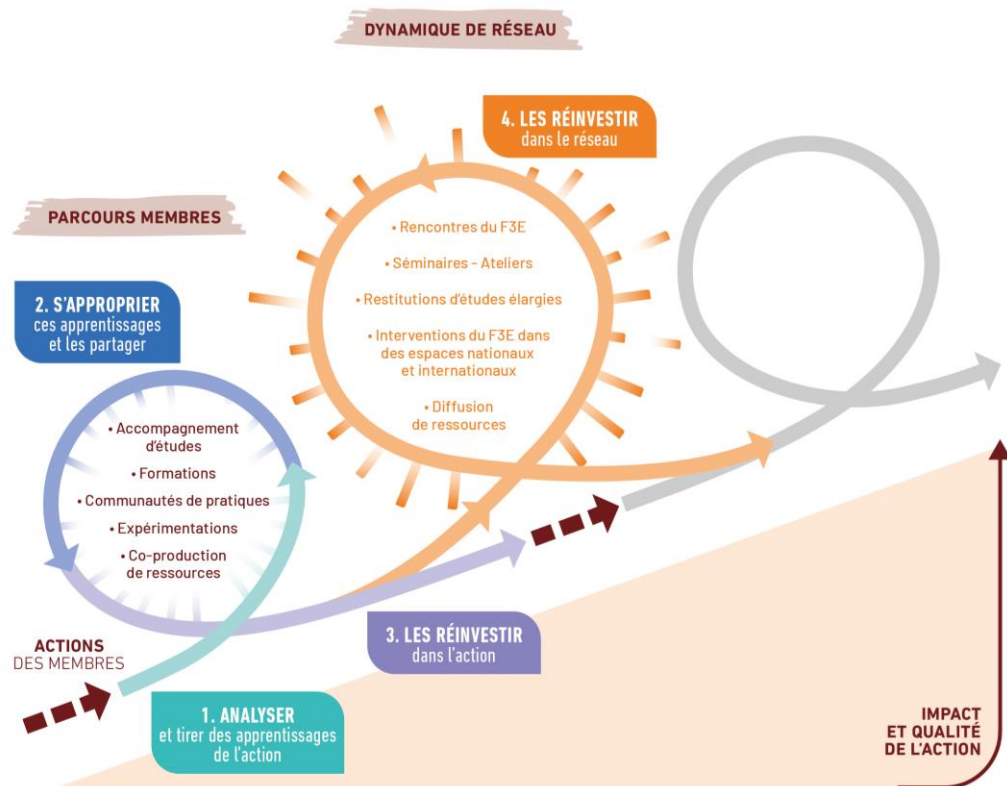


01

Mots d'introduction



Evolution du F3E au Réseau F3E



Réseau pluri-actrices et acteurs, il rassemble plus de 100 organisations françaises membres.

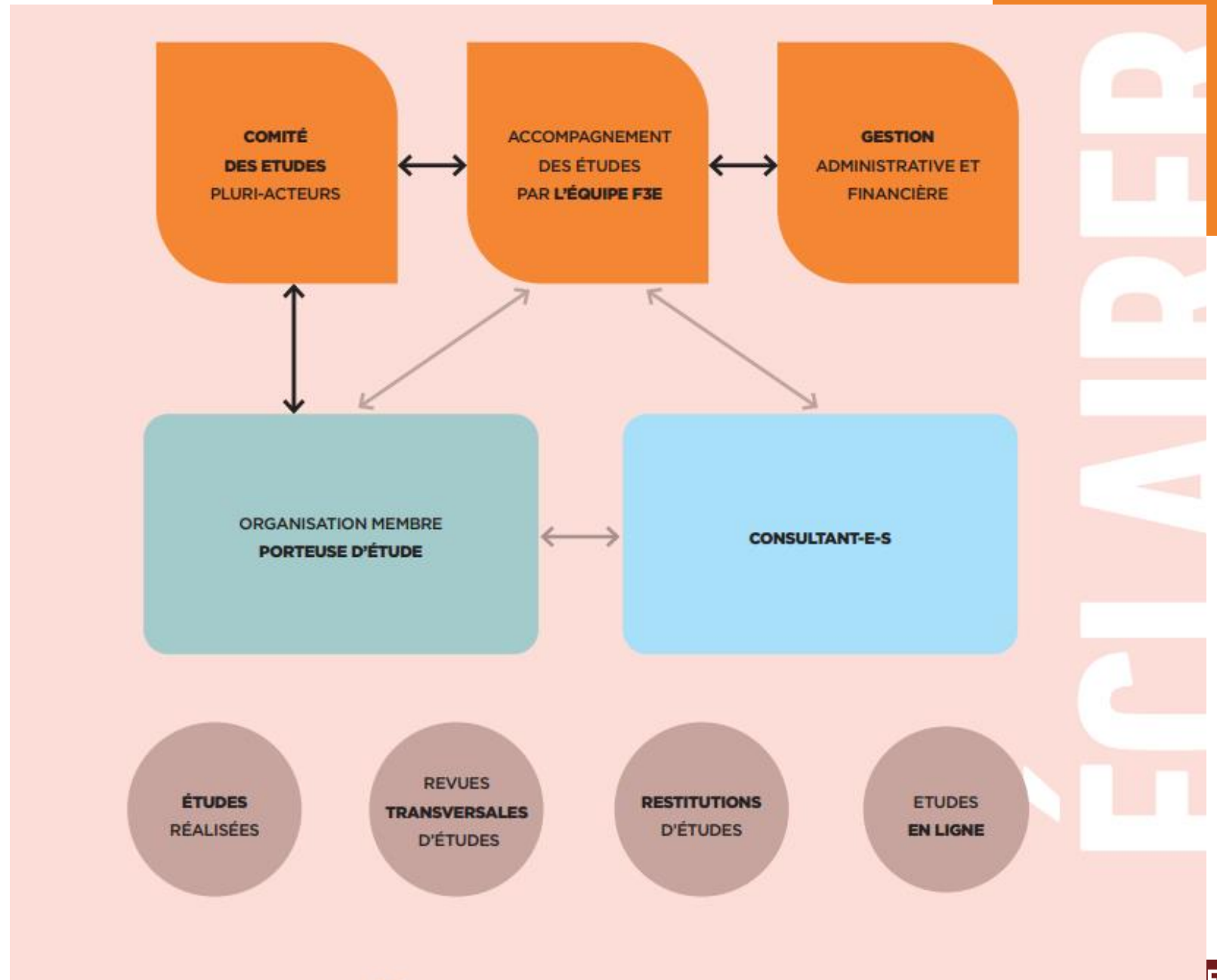
L'ambition

Fort de notre expertise en matière d'évaluation et en méthodologies, l'ambition est de **développer, collectivement, des pratiques d'évaluation, d'apprentissages, d'amélioration continue et d'impact de l'action.**

La vision

Contribuer au changement social, juste et solidaire.

DISPOSITIF D'ACCOMPAGNEMENT D'ÉTUDES



Renforcer les systèmes de santé :

une approche globale en 4 domaines d'expertise



**La chaîne
de l'espoir**

Ensemble, sauvons des enfants



Soin et chirurgie

afin de répondre aux besoins les plus urgents des enfants et des mères en France ou à l'étranger, lorsqu'ils n'ont pas accès aux moyens techniques et financiers dans leur pays d'origine.



Prévention et dépistage

dès le plus jeune âge, notamment dans le cadre de nos programmes de santé scolaire.

Formation

aux équipes locales grâce à notre réseau international d'experts médicaux.

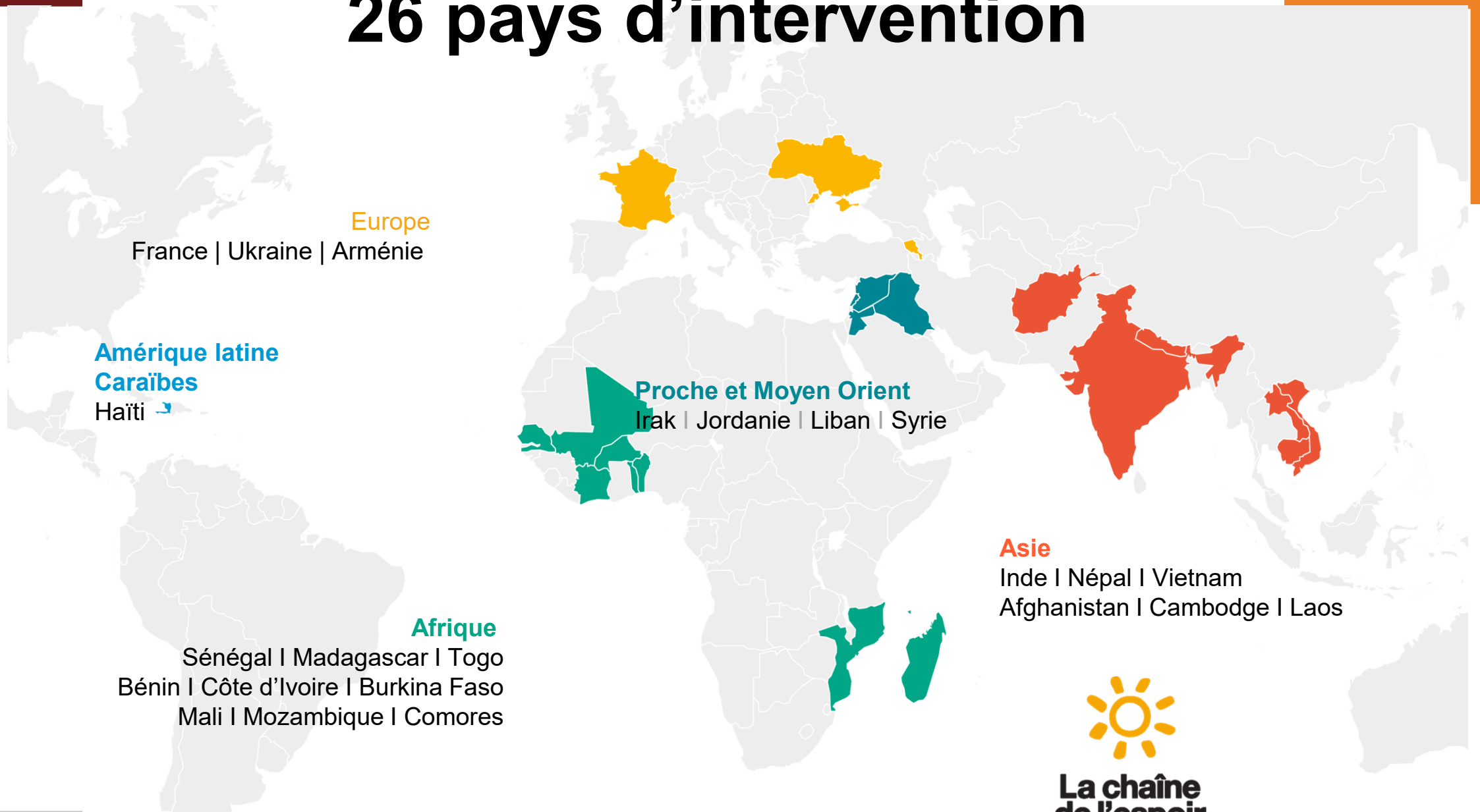


Construction et équipement

d'hôpitaux dans les pays où les structures sanitaires sont insuffisantes.



26 pays d'intervention



**La chaîne
de l'espoir**

Ensemble, sauvons des enfants

Prospective & Coopération



Au travers d'espaces de rencontres, d'échanges, de réflexion et d'actions multiacteurs, **elle construit des passerelles entre :**



À partir de ses membres issus d'institutions de référence en matière de recherche et d'expertise sur 4 continents, **Prospective et Coopération repose sur la mobilisation d'un réseau pluridisciplinaire et pluraliste.** Ce réseau d'intervenants rassemble ainsi une grande variété d'expertises, de compétences et de savoir-faire complémentaires et permet de mobiliser les équipes ad hoc pour répondre avec souplesse et créativité aux besoins des acteurs du développement et de la coopération selon différents formats.

Outre le haut niveau des compétences mobilisées au travers de ses experts terrain, **elle offre un cadre d'appui aux équipes d'experts par des compétences complémentaires et un contrôle de qualité.**

Elle offre un cadre d'intervention et de prise de recul sur les politiques publiques pour inventer et proposer des alternatives. Elle regroupe des experts pour conduire des recherches, produire des études et répondre aux besoins de ses commanditaires et partenaires grâce à :

UN LABORATOIRE
D'IDÉES

DES SERVICES
D'APPUI-CONSEIL

DES SERVICES DE
FORMATION

ET

DES PROJETS
DE CITOYENNETÉ

Prospective & Coopération





02

Méthodologie de l'étude



Contexte de l'étude



1. La Chaîne de l'Espoir et son intervention progressive dans le champ humanitaire (stratégie 2023-2026)
2. La CDE au Burkina Faso et les besoins en santé secondaire
3. L'appui à l'élaboration d'une stratégie opérationnelle adaptées aux situations de crises humanitaires au Burkina Faso (et au-delà).

10



**La chaîne
de l'espoir**

Ensemble, sauvons des enfants

Objectifs

L'étude avait pour double objectif :

1. D'une part, d'analyser les possibilités pour la CDE de **concevoir une programmation en réponse aux crises** adaptée, cohérente et conforme aux principes humanitaires,
2. D'autre part, d'évaluer **les capacités organisationnelles et partenariales de la CDE pour mettre en œuvre cette approche opérationnelle** et déterminer les actions possibles.

Pour ce faire :

- Elle a évalué les **capacités stratégiques, partenariales, opérationnelles et organisationnelles** de la CDE à répondre aux crises humanitaires ;
- Elle propose, dans une logique de transférabilité, des **recommandations stratégiques et opérationnelles** pour que **la CDE puisse contribuer aux situations de crise**, dans le *momentum* le plus adéquat et en complémentarité avec les autres opérateurs urgentistes, afin d'atteindre les populations les moins accessibles.



11



**La chaîne
de l'espoir**

Ensemble, sauvons des enfants



Principes, outils, et étapes



3 principes d'intervention :

- Co-construction
- Flexibilité et adaptabilité
- Une méthodologie participative et apprenante

3 phases de la mission :

- Diagnostic
- Co-construction de la stratégie opérationnelle et programmation
- Capitalisation

12



**La chaîne
de l'espoir**

Ensemble, sauvons des enfants

Éléments de méthodologie



L'analyse des capacités de la CDE à répondre aux situations de crises. Pour cela, il s'agit de s'appuyer sur une matrice des questionnements diagnostics et sur le référentiel ci-dessous, décliné en quatre composantes interconnectées :

- **Capacité stratégique.**
- **Capacité relationnelle.**
- **Capacité opérationnelle.**
- **Capacité organisationnelle.**

Sur le terrain au Burkina Faso, la phase diagnostique s'est déclinée autour de **rencontres avec les principaux acteurs et actrices humanitaires**, sous forme d'entretiens semi-directifs, et de consultation des bénéficiaires de programmes humanitaires sous forme de **focus group**.



**La chaîne
de l'espoir**

Ensemble, sauvons des enfants

Acteur-ice-s rencontré-e-s à Ouagadougou

- L'équipe de la CDE au Burkina Faso et ses partenaires
- Les Organisations spécialisées dans la réponse humanitaire et l'urgence
- Le Cluster santé.
- Les acteurs étatiques.
- Les bailleurs de fonds de l'humanitaire

STRUCTURE	FONCTION	NOM
Cluster Santé	Coordonnateur	NGOY KAPETE
TDH	Coordonnateur programme santé Coordonnateur programme santé urgence	TOE Sylvain DIALLO Mamoudou
CICR (Croix Rouge)	Coordo medical	Dr RUDY Lukamba
Alima	Coordonnateur médical	Dr SANGARE
Premier urgence Internationale	Coordonnateur médical de PUI.	Dr RAOUL Kaboutou
MSF France	Co med support	Dr Ousmane, notre support Comed
CORUS	Directeur technique	Dr DIAO Rodrigue
CONASUR (ministère du genre, de la solidarité nationale, de la famille et de l'action humanitaire)	Point focal au cluster santé	Jules ZONGO
GCOOR	Conseiller technique	Prince
Ministère santé	DG Offre de soins	Mme KORSAGA
Société savante	Société Burkinabè de chirurgie Pédiatrique	Professeur Emile Bandré
	Société chirurgie	Professeur OUANGRE Edgard
DG Echo	Charge de programme santé	ZONGO Denis
USAID	Directrice Adjointe Sante programme	Irene, Sante programme Abdoul Karim GUIRO, Sante communautaire COMPAORE Natacha, Assistante programme PARE Constant, PMI

Acteur-ice-s rencontré-e-s dans les régions prioritaires

- Les services déconcentrés du ministère de la santé
- Les directions des hôpitaux régionaux de référence
- Les autorités locales administratives et traditionnelles
- L'équipe base d'une organisation humanitaire présente dans la zone
- Les personnes prises en charge dans le cadre d'un projet humanitaire

STRUCTURE	FONCTION	NOM
Cluster Santé	Coordonnateur	NGOY KAPETE
TDH	Coordonnateur programme santé Coordonnateur programme santé urgence	TOE Sylvain DIALLO Mamoudou
CICR (Croix Rouge)	Coordo medical	Dr RUDY Lukamba
Alima	Coordonateur médical	Dr SANGARE
Premier urgence Internationale	Coordonnateur médical de PUI.	Dr RAOUL Kaboutou
MSF France	Co med support	Dr Ousmane, notre support Comed
CORUS	Directeur technique	Dr DIAO Rodrigue
CONASUR (ministère du genre, de la solidarité nationale, de la famille et de l'action humanitaire)	Point focal au cluster santé	Jules ZONGO
GCOOR	Conseiller technique	Prince
Ministère santé	DG Offre de soins	Mme KORSAGA
Société savante	Société Burkinabè de chirurgie Pédiatrique	Professeur Emile Bandré
	Société chirurgie	Professeur OUANGRE Edgard
DG Echo	Charge de programme santé	ZONGO Denis
USAID	Directrice Adjointe Santé programme	Irene, Santé programme Abdoul Karim GUIRO, Santé communautaire COMPAORE Natacha, Assistante programme PARE Constant, PMI

Acteur-ice-s rencontré-e-s en France

Entretiens de cadrage – Mai 2024

1. Mikaël Pozzoni (Responsable Géographique Afrique)
2. Anne Catherine Dupre (Cheffe De Mission CDE Burkina)
3. Giulia Tavano (Coordinatrice Programmes Sahel)
4. Nicolas Mouly (Réfèrent Sécu)
5. Nicolas Proteau (Réfèrent Log Terrain)
6. Prof. François Pons (Chirurgien)
7. Laurence Boutin (directrice médicale adjointe)

Entretiens diagnostique CDE – 11-12/09/2024 – 2^e semaine sept 2024

1. Nathalie de Sousa Santos (Directrice Générale Adjointe)
2. Anne Catherine Dupre (Cheffe De Mission CDE Burkina)
3. Mikaël Pozzoni (Responsable Géographique Afrique)
4. Dr Xavier Raingeval (Anesthésiste Réanimateur Chirurgical)
5. Dr Naziha Khen-Dunlop, Chirurgien viscéral pédiatrique
6. Mathilde Lachaud (Département Infra-Biomédicale)
7. Eric Legendre (Responsable Audit et Contrôle Interne)- **5 /09/2024**

Focus Group Analyse SWOT /Format hybride en présentiel et visio 12/09/2024 Après-midi

1. Anne Catherine Dupre (CDM CDE Burkina)
2. Magloire Bunkembo Mampindu (CDM CDE Mali)
3. Patrick Senia (CDM CDE Benin)
4. Nathalie de Sousa Santos et son futur remplaçant (Directrice Générale Adjointe)
5. Mikaël Pozzoni (Responsable Géographique Afrique)
6. David Ligneau (Responsable Géographique Proche et Moyen Orient)
7. Walid Mehamha (Responsable du Control de Gestion)
8. Giulia Tavano (Coordinatrice Programmes Sahel)
9. Nicolas Mouly (Réfèrent Sécu)
10. Nicolas Proteau (Réfèrent Log Terrain)
11. Future Réfèrent Médicale Desk Afrique
12. Dr Xavier Raingeval (Anesthésiste Réanimateur Chirurgical)
13. Dr Naziha Khen-Dunlop (Chirurgien viscéral pédiatrique)
14. Mathilde Lachaud (Département Infra-Biomédicale)

Outils mobilisés



Matrice de diagnostic



Analyse documentaire



Entretiens individuels
semi-directifs.



Focus groups.



Ateliers



Capitalisation

Plan d'action et livrables

1/ Phase préparatoire

- Entretiens préparatoires
- Réunion de démarrage en présentiel
- Analyse documentaire, préparation de mission terrain et des outils de collecte
- Note de cadrage [livrable 1]

2/ Phase de diagnostic

- Mission siège : entretiens semi directifs, focus group axé sur le diagnostic des capacités
- Mission Burkina Faso : entretiens semi directifs ; focus groups
- Restitution à chaud avec le comité de suivi
- Rapport de diagnostic [livrable 2]
- Réunion de restitution du diagnostic

3/Phase de coconstruction stratégie opérationnelle

- Réunion de cadrage des ateliers
- Atelier d'élaboration des scénarios d'intervention basés sur la théorie du changement
- Atelier de priorisation et d'affinement collectif du scénario choisi
- Rapport présentant 2 à 3 scénarios d'intervention ainsi qu'une stratégie détaillée sur le scénario choisi [livrable 3]

4/Phase de programmation

- Atelier cadre logique [livrable 4]

5/Phase de restitution

- Restitution finale au siège de la CDE à Paris
- Restitution élargie en présentiel au F3E

6/Phase de capitalisation

- Guide méthodologique [livrable 5]



03

Diagnostic



Principaux constats sur le terrain

- La région du Sahel a enregistré le plus grand nombre d'incidents de sécurité entre janvier et octobre 2023 (21 % du total des 1 437 incidents), suivie par les régions de l'Est (16 %), du Centre Nord (15 %) et du Nord (15 %).
- Des déplacements forcés des populations de localités rurales vers les agglomérations urbaines, généralement plus sécurisées, la fermeture des institutions publiques et l'inaccessibilité de certaines localités par voie terrestre.
- A la date du 31 mars 2023, on comptait 2 062 534 personnes déplacées internes (PDI) dont 11,57% d'enfants de moins de 5 ans et 23,91% de femmes.
- La fermeture de 426 formations sanitaires, soit 23,8% de l'ensemble et le fonctionnement à minima de 325 soit 18,2% des formations sanitaires.
- 2,5 millions de personnes sont privées d'accès aux soins de santé du fait des fermetures de centres de santé.
- En 2024 on dénombre 6,3 millions de personnes dans le besoin humanitaire soit une hausse de 35 % par rapport à 2023, dont 25% de femmes, 55% d'enfants et 15% en situation de handicap.

Principaux constats sur le terrain

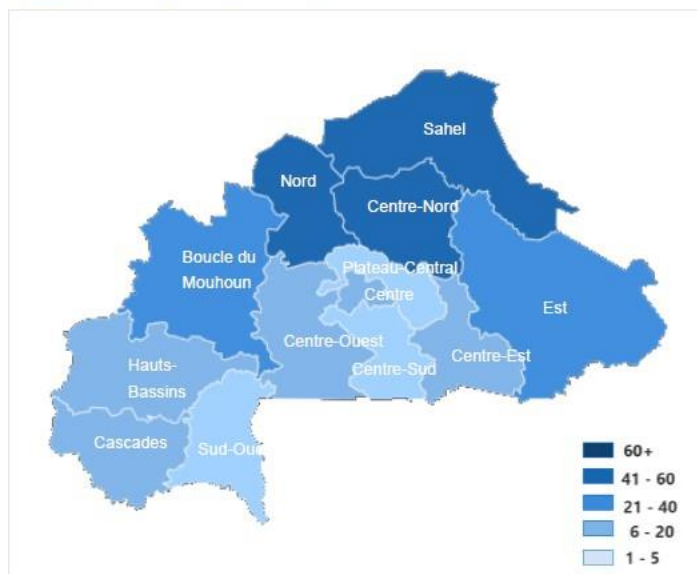


BURKINA FASO Présence Opérationnelle (3W)

DRAFT

Mai-Juin 2024

130 organisations



Nombre d'organisations par région et par cluster

Région											Total
Boucle du Mouhoun	12	2	5	4	5	2	3	5	10	3	28
Cascades	4		2	2				2			7
Centre	5				3			3	6		12
Centre_Nord											11
Centre-Est	2	2			2	4	3	4	5		13
Centre-Nord	25		6	21	14	6	2	8	11	1	56
Centre-Ouest			2					3	4		7
Centre-Sud	2										2
Est	12	2	7	7	9	8	4	8	7		33
Hauts-Bassins	1			3		1	2		3		7
Nord	15	2	6	11	9	7	2	13	7	3	46
Plateau central								2			2
Plateau-Central	2					2			3		5
Sahel	19	2	3	10	9	6	3	14	10	2	42
Sud-Ouest				2				2			3
Total	42	3	14	39	31	14	9	37	31	5	130

Nombre d'organisations par type

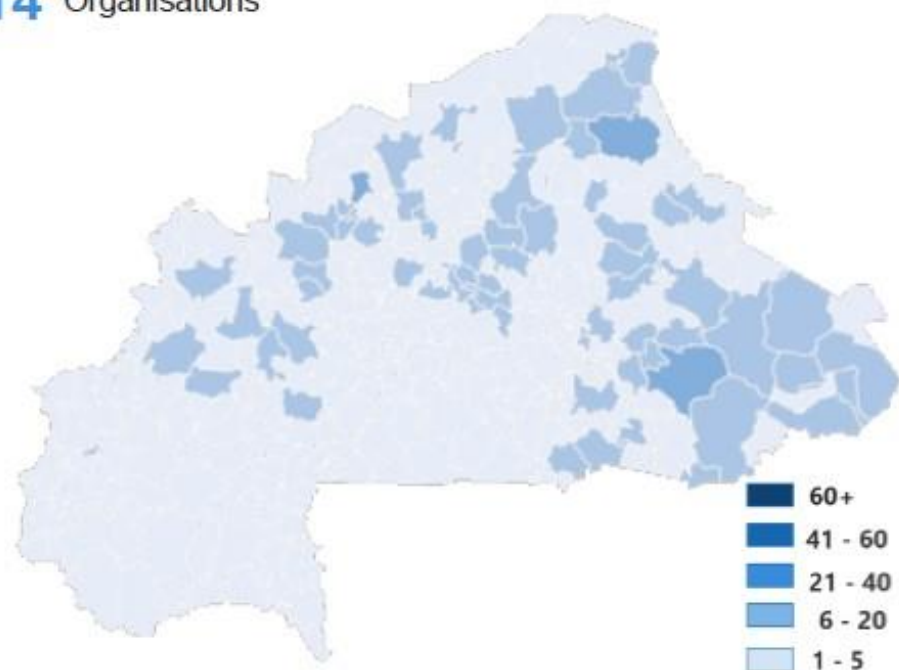


Principaux constats sur le terrain



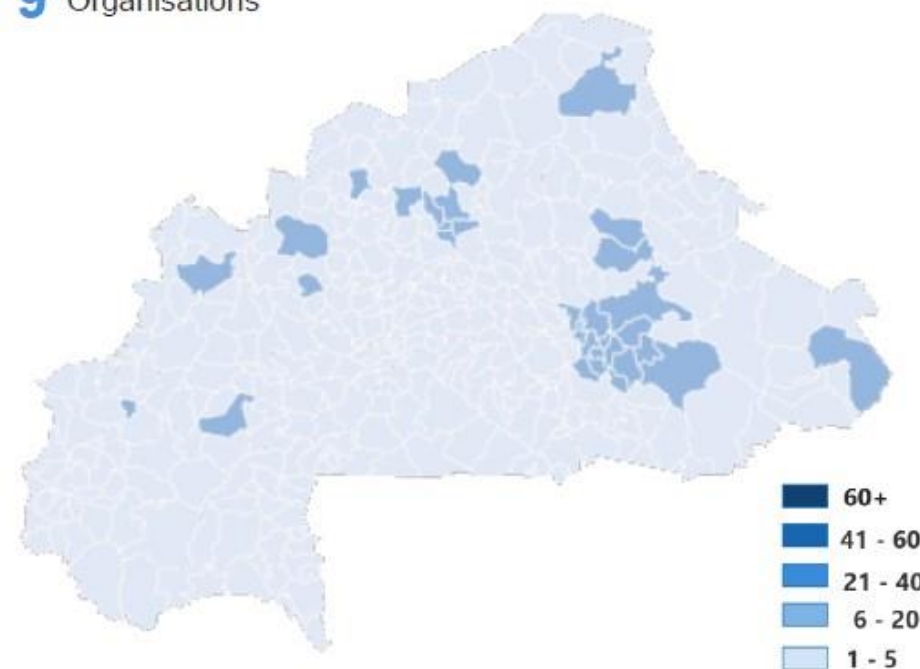
Protection

14 Organisations



Santé

9 Organisations



Présences des acteur-ices sur le terrain

	
PAM INTERSOS	PAM SOS JD WVI
PAM INTERSOS UNHCR ACF	PAM Concern ACF
PAM DRC HI ACODEV Oxfam ACF	PAM MdM-France
PAM INTERSOS NRC CIAUD HI MBDHP UNHCR ACF	PAM IRC PUI ACF
ACF	PAM MdM-France
PAM INTERSOS Association koom DRC HI AKPAD ACF	PAM COOPI
PAM INTERSOS PAM NRC ECLUD HI MBDHP ACF	PAM COOPI PUI



Burkina Faso
Présence Opérationnelle (3W)

LISTE DES ORGANISATIONS PAR REGION ET PAR SECTEUR

Acteurs	Interventions	Zones d'intervention
CICR (Comité International de la Croix-Rouge)	Fourniture de soins chirurgicaux d'urgence, cliniques mobiles	Région du Nord, Région du Sahel, région de l'Est
Alima	Programmes de santé communautaire, sensibilisation et éducation sanitaire, Kits traumatologiques urgence, recrutement équipe chirurgicales (stand by faute de financements)	Région du Nord, Région du Sahel, Région du Centre-Est
TDH (Terre des Hommes)	Soins de santé primaires, protection des enfants, formation des personnels de santé locaux	Région du Nord, Région de la Boucle du Mouhoun
PUI (Première Urgence Internationale)	Cliniques mobiles, soins de santé primaires, interventions en santé mentale	Région de l'Est, Région du Sahel, Région du Centre-Est
Cluster Santé	Formation des personnels médicaux, coordination des interventions sanitaires	Toutes les régions à défis sécuritaires
ECHO1	Sensibilisation sur la santé et l'hygiène	Toutes les régions à forts défis sécuritaires
CORUS	Coordination et organisation des urgences sanitaires, des épidémies	Couverture nationale
SOBUCHIR	Société savante de chirurgie, Formation des chirurgiens, interventions chirurgicales	Région du Centre-Est
SOBUCHIR pédiatrique	Société savante de chirurgie, Formation des chirurgiens, Soins chirurgicaux pédiatriques	Région du Centre-Est

Principaux constats sur le terrain



Les défis communs incluent :

- le **manque d'infrastructures médicales** adaptées,
- la **faiblesse de la logistique médicale**,
- et les **difficultés d'évacuation** des patients.

Des lacunes importantes subsistent dans la documentation, notamment concernant :

- les solutions spécifiques adaptées à la **chirurgie en situation de crise**,
- la **formation du personnel local en chirurgie d'urgence**,
- et les **stratégies d'intégration des services chirurgicaux dans les interventions humanitaires**

24



**La chaîne
de l'espoir**

Ensemble, sauvons des enfants



Principaux constats sur le terrain



Principaux défis :

- *Insuffisance de personnel médical qualifié*
- *Insuffisance des infrastructures et des équipements*
- *Accès difficile et problèmes d'évacuation*

Besoins non satisfaits :

- *Personnel médical et formation*
- *Infrastructures et équipements*
- *Soutien psychologique*



Principaux constats sur le terrain

Zone	Principaux constats
<i>Région sanitaire de l'Est</i>	
Diapaga	- Ville sous blocus, compliquant l'accès aux soins.
	- Amputations réalisées par des personnels non formés.
	- Difficultés d'évacuation des blessés vers les centres de référence en raison de l'insécurité et du manque de moyens de transport.
Bogandé	- Situation tendue avec des blessures balistiques fréquentes.
	- Accès aux soins difficile à cause des routes bloquées ou dangereuses, et ressources chirurgicales limitées.
CHR Fada	CHR submergé par les blessés graves des zones périphériques
	Besoins de blocs opératoires
<i>Région sanitaire du Nord</i>	
Titao	- Impact important des attaques terroristes fréquentes.
	- Le centre médical stabilise les blessés, mais les évacuations sont souvent impossibles.
	- Manque d'électricité stable et d'équipements médicaux pour les urgences chirurgicales.
Thiou	- Zone sous blocus et difficile d'accès, retardant la prise en charge des blessés.
	- Évacuations parfois nécessaires vers des hôpitaux au Mali faute d'infrastructures chirurgicales.
	- Problèmes majeurs de gestion des urgences en raison de l'isolement géographique.
Séguénéga	- Insécurité croissante limitant les évacuations médicales.
	- Convois d'évacuation rares et risqués en raison de l'insécurité sur les routes.
Ouahigouya	- CHU submergé par les blessés graves des zones périphériques (Titao, Thiou).
	- Besoin de soins chirurgicaux complexes dépassant les capacités actuelles du centre.
Gourcy	- Pression importante sur le centre médical avec des patients présentant des blessures de guerre.
	- Manque de personnel chirurgical qualifié, nécessitant des évacuations difficiles vers des hôpitaux mieux équipés.

Principaux constats sur le terrain

3 grands thèmes d'intérêt pour les acteurs humanitaires, tels que le CICR, MSF, et la Croix-Rouge, confrontés à des défis significatifs, tels que :

- 1) La **sécurité du personnel médical**,
- 2) Les **obstacles logistiques**,
- 3) Et le besoin d'une **collaboration efficace avec les communautés locales**.

Dans ce contexte, les principaux enjeux identifiés comprennent :

- 1) La nécessité de **renforcer les protocoles de sécurité**,
- 2) D'améliorer **les moyens d'évacuation et d'acheminement des ressources**,
- 3) Ainsi que **de développer des stratégies d'engagement communautaire** pour garantir l'acceptation des équipes sur le terrain.

Les solutions envisagées à ce stade incluent :

- 1) La contribution pour l'installation de **blocs opératoires mobiles**,
- 2) L'utilisation de **convois sécurisés**,
- 3) Et la **formation continue des agents de santé communautaires (ASBC)** pour améliorer la réponse aux urgences.



Principaux constats sur le terrain

Thème	Problématiques et défis	Solutions et recommandations
Sécurité et protection du personnel (analyse des protocoles de sécurité en place et des défis rencontrés sur le terrain)	- Personnel médical exposé aux attaques dans les zones de conflit.	- Collaboration avec les forces de sécurité pour assurer des escortes militaires.
	- Centres de santé parfois ciblés par les groupes armés, créant un climat d'incertitude.	- Utilisation de convois sécurisés pour les déplacements et les évacuations avec la réserve de mettre dès lors en jeu le principe d'indépendance des ONG humanitaire et de prendre le risque d'une attaque des convois.
	- Insuffisance de formation spécialisée sur la gestion de la sécurité pour les équipes médicales.	- Renforcer la formation en gestion des risques et sécurité pour le personnel médical.
Défis logistiques et solutions (examen des obstacles logistiques majeurs et des solutions développées pour y faire face)	- Coupures d'électricité affectant les interventions chirurgicales dans des centres.	- Contribuer à l'acquisition et installation de groupes électrogènes pour assurer une alimentation électrique stable dans les centres de santé reculés.
	- Routes dangereuses et impraticables rendant difficiles l'acheminement du matériel médical et les évacuations.	- Contribuer au déploiement de blocs opératoires mobiles dans des zones reculées pour compenser le manque d'infrastructures fixes.
	- Insuffisance d'ambulances et d'évacuation sécurisée.	- Collaboration avec les ONG pour améliorer l'acheminement des ressources médicales et organiser des évacuations aériennes si nécessaire.
Engagement communautaire et collaboration locale (stratégies employées pour instaurer la confiance et collaborer avec les communautés locales)	- Méfiance initiale des communautés locales envers les équipes médicales, freinant la collaboration (Thiou, Titao).	- Travailler à impliquer davantage les agents de santé communautaires (ASBC) pour sensibiliser les populations locales et faciliter la prise en charge des patients.
	- Insuffisance de formation et de ressources pour les ASBC, limitant leur efficacité dans la gestion des urgences.	- Contribuer au renforcement de la formation continue et équiper les ASBC en matériel de premiers secours pour stabiliser les blessés avant le transfert vers des centres de santé.
	- Difficulté de communication avec les populations locales sur leurs besoins spécifiques.	- Organiser des rencontres régulières avec les leaders communautaires pour adapter les interventions en fonction des priorités locales.

Principaux constats sur le terrain

Plusieurs catégories de **besoins essentiels** pour améliorer les services de santé dans les districts sont mises en évidence :

- Insuffisance de **personnel médical** qualifié, notamment des anesthésistes et des chirurgiens, indispensable pour effectuer des interventions complexes telles que les césariennes et la chirurgie de guerre.
- Les **infrastructures et équipements médicaux** sont souvent insuffisants, avec des blocs opératoires sous-équipés et des coupures fréquentes d'électricité qui limitent la capacité des centres de santé à fonctionner correctement.
- L'insuffisance d'**ambulances** et de moyens sécurisés d'évacuation aggrave ces problèmes, en rendant difficile le transfert des patients vers des hôpitaux mieux équipés.
- Par ailleurs, **la formation** en chirurgie d'urgence et pour les agents de santé communautaires (ASBC) est absente, ce qui affecte directement la qualité des soins.
- Enfin, il est noté que les **ressources médicales** telles que les médicaments et les kits chirurgicaux d'urgence manquent cruellement, compromettant la gestion efficace des urgences.

Principaux constats sur le terrain

	Description	Districts concernés	Cas concrets
Catégories	Insuffisance de personnel médical qualifié		
Anesthésistes et chirurgiens	Insuffisance d'anesthésistes et de chirurgiens qualifiés, limitant la capacité de réaliser des interventions chirurgicales complexes comme les césariennes ou les opérations liées aux blessures de guerre.	Titao, Thiou, Gourcy, Ouahigouya, Bogandé, Fada	À Ouahigouya, il n'y a qu'un anesthésiste pour gérer les urgences. À Titao, l'absence d'anesthésistes empêche les césariennes et autres interventions chirurgicales vitales.
Roulement du personnel	Dans les zones d'insécurité, le personnel médical qualifié fuit ou est déplacé, créant un déficit permanent en personnel de santé.	Titao, Thiou	À Titao, le roulement élevé du personnel entraîne des interruptions dans les soins, laissant les centres de santé sous-staffés.
Catégories	Insuffisance d'infrastructures médicales		
Blocs opératoires insuffisants	De nombreux centres manquent de blocs opératoires fonctionnels, souvent mal équipés ou sans électricité fiable pour réaliser les interventions chirurgicales.	Titao, Thiou, Gourcy	À Titao, bien qu'il existe un bloc opératoire, les coupures d'électricité fréquentes compliquent les opérations, et l'absence de groupes électrogènes fiables empêche la gestion des urgences.
Groupes électrogènes	Coupures fréquentes d'électricité, manque de groupes électrogènes ou de carburant pour maintenir les services opérationnels.	Titao, Thiou, Gourcy	À Titao, le centre médical fonctionne sur des groupes électrogènes, mais le manque de carburant rend l'électricité instable, compromettant les soins critiques.
Équipements chirurgicaux	Insuffisance d'équipements de base (défibrillateurs, tables opératoires) pour gérer les urgences chirurgicales.	Thiou, Titao, Bogandé	À Bogandé, le manque d'équipements comme des défibrillateurs et des tables opératoires complique les soins d'urgence. Les chirurgiens doivent souvent improviser avec du matériel de fortune.
Catégories	Accès difficile aux soins et évacuations		
Manque d'ambulances	L'insécurité sur les routes empêche l'évacuation des blessés vers des hôpitaux mieux équipés, et le manque d'ambulances disponibles aggrave cette situation.	Titao, Thiou, Séguénéga	À Thiou, les ambulances sont rares et l'insécurité routière empêche les évacuations. Les blessés doivent parfois être évacués par voie aérienne avec l'aide de l'armée, mais ces évacuations sont limitées.
Inaccessibilité des centres de référence	Certaines zones sont coupées des centres de santé de référence à cause des conditions sécuritaires, limitant les transferts vers des hôpitaux plus spécialisés.	Titao, Thiou	À Titao, l'insécurité sur les routes empêche les évacuations vers Ouahigouya, retardant la prise en charge des patients dans un état critique.

Principaux constats sur le terrain

Catégories	Insuffisance de formation et de renforcement des capacités		
Formations en chirurgie d'urgence	Besoin urgent de former plus de personnel local en chirurgie d'urgence et de guerre pour faire face à l'afflux de blessés dans ces zones à haut risque.	Thiou, Titao, Bogandé	À Bogandé, des formations en chirurgie de guerre ont été organisées, mais il manque toujours de formations pour d'autres membres du personnel, comme la gestion des hémorragies internes et des traumatismes graves.
Formation des ASBC	Les agents de santé communautaires (ASBC) manquent de formation pour gérer les urgences chirurgicales et stabiliser les blessés avant l'arrivée des équipes médicales.	Thiou, Titao	À Thiou, les ASBC sont formés pour les premiers secours, mais ils ne sont pas équipés pour gérer des urgences chirurgicales complexes, ce qui complique leur intervention lors de blessures de guerre.
Catégories	Ressources et matériel médical insuffisants		
Médicaments et consommables médicaux	Besoin constant de médicaments, consommables (bandages, kits de suture), et de sang pour les transfusions, notamment dans les zones en conflit.	Titao, Thiou, Bogandé	À Bogandé, le manque de médicaments et de kits de transfusion sanguine compromet les soins des patients blessés.
Kits chirurgicaux d'urgence	Manque de kits chirurgicaux pour les interventions d'urgence (blessures balistiques, césariennes) dans plusieurs districts.	Thiou, Titao, Gourcy	À Thiou, le manque de kits chirurgicaux adéquats force parfois les équipes à évacuer les patients vers des hôpitaux éloignés.
Catégories	Coordination et sécurité		
Sécurité du personnel médical	Manque de dispositifs de sécurité appropriés pour protéger le personnel médical dans les zones de conflit.	Titao, Thiou, Bogandé	À Titao, les équipes médicales dépendent des forces de sécurité locales pour leur protection, mais cela reste insuffisant pour garantir la sécurité permanente du personnel.
Soutien psychologique	Le personnel médical manque de soutien psychologique pour gérer les traumatismes liés aux conditions de travail stressantes dans les zones de guerre.	Ouahigouya	À Ouahigouya, un psychologue est affecté pour soutenir les patients, mais le personnel médical n'a pas souvent accès à ces services malgré les conditions stressantes.

Questions/Réponses !

→ Ecrivez vos questions sur le chat ou
levez la main pour prendre la parole



04

Stratégie de La Chaîne de l'Espoir



Scénario retenu

Contexte : Au cours de l'atelier, **2 hypothèses** ont été envisagées comme étant les plus probables en termes d'évolution du contexte géopolitique au Burkina Faso dans les deux à trois ans à venir :

- 1) Situation qui perdure à l'identique, ou
- 2) Qui se dégrade dans des proportions qui n'empêchent pas une présence de la CDE en capitale.

Evolution de la CDE à 3 ans : Concernant la CDE, l'hypothèse retenue pour les 3 ans à venir est **un engagement qui perdure en capitale et qui croît en périphérie** sur des actions programmées ainsi que **la mise en place progressive des conditions de réponse future à des besoins non programmés** (crises aiguës) en partenariat avec des ONG urgentistes.

Ce scénario nécessitera les **conditions préalables** suivantes :

- Une **volonté de la direction générale**, déjà actée (stratégie 2023-2026) ;
- Une **réflexion plus approfondie sur les changements nécessaires** en termes d'organisation au siège et sur le terrain ;
- Des **moyens à mobiliser sur des appels à projets et un investissement préalable** à engager pour une mise en ordre de marche vers ces évolutions dès 2025. En effet, il est nécessaire d'anticiper pour être prêts en cas de financement (kits, formations, pools d'experts bénévoles et salariés, partenariats...). Pour cela, il est préconisé d'investir des fonds propres sur une activité pilote pour disposer de recul, d'une expérience locale et qui pourrait avoir un effet levier sur la mobilisation de fonds lors des appels à projets.

Il est ainsi estimé **que ce changement stratégie opérationnelle nécessitera plusieurs années** pour être mis en place (3 ans).



La chaîne
de l'espoir

Ensemble, sauvons des enfants

Stratégie envisagée

Dans le contexte des évolutions probables retenues, il est envisagé d'élaborer une **stratégie adaptée à géométrie variable et progressive** qui dépendra des financements, des partenariats et des opportunités qui se présenteront. Elle est donc ici déclinée selon un idéal final qui pourra voir le jour dans un second temps selon ces opportunités réelles.

35

Cadre logique d'une future stratégie opérationnelle au Burkina Faso

Stratégie d'intervention
OG : Améliorer la prise en charge médicale et chirurgicale en capitale et en périphérie (hôpitaux régionaux et CMA) au Burkina Faso
OS : Accroître les capacités et la résilience des acteurs burkinabès médico-chirurgicaux en contexte de crise et de post-crise
RA 1 : La capacité des acteurs locaux sur la prise charge médico-chirurgicale est accrue
RA 2 : La capacité des acteurs locaux et de la CDE à répondre aux urgences est accrue
RA 3 : Appui technique médico-chirurgicale à la coordination et au plaidoyer des acteurs nationaux et internationaux de la santé est assuré

Cadre logique

Activités		Quand ?	Qui ?
RA 1 : La capacité des acteurs locaux sur la prise charge médico-chirurgicale est accrue			
1. Former et renforcer les équipes de santé communautaire et les équipes paramédicales, médicales et chirurgicales (CHU, CHR, CMA)	- o Renforcer des compétences des équipes paramédicales, médicales et chirurgicales (chirurgie de spécialité et chirurgie essentielle) i. Evaluation des besoins en formation et cartographie des acteurs de formation ii. Formation pratique de spécialité (CHU), compagnonnage et suivi du renforcement de capacités et capitalisation (supports pédagogiques et didactiques) iii. Formation des professionnels à préserver leurs espaces (hygiène hospitalière) et leurs équipements (maintenance biomédicale) iv. Formation en cascade (formation de formateurs, CHR, CMA), notamment au niveau sous-régional v. Soutien à des formations existantes/ accès aux formations (ex : chirurgie essentielle)	Années 1, 2 et 3	Siège, terrain (lead), partenaire
	o Identifier et mobiliser un pool Equipes médicales sous régionales et internationales (bénévoles) : médecins (chirurgiens, etc...) déployables rapidement	Années 2 et 3	
	o Accompagnement communautaire en partenariat avec les OSC (prévention et détection) : former les ASC à des dépistages et à des gestes de prévention	Années 1, 2 et 3	
2. Améliorer les infrastructures hospitalières en capitale et dans les régions	o Diagnostic	Année 1	
	o Réhabilitation, adaptation des lieux de travail	Années 2 et 3	
3. Evaluer et équiper les services chirurgicaux des hôpitaux et CMA	o Evaluer/ diagnostic (équipements adéquats préciser)	Année 1	
	o Fournir les équipements	Années 1, 2 et 3	
	o Formation à l'utilisation et à la maintenance et capitalisation (supports pédagogiques et didactiques)	Années 2 et 3	
4. Participer à l'approvisionnement des consommables et médicaments (des hôpitaux et CMA)	o Evaluer/ diagnostic	Année 1	
	o Fournir les consommables et médicaments (pour les équipes de la CDE ? pour approvisionner des partenaires ? pour stocker ? approvisionnement local ou internationale ?)	Années 1, 2 et 3	
	o Suivre et actualiser les stocks	Années 2 et 3	

Cadre logique

Activités		Quand ?	Qui ?
RA 2 : La capacité des acteurs locaux et de la CDE à répondre aux urgences est accrue			
1. Former et appuyer les équipes de santé communautaire et les équipes paramédicales, médicales et chirurgicales (CHU, CHR, CMA)	o Evaluer/ diagnostic des besoins en formation de la réserve sanitaire (appui au système de santé en cas de crise/ réponse terrain damage control ?) et des cliniques mobiles	Année 1	
	o Formation de la réserve sanitaire	Années 2 et 3	
	o Formation au damage control	Années 2 et 3	
	o Soutien à des formations existantes/ accès aux formations (ex :)	Années 1, 2 et 3	
	o Appuyer la mise en œuvre des cliniques mobiles (formation en chirurgie)	Années 1, 2 et 3	
	o Santé mentale : Accompagnement psychologique des soignants dans les zones à fort défi sécuritaire en partenariat avec d'autres acteurs	Années 1, 2 et 3	
2. Participer à l'approvisionnement, d'équipement de consommables et médicaments	o Valider le contenu des kits et identifier les fournisseurs	Année 1	
	o Pré positionnement de kits et de guides d'urgence	Années 2 et 3	
	o Appuyer la mise en œuvre des cliniques mobiles (équipement) : analyse des besoins en équipement et consommables, achat	Années 2 et 3	
3. Mettre en place des capacités RH de réponses non programmées	o Procédures et RH dédiées à la CDE (siège et terrain)	Années 1 et 2	Siège (lead), terrain
	o Identifier et mobiliser un pool Equipes médicales nationales recrutées (contrat salariés) : médecins (chirurgiens, etc...) déployables rapidement identifiées notamment au sein de la Réserve sanitaire	Années 2 et 3	
	o Identifier et mobiliser un pool Equipes médicales sous régionales recrutées (contrat salariés et bénévoles) : médecins (chirurgiens, etc...) déployables rapidement identifiées	Années 2 et 3	
	o Identifier et mobiliser un pool de chirurgiens internationaux identifiés pour s'intégrer à une réponse portée par un partenaire (bénévoles et experts rémunérés, notamment sous-régionaux)	Années 2 et 3	
4. Contribuer à la coordination avec les acteurs sanitaires nationaux et internationaux et soutien organisationnel à la réponse d'urgence	o S'inscrire dans les mécanismes existants de coordination des urgences sanitaires	Années 1, 2 et 3	
	o Contribuer à des plans de continuité des activités en fonction du modelage d'espace et de la RH pour prendre en charge une urgence et faire continuer les activités à la normale en même temps.	Années 2 et 3	
	o Appuyer le système de référencement multi-chirurgical en place.	Années 2 et 3	

Cadre logique

Activités		Quand ?	Qui ?
RA 3 : Appui technique médico-chirurgicale à la coordination et au plaidoyer des acteurs nationaux et internationaux de la santé est assuré			
1. Réaliser un plaidoyer national	o Sensibiliser les acteurs et engager le dialogue avec les sociétés savantes et les autorités sanitaires, notamment sur la chirurgie essentielle (ouverture aux attachés de santé, aux infirmiers et ASBC, délégation de tâches, formation de la réserve sanitaire) et la chirurgie pédiatrique en situation d'urgence, l'accès humanitaire...	Années 1, 2 et 3	Terrain (lead), siège (bénévoles)
	o Collecter des données et capitaliser les expériences pour alimenter le plaidoyer	Années 1, 2 et 3	Terrain (lead)
2. Intégrer la coordination avec les acteurs internationaux et participation aux cadres de concertation internationaux	o Identifier les fora prioritaires	Année 1	
	o Participer aux tables rondes et fora	Années 1, 2 et 3	



09

Questions/Réponses !

**→ Ecrivez vos questions sur le chat ou
levez la main pour prendre la parole**





CONTACTS

Othmane CHAOUKI – Responsable de Programmes Etudes et Valorisation – Référent Genre Etudes – F3E

o.chaouki@f3e.asso.fr

Giulia TAVANO – Coordinatrice Programmes Afrique – La Chaîne de l'Espoir

gtavano@chainedelespoir.org

Marc LESCAUDRON – Directeur – Prospective & Coopération

marc.lescaudron@prospectivecooperation.org