

Evaluation réalisée avec l'appui du F3E pour le Centre Hospitalier de Chambéry

Rapport final et annexes –

328Ev

Titre du rapport : Evaluation de la coopération hospitalière entre le CH de Chambéry et le CHR de Ouahigouya

Date (mois année) : Juin 2011

Auteurs : Dr Georges Dallemagne, Dr Abdoulaye Traore, M. Pierre Grega

Bureau d'étude : DRIS Consulting

Coordonnées postales : Pierre GREGA Expert Gérant

DRISsprl –Chée de Namur 41 bte 4

1457WALHAIN

Phone: +3210656701 Mobile: +32496599723

Mail: pierre.grega@drisconsult.eu

Website: www.drisconsult.eu

Fonds pour la promotion des Etudes préalables, des Etudes transversales et des Evaluations

F3E • 32, rue Le Peletier 75009 Paris, France • T 33 (0)1 44 83 03 55 • F 33 (0)1 44 83 03 25 • f3e@f3e.asso.fr • www.f3e.asso.fr

Association loi 1901 • Organisme de formation professionnelle n° 1 175 33 664 75 depuis le 30 06 2000 • N° Siret : 410050678 00029 • Code APE : 913 E

Table des matières

LISTE DES ACRONYMES	5
TABLE DES ILLUSTRATIONS.....	6
AVANT-PROPOS.....	7
1. L'ÉVALUATION DE LA COOPÉRATION HOSPITALIÈRE	8
1.1. LES RAISONS DE L'ÉVALUATION.....	8
1.2. LES TERMES DE RÉFÉRENCE.....	9
1.3. LA MÉTHODOLOGIE ET LE CALENDRIER	12
2. LE CONTEXTE INTERNATIONAL DE LA COOPÉRATION EN MATIÈRE DE SANTÉ	14
2000 – 2015 : Le Développement : enjeu de la Communauté des Nations.	14
3. LES PARTENAIRES DU JUMELAGE DANS LEUR CONTEXTE RESPECTIF.....	17
3.1. LE CENTRE HOSPITALIER DE CHAMBÉRY	17
3.2. LE CHR DE OUAHIGOUYA ET LA POLITIQUE DE SANTÉ DU BURKINA FASO	17
<i>La santé au Burkina Faso et dans la province de Yatenga</i>	17
Contexte général du pays.....	17
La santé des burkinabè	18
<i>Le système de santé au Burkina Faso</i>	19
<i>Le Centre Hospitalier Régional de Ouahigouya</i>	22
<i>Le nouvel hôpital</i>	25
Défis liés à la conception du bâtiment :	26
Défis liés à l'adaptation à un hôpital neuf et moderne :.....	26
4. BILAN DE LA COOPÉRATION INTER HOSPITALIÈRE	27
4.1. LA STRATÉGIE D'INTERVENTION	27
<i>L'audit</i>	27
<i>Le jumelage inter hospitalier</i>	27
La convention de jumelage.....	27
L'organisation du jumelage hospitalier	29
<i>Aperçu global des actions réalisées depuis la convention de jumelage (2002)</i>	32
Les missions à Ouahigouya	32
Les stages à Chambéry (missions sud-nord).....	35
<i>Les différents programmes d'action dont le programme 2007-2010</i>	39
4.2. QUALITÉ DES ACTIONS RÉALISÉES	41
<i>Jumelage et évolution décennale de l'activité de l'hôpital</i>	42
<i>La gestion hospitalière</i>	46
<i>La chirurgie et l'anesthésie</i>	48
<i>La gynéco obstétrique</i>	52
<i>La médecine, l'hygiène, les soins infirmiers</i>	58
<i>La pédiatrie</i>	59
<i>Le laboratoire</i>	61
<i>Le programme ESTHER</i>	63
<i>La maintenance</i>	65
<i>La radiologie et l'imagerie médicale</i>	66
<i>Le district sanitaire de Ouahigouya</i>	67
4.4. L'ARTICULATION AVEC L'ASSOCIATION CHAMBÉRY-OUAHIGOUYA	68
4.5. REGARDS CROISÉS SUR LE BILAN DE LA COOPÉRATION.....	71
<i>Regards Chambéry > Ouahigouya</i>	71
<i>Regards Ouahigouya > Chambéry</i>	73
4.6. CONCLUSIONS	75
<i>La qualité et de l'organisation des soins au CHR de Ouahigouya</i>	75
<i>La pertinence de la stratégie d'intervention</i>	76
<i>L'organisation du jumelage hospitalier</i>	77
5. RECOMMANDATIONS POUR LA POURSUITE DE L'ACTION	78

5.1. PRINCIPES CRITIQUES POUR MONTER UN NOUVEAU PROGRAMME.....	78
<i>Considérations générales</i>	78
<i>Principes fondamentaux</i>	78
La prise en compte du contexte national	79
Les objectifs et les principes de la coopération internationale.....	79
L’ancrage du jumelage dans la coopération décentralisée entre les deux villes	80
L’intégration du jumelage au sein de l’hôpital et le fonctionnement du comité de pilotage.....	81
Une programmation conjointe, réaliste, précédée d’une évaluation	82
L’ancienneté et la durabilité des actions entre des partenaires prêts à s’investir.	82
Des rapports par objectifs, une évaluation basée sur des indicateurs mesurables	83
Des missions qui correspondent à un besoin et une attente réelles, bénéficiant d’une bonne préparation, d’un calendrier adéquat, d’un bon suivi.....	83
Des missions pas trop espacées et pas trop courtes, si possible en équipes	84
5.2. RECADRAGE DES ACTIONS INTÉGRANT DES PROPOSITIONS D’AMÉLIORATION	84
5.3. TABLEAU DES RECOMMANDATIONS ET DES ACTIONS À MENER	86
6. ANNEXES	93
<i>Annexe 1 : documents consultés</i>	93
Reçus à Chambéry.....	93
Reçus au Burkina Faso	95
<i>Annexe 2 Programme de travail à Chambéry</i>	97
<i>Annexe 3 Programme de travail à Ouahigouya</i>	101
<i>Annexe 4 Exemple de schéma de rapport par objectif</i>	106

Liste des acronymes

ACDIL	Action de Coopération et de Développement des Initiatives Locales
APD	Aide Publique au Développement
APICODE	Appui Institutionnel et Accompagnement de la Décentralisation
ARV	Anti Rétro Viraux
BAD	Banque Africaine de Développement
CHR	Centre Hospitalier Régional
CMA	Centre Médical avec Antenne Chirurgicale
CMA	Centre Médical
CME	Commission Médicale d'Etablissement
CREN	Centre de Récupération et d'Education Nutritionnelle
CSIO	Commission des Soins Infirmiers et Obstétricaux
CSPS	Centre de Santé et de Promotion Sociale
DAF	Direction de l'Administration et des Finances
DRS	Direction Régionale de Santé
DS	District Sanitaire
DSIO	Département des Soins Infirmiers et Obstétricaux
EDS	Enquête Démographique de Santé
EPS	Etablissement Public de Santé
ESTHER	Ensemble pour une Solidarité Thérapeutique Hospitalière En Réseau
FAC	Fonds d'aide à la Coopération
IDH	Indice de Développement Humain
INSD	Institut National de la Statistique et de la Démographie
MAEE	Ministère des Affaires Etrangères et Européennes
NEPAD	New Partnership for Africa's Development
OMD	Objectif du Millénaire pour le Développement
PADS	Programme d'Appui au Développement Sanitaire
PMA	Pays Moins Avancé
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PPH	Programme de Partenariat Hospitalier
SCAC	Service de Coopération et d'Action Culturelle
SCAD	Stratégie de Croissance Accélérée pour le Développement
SWOT	Strenght Weaknesses Opportunities Threats
T2A	Tarification à l'Activité

Table des illustrations

Tableau 1 : Principaux indicateurs de santé	18
Tableau 2 : Motifs d'hospitalisation au Burkina Faso.....	19
Tableau 3 : démographie médicale comparée.....	21
Tableau 4 : admissions et taux d'occupation du CHR de Ouahigouya de 2007 à 2009.....	24
Tableau 5: répartition des tâches du jumelage hospitalier à Chambéry.....	30
Tableau 6: métiers concernés par les stages sud-nord	37
Tableau 7: justification du choix des indicateurs clés analysés	41
Tableau 8: comparaison des activités des hôpitaux du Burkina Faso, 2009	42
Tableau 9: comparaison de quelques indicateurs entre l'audit de 1999 et 2010.....	43
Tableau 10: relevé des indicateurs clés dans les rapports d'activités du CHR de Ouahigouya, 2001-2010	44
Tableau 11: activités des instances du CHR de Ouahigouya, 2010.....	47
Tableau 12: Principales interventions chirurgicales pratiquées en 2009 et 2010.....	49
Tableau 13: activités obstétricales au CHR de Ouahigouya en 2009 et 2010	55
Tableau 14: indicateurs clés de l'activité du service de pédiatrie, CHR de Ouahigouya 2001-2010.....	60
Figure 1: système de santé du Burkina Faso	20
Figure 2 : carte de la région sanitaire du Nord.....	22
Figure 3: missions nord-sud 2002 - 2010.....	32
Figure 4: missions nord-sud, comparaison entre 2003-2006 et 2007-2010	33
Figure 5: Thèmes des missions nord-sud	33
Figure 6: Répartition des missions nord-sud par type de personnel	33
Figure 7: Nombre de missions sud-nord et nombre de personnes concernées	36
Figure 8: nombre de jours de missions nord-sud 2001-2010	36
Figure 9: nombre de jours de mission sud-nord, comparaison 2003-2006 et 2007-2010	37
Figure 10: missions sud-nord, comparaison 2003-2006 et 2007-2010	37
Figure 11: missions sud-nord par catégorie de personnel, 2001-2010	38
Figure 12: comparaison du nombre de journée d'hospitalisation entre Ouahigouya et les autres hôpitaux burkinabés	42
Figure 13: Comparaison activité hospitalière avec correction données hospitalières de Ouahigouya	43
Figure 14: Evolution des consultations ambulatoires au CHR de Ouahigouya, 2001-2010.....	44
Figure 15 : admissions à l'hôpital de Ouahigouya, 2001-2010	45
Figure 16: mortalité hospitalière au CHR de Ouahigouya, 2001-2010	45
Figure 17: interventions chirurgicales au CHR de Ouahigouya, 2001-2010.....	48
Figure 18: interventions chirurgicales au bloc, comparaison 2003-2006 et 2007-2010	50
Figure 19: admissions à la maternité, 2001-2010	53
Figure 20: mortalité maternelle au Burkina Faso, 1993-2008.....	53
Figure 21: activité obstétricale au CHR de Ouahigouya, 2001-2010.....	54
Figure 22: césariennes et accouchements dystociques, comparaison 2003-2006 et 2007-2010	55
Figure 23: admissions en pédiatrie, CHR de Ouahigouya 2001-2010	60
Figure 24: taux de mortalité au service de pédiatrie, CHR de Ouahigouya 2001-2010	60

Avant-propos

Ce rapport final fait partie des travaux demandés aux consultants dans le cadre des termes de référence de l'évaluation de la coopération hospitalière entre les hôpitaux de Chambéry et Ouahigouya. Il tente de répondre aux questions posées par les partenaires de cette coopération. Il analyse en détail les actions du passé, l'impact de la coopération sur les services rendus par le CHR de Ouahigouya à sa population, la qualité des relations établies grâce au jumelage. Il propose des pistes pour l'avenir. Il tient compte des remarques émises lors de la restitution provisoire à Chambéry, des remarques et commentaires écrits de Charlotte Boisteau, F3E et des remarques écrites communiquées par le comité de pilotage du CHR de Ouahigouya (J-P Palm et E Tougouma).

Par rapport au rapport intermédiaire, le rapport final comporte un paragraphe supplémentaire sur la radiologie et l'imagerie médicale, le district sanitaire de Ouahigouya, des analyses plus approfondies sur certains sujets (par exemple la mortalité maternelle), et un tableau récapitulatif des 35 recommandations et des 75 actions proposées par les consultants. Il tient compte également des remarques de forme formulées par les personnes responsables du pilotage de l'évaluation. Enfin, il propose en annexe un exemple de rapport par objectif.

Une large part du rapport est consacrée aux récits et aux témoignages de chacun des acteurs du jumelage car nous pensons que leur parole est précieuse et claire. Elle résume souvent de longues analyses. Elle permet que même à travers le caractère technique d'un rapport demandé à des évaluateurs extérieurs, la mémoire des acteurs de cette aventure humaine que constitue ce jumelage soit préservée. Cette parole constitue aussi un message intact à l'autre partenaire dont les évaluateurs se font aussi les messagers.

Les évaluateurs ont cherché à investiguer davantage ce que les acteurs de la coopération inter hospitalière connaissent peu plutôt que de rabâcher ce qu'ils savaient déjà, même s'ils n'ont rien éludé. Ils ont cherché à préciser par des données objectives et par des chiffres et des tendances les points de vue qui leur étaient présentés lors des entretiens, des séminaires de travail et des réunions. A cet effet, ils ont consulté près de 70 rapports et documents provenant essentiellement des deux centres hospitaliers. Ils ont interrogé et écouté environ 25 personnes à Chambéry et 40 personnes à Ouahigouya, dont la majorité sont des membres du personnel hospitalier¹.

Ils ont aussi apprécié la qualité des dialogues qui ont pu s'établir entre les équipes hospitalières à l'occasion de cette évaluation. Ils souhaitent remercier tous leurs interlocuteurs pour leur disponibilité, leurs analyses et leurs points de vue qui ont nourri ce rapport.

Ce rapport se veut avant tout un outil d'aide à la décision. La partie réservée aux recommandations est substantielle.

Nous remercions tous nos interlocuteurs et en particulier les directeurs des deux hôpitaux, M. Guy-Pierre Martin et Jean-Pierre Palm, les présidents des comités de jumelage, M. Christophe Parret et Eric Tougouma, et les membres des comités de pilotage de l'évaluation ainsi que Charlotte Boisteau du F3E qui tous ont permis que notre travail se fasse dans de très bonnes conditions.

¹ Voir à ce sujet les programmes de travail à Chambéry et Ouahigouya (en annexe 2 et 3)

1. L'évaluation de la coopération hospitalière

1.1. Les raisons de l'évaluation

Le Centre Hospitalier de Chambéry développe une coopération avec le Centre Hospitalier Régional de Ouahigouya depuis une vingtaine d'années. Cette coopération a évolué, elle s'est progressivement structurée. Elle s'est diversifiée et se déroule dans un contexte qui a lui-même évolué.

Les équipes qui ont démarré et conçu cette coopération inter hospitalière ont largement changé. Cette coopération a bénéficié d'un large soutien du personnel des deux centres hospitaliers. Elle a connu de véritables réussites mais aussi des limites. Elle s'inscrit dans le cadre de la coopération décentralisée qu'entretiennent les villes de Chambéry et Ouahigouya.

Elle a pu compter sur des soutiens financiers de la part de la ville de Chambéry, du MAEE, du programme ESTHER ainsi que sur les ressources internes de l'hôpital de Chambéry et du CHR de Ouahigouya.

Elle n'est pas sans impact sur l'organisation même des deux centres hospitaliers qui y consacrent des ressources et aménagent leur organisation pour répondre aux exigences de cette coopération. Elle est à la fois un grand sujet de satisfaction et une source de frustrations.

Elle a un bilan consistant, mais chacun sent qu'elle doit être objectivement appréciée afin d'en connaître mieux la raison d'être, les résultats attendus, l'impact pour la santé de la population de Ouahigouya et pour le personnel des deux centres hospitaliers, la stratégie la plus indiquée pour atteindre les résultats escomptés, les actions prioritaires, les ressources à mobiliser, l'organisation générale du jumelage la plus appropriée.

C'est parce que chacun des partenaires veut poursuivre la coopération entamée il y a vingt ans que la nécessité d'un meilleur cadrage, d'une meilleure définition de la coopération, de ses ressources et de son organisation font aujourd'hui l'objet d'une étude approfondie demandée à un cabinet de consultants spécialisés en coopération internationale dans le secteur de la santé et de la coopération décentralisée.

1.2. Les termes de référence

Pour le descriptif complet des termes de référence, on se référera utilement au document ad hoc². En voici une synthèse :

L'évaluation doit permettre de renseigner les acteurs du jumelage inter hospitalier

- sur la qualité des actions réalisées,
- sur la pertinence de la stratégie d'intervention,
- et sur l'organisation du jumelage hospitalier.

Elle doit servir de base critique pour monter un nouveau programme.

Le CHR de Ouahigouya « attend de l'évaluation, d'une part un bilan des actions réalisées depuis 10 ans, et d'autre part des recommandations afin d'améliorer l'efficacité des actions de jumelage inter hospitalier. Ce doit être un outil pour maintenir à l'avenir les axes du jumelage et d'autre part mener des actions correctives sur les dysfonctionnements³ ».

Pour l'association Chambéry – Ouahigouya, « il s'agit de trouver des éléments de réflexion qui permettront de renforcer les interfaces entre le CH de Chambéry et l'Association Chambéry – Ouahigouya⁴ ».

L'évaluation doit porter sur le programme de coopération inter hospitalière depuis la signature de la convention de jumelage, tout en mettant l'accent sur le programme 2007-2010.

L'audit de 1999 doit servir d'élément de situation de référence.

Les évaluateurs doivent notamment vérifier si :

- il y a eu une amélioration de la qualité et de l'organisation des soins au CHR de Ouahigouya,
- si la politique de santé et en particulier la réforme hospitalière entreprise par le Burkina Faso a été respectée,
- s'il y a une cohérence entre les actions engagées et les autres programmes de santé en cours à Ouahigouya.

Concernant l'analyse de l'action, il s'agit d'apprécier les résultats obtenus selon les 5 axes de la coopération hospitalière :

1. contribution à la mise en place de la réforme hospitalière au CHR de Ouahigouya,
2. amélioration des prestations hospitalières au CHR de Ouahigouya. Pour ce point, une analyse détaillée est attendue pour la chirurgie et la gynéco-obstétrique ;
3. participer au développement de l'équipement du CHR de Ouahigouya,
4. améliorer l'organisation de la maintenance de l'équipement,

² Termes de référence pour l'évaluation de la coopération hospitalière entre les hôpitaux de Chambéry (France) et Ouahigouya (Burkina Faso).

³ TDR p.8

⁴ TDR p.8

5. mettre en place un échange de documentation.

Quand les résultats obtenus paraissent insuffisants, ou lorsque la perception est différente entre les partenaires du jumelage, il s'agit d'en analyser les raisons.

Toujours pour ce qui concerne les activités réalisées, la réunion de cadrage a permis de préciser que l'évaluation devait aussi porter sur la réalisation du programme 2007-2010 et ses 9 objectifs⁵.

1 - Qualité des soins
Objectif 1 : Diversifier les pathologies prises en charge au bloc chirurgical
A1A Formation et recyclage de l'équipe chirurgicale (thème à définir avec l'équipe chirurgicale locale)
Objectif 2 : Réduire la morbidité et la mortalité maternelle à la maternité du CHR de Ouahigouya
A2A Formation des SF au dépistage des accouchements à risques
A2B Formation du personnel de la maternité à la prise en charge des accouchements
A2C Mise en place d'un système de liaison entre les CSPS et le CHR de Ouahigouya
Objectif 3 : Améliorer la prise en charge de la douleur au CHR de Ouahigouya et plus particulièrement dans le service de pédiatrie
A3A Mise en place d'outils d'évaluation de la douleur
A3B Formation de 15 infirmiers à la prise en charge de la douleur en pédiatrie
2 – Appui au plateau technique
Objectif 4 : Améliorer la gestion et la dispensation des médicaments
A4A Mettre en place des outils de gestion des stocks de médicaments
A4B Formation de 15 infirmiers à la prise en charge de la douleur en pédiatrie
Objectif 5 : Améliorer la qualité des résultats des examens de laboratoire
A5A Formation du personnel du laboratoire à la bonne gestion des réactifs
A5B Formation du personnel de laboratoire à l'assurance qualité
A5C Formation théorique et pratique sur la charge virale
Objectif 6 : Renforcer les compétences en radiologie du personnel médical de radiologie
A6A Formation complémentaire du Dr Ali Ouédraogo à la pratique de l'échographie (substitué par une autre formation car ce dernier est parti pour une spécialisation)
A6B Formation des manipulateurs radio à la maintenance et à l'assurance qualité
Objectif 7 : Améliorer l'organisation de la maintenance du matériel au CHR de Ouahigouya
A7A Formation du nouveau technicien Biomédical
A7B Mise en place des outils de gestion de la maintenance
3 – Hygiène et organisation des soins
Objectif 8 : Améliorer l'organisation et l'accessibilité des soins et l'hygiène au CHR de Ouahigouya
A8A Formation spécifique et approfondie des membres du comité d'hygiène
A8B Formation générale de l'ensemble du personnel infirmier aux précautions standards et mise en application
A8C Rédaction des protocoles soins et formation du personnel infirmier à leur utilisation
A8D Dotation des services de soins en outils de surveillance et de suivi des soins et supervision du personnel infirmier à leur utilisation
Objectif 9 : Améliorer le fonctionnement de la stérilisation
A9A Formation du personnel de la stérilisation aux bonnes pratiques

⁵ Annexe 1 des TDR p.14

Pour ce qui concerne la stratégie d'intervention, les questions auxquelles doivent répondre les évaluateurs concernent sa pertinence, la complémentarité de ses objectifs avec les autres programmes existants et la politique de santé du gouvernement burkinabé, son adéquation par rapport aux attentes et aux motivations des acteurs de Chambéry et Ouahigouya, sa cohérence avec la coopération décentralisée Chambéry – Ouahigouya.

Il s'agit aussi d'analyser la cohérence interne du programme d'actions ainsi que l'impact du programme ESTHER sur les résultats du reste du programme de coopération hospitalière.

Il est également demandé d'analyser les moyens mis en œuvre, le pilotage de la coopération et notamment les outils de suivi, le cadre de la concertation entre les partenaires du jumelage ainsi que la mobilisation de part et d'autre.

Les recommandations attendues sont les suivantes :

- comment mieux cerner les attentes et les besoins du CHR de Ouahigouya,
- comment améliorer l'efficacité et la pérennité des actions de compagnonnage,
- comment favoriser l'implication au quotidien et à long terme du personnel CH de Chambéry,
- comment renforcer l'interface entre le CHR, le district sanitaire, les associations locales, les ONG sur place à Ouahigouya,
- comment renforcer les interfaces entre le CH de Chambéry et l'Association Chambéry – Ouahigouya.

1.3. La méthodologie et le calendrier

Les consultants ont suivi l'approche méthodologique décrite dans leur offre et amendée en fonction des remarques formulées dans l'avis du comité d'examen du 11 février du F3E ainsi que lors de la réunion de cadrage du 4 mars au CH de Chambéry et des réunions avec les membres des comités de pilotage de l'évaluation à Chambéry et à Ouahigouya.

Les travaux se sont déroulés en 5 étapes :

- Après la décision du comité d'examen du 11 février, une étape de préparation et de cadrage a été réalisée. Elle a permis d'approfondir la compréhension de l'exercice souhaité, de préparer sa mise en œuvre et de prendre connaissance des documents de base du jumelage. Cette étape a fait l'objet d'une note de cadrage amendée lors de la réunion de cadrage organisée le 4 mars au CH de Chambéry⁶ par le comité de pilotage de l'évaluation et F3E avec Georges Dallemagne et Pierre Gréga.
- du 4 au 6 avril 2011, une mission de Pierre Gréga⁷ et Georges Dallemagne s'est rendue à Chambéry⁸. Au cours de cette mission des entretiens ont été réalisés avec les membres du comité de jumelage, la direction de l'hôpital, les personnes impliquées dans les actions de jumelage, certains membres du personnel hospitalier non impliqués dans le jumelage, la mairie de Chambéry, ainsi que des membres de l'association Chambéry –Ouahigouya. Un séminaire de travail a eu lieu le 5 avril avec tous les responsables des services hospitaliers concernés par le jumelage. Une autre réunion de travail sur des récits d'expériences concrètes a eu lieu le 6 avril avec d'autres personnes impliquées dans le jumelage. Lors de cette mission des contacts ont été pris avec le président du comité de pilotage de l'évaluation à Ouahigouya afin d'approfondir la préparation de la mission à Ouahigouya.
- Du 26 avril au 3 mai, les Dr Abdoulaye Traore et Georges Dallemagne ont effectué une mission à Ouahigouya et ont également eu des entretiens à Ouagadougou⁹. A Ouahigouya, ils ont rencontré les membres du comité de pilotage de l'évaluation, les responsables des services hospitaliers, la direction de l'hôpital, différentes personnes impliquées dans le jumelage ainsi que la mairie de Ouahigouya, les responsables de différentes associations, l'ACDIL (opérateur de l'association Chambéry – Ouahigouya). Ils ont visité le CSPS de Kapalin. A Ouagadougou, outre la recherche documentaire, ils ont rencontré le directeur de la tutelle des hôpitaux, le directeur régional de la santé de la région Nord, les responsables de la coopération décentralisée à l'ambassade de France (SCAC) ainsi que le coordinateur national du programme ESTHER
- .
- Une restitution provisoire a eu lieu le 27 mai en présence du Directeur Général du CH de Chambéry, du Comité de Pilotage de l'évaluation et de F3E. Cette restitution a permis de présenter les résultats de l'évaluation. Des propositions

⁶ Voir note de cadrage en annexe

⁷ Pierre Gréga a rejoint Georges Dallemagne le 5 avril.

⁸ Le programme de cette mission figure en annexe.

⁹ Voir le programme de cette mission en annexe.

ont aussi été faites en vue de l'élaboration du rapport final et de la restitution finale.

- Une restitution finale a lieu le 27 juin en deux temps : présentation à la CME et présentation au Comité de Jumelage de Chambéry ainsi qu'à M. Jean-Pierre Palm, directeur du CHR de Ouahigouya et M. Eric Tougouma Président du Comité de Jumelage de Ouahigouya.

Toutes les étapes ont bénéficié d'une excellente collaboration et d'une grande implication de la part de toutes les personnes concernées, notamment de la part des deux directions hospitalières, des deux comités de pilotage et des deux villes. Les discussions ont toujours été ouvertes et constructives dans le souci d'améliorer l'efficacité future du jumelage. Les questions posées par les commanditaires de l'évaluation dans les TDR ont pu être largement abordées.

De très nombreux documents ont pu être consultés tant à Chambéry qu'à Ouahigouya¹⁰. En particulier à Ouahigouya nous avons pu documenter l'activité de l'hôpital sur les 10 dernières années, les deux projets d'établissement, les programmes d'action 2011 et 2012 ainsi que consulter les statistiques sanitaires du Burkina Faso sur les 5 dernières années. Nous avons pu aussi avoir les rapports de nombreuses missions nord-sud et une synthèse par service et par année des missions sud-nord. Nous avons aussi consulté de nombreuses sources sur Internet concernant la santé au Burkina Faso.

Comme nous le verrons plus loin, certaines de ces sources d'informations ne sont pas cohérentes entre elles et des données peuvent manquer. Il convient donc toujours de considérer les données statistiques avec une certaine prudence, même si les tendances dans le temps et les comparaisons permettent des observations et des analyses utiles.

¹⁰ Leur liste est reprise en annexe

2. Le contexte international de la coopération en matière de santé

Aucun acteur de la coopération au développement, si modeste fût-il, ne peut méconnaître le contexte dans lequel se déroule la coopération au développement et les grandes orientations stratégiques que se sont assignés tant les pays donateurs que les pays en développement.

Ce cadre stratégique doit être en toile de fond de tout programme de coopération. C'est pour cette raison que nous en donnons ici les grandes orientations et les acquis.

2000 – 2015 : Le Développement : enjeu de la Communauté des Nations.

La communauté internationale s'est mobilisée en 2000 pour adopter lors de l'assemblée générale des Nations Unies, une « déclaration dite du millénaire » qui a permis de définir des « Objectifs de Développement pour le Millénaire - ODM ».

Si de tels objectifs ont été souvent avancés par la communauté internationale, ce qui caractérise l'engagement de 2000 est surtout une focalisation sur une lutte intégrée contre la pauvreté (engagement sur plusieurs secteurs en même temps : santé, scolarité, environnement, participation...), un délai à moyen terme plus précis pour atteindre ces objectifs (échéance principalement fixée à 2015), une quantification de la plupart de ces objectifs¹¹.

¹¹ La déclaration a donc retenu les 8 objectifs du millénaire suivants, déclinés en 18 cibles plus précises et qui peuvent être résumés succinctement comme suit :

Objectif 1 : Faire disparaître l'extrême pauvreté et la faim : réduire de moitié, entre 1990 et 2015, la proportion de la population mondiale dont le revenu est inférieur à un dollar par jour ; réduire de moitié, entre 1990 et 2015, la proportion de la population mondiale souffrant de la faim.

Objectif 2 : Garantir à tous une éducation primaire : d'ici 2015, donner à tous les enfants, garçons et filles, partout dans le monde, les moyens d'achever un cycle complet d'études primaires.

Objectif 3 : Promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes : éliminer les disparités entre les sexes dans les enseignements primaire et secondaire d'ici 2005 si possible, et à tous les niveaux de l'enseignement en 2015 au plus tard.

Objectif 4 : Réduire la mortalité des enfants : réduire de deux tiers, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans.

Objectif 5 : Améliorer la santé maternelle : réduire de trois quarts, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité maternelle.

Objectif 6 : Combattre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies : d'ici 2015, enrayer la propagation du VIH/sida et commencer d'inverser la tendance actuelle. D'ici 2015, enrayer la propagation du paludisme et d'autres grandes maladies, et commencer d'inverser la tendance actuelle.

Objectif 7 : Assurer la durabilité des ressources environnementales : intégrer les principes du développement durable dans les politiques nationales et inverser la tendance actuelle à la déperdition des ressources environnementales ; d'ici 2015, réduire de moitié le pourcentage de population privée d'un accès régulier à l'eau potable ; parvenir d'ici 2020, à améliorer sensiblement la vie d'au moins 100 millions d'habitants de taudis.

Objectif 8 : Mettre en place un partenariat mondial pour le développement : instaurer un système commercial et financier plus ouvert, fondé sur des règles, prévisibles et non discriminatoires, ce qui implique un engagement en faveur de la bonne gouvernance, du développement et de la lutte contre la pauvreté, aussi bien au niveau national qu'international ; subvenir aux besoins spécifiques des pays les moins avancés ; engager une démarche globale pour régler le problème de la dette des pays en développement, imaginer et appliquer des stratégies de nature à créer des emplois productifs décents pour les jeunes ; proposer des médicaments essentiels accessibles à tous dans les pays en développement ; en coopération avec le secteur privé, mettre à la disposition de tous, les bienfaits des nouvelles technologies et notamment celles de l'information et des communications.

Par ailleurs, les Nations Unies ont estimé indispensable que les politiques nationales et internationales mises en œuvre pour atteindre ces objectifs du millénaire soient évaluées régulièrement. Une première évaluation a eu lieu lors de l'assemblée générale des Nations Unies en septembre 2005 et une deuxième lors de l'AG des Nations Unies de 2010, concluant à un résultat mitigé. Si certains progrès furent constatés, les retards par rapports aux objectifs de 2015 s'accumulaient alors déjà, particulièrement en Afrique.

La communauté internationale a multiplié les conférences internationales de l'ONU pour mobiliser les moyens nécessaires pour mettre en œuvre les politiques qui permettraient d'atteindre ces OMD.

En 2002, la Conférence de Monterrey a suscité de la part des pays industrialisés un engagement financier précis pour atteindre ces OMD. L'objectif de consacrer 0,7% du PIB des pays industrialisés à l'APD est confirmé et fondé sur un nouveau partenariat où les pays développés s'engagent à accorder des moyens techniques et financiers supplémentaires et où les pays en développement s'engagent à appliquer les principes de la bonne gouvernance en vue d'un développement durable. La conférence a aussi souligné l'importance d'améliorer l'efficacité de cette aide accrue en se concentrant notamment sur les pays à faibles revenus et sur les PMA. Mais peu de moyens financiers réellement supplémentaires ont été dégagés à la suite de cette rencontre.

En 2003, la « Déclaration de Rome sur l'harmonisation de l'aide », a fixé les modalités pour que ces moyens dégagés soient mieux appropriés par les pays bénéficiaires (pays partenaires), mieux alignés aux procédures des pays bénéficiaires et mieux harmonisés entre les pays donateurs.

En 2004, la « Conférence de Marrakech » a adopté un mémorandum sur la gestion axée sur les résultats, afin de mieux focaliser cette aide sur les objectifs à atteindre.

En 2005, la « Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide » complétait les acquis antérieurs par la mise en exergue de la responsabilité mutuelle des pays bénéficiaires et donateurs afin d'atteindre les OMD.

Aujourd'hui, la « Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide », synthétisant les acquis des trois dernières conférences énonce les principes essentiels et contemporains qui devraient permettre d'atteindre de manière efficace, les objectifs fixés en 2000.

Ces cinq principes/modalités peuvent être définis comme suit :

- L'appropriation : les pays partenaires exercent une réelle maîtrise sur leurs politiques et stratégies de développement. Ils assurent une coordination de l'action à l'appui du développement : élaboration de stratégies nationales, cadres opérationnels axés sur les résultats, hiérarchisation des priorités, participation de la société civile et du secteur privé.
- L'alignement : les donateurs font reposer l'ensemble de leur soutien sur les stratégies nationales de développement, les institutions et les procédures des pays partenaires : s'aligner sur les stratégies nationales de développement, déliement de l'aide au développement, mise en place d'un cadre d'évaluation

des performances des institutions, renforcement de la capacité et transparence des structures et des institutions chargées de la gestion de l'aide.

- L'harmonisation : les actions des donateurs sont mieux harmonisées, plus transparentes et permettent une plus grande efficacité collective : mise en place de dispositifs communs pour la planification, éviter les missions d'évaluations susceptibles de faire double emploi, éviter la fragmentation de l'aide au niveau mondial, national ou sectoriel.
- Une approche axée sur les résultats : mettre en œuvre l'aide en se concentrant sur les résultats, utiliser les données disponibles en vue d'améliorer le processus de décision, approche de l'aide au développement fondée sur une base de programme et sur une approche pluriannuelle des dons.
- La responsabilité mutuelle : les donateurs et les pays partenaires sont responsables des résultats obtenus en matière de développement transparence dans l'apport et la gestion de l'aide au développement, renforcer le rôle des instances législatives, renforcer l'approche participative dans l'élaboration des stratégies de développement, fournir en temps voulu les informations fiables et détaillées sur les apports de l'aide.

Ce consensus du nouveau millénaire autour des ODM a percolé au sein de nombreuses institutions internationales, induisant de nouveaux engagements internationaux. Ainsi en 2001, le sommet de l'Organisation de l'Unité Africaine (OUA – devenu depuis l'Union Africaine – UA) a adopté le New Partnership for Africa's Development – NEPAD. Ce programme illustre la volonté des états africains de relever eux-mêmes le défi du développement de leur continent et de la lutte contre sa marginalisation. Ce partenariat s'appuie sur un triple socle : paix, sécurité et bonne gouvernance et définit des interventions dans des secteurs prioritaires (infrastructures, santé, nouvelles technologies, énergie, éducation, agriculture, diversification des produits de base...). 23 états africains ont actuellement adhéré à ce partenariat et ont accepté de se faire évaluer par leurs pairs. Le NEPAD est finalement le premier cadre stratégique de référence pour le développement du continent africain. Il a été soutenu par le G8 dès 2002, reconnu ensuite en 2003 par la plupart des pays donateurs dans le cadre du « Forum pour le partenariat avec l'Afrique » et soutenu par la Commission pour l'Afrique créée par Tony Blair en 2004 à l'occasion de présidence anglaise du G8 et de l'UE.

3. Les partenaires du jumelage dans leur contexte respectif

3.1. Le centre hospitalier de Chambéry

Le centre hospitalier de Chambéry, Etablissement Public de Santé, est l'hôpital référent du secteur sanitaire n°10 de la Région Rhône Alpes qui correspond au département de la Savoie. Il compte 700 lits aigus et environ 500 lits de gériatrie. Il propose toutes les disciplines d'un hôpital général et offre un plateau technique très complet.

Il emploie 2800 personnes et est à ce titre le premier employeur du département. Il a récemment absorbé la maternité d'Aix les Bains et poursuit sa consolidation avec cet hôpital proche (15 km). Il est engagé dans un ambitieux projet de construction d'un nouvel hôpital à proximité de l'hôpital actuel au cœur de la ville de Chambéry.

Le directeur général, M. Guy-Pierre Martin est en place depuis 2007¹². Le Centre hospitalier revoit actuellement son nouveau projet d'établissement qui doit être finalisé à la fin de l'année.

Depuis le démarrage du jumelage avec Ouahigouya, il a dû, comme tous les centres hospitaliers français, s'adapter aux nouvelles règles de gestion hospitalière (T2A,...) et a vu son rôle d'hôpital de référence de la Savoie se renforcer.

3.2. Le CHR de Ouahigouya et la politique de santé du Burkina Faso

La santé au Burkina Faso et dans la province de Yatenga

Contexte général du pays

Situé au cœur de l'Afrique de l'Ouest, le Burkina Faso s'étend sur une superficie de 274 200 km². Le pays est divisé en 13 régions, 45 provinces et 351 communes.

Le climat est de type soudanien et comporte deux grandes saisons : une saison pluvieuse de juin à octobre et une saison sèche de novembre à juin. La saison la plus chaude se situe entre mars et juin, période pendant laquelle la température peut dépasser 40°. A l'alternance de ces deux saisons s'associe la recrudescence de certaines endémies comme le paludisme en saison pluvieuse et la méningite en saison sèche.

Sur le plan économique, le Burkina Faso a enregistré une croissance de 5% en moyenne de son PIB entre 2000 et 2009. L'indice de pauvreté serait passé de 46,4%¹³ en 2003 à 40,1 %¹⁴ en 2006, mais les enjeux sociaux restent considérables. L'indice de développement humain (IDH) est de 0,306 en 2010¹⁵ et le Burkina Faso occupe le 161^{ème} rang mondial sur 169 pays pour lequel les Nations-Unies ont des informations leur permettant de calculer cet indice.

¹² L'organigramme actuel de l'équipe de direction se trouve en annexe

¹³ INSD : EBCVM-2003 (enquête burkinabé sur les conditions de vie des ménages)

¹⁴ Résultats du RGPH (recensement général de la population et de l'habitation)

¹⁵ Indice composite mesurant le niveau moyen atteint dans trois dimensions essentielles du développement humain : santé et longévité, accès à l'éducation, et niveau de vie décent.

Le Burkina Faso a une population de plus de 16 millions d'habitants. Elle est très jeune. Les moins de 5 ans représentent 19% de la population et les moins de 15 ans, 48%. L'espérance de vie à la naissance est passée de 48, 5 ans en 1985 à 56,7 ans en 2006. Les femmes vivent aujourd'hui plus longtemps que les hommes (56,7 ans pour les femmes, 53,8 ans pour les hommes).

Le pays a connu récemment des troubles sociopolitiques, un nouveau gouvernement a été mis en place fin avril 2011. Plusieurs bâtiments administratifs de Ouahigouya ont été incendiés et pillés en mars.

Le niveau d'alphabétisation reste faible au Burkina Faso. Selon les enquêtes de l'INSD de 2003 et 2007, le taux d'alphabétisation des 15 ans et plus est passé de 21, 8% en 2003 à 28, 3% en 2007.

La santé des burkinabè

Principaux indicateurs de santé :

Indicateurs	Burkina Faso	OHG	année
Espérance de vie à la naissance (ans)	56,7		2003
Indice de fécondité des femmes	6,2 ¹⁶	7,7 ¹⁷	2003
Taux brut de natalité (%)	46,0		2006
Taux brut de mortalité (%)	11,8		2006
Insuffisance pondérale (%)	31,7	33,5	2007
Mortalité maternelle (pour 100.000 naissances vivantes)	307,3	400	2006
Taux d'accouchements assistés	70,7	63,4 ¹⁸	
Taux d'accouchements dans une structure de santé	37,6	23,9 ¹⁹	
Mortalité infantile (en ‰ des enfants < 1 an)	91,7	104	2006
Mortalité néonatale (‰)	31,0		2003
Mortalité post-néonatale (‰)	50,0		2003
Mortalité des moins de 5 ans (‰)	188	231 ²⁰	
Prévalence VIH (%)	1,6 ²¹	3,2 ²² ; 1 ²³	2008
Prévalence contraceptive (%)	26,9	18	2009
Taux d'accès aux services de santé (%)	36,0		2007

Tableau 1 : Principaux indicateurs de santé

¹⁶ Enquête EDS 2003

¹⁷ Enquête EDS 2003

¹⁸ Ce chiffre constitue le plus mauvais chiffre des régions sanitaires du BF

¹⁹ Enquête EDS 2003

²⁰ Ce chiffre qui provient également de l'enquête EDS de 2003 est le plus mauvais des régions du Burkina Faso excepté la région du Sahel.

²¹ ONUSIDA

²² Ville de Ouahigouya, données de la sérosurveillance par site sentinelle

²³ Prévalence région du Nord selon ONUSIDA 2009

Le Burkina Faso est caractérisé par une mortalité générale élevée, en particulier une mortalité des moins de 5 ans très importante puisque presque un enfant sur 5 n'atteindra pas l'âge de 5 ans. La mortalité maternelle est elle aussi une des plus importantes au monde. On peut estimer qu'une femme sur 35 mourra en couches. En France, la mortalité maternelle est de 9,8 pour 100.000 naissances vivantes ; Cela signifie qu'une femme sur 5.000 meurt en couches, le risque est donc près de 150 fois moindre.

Le paludisme est de loin la première cause de morbidité et de mortalité au Burkina Faso. Il est en nette augmentation ces 5 dernières années et serait responsable de 60% des décès dans les structures sanitaires en 2009.

Dans les districts sanitaires les principaux motifs d'hospitalisation en 2009 sont le paludisme grave (>50%), les infections respiratoires, la rougeole, l'anémie, les morsures de serpent, les diarrhées, la malnutrition et les méningites²⁴.

Dans les centres hospitaliers burkinabè, les lésions traumatiques occupent le premier rang des consultations externes avec 12,9% des motifs, suivi du paludisme (11,9%).

En 2009, les principaux motifs d'hospitalisation dans les hôpitaux burkinabè sont les suivants :

Principaux motifs d'hospitalisation dans les hôpitaux du Burkina Faso en 2009 ²⁵	
Paludisme grave	18,7
fractures	7,9
Lésions traumatiques	6,4
Anémies	5,3
Pneumonie	2,9
Péritonites	2,9
Plaies	2,4
Diarrhées infectieuses	2,2
complications de grossesse	2,2
Hernies inguino-scrotales	2,1

Tableau 2 : Motifs d'hospitalisation au Burkina Faso

Le système de santé au Burkina Faso

Au Burkina Faso, les actions du système de santé s'inscrivent dans le cadre du Plan national de développement sanitaire (PNDS), , du cadre stratégique de lutte contre la pauvreté et des Objectifs du millénaire pour le développement (OMD). Le PNDS 2011-2020 vient d'être adopté après la mise en œuvre et l'évaluation du PNDS 2001-2010.

Afin d'assurer un pilotage des actions du système de santé, un certain nombre d'outils ont été développés tels que l'annuaire statistique, le tableau de bord de santé et les comptes nationaux de la santé. Le tableau de bord (2009, 6^{ème} et dernière édition disponible) assure le suivi de l'impact des interventions dans le domaine de la santé. Il fait la synthèse des indicateurs clés de santé et analyse leur évolution en les comparant aux objectifs et normes fixés par les politiques nationales et les engagements internationaux.

²⁴ Tableau de bord de santé 2009 p.26

²⁵ Tableau de bord santé 2009. Ministère de la santé du Burkina Faso

Le Ministère de la santé comprend 3 niveaux dans sa structuration administrative : le niveau central avec les directions centrales et le cabinet du Ministre et du Secrétariat général, un niveau intermédiaire avec 13 directions régionales de santé, dont celle du Nord avec Ouahigouya comme chef-lieu, et un niveau périphérique constitué de 63 districts sanitaires fonctionnels et 7 nouvellement créés depuis le 15 Avril 2011.

L'offre de soins publics est elle-même organisée en 3 niveaux. Le premier niveau comprend deux échelons : le Centre de Santé et de Promotion Sociale (CSPS) au 1^{er} échelon est la structure sanitaire de base du système de santé. Le Centre médical avec antenne chirurgicale (CMA) constitue le second échelon. Il dispose d'une capacité d'hospitalisation limitée. A Ouahigouya, il n'y a pas de CMA et les structures sanitaires, essentiellement les CSPS, réfèrent directement au CHR.

Le second niveau est représenté par le centre hospitalier régional qui sert de recours aux CSPS et aux CMA. Le 3^{ème} niveau est représenté par les CHU.

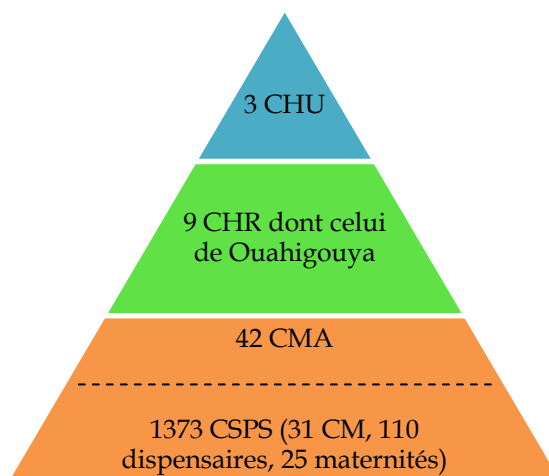


Figure 1: système de santé du Burkina Faso

Outre ces 3 niveaux et ces 4 échelons théoriques, il existe aussi des centres médicaux, des maternités et des structures sanitaires privées.

Dans la région du Nord, on compte 3 CMA, 3 centres médicaux (CM), 146 CSPS, 19 dispensaires, 7 maternités et quelques formations privées (dépôts,...).

Au Burkina Faso, le nombre de nouveaux contacts par habitant et par an dans les formations sanitaires de district est passé de 0,32 en 2005 à 0,56 en 2009.²⁶ Pour la région du Nord, le chiffre est de 0,5 en 2009, ce qui correspond à la norme.

En dehors de l'offre de soins publics, des structures privées se développent rapidement au Burkina Faso. On en comptait 320 en 2009. A Ouahigouya, une clinique pédiatrique privée s'est ainsi ouverte récemment ainsi que des officines pharmaceutiques.

Le Plan National de Développement sanitaire (PNDS) qui a fait l'objet d'une nouvelle programmation 2011-2020, bénéficie d'un soutien multi donateurs (basket fund) au travers du PADS (Programme d'appui au développement sanitaire), véritable colonne vertébrale de l'appui technique et financier au système de santé. Ce plan prévoit notamment la réduction de la mortalité maternelle, la réduction de la mortalité infantile,

²⁶ C'est un indicateur important de l'utilisation des services de santé et donc de leur accessibilité par la population. Il doit être idéalement de l'ordre de 1 contact/an/hab. et au moins 0,5/an/habitant, ce qui est le cas.

la lutte contre le VIH, un meilleur accès à la contraception, l'éradication de la lèpre et du tétanos néonatal,...

Le nombre de médecins par habitant reste très en dessous des normes qui pourraient être admises pour le Burkina Faso, soit un médecin pour 10.000 habitants.

Ratio par habitants en personnel de santé en 2009²⁷ au Burkina Faso :

Ratio/habitants	Burkina Faso	Région Nord du Burkina Faso	Savoie
Médecin	22 522	55 000	323
IDE	5 335		
Sages-femmes	17 703		

Tableau 3 : démographie médicale comparée

Le nombre d'habitants par médecin dans la région du Nord était quant à lui de 55.000 en 2007, ce qui est bien sûr un chiffre très faible. En Savoie, au 1^{er} janvier 2010, il y avait 323 habitants pour un médecin (1236 médecins pour 400.000 habitants)²⁸ ce qui représente une démographie médicale 170 fois plus dense.

En 2009, le Burkina Faso consacrait 9,5 % du budget de l'Etat, soit 97,5 milliards de CFA, aux dépenses de santé. Cela représentait 31,3 % des dépenses totales de santé. Les ménages burkinabè déboursaient près de 40% des dépenses de santé (plus de 100 milliards de CFA) et les partenaires internationaux, le solde²⁹. Ces chiffres indiquent à quel point les dépenses de santé pèsent lourdement sur le budget des ménages.

²⁷ Tableau de bord santé 2009

²⁸ Conseil National de l'Ordre des Médecins - Démographie médicale au 1/01/2010
INSEE - 01/2010 (population légale)

²⁹ Tableau de bord de santé 2009

Le Centre Hospitalier Régional de Ouahigouya

« Le centre Hospitalier de Ouahigouya a pour mission de faire le diagnostic, le traitement et la surveillance des malades, des blessés et des femmes enceintes en tenant compte des aspects psychologiques et socio-économiques des patients dont il assure l'hébergement. Il participe, de concert avec les autres structures compétentes, aux activités de santé publique qui comprennent notamment les actions de communication pour le changement de comportement, de prévention et toutes autres actions médico-sociales coordonnées³⁰ ».

Il dispose de 197 lits et compte 232 agents au 31 décembre 2010³¹. Il est le centre de référence des cinq districts sanitaires de la région du Nord : Ouahigouya, Titao, Séguénéga, Gourcy et Yako. Il couvre une population de 1.306.000 habitants.

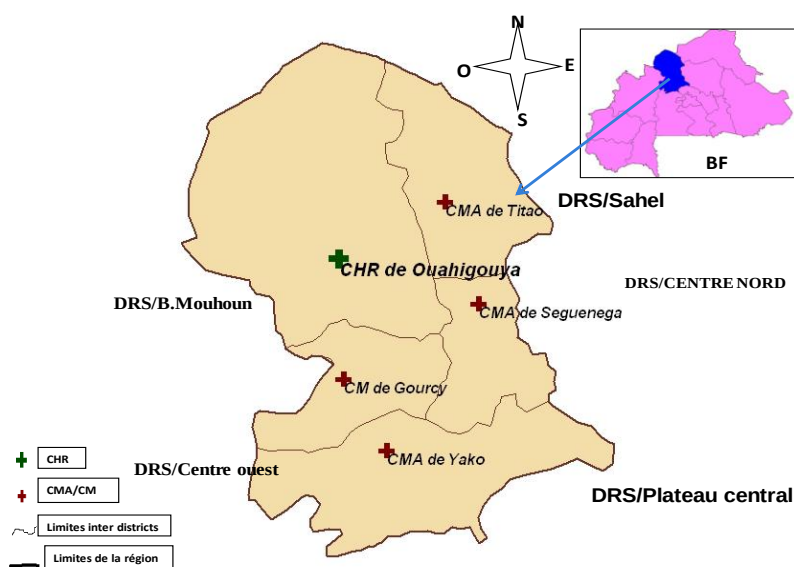


Figure 2 : carte de la région sanitaire du Nord

Il est administré par un Conseil d'Administration de 10 membres et est dirigé par un Directeur Général nommé par le Conseil des Ministres et assisté d'une équipe de direction.

C'est un hôpital pavillonnaire établi sur un terrain de 7 ha. C'est un établissement public de santé (EPS) construit en 1954 et fonctionnel depuis 1955. Depuis sa construction, il a connu plusieurs évolutions pour devenir aujourd'hui un Centre Hospitalier Régional et un Etablissement public de l'Etat à caractère administratif, doté de la personnalité juridique et de l'autonomie financière par kiti n°AN-VII-322 du 18/05/1990. Le statut particulier en vigueur est celui adopté par le décret n°2006-356 /PRES/PM/MS/MFB du 20 juillet 2006 portant statuts particuliers des Centres hospitaliers régionaux³².

³⁰ Rapport d'activités 2010 CHR de Ouahigouya, p. 5 « missions »

³¹ CHR OHG : rapport d'activités 2010

³² Ce texte prévoit les structures administratives suivantes :

- un Conseil d'administration ;
- une Direction générale (DG) composée de :
 - ❖ 6 services rattachés :
 - le secrétariat particulier et du courrier ;
 - le service de la planification et de l'information hospitalière ;

Il dispose des services médico-techniques et cliniques prévus pour un établissement hospitalier de son niveau. Il dispose de salles de consultations externes, d'une salle d'urgence, d'un service de chirurgie avec deux blocs opératoires, un service de gynéco-obstétrique, un service de médecine, un service de pédiatrie et quelques lits pour la psychiatrie, l'ophtalmologie et l'ORL. Il a un laboratoire avec banque de sang, une pharmacie hospitalière et un service de radiologie. Il a également une buanderie, des services de cuisine et un nouvel incinérateur. Il comporte également en son sein un atelier d'optique, un laboratoire de prothèse dentaire, un Centre de récupération et d'éducation nutritionnelle (CREN) et une unité d'acupuncture et de kinésithérapie.

D'après la direction des hôpitaux publics, à long terme, le CHR de Ouahigouya devrait évoluer vers un CHU et une école de médecine devrait s'ouvrir à Ouahigouya.

Même si des efforts constants et sérieux sont menés pour améliorer la qualité de l'information sanitaire de l'hôpital, notamment ces trois dernières années, il faut manier les données statistiques sur l'activité ou les ressources de l'hôpital avec prudence car le relevé des informations est variable et leur transcription peut différer d'un document à l'autre.

Par exemple, en 2009, le taux d'occupation des lits est de 61,6% selon le projet d'établissement³³, de 72% si l'on en croit la synthèse de l'annuaire statistique 2009³⁴ du Ministère de la Santé et de 48,5% si l'on se réfère à la synthèse des rapports de progrès des DRS, des DS et des hôpitaux publics³⁵ du même Ministère. Le rapport d'activités 2010 du CHR ne mentionne pas cet indicateur d'activités.

En croisant les différentes sources on peut se faire une idée assez juste de l'activité hospitalière.

-
- le service de communication et du protocole ;
 - le service de contrôle de gestion interne ;
 - le service des affaires juridiques ;
 - le service des archives et de la documentation centrale.
 - ❖ 5 directions :
 - la Direction de l'administration et des finances (DAF) ;
 - la Direction des ressources humaines (DRH) ;
 - la Direction de l'hospitalisation et de la qualité des soins (DHQS) ;
 - la Direction des services généraux (DSG) ;
 - l'Agence comptable (AC).

➤ un Contrôle financier.

A ces structures de délibération, de gestion et de contrôle, il faut ajouter 5 organes consultatifs : la Commission Médicale d'Etablissement (CME) ; le Comité Technique d'Etablissement (CTE) ; la Commission des Soins Infirmiers et Obstétricaux (CSIO) ; le Comité d'Hygiène de Sécurité et des Conditions de Travail (CHSCT) ; le Conseil de Discipline (CD).

³³ Projet d'établissement 2011-2015 du CHR de Ouahigouya p.16

³⁴ Synthèse de l'annuaire statistique 2009 du Ministère de la Santé p.37

³⁵ Ministère de la Santé du Burkina Faso, Secrétariat technique du plan national de développement sanitaire (ST-PNDS), Synthèse des rapports de progrès des directions régionales de la santé, des districts sanitaires et des hôpitaux publics

Voici le nombre d'admissions et le taux d'occupation des lits par service de 2007 à 2009³⁶ selon les données publiées dans le nouveau projet d'établissement du CHR de Ouahigouya :

Services	2007		2008		2009	
	Admission	Taux d'occupation des lits (%)	Admission	Taux d'occupation des lits (%)	Admission	Taux d'occupation des lits (%)
Chirurgie	1396	47,23	1621	63,63	1943	59,51
Maternité	1662	59,59	1886	77,29	2028	71,69
Médecine	1797	70,01	1440	62,49	1960	63,51
Odonto	4	1,92	11	3,84	32	23,29
Ophtalmo	489	20,14	692	29,82	527	22,64
ORL	4	1,37	8	1,92	13	4,57
Pédiatrie	2518	52,92	3244	73,13	3902	113,42
Psychiatrie	16	3,77	22	5,14	6	2,12
TOTAL	7886	54,24	8924	62,43	10411	61,56%

Tableau 4 : admissions et taux d'occupation du CHR de Ouahigouya de 2007 à 2009

Il y a environ 60.000 consultations par an au CHR de Ouahigouya. L'ophtalmologie représente près du tiers de ce chiffre, les malades viennent de tout le pays pour cette spécialité. Les urgences représentent environ 15% des consultations. Le paludisme est le premier motif de consultation.

En recoupant différentes sources d'information on peut estimer vraisemblable que le CHR de Ouahigouya a une activité supérieure à la plupart des autres CHR du Burkina Faso.

³⁶ Projet d'établissement 2011-2015 CHR de Ouahigouya

Le nouvel hôpital

Dr Ferdinand Tiendrebeogo Directeur, Direction de la tutelle des Hôpitaux Publics

C'est au comité de pilotage du projet d'établissement de décider d'utiliser l'espace de l'hôpital de manière rationnelle. Des extensions sont possibles. Les hôpitaux peuvent proposer des priorités. Nous vérifions que ce qu'ils proposent rentre dans le cadre autorisé.

Le nouveau CHR, prévu depuis de nombreuses années, est en voie d'achèvement, du moins pour ce qui concerne la tranche A. Il est situé à 5,7 km du site actuel du CHR, sur un terrain de 15 ha, à la périphérie de la ville de Ouahigouya. C'est un hôpital pavillonnaire d'une capacité similaire à celle de l'hôpital actuel (200 lits), construit grâce à un prêt/financement BAD. C'est le premier hôpital d'une nouvelle génération d'hôpitaux destinés à être implantés dans les grandes villes du Burkina Faso.

La tranche A comprend tous les services importants : le pôle mère-enfant (gynéco-obstétrique et pédiatrie), la chirurgie, le bloc opératoire qui comprend 3 salles d'opérations, la médecine, la pharmacie hospitalière, les urgences, les services d'appui, le laboratoire et la radiologie. Une réception provisoire de cette tranche a déjà eu lieu ainsi que la réception de l'équipement mobilier.

Mais cette tranche ne comprend pas l'administration, ni les services d'ophtalmologie, d'ORL, d'odontologie, de santé mentale, ni la buanderie, le CIMO ou la restauration qui constituent la tranche B.

La tranche B des travaux aurait dû commencer en avril pour se terminer en décembre. Mais les travaux n'ont pas démarré, des retards sont à prévoir et la direction du CHR de Ouahigouya ne sait pas quel sera le calendrier exact d'exécution de cette tranche.

L'équipe du CHR de Ouahigouya a pu prendre connaissance des plans de l'hôpital avant sa construction, mais n'a pu effectuer aucune modification susceptible de modifier le budget d'investissement. Certaines incohérences dans la planification des tranches A et B ont pu être atténuées par l'équipe du CHR. Par exemple, elle a réussi à inclure le service de médecine dans la tranche A alors que ce n'était pas prévu.

Ce nouvel hôpital représente à la fois un grand espoir et un énorme défi pour la direction et tout le personnel du CHR de Ouahigouya.

Tous les services ont visité le nouvel hôpital et le Directeur Général leur a demandé de se préparer au déménagement qui doit avoir lieu dans les tous prochains mois.

Cet hôpital représente pour le personnel du CHR de Ouahigouya la possibilité de travailler dans un espace neuf, moderne, plus grand, plus confortable et mieux équipé. Il espère aussi à cette occasion mettre en œuvre les techniques d'organisation et de fonctionnement apprises lors de séjours à Chambéry.

Les salles de soins seront plus grandes, plus faciles à entretenir, et souvent climatisées. Les chambres sont ventilées ou climatisées, la distribution d'oxygène est préinstallée.

L'approvisionnement en eau et en électricité de l'hôpital devrait permettre une fourniture autonome en cas de besoin (grand groupe électrogène, château d'eau). Le circuit du malade sera facilité.

Mais les défis sont nombreux. Ils sont d'une part liés à la manière dont la construction même du bâtiment a été conçue, d'autre part aux habitudes prises dans l'espace actuel et qui devront être modifiées sous peine de dégrader rapidement le nouvel environnement.

Défis liés à la conception du bâtiment :

Le relatif éloignement du centre urbain : il est difficile de dire quel sera l'impact de cet éloignement sur la fréquentation de l'hôpital. Cela ne semble pas inquiéter l'équipe du CHR qui rappelle que le CHR a une vocation régionale.

La division des travaux en deux tranches A et B avec des sites distants de près de 6 km. La direction ne souhaite pas attendre la fin des travaux de la tranche B avant de déménager. On peut le comprendre, étant donné l'état du CHR actuel et l'incertitude quant à la fin des travaux de la seconde tranche, avec les bâtiments neufs de la tranche A qui pourraient se dégrader s'ils ne sont pas occupés. Mais cette période d'activités sur deux sites éloignés sera source de difficultés et doit être la plus courte possible. L'administration s'installera en partie et provisoirement dans certaines des nouvelles salles de consultation.

Le nouvel hôpital comptera 40 lits de chirurgie, 40 lits de médecine, 40 lits de gynéco-obstétrique, mais seulement **30 lits de pédiatrie**, alors que ce service compte aujourd'hui 54 lits y compris les places du CREN, et enregistre un taux d'occupation largement supérieur à 100%. Ca va coïncider. Un accord semble en bonne voie pour que dans le cadre du pool mère-enfant, des lits de la maternité puissent être dédiés à la néonatalogie. Mais même si cela concerne 10 à 15 lits, cela ne suffira pas à régler le problème et **il faut saisir l'opportunité d'une tranche B pour trouver des solutions à ce sérieux problème.**

Des équipements de confort sont prévus dans le nouvel hôpital, dont **des salles d'eau et des toilettes dans les chambres**. Ces équipements ne sont pas adaptés à une population rurale qui y est peu habituée. A suivre donc et à adapter en fonction de l'utilisation par les patients. Des latrines sont d'ores et déjà prévues par la direction.

Défis liés à l'adaptation à un hôpital neuf et moderne :

L'équipe de direction du CHR de Ouahigouya est bien consciente de la hauteur de ces défis et cite 4 domaines dans lesquels elle devra être vigilante : **l'hygiène, l'entretien, l'archivage et l'organisation.**

Dans l'état actuel des choses, il n'est pas prévu de mécanisme d'accompagnement du déménagement par la BAD même si, semble-t-il, des fonds spéciaux existent pour ce type d'exercice.

Pourtant il est essentiel que le déménagement se fasse dans de bonnes conditions, que le nouvel espace et les nouveaux équipements fassent l'objet d'un apprentissage spécifique, et que des mesures nouvelles soient prises pour maintenir la propreté, l'organisation et le bon fonctionnement du nouveau CHR.

4. Bilan de la coopération inter hospitalière

4.1. La stratégie d'intervention

Christophe Parret, Président du Comité de jumelage

On est passé d'une stratégie de type humanitaire, avec des dons d'équipements à une coopération de type compagnonnage.

Avant l'audit et la convention de jumelage, on a réalisé surtout des interventions prostatiques, des dons de matériel qui n'étaient parfois même pas déballés.

L'audit

L'audit réalisé du 18 au 24 mars 1999 par Gilbert Pion, Marie-Thérèse Pallud et Odette Pion avait pour but de « *continuer les actions de collaboration (en particulier les missions chirurgicales), mais aussi de préparer le jumelage*³⁷ ».

Il avait été précédé d'un questionnaire de pré-audit envoyé en 1998 et auquel une majorité de services avait répondu. Sur base d'entretiens avec une grande partie du personnel du CHR, il faisait des constats et des propositions relatifs à la gestion du CHR, à l'hygiène générale, à chacun des services hospitaliers ainsi qu'aux cuisines et au garage. Les priorités définies ont été largement reprises dans les axes de coopération prévus par la convention de jumelage (voir plus loin).

Il constitue une très bonne photographie du fonctionnement du CHR à cette époque. Il est aussi une mine de propositions d'amélioration. Il s'est peu penché sur les éléments de contexte socio-sanitaire ainsi que sur le film des activités des années précédentes. Il ne dit rien du bilan de la coopération inter hospitalière à cette date.

Il constitue un point de référence précieux pour notre évaluation actuelle même s'il s'agissait d'un exercice très différent. Il s'agissait de comprendre le fonctionnement du CHR, d'en identifier les faiblesses et de formuler des propositions d'amélioration. L'exercice actuel, même s'il comprend des éléments d'analyse similaires, a pour but essentiel de tenter de mesurer les effets du jumelage sur le fonctionnement de l'hôpital ainsi que d'apprécier si la stratégie utilisée et les actions menées ont été les bonnes.

Le jumelage inter hospitalier

La convention de jumelage

Avant la convention de jumelage de 2002, la coopération inter hospitalière s'inscrivait directement dans le cadre de la coopération décentralisée entre les villes de Chambéry et de Ouahigouya. Une commission santé dépendant de la Ville de Chambéry pilotait les actions entre les deux hôpitaux. La coopération inter hospitalière consistait surtout en des missions chirurgicales nord-sud organisées par le service de chirurgie de l'hôpital d'Aix les Bains. Le programme opératoire incluait un fort contingent de prostatectomies³⁸. Des dons de matériels étaient organisés et acheminés par containers.

³⁷ Compte-rendu de l'audit réalisé du 18 au 24 mars 1999. Gilbert Pion, Marie-Thérèse Pallud, Odette Pion.

³⁸ C'est ce qu'on a appelé ensuite la « période prostates »

Suite à l'audit de 1999, une convention a été signée à Ouahigouya le 3 mars 2002 par les Directeurs Généraux des deux hôpitaux. Cette convention avait reçu le consentement préalable de leur Conseil d'administration respectif³⁹.

Cette convention de jumelage est claire et synthétique. Elle couvre les aspects essentiels des objectifs et des modalités de mise en œuvre du jumelage ainsi que son suivi et son évaluation.

Elle prévoit que l'action envisagée s'inscrit dans le respect du choix de politique de santé du Burkina Faso et dans la continuité de la coopération décentralisée engagée entre les villes de Chambéry et de Ouahigouya.

Les axes de coopération prévus comprennent :

- la contribution à la mise en place de la réforme hospitalière appui à l'élaboration et à la gestion de projets spécifiques (Projet Médical, Projet d'Etablissement, fonctionnement des instances,...),
- la maintenance des appareils biomédicaux,
- l'hygiène à l'hôpital et le circuit des déchets,
- l'appui technique aux services, les missions pouvant aborder, outre le bloc opératoire, la maternité, l'infectiologie, la lutte contre le sida, la pharmacie,
- l'organisation du service des urgences et du bureau des entrées.

Il est aussi prévu que le CH de Chambéry apporte son soutien et son conseil technique pour le matériel et l'équipement du CHR de Ouahigouya. Mais tout autre domaine d'action pourra être abordé dès lors qu'il fait l'objet d'un accord commun formalisé par un avenant.

Cette convention précise que la mise en œuvre des axes de coopération se fera essentiellement grâce à des échanges humains et des transferts de connaissance⁴⁰. Un comité de jumelage doit être créé dans chaque hôpital. Il a pour but de définir les actions à conduire et propose un programme annuel aux directions des établissements.

Il est prévu de rechercher des cofinancements auprès des bailleurs de fonds. Le comité assure le suivi des actions réalisées et en fait un bilan annuel. Les actions à mener sont décidées lors d'une réunion annuelle conjointe entre les deux comités.

Les personnes choisies pour les missions sont désignées par la direction de chaque établissement sur proposition du comité de jumelage et doivent remettre à leur retour un compte-rendu de leur mission aux directions des deux établissements. La convention est valable pour une durée de 3 ans renouvelables par tacite reconduction.

La convention ne dit rien sur les relations avec l'association Chambéry-Ouahigouya. Elle donne peu d'éléments sur lesquels peut se fonder une évaluation des résultats obtenus.

Elle a été largement mise en œuvre, tant dans ses objectifs que dans les modalités de mise en œuvre et de pilotage du jumelage.

³⁹ Délibération du CA du CH de Chambéry le 26 février 2001 et délibération du CA du CHR de Ouahigouya le 15 mai 2001.

⁴⁰ Article 3 de la convention : domaines de collaboration.

L'organisation du jumelage hospitalier

Au CH de Chambéry

Verbatims :

M. Guy-Pierre Martin, Directeur Général :

Le Comité de jumelage opère par délégation de la direction. Une feuille de route ou une lettre de mission ? Pourquoi pas, car certains pensent que le comité de jumelage est une affaire privée. Ce jumelage nous apporte un supplément d'âme

Dr Christian Carmagnac, Président de la CME :

Il n'existe pas de problème entre ceux qui partent et ceux qui ne partent pas. On devrait inscrire le jumelage dans le futur projet d'établissement.

Lucie Chabert, cadre supérieure de santé :

Ce que je sais de ce jumelage ? On connaît les batiks dans le hall (rires), ce jumelage, c'est positif. Je ne sais pas si le projet est porté collectivement, ce sont des engagements individuels. On leur apporte du conseil, on envoie des gens qui sont capables de s'adapter. Il y a deux mondes, le monde de la santé chez nous, chez eux. Il y a un tel fossé, je suis sûre qu'il faut poursuivre. Un des intérêts de cette coopération, c'est de nous rendre compte de notre situation à nous, notre aisance, nos gaspillages. Cela nous permettrait de porter plus notre propre projet d'établissement. L'équipe du comité de jumelage, on n'a pas l'impression qu'ils ont besoin d'être renforcés, ils ont leurs forces vives.

Christophe Parret, Président du Comité de jumelage :

Une petite équipe d'une demi-douzaine de bénévoles gère et coordonne au quotidien les actions de jumelage à Chambéry. Les réunions du comité sont rarement l'occasion de discussions approfondies sur les actions ou sur la stratégie poursuivie. Elles ont surtout pour vocation de résoudre les questions administratives et de logistique.

Le comité de jumelage dispose de « statuts », qui sont en réalité un règlement d'ordre intérieur. Son existence formelle et son intégration dans les activités du CH de Chambéry sont validées par la délibération du Conseil d'Administration du 26 février 2001 qui « décide de donner un avis favorable au projet de convention-jumelage entre le CHR de Ouahigouya et le CH de Chambéry et d'autoriser le Directeur du CH de Chambéry à signer la dite convention ».

Cette décision est justifiée par « les actions de coopération développées par la Ville de Chambéry avec la Ville de Ouahigouya au Burkina Faso et le souhait de l'établissement burkinabé d'une coopération plus étendue et plus constante touchant à tous les aspects de la vie hospitalière ». On relèvera que cette délibération ne mentionne pas l'intérêt que pourrait trouver le CH de Chambéry dans cette coopération.

Il n'existe pas d'autre document formel émanant du CH de Chambéry qui précise les objectifs, les ressources et les modalités de la coopération du CH de Chambéry avec le CHR de Ouahigouya.

Contrairement à ce qui est prévu dans la convention, la coopération hospitalière avec le CHR de Ouahigouya ne semble pas faire l'objet de délibérations, par exemple sous la forme d'un rapport d'activités annuel, au niveau du CA ou du Comité de Direction.

Toute personne qui le souhaite est membre du comité de jumelage qui est une association de fait. Le comité de jumelage compte actuellement une cinquantaine de membres. Les membres désignent le bureau d'une douzaine de membres, chargé de la gestion journalière et élisent le Président du comité de jumelage.

Dans les faits, une petite équipe d'une demi-douzaine de personnes avec à sa tête Christophe Parret, président, aidé par Didier Raffenot, gère et coordonne au quotidien les actions de jumelage à Chambéry. Ils coordonnent les missions à Ouahigouya, les

stages à Chambéry, les contacts avec le CHR de Chambéry, le soutien administratif aux missions, les contacts avec l'association et la mairie de Chambéry.

Les réunions du comité attirent une petite équipe et sont rarement l'occasion de discussions approfondies sur les actions ou sur la stratégie poursuivie. Elles ont surtout pour vocation de résoudre les questions administratives et de logistique.

La réunion organisée par les évaluateurs le 5 avril 2011 au cours de laquelle chaque responsable de service a exposé son bilan, ses perspectives, ses succès et ses échecs et qui a été suivie d'un débat sur les raisons, les objectifs et les résultats de la coopération hospitalière avec Ouahigouya, était une première.

Rarement une telle discussion approfondie n'avait eu lieu entre tous les acteurs du CH de Chambéry sur l'évaluation et les enjeux de leur jumelage avec Ouahigouya. Cet échange de bonnes pratiques et de remises en cause a été fructueux, y compris pour celles et ceux qui avaient été frustrés par leur propre expérience de mission à Ouahigouya. Il a permis de réaliser l'ampleur et la diversité des actions de coopération, l'importance du travail réalisé.

Le comité de jumelage bénéficie d'un soutien administratif léger de la part du CH de Chambéry. Ce soutien concerne la comptabilisation des dépenses imputables sur les financements des projets (MAEE et ESTHER), un soutien dans le domaine de la communication (par exemple, mise à disposition d'une personne un demi-jour par semaine pour la préparation de Lafi Bala,...) et dans le domaine des ressources humaines (assurances,...).

Mais ce soutien n'est pas formalisé, n'est pas précisément connu par les différents responsables de service et n'est pas précisément délimité. Il dépend beaucoup de la bonne volonté (qui est réelle) de chacun. Il ne facilite pas un bon encadrement systématique des missions. Il est potentiellement la source de malentendus, de difficultés pour l'administration ou d'attentes déçues de la part du comité de jumelage.

Une partie du travail (la plus grande partie) est réalisée par des bénévoles (bureau du comité de jumelage), une autre par la structure hospitalière, une autre enfin par l'association CHY-OHG.

Bénévoles membres du comité de jumelage :	Contacts avec le CHR de Ouahigouya, planification et organisation pratique des missions y compris la préparation du matériel nécessaire à la mission, constitution des dossiers pour les bailleurs de fonds, , ordres de mission, débriefing, accueil des stagiaires,...
CH Chambéry :	mise à disposition de personnel, organisation des services pour permettre cette mise à disposition, aide comptable, paiements, financement,...
Association :	billets d'avion, encadrement technique pour les dossiers

Tableau 5: répartition des tâches du jumelage hospitalier à Chambéry

La place du programme ESTHER dans le jumelage hospitalier a fait l'objet de précisions lors de la mission des consultants. Ce programme fait clairement partie du jumelage au même titre que les programmes financés par le MAEE.

Au CHR de Ouahigouya

Jean-Pierre Palm, Directeur Général

Le comité de pilotage du jumelage se réunit chaque fois que de besoin. Les services donnent leurs priorités. L'hôpital dans son entièreté participe. La désignation des personnes qui partent en mission se fait sur base de critères précis.

Eric Tougouma, Président du comité de jumelage jumelage

Il faut reconnaître que nous n'avons pas actuellement de comité de jumelage formalisé, mais il est ouvert à tout agent qui le souhaite. Le problème, c'est le bureau. L'attente des gens est que cela soit formalisé.

Au CHR de Ouahigouya, Le comité de jumelage provisoire mis en place au début du jumelage en 2002 et qui comptait dix membres, n'a pas été renouvelé. Il en compte aujourd'hui 5⁴¹, qui constituent « le comité de pilotage » du jumelage, l'équivalent du bureau du comité de jumelage, les autres ayant quitté le CHR. Des personnes ont été cooptées pour renforcer cette équipe. Nous n'avons pas connaissance de statuts ou d'un règlement d'ordre intérieur pour le comité de jumelage.

En principe, toute personne qui a participé à une mission dans le cadre du jumelage devient membre du comité de jumelage. Mais dans la pratique, ce comité ne se réunit pas.

Par contre, toutes les personnes qui le souhaitent et tous les services du CHR participent à l'élaboration des priorités pour les actions du jumelage et à la planification des missions nord-sud et sud-nord qui se fait au cours d'une réunion de programmation annuelle.

Lors de notre passage, nous avons constaté que certains responsables du CHR de Ouahigouya ne connaissaient pas les lignes du programme d'action 2007-2010 du comité de jumelage. Ce sont ceux qui n'étaient pas encore au CHR en 2006 lorsque le programme a été élaboré. La communication interne du comité de pilotage actuellement confiée au responsable de l'information du CHR devrait être renforcée. Des recommandations sont proposées sur ces sujets dans le chapitre qui y est consacré.

Le choix des personnes qui partent en stage à Chambéry est un sujet particulièrement délicat. Il ne fait pas de doute que ce choix se base sur des critères globalement très satisfaisants quand on voit le bilan de ces missions (voir chapitre 3.2). Ces critères sont développés dans le chapitre « *Les stages à Chambéry* ».

⁴¹ Ce sont les 5 responsables qui pilotent l'évaluation du jumelage : M. Jean-Pierre Palm, M. Eric Tougouma, le Dr Mamoudou Sawadogo, Mme Hélène Sawadogo, M. Alexis Traore.

Aperçu global des actions réalisées depuis la convention de jumelage (2002)

Nous allons d'abord effectuer une analyse globale, quantitative et qualitative des missions nord-sud et des missions sud-nord, de leur appréciation par les acteurs du jumelage et des résultats obtenus. Nous examinerons ensuite les résultats obtenus dans certains secteurs clés que les commanditaires de l'évaluation ont demandé aux évaluateurs d'analyser plus en détails : le service de chirurgie, le service de gynéco-obstétrique⁴², ainsi que plus sobrement les autres services clés de l'hôpital.

Il n'a pas toujours été possible de retrouver les informations nécessaires au travail des évaluateurs. En particulier, les missions ont fait l'objet d'un système de rapportage très variable sur le plan qualitatif, même si les rapports ont eu tendance à s'améliorer ces dernières années. Il arrive en effet que les auteurs de certains rapports de missions ne soient pas indiqués, ou que la composition de l'équipe ne soit pas mentionnée ou que la durée de mission ne soit pas indiquée. Il en va de même sur les objectifs de la mission, les partenaires avec lesquels la mission a été effectuée,...

Les données collectées ci-dessous sont celles que les évaluateurs ont reçues, soit lors de leurs missions à Chambéry ou à Ouahigouya, soit sur support électronique ou ont pu collecter au cours des entretiens. Elles doivent sur le plan quantitatif être considérées comme minimales, surtout pour la période antérieure au dernier programme d'action.

Les missions à Ouahigouya

Laurence Arizio, IBODE :

Ces missions fédèrent l'équipe de Chambéry. Les liens créés sur le terrain restent forts après le retour de mission. Les burkinabè nous apportent énormément. La difficulté, ce n'est pas l'apprentissage mais le suivi.

Sur la dernière décennie, au moins 29 missions de compagnonnage nord-sud ont été réalisées entre le CH de Chambéry et celui de Ouahigouya (figure 3). Ces missions ont impliqué 52 personnes. L'année 2007 a été une année particulièrement faste, puisque près de 30 % des personnes parties en mission dans la décennie sont parties cette année là.

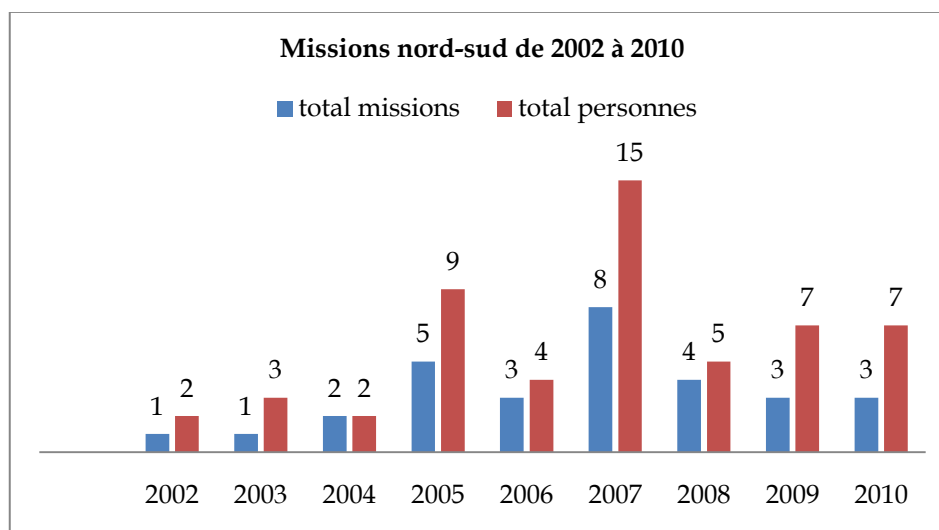


Figure 3: missions nord-sud 2002 - 2010

⁴² Paragraphe 2.2.3. des termes de référence, p.9

Comme le montre la figure 4, le programme d'action 2007-2010 a été près de deux fois plus intense que le programme précédent.

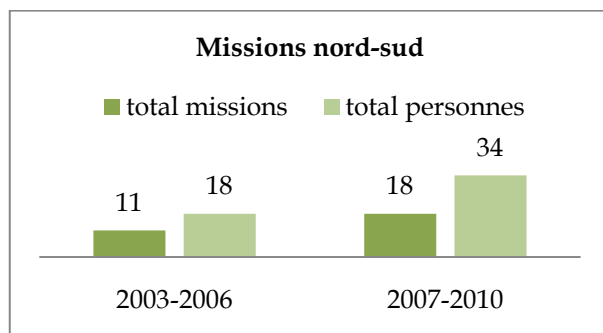


Figure 4: missions nord-sud, comparaison entre 2003-2006 et 2007-2010

Les missions ont concerné pratiquement tous les services, le top 3 des services les plus concernés étant, dans l'ordre, le laboratoire (essentiellement des missions ESTHER), la chirurgie et la maternité (figure 5).

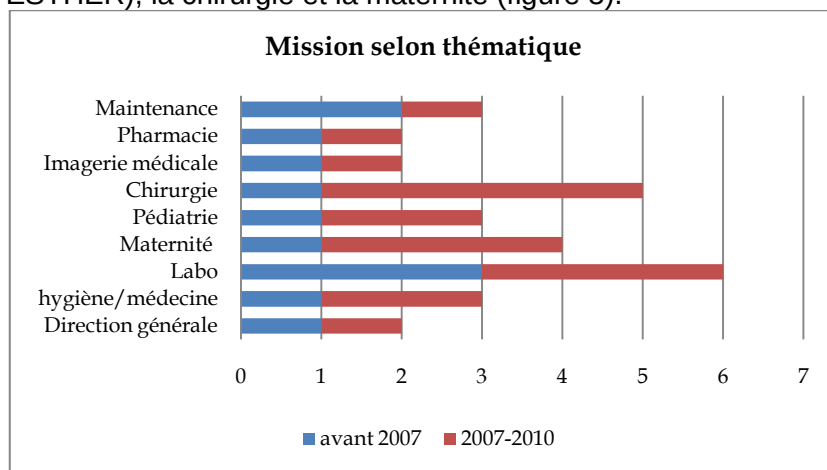


Figure 5: Thèmes des missions nord-sud

Plus de la moitié des partants étaient des médecins.

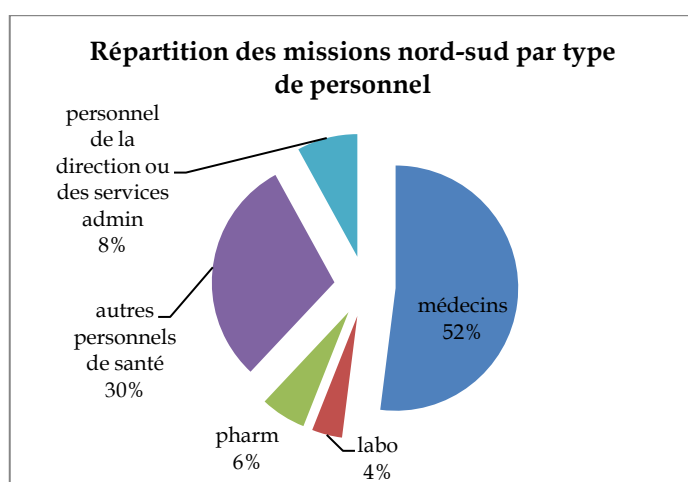


Figure 6: Répartition des missions nord-sud par type de personnel

Selon les personnes qui ont réalisé ces missions et celles qui les ont reçues, l'efficacité de ces missions dépend largement :

- I. de la qualité et de la stabilité du partenariat établi,
- II. de la préparation et du suivi qui peuvent exister entre les missions,
- III. de l'adéquation entre la demande de Ouahigouya et la réponse de Chambéry,
- IV. de la capacité qu'ont les bénéficiaires de certaines missions à réellement intégrer les formations et les recommandations des missions,
- V. de la durée de la mission,
- VI. de la période à laquelle est a lieu.

Comme on le verra ci-dessous, il y a un équilibre remarquable entre le nombre de personnes qui ont fait des missions nord-sud et le nombre de stages sud-nord réalisés sur les 10 dernières années. En tout, 102 personnes-missions réparties en 52 nord-sud et 50 sud-nord ont pu bénéficier du jumelage inter hospitalier au bénéfice de l'amélioration des performances de l'hôpital de Ouahigouya.

Ces échanges humains sont au cœur de la stratégie développée par les deux centres hospitaliers. Personne ne les remet en question. Chacun souhaite les poursuivre tout en les professionnalisant encore.

Principaux acquis des missions à Ouahigouya :

- I. Contribue à fédérer l'équipe de Chambéry, à lui donner du recul par rapport à sa propre pratique ;
- II. Prise de conscience d'une autre réalité hospitalière ;
- III. Amélioration des compétences techniques et organisationnelles de l'hôpital de Ouahigouya et augmentation de son activité et de la qualité de certaines de ses prestations ;
- IV. Relations humaines et interculturelles ;
- V. Connaissance des réalités burkinabaises.

Recommandations pour l'avenir : cf. le chapitre qui y est consacré.

Les stages à Chambéry (missions sud-nord)

Verbatims :

Ali Ouedraogo, interne en radiographie :

Mon séjour se passe vraiment très bien. J'ai pu me familiariser très rapidement avec le scanner et la scintigraphie. J'ai très vite pu cosigner les protocoles. On m'a tout de suite responsabilisé. Au retour je ne sais pas encore dans quel hôpital je serai affecté, mais il est probable que je fasse deux ans à Ouahigouya.

Annie Biboud, DSIO :

Les stagiaires suivent leur programme scrupuleusement mais ne prennent pas d'initiatives, ils sont attentistes.

Alfred Bougoum SSIO :

J'étais très satisfait de mon stage en juin dernier. J'ai pu aller dans tous les services. J'ai notamment passé une journée entière à la buanderie. Quand je suis revenu, j'ai mis en œuvre la procédure d'enlèvements des sacs de déchets hospitaliers dans tous les services tous les jours. Dorénavant, ils doivent être déposés à l'incinérateur avant 11h et un registre permet de savoir quel service ne le fait pas.

Dr Nikiema, Chef du service de pédiatrie :

En 2010, j'ai effectué un stage pour la prise en charge de la douleur chez les tous petits. Les techniques que j'ai apprises sont simples et peu coûteuses. La difficulté, c'est la mise en œuvre par le personnel. Par manque de temps sans doute.

Jean-Pierre Palm, Directeur Général :

Ce sont les services qui décident qui peut partir, le comité entérine.

Les stages à Chambéry sont toujours très appréciés par le personnel du CHR de Ouahigouya. Ils lui permettent de découvrir une réalité bien différente de celle qu'ils connaissent à Ouahigouya. Ces stages sont considérés par les personnes qui en ont bénéficié comme bien organisés, amicaux et toujours fructueux. A leur retour, ils en font le compte-rendu oral dans leur service et tentent d'en appliquer les techniques et procédures transférables et adaptables de Chambéry à Ouahigouya.

Les accueillants estiment que les stagiaires suivent scrupuleusement leur programme mais que certains d'entre eux pourraient être plus proactifs. Les évaluateurs n'ont pas connaissance de difficultés lors de ces stages que ce soit d'ordre relationnel, logistique ou technique.

Les missions durent en général de deux à quatre semaines, le plus souvent trois. Cette durée est jugée satisfaisante par les deux partenaires.

Le CH de Chambéry finance le billet d'avion. La plupart du temps, les stagiaires sont logés gracieusement par les personnes accueillantes et ils prennent leur repas au restaurant de l'hôpital. Ce repas est payé par le compte du jumelage. Les stagiaires reçoivent parfois un per diem du CHR de Ouahigouya.

Lors du passage des évaluateurs tant à Chambéry que Ouahigouya, les rapports de ces stages étaient peu nombreux ou pas disponibles. Il n'existe pas de canevas de rapport ni de procédure systématisée d'évaluation, de restitution, ni d'engagement à mettre en œuvre les techniques apprises.

Le choix des stagiaires est effectué conjointement par les deux comités de jumelage. La programmation des stages est annuelle.

Les critères retenus ne semblent pas clairement formalisés, même s'ils répondent aux principes suivants :

- I. partenaires fiables et stables,
- II. priorités du programme de coopération,
- III. compétences préalables,
- IV. répartition entre les services.

La sélection des stagiaires ne provoque pas de problèmes importants même si une certaine compétition existe.

Certains services souhaiteraient bénéficier plus de ces stages comme le laboratoire et la radiologie.

En 10 ans, de 2001 à 2010, 42 missions sud-nord ont été réalisées. Elles ont impliqué 50 personnes.

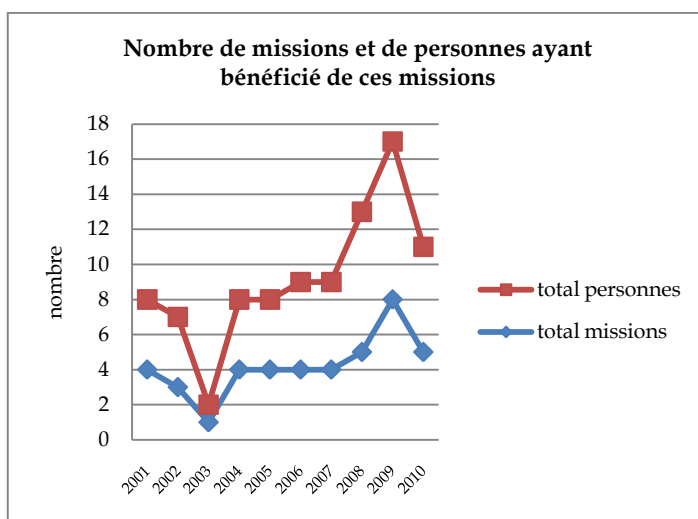


Figure 7: Nombre de missions sud-nord et nombre de personnes concernées

Comme le montre la figure 8, au total, 1649 journées de stage ou d'internat à Chambéry ont été prestées. Si on exclut les séjours de longue durée (chirurgie, radiologie), 829 journées de stage ont été prestées en 10 ans, soit pratiquement 3 mois par an.

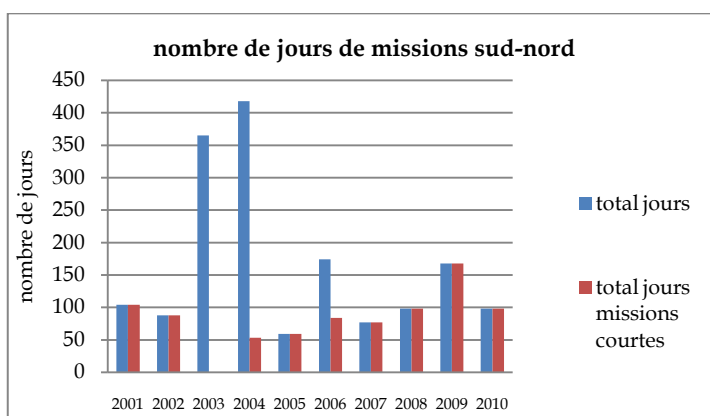


Figure 8: nombre de jours de missions nord-sud 2001-2010

Pour la période 2007-2010, 441 journées de stage ont été prestées, soit 110 jours par an.

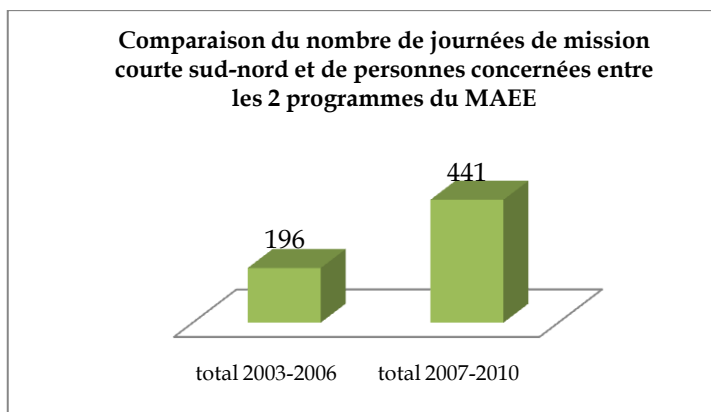


Figure 9: nombre de jours de mission sud-nord, comparaison 2003-2006 et 2007-2010

Le programme de missions sud-nord a sensiblement augmenté entre 2007 et 2010, comme le montre le graphe ci-dessous. Si l'on observe l'activité en 2009 et 2010, cette augmentation est encore plus sensible.

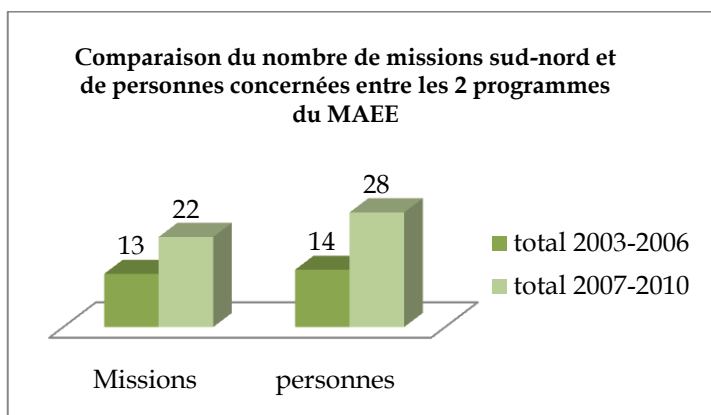


Figure 10: missions sud-nord, comparaison 2003-2006 et 2007-2010

Enfin, les stages ont concerné 50 personnes au profil très diversifié, même si les médecins ont logiquement bénéficié d'un nombre de missions important (tableau 6).

Missions sud-nord	Column1
Médecins	19
IDE	6
garçon de salle	2
technicien labo	2
pharmacien	3
DG, administration	11
représentant des travailleurs	1
Esther	2
Sage-femme	1
Autre personnel médical	3
total	50

Tableau 6: métiers concernés par les stages sud-nord

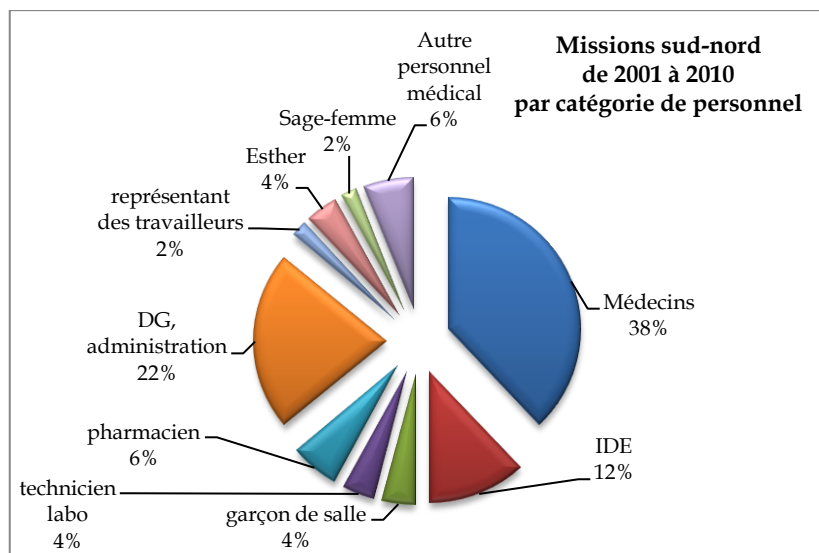


Figure 11: missions sud-nord par catégorie de personnel, 2001-2010

Principaux acquis des stages à Chambéry :

- I. Contribue à diminuer le relatif isolement du CHR de Ouahigouya
- II. Prise de conscience d'une autre réalité hospitalière pour les personnels des deux CH
- III. Amélioration des compétences techniques et organisationnelles
- IV. Motivation importante à amplifier les résultats des missions nord-sud
- V. Relations humaines et interculturelles
- VI. Connaissance des réalités françaises

Recommandations pour l'avenir :

- I. Poursuivre les missions sud-nord au rythme actuel
- II. Le stage doit répondre aux objectifs du programme de coopération
- III. Réaliser un rapport de stage normalisé: ce rapport est un chapitre du rapport de l'objectif à réaliser (voir plus loin) ;
- IV. Le stage doit faire l'objet d'une évaluation par le maître de stage ;
- V. Cette évaluation comprend notamment une appréciation des résultats par rapport aux objectifs fixés ainsi que les actions à mettre en œuvre au retour ;
- VI. Cette évaluation doit être écrite, incluse dans le rapport,
- VII. Un suivi des actions réalisées au retour doit être effectué ;
- VIII. Une formalisation plus importante des critères et des procédures qui prévalent au choix des stagiaires pourrait être réalisée, sans rigidité excessive.

Les différents programmes d'action dont le programme 2007-2010

Les premières missions chirurgicales chambériennes se sont rendues à Ouahigouya à partir de 1992. Il s'agissait au départ de missions de substitution visant à réaliser un certain nombre d'interventions qui ne pouvaient être réalisées par les équipes de Ouahigouya. Ensuite, progressivement, l'objectif a été de former les équipes médicales de Ouahigouya à des techniques nouvelles, en collaborant à l'organisation du bloc opératoire, de l'anesthésie et du service de chirurgie. Dès le départ, un accent particulier a été mis sur l'hygiène et la stérilisation. Cela a permis de rendre le service de chirurgie plus opérationnel. Des stages et des missions sud-nord et nord-sud ont eu lieu sur les thèmes de la chirurgie, l'hygiène, la maintenance, la pharmacie, les soins infirmiers, l'infectiologie, le SIDA, la maternité, le laboratoire, la maternité ou la gestion administrative⁴³. 9 missions chirurgicales en partie centrées sur les prostatectomies ont été réalisées entre 1992 et 2002.

Les missions réalisées dès cette époque ont en quelque sorte préparé le terrain pour un jumelage plus formalisé. Elles ont porté des fruits jusqu'à aujourd'hui, lorsqu'on songe par exemple aux activités du bloc opératoire, mais aussi à l'hygiène et à la gestion de l'hôpital.

En 1999, la réalisation d'un audit marque la volonté d'inscrire ces actions dans la durée et dans la cohérence.

A partir de 2002, à la suite de cet audit, et dans le cadre des crédits débloqués pour l'appui à la réforme hospitalière (Fonds d'Aide à la Coopération : 2002-2003) puis dans le cadre des Fonds des Partenariats Hospitaliers du MAEE (2004-2006 puis 2007-2010), 3 programmes ont été réalisés avec une diversification et une intensification des axes de missions et des échanges inter hospitaliers.

Le programme réalisé sur les crédits FAC était centré sur 3 axes : le soutien au projet d'établissement, l'amélioration de la qualité des prestations hospitalières, la maintenance des équipements.

Le programme 2004-2006 s'inscrivait dans la continuité des actions précédentes et comprenait d'une part des actions transversales (hygiène et sécurité, maintenance, soins infirmiers) et d'autre part une collaboration de service à service (chirurgie, médecine, pharmacie, laboratoire, radiologie, maternité). Des actions spécifiques sont par ailleurs prévues en ce qui concerne la direction (projet d'établissement, tableaux de bord,...), le SIDA et certains biens d'équipement.

16 missions nord-sud et 9 missions sud-nord ont été programmées. Le coût total du projet était estimé à 223.281 € sur 3 ans dont 45.586 € demandés au MAE.

« Les points forts du programme 2004-2006 sont la diversification des missions de santé à travers l'extension de la coopération à plusieurs services, un partenariat dynamique de service à service, l'articulation entre la coopération hospitalière et le programme ESTHER qui agissent ensemble de façon complémentaire et le maintien des liens entre la coopération hospitalière devenue autonome et la coopération décentralisée, avec un soutien et un accompagnement de l'association Chambéry Ouahigouya⁴⁴ ».

⁴³ Source : réponse à l'appel à candidature 2003, PPH MAE : « Programme de coopération hospitalière entre les hôpitaux de Chambéry et Ouahigouya ».

⁴⁴ Source : Pré Dossier Coopération hospitalière Chambéry Ouahigouya 2007-2010.

Le programme 2007-2010 s'est également inscrit dans la continuité des actions engagées précédemment, et dans l'esprit de la convention de 2002. Selon le document de présentation du programme d'actions, « c'est avant tout la formation des acteurs hospitaliers qui doit être poursuivie et accentuée et son impact sur le terrain contrôlée⁴⁵ ».

3 thèmes principaux avaient été retenus :

- I. la qualité et l'amélioration des soins,
- II. le soutien du plateau technique,
- III. l'hygiène et l'organisation des soins.

Les missions sont programmées annuellement et de manière conjointe. Des indicateurs de réalisation sont prévus. Une évaluation en fin de programme est également prévue.

⁴⁵ Objectifs du programme 2007-2010, Pré dossier – Coopération hospitalière Chambéry – Ouahigouya

4.2. Qualité des actions réalisées

Une des questions centrales posées aux évaluateurs est de savoir s'il y a eu, depuis le début du jumelage, une amélioration de la qualité et de l'organisation des soins au CHR de Ouahigouya ainsi que le rôle joué par la coopération inter hospitalière dans l'amélioration éventuelle de cette qualité.

Pour avoir une bonne idée de l'évolution de la qualité et de l'organisation des soins, le mieux lorsqu'on dispose de peu de temps, est de s'intéresser à l'évolution de quelques paramètres fondamentaux : comparaison de l'activité hospitalière avec des établissements du même ordre, évolution globale de l'activité hospitalière et ambulatoire, évolution par service, mortalité hospitalière, production de projets d'établissement et autres documents d'évaluation et de programmation.

Indicateur	Justification
Comparaison de l'activité hospitalière avec des établissements du même ordre.	Indicateur de l'accessibilité et de la confiance relative de la population dans la structure hospitalière par rapport aux autres hôpitaux.
Evolution globale de l'activité hospitalière et ambulatoire.	Indicateur de l'évolution de l'accessibilité et de la confiance de la population desservie par l'hôpital.
Evolution par service de l'activité hospitalière et ambulatoire.	Indicateur de la confiance relative entre les services.
Mortalité hospitalière.	Indicateur de la qualité des soins. Cet indicateur doit être interprété en fonction de l'évolution de la gravité des pathologies reçues à l'hôpital.
Projets d'établissement et autres documents d'évaluation et de programmation.	Indicateurs de la qualité du fonctionnement de l'hôpital et de sa capacité à formuler des priorités stratégiques et à analyser ses performances.

Tableau 7: justification du choix des indicateurs clés analysés

Les mêmes analyses peuvent être effectuées service par service. Les indicateurs ci-dessus doivent être complétés par des indicateurs plus fins : nombre d'accouchements, de césariennes, d'interventions chirurgicales, de malades sous ARV, ... Capacités du labo, de la radiologie, hygiène, ... Ces données doivent être croisées avec des appréciations qualitatives recueillies auprès des personnels des deux établissements ainsi que lors des visites des différents services. Nous verrons cela dans les chapitres qui suivent.

Jumelage et évolution décennale de l'activité de l'hôpital

Les données que l'on retrouve dans l'annuaire statistique 2009 du Ministère de la Santé sont particulièrement flatteuses pour le CHR de Ouahigouya lorsqu'on le compare aux autres CHR du Burkina Faso:

CHR	Nombre de journées d'hospitalisation	Taux d'occupation des lits (%)
Dédougou	15195	33
Gaoua	18577	34,6
Dori	21268	36,2
Banfora	21725	58
Fada	24835	45,4
Tengodogo	28277	23,5
Kaya	28375	49,6
Koudougou	34471	50,1
Ouahigouya	51091	72

Tableau 8: comparaison des activités des hôpitaux du Burkina Faso, 2009

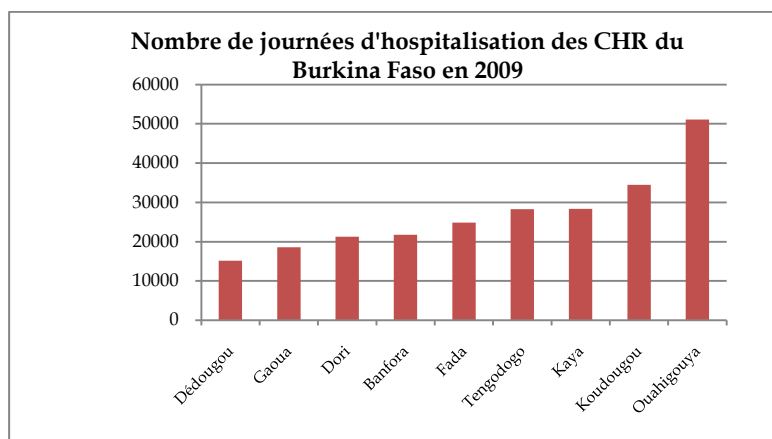


Figure 12: comparaison du nombre de journée d'hospitalisation entre Ouahigouya et les autres hôpitaux burkinabés

Même si ces données doivent être considérées avec prudence, notamment parce qu'elles ne correspondent pas à celles relevées par le CHR de Ouahigouya, elles donnent une idée assez précise de l'activité comparative du CHR de Ouahigouya par rapport à des établissements qui assument les mêmes missions dans les autres régions du Burkina Faso.

D'ailleurs, le tableau de la page suivante montre que les données recueillies à l'hôpital de Ouahigouya, indiquent une activité plus modeste mais qui ne change pas le rang de l'hôpital de Ouahigouya par rapport aux autres hôpitaux.

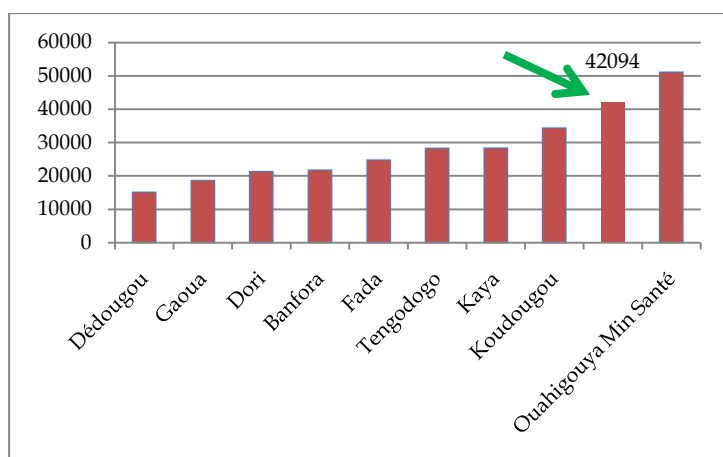


Figure 13: Comparaison activité hospitalière avec correction données hospitalières de Ouahigouya

Ces données corroborent également le sentiment exprimé par M. Ferdinand Tiendrebeogo, directeur général de la tutelle des hôpitaux publics, lors de nos entretiens du 27 avril à Ouagadougou : « J'ai récemment cité en exemple le jumelage inter hospitalier entre Chambéry et Ouahigouya dans un séminaire à Ouagadougou. C'est un jumelage qui a des racines profondes, donc plus de chances de donner des résultats. Le CHR de Ouahigouya a pu par exemple produire deux projets d'établissement en 10 ans, alors que certains hôpitaux n'ont pas pu produire le moindre projet d'établissement. C'est grâce à l'aide de Chambéry ».

Ces données semblent indiquer que le CHR de Ouahigouya offre des services dans lesquels la population a une confiance croissante et meilleure qu'ailleurs dans le pays. Nous en analyserons le détail service par service plus loin dans ce rapport.

Il faut nuancer cette appréciation positive du CHR de Ouahigouya par le fait que cet hôpital reste une structure de taille modeste par rapport aux besoins de santé d'une population de plus de 1.300.000 habitants. Cela fait un lit pour 6.600 habitants. Même si on rajoute les lits hospitaliers des 3 CMA de la région du Nord, cela reste un ratio très modeste et l'on pourrait s'attendre à des taux d'occupation supérieurs à 100% ce qui n'est pas le cas.

Une comparaison intéressante si l'on s'intéresse à l'évolution de l'activité du CHR de Ouahigouya depuis les débuts de la coopération inter hospitalière avec Chambéry est la comparaison entre les chiffres livrés par l'audit réalisé en 1999 par le CH de Chambéry (et qui portent sur l'année 1997) et le rapport d'activités 2010 de Ouahigouya :

Année	lits	admissions	journées d'hospitalisation	taux d'occupation (%)	Durée moyenne de séjour	Taux de mortalité
1997	175	7688	26247	41,1	3,4	?
2009	197	10411	32478	61,6	3,1	6,97
2010	197	9233	42094	58,5	4,6	8,04

Tableau 9: comparaison de quelques indicateurs entre l'audit de 1999 et 2010

En épluchant les rapports d'activités du CHR de Ouahigouya de 2001 à 2010, voici les données que l'on retrouve pour quelques indicateurs principaux :

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Habitants région Nord	1063000				1200000			1265000		1300000
Lits hospitaliers OHG	177	177			197	197	197	197	197	197
Personnel CHR	175				183		190	187	220	238
dont médecins	4								11	
consultations	32597	33114	33356	34743	25222	41194	49319	55379	60530	59189
admissions	6088	6753		5996	5914	7020	7886	8924	10411	9233
journées d'hospitalisation	31265	39648	47004	36406	30096	31131	38280	44891	32478	42094
taux d'occupation	52,71	61,36	65,36	50,49	41,85	45,06	53,23			
Durée moyenne de séjour		5,85			5,08	4,12	4,86	4,83	5	5
interventions chirurgicales	494	587	722	725	982	846	1059	1662	1720	2103
interventions gynéco-obstétriques	382	613	572	519	569	614	650			
dont césariennes			133	186	189	197	240		284	406
accouchements		849	806	858	956	932	846	661	1225	1255
dont accouchements dystociques		157	149	208	195	228	239	278	533	326
morts-nés		111	146	151	189	138	142	138	160	147
décès maternels		36	42	36	57	39	10	34	41	31
urgences							1827	2476	7547	8000
malades sous ARV							238	259	287	340
mortalité hospitalière (%)				6,24	7,91	7	7,05	5,66	6,97	8,04

Tableau 10: relevé des indicateurs clés dans les rapports d'activités du CHR de Ouahigouya, 2001-2010

Si l'on fait quelques graphiques pour mieux visualiser l'évolution de l'activité hospitalière, voici ce que cela donne :

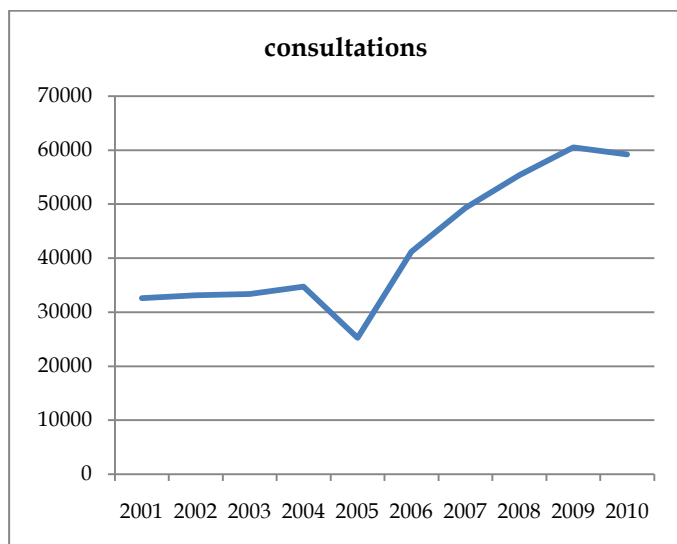


Figure 14: Evolution des consultations ambulatoires au CHR de Ouahigouya, 2001-2010

On voit que le nombre de consultations est stable de 2000 à 2005 et augmente ensuite rapidement jusqu'en 2009 à environ 60.000 consultations (quasi doublement), niveau qui est quasi stable en 2010.

Le nombre d'admissions à l'hôpital augmente proportionnellement de façon moindre que les consultations ambulatoires. Il augmente d'environ 40%, ce qui compte tenu d'une

augmentation d'environ 22 % de la population sur la même période, représente une attractivité de l'hôpital en hausse modérée.

Evolution des admissions sur la décennie:

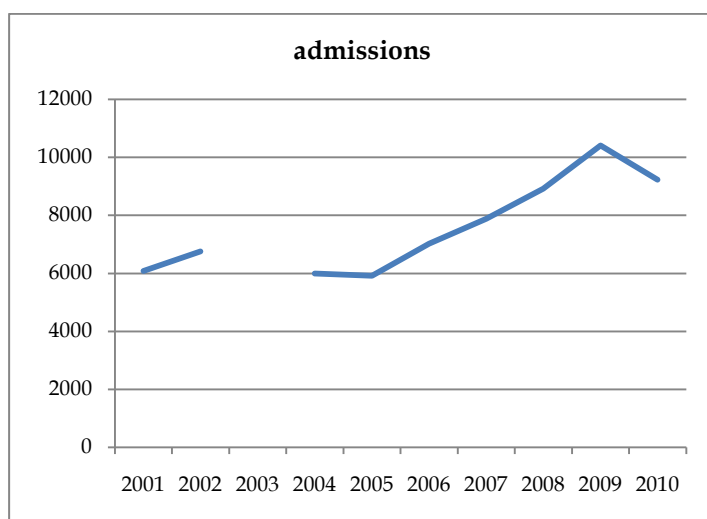


Figure 15 : admissions à l'hôpital de Ouahigouya, 2001-2010

La mortalité hospitalière reste élevée et a même tendance à augmenter. Les raisons de cette mortalité font l'objet d'une attention particulière de la part de la direction hospitalière et des services. Ces efforts doivent être amplifiés.

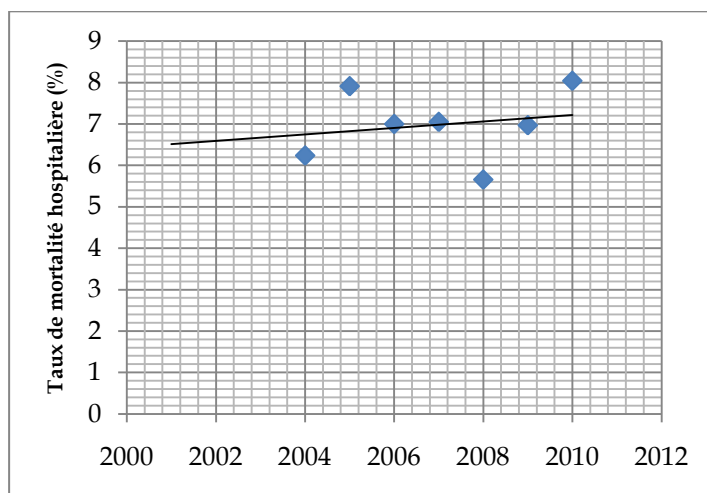


Figure 16: mortalité hospitalière au CHR de Ouahigouya, 2001-2010

Le budget de l'hôpital est lui passé de 199,4 millions de CFA en 1999 à 1.014, 2 millions de CFA (1.548.000 €) en 2010. Cela représente 109.000 CFA par admission (167 €). Les fonds propres constituent 23 % de ce montant alors que l'hôpital ne disposait pas de fonds propres au début du jumelage. Les programmes d'appui (PADS) et les partenaires sont comptabilisés à hauteur de 4% de ce montant. Le reste vient du budget de l'Etat.

Au vu de ces différents éléments, et avant d'entrer dans une analyse plus détaillée service par service, on peut conclure que le CHR de Ouahigouya est plus attractif que la plupart des autres CHR au Burkina Faso. En dix ans, le degré de confiance et d'accessibilité s'est amélioré pour la population surtout pour ce qui concerne les soins ambulatoires. Mais il y a encore des marges appréciables d'augmentation de l'activité qui est largement liée à la qualité des soins, aux coûts des soins pour les malades et à un système de référence efficace.

La gestion hospitalière

Verbatims

Jean-Pierre Palm

Pour le projet d'établissement on a envoyé 3 personnes à Chambéry pour s'imprégner de la manière de faire. J'ai aussi travaillé deux jours avec le directeur de Chambéry. J'ai pu trouver la substance nécessaire pour rédiger le PE. Cela m'a beaucoup aidé. A l'avenir je pourrai bâtir un projet d'établissement. Le jumelage est signalé comme une opportunité dans notre projet d'établissement.

Guy-Pierre Martin :

La coopération a d'abord commencé par la logistique, la formation. Chemin faisant, on a croisé nos attentes en prenant appui sur une réflexion plus transversale et donc médicale. Le projet médical doit être la pierre angulaire de la coopération inter hospitalière.

Eric Tougouma :

On est un des seuls hôpitaux du Burkina Faso à avoir un projet d'établissement. Nous avons eu beaucoup d'échanges avec Chambéry au plus haut niveau à ce sujet. On a une gestion informatisée, une codification du matériel. On est meilleur que les autres hôpitaux pour le suivi du matériel.

Le CHR de Ouahigouya dispose d'instances de gestion (CA, comité de direction) opérationnelles. Par rapport à la situation prévalant il y a dix ans, l'hôpital s'est doté d'un organigramme (même si le schéma sur papier n'existe pas), d'instances d'avis, d'informations statistiques de plus en plus fiables et d'outils de programmation de plus en plus performants. Ses procédures internes s'améliorent : gestion du matériel, commandes, appels d'offres semblent faire l'objet de procédures de plus en plus précises et informatisées.

La gestion du personnel est aussi en constante amélioration, des évaluations de l'ensemble du personnel étant réalisées par le DAF. Les postes à pourvoir font l'objet d'une ouverture de poste avec appel à candidature.

Mais les procédures sont parfois très longues et diverses instances y compris en dehors de l'hôpital doivent donner leur accord pour l'acquisition de matériel, médicaments, consommables ce qui provoque inévitablement de nombreuses ruptures de stock.

La décentralisation est aujourd'hui encore un vœu pieux. Qu'on songe à la composition⁴⁶ et aux prérogatives du Conseil d'Administration ou au fait que pour une commande de réactifs (qui se trouvent à la CAMEG de l'autre côté de la rue), des ruptures de stocks, et donc l'arrêt de certaines machines peuvent se produire pendant plusieurs semaines en raison de la complexité de la procédure...

⁴⁶ Les membres du CA sont les représentants de différents Ministres du gouvernement. Il se réunit en général à Ouagadougou.

Voici le bilan chiffré que faisait le CHR de l'activité de ses instances en 2010 :

N°	Libellé	Nombre prévu	Nombre réalisé
1	Nombre de réunion du Conseil d'Administration (CA)	2	2
2	Nombre de réunions du Conseil de Direction (CD)	4	4
3	Nombre de réunion de la CME	4	4
4	Nombre de réunion du comité d'hygiène de sécurité et des conditions de travail (CHSCT)	4	4
5	Nombre de réunion de la CTE	4	4
6	Nombre de réunion de la CSIO	4	4

Tableau 11: activités des instances du CHR de Ouahigouya, 2010

L'étude des rapports d'activités⁴⁷ donne aujourd'hui des informations plus utiles pour l'analyse stratégique de l'hôpital. Les données inutiles apparaissent moins et les informations statistiques essentielles font l'objet d'un commentaire (bref). Le document est plus structuré. Ce document pourrait certes encore faire l'objet d'améliorations. Par exemple, le taux d'occupation des lits de l'hôpital n'y figure pas, le nombre de personnel hospitalier par catégorie (par exemple le nombre de médecins, d'infirmiers,...) ne s'y trouve pas non plus ce qui rend difficile les analyses de l'évolution et des besoins dans ce domaine⁴⁸.

Les évaluateurs ont pu prendre connaissance des plans d'action du CHR pour 2011 et 2012 ainsi que du projet d'établissement 2011-2015. Celui-ci doit encore être avalisé lors d'un CA extraordinaire mais il est déjà mis en œuvre par la direction de l'hôpital.

Là aussi, ces documents ont le mérite d'exister et de faire l'objet d'améliorations constantes afin d'en faire de vrais outils de pilotage stratégique. L'aide du CH de Chambéry a été très appréciée pour accompagner ces efforts de la direction du CHR de Ouahigouya. En tout, 11 déplacements sud-nord et deux missions nord-sud de la direction et de l'administration des CH ont permis de renforcer ces processus de bonne gestion.

⁴⁷ Tous disponibles sauf pour l'année 2004

⁴⁸ Remarque du comité de pilotage de l'évaluation de Ouahigouya après lecture du rapport intermédiaire : Le taux d'occupation des lits TOL figure dans les activités d'hospitalisation des rapports d'activités. Quant au personnel, il figure dans les plans d'actions catégorisé et analysé.

La chirurgie et l'anesthésie

Verbatims :

Laurence Arizio, IBODE :

Ils nous apportent énormément, il faut être à leur écoute. Les missions fédèrent l'équipe de Chambéry. Les liens créés sur le terrain restent forts après le retour de mission.

Dr Salam Ouedraogo, Chef du service de chirurgie à Ouahigouya :

Nous avons bénéficié d'une bonne formation en chirurgie et de l'acquisition de compétences. Nous avons aussi beaucoup apprécié les dotations en matériel chirurgical. Pour les missions sud-nord, ce serait encore plus efficace de partir à deux, un chirurgien et un autre membre du staff plutôt que seul, car après nous pouvons mieux organiser le travail en équipe.

Dr Eric Montbardon, chirurgien à Chambéry :

La coopération avec le service de chirurgie est une réussite sur le plan relationnel et sur le plan chirurgical.

Dr Mamoudou Sawadogo, chirurgien à Ouahigouya :

La première coelio a été un grand succès. Grâce au jumelage, notre CHR a bénéficié d'une colonne en bon état. Le projet d'établissement prévoit de poursuivre. La maintenance est un vieux problème souligné depuis 2000 mais qui perdure.

Dr Catherine Ravier, Médecin anesthésiste à Chambéry :

Jusqu'en 2010, il n'y avait pas de médecin anesthésiste à Ouahigouya. Donc l'anesthésiste accompagne. L'accueil est chaleureux. On note une amélioration des conditions de sécurité matérielle et humaine au fil des missions. Il reste de grosses insuffisances dans le domaine de l'anesthésie générale. L'arrivée d'un médecin anesthésiste à Ouahigouya et l'ouverture du nouvel hôpital avec respirateurs sont des opportunités à ne pas manquer pour un changement de pratiques. Il ne faut pas rater le virage.

Jean-Pierre Palm, Directeur Général du CHR de Ouahigouya :

Le Dr Togienini Djibril est nouvellement arrivé, ce serait bien de le soutenir.

Le service de chirurgie est un service qui tourne bien. Le service compte 40 lits. Le nombre d'interventions est passé de 494⁴⁹ en 2001 à 2103 en 2010, soit une augmentation de 425%. Le chef de service est le Dr Salam Ouedraogo. Avant sa formation en chirurgie, il était chef de district de santé ce qui lui donne aussi des compétences en santé publique.

Le deuxième chirurgien est le Dr Mamoudou Sawadogo qui a bénéficié d'une formation qualifiante de deux ans au CH de Chambéry.

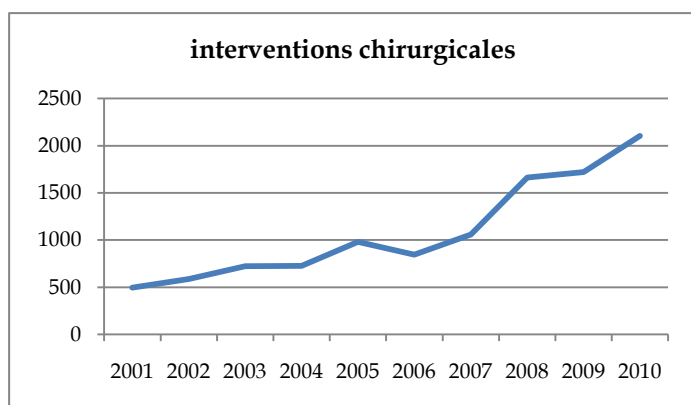


Figure 17: interventions chirurgicales au CHR de Ouahigouya, 2001-2010

⁴⁹ Rapport d'activités du CHR de Ouahigouya de 2001 à 2010.

Le taux d'occupation des lits est passé de 47,2% en 2007 à 59,1% en 2009⁵⁰. Lors de notre passage, les deux salles d'opération étaient actives. Les rapports d'activités de l'hôpital rapportent que le nombre d'interventions a triplé en 5 ans.

Interventions pratiquées	Nombre	
	2009	2010
Traumatologie	256	296
Chirurgie viscérale	439	646
Chirurgie des parties molles	266	241
Urologie	201	267
Gynéco-obstétrique	558	653
Total	1720	2103

Tableau 12: Principales interventions chirurgicales pratiquées en 2009 et 2010

Les salles d'opération sont aussi utilisées par le service d'obstétrique. Des embouteillages sont donc possibles. Le jour de notre visite, les conditions opératoires étaient satisfaisantes, la propreté aussi. On observe en chirurgie, comme ailleurs dans l'hôpital, un grand encombrement et une accumulation de machines et de matériels déclassés qui gênent l'espace disponible.

Le taux de mortalité des patients hospitalisés en chirurgie semble acceptable et se situe entre 5 et 6%⁵¹. Les causes de cette mortalité ne sont pas connues. La durée moyenne de séjour est de 4,7 jours en 2010.

L'équipe organise une réunion de staff trois fois par semaine pour aborder les problèmes. Chaque mois, un infirmier différent est responsable de la gestion du matériel et de la stérilisation.

La stérilisation du matériel se fait avec le poupinel, l'autoclave n'ayant pas pu être réparé par l'hôpital ou par les missions de la coopération inter hospitalière.

Les difficultés rencontrées sont celles qu'on retrouve dans l'ensemble de l'hôpital : maintenance, organisation des soins, manque d'autorité contraignante en cas de défaillance d'un membre du personnel. L'historique de l'activité chirurgicale est peu documentée⁵², même si des efforts certains ont été réalisés récemment.

Au niveau de l'anesthésie, les médecins de Chambéry signalent l'amélioration des conditions de sécurité mais encore des insuffisances dans le domaine de l'anesthésie générale et l'utilisation de curare sans ventilation assistée (uniquement à la main), ce qui constitue notamment une entrave au développement de la chirurgie coelioscopique. Des problèmes de gestion des stocks sont également mentionnés.

Le Dr Dlibril Togienini anesthésiste nouvellement arrivé aurait besoin d'un soutien.

⁵⁰ Ce taux d'occupation apparemment encore modeste est lié au fait que dans un hôpital de cette taille, 30 lits chirurgicaux devraient suffire, ce qui amènerait ce taux à environ 80%.

⁵¹ Il faut noter que l'hôpital enregistre la mortalité au bloc (très faible) et c'est celle là qui apparaît dans l'annuaire statistique du Ministère de la santé ainsi que dans le rapport d'activité de l'hôpital (par exemple rapport d'activité 2010 p.10). Ce chiffre ne reflète évidemment pas la réalité de la mortalité liée à l'activité chirurgicale, qui est mieux mesurée par la mortalité globale du service de chirurgie.

⁵² Comme pour l'ensemble de l'activité de l'hôpital, il n'a pas été possible de retrouver des données avant 2006.

Le jumelage inter hospitalier semble particulièrement apprécié de part et d'autre. De 2001 à 2010, il y a eu 7 missions sud-nord (7 personnes concernées). De 2006 à 2010, il y a eu 4 missions nord-sud⁵³ (10 personnes impliquées).

On peut encore signaler qu'entre le programme d'action 2003-2006 et le programme 2007-2010, le nombre d'interventions chirurgicales a doublé, passant de 3275 à 6544 :

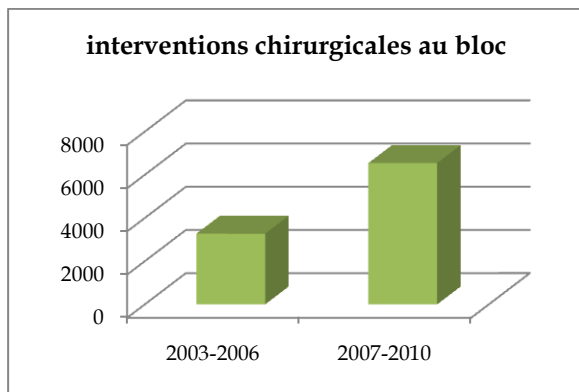


Figure 18: interventions chirurgicales au bloc, comparaison 2003-2006 et 2007-2010

Progressivement le programme chirurgical du jumelage est passé par 3 grandes étapes :



Principaux acquis du jumelage :

I. Compétences :

- a. formation qualifiante du Dr Mamoudou Sawadogo (2 ans d'internat à Chambéry en 2003-2004), et formations de plusieurs cadres hospitaliers dont le Dr Salam Ouedraogo ;
- b. interventions chirurgicales de plus en plus nombreuses, variées et complexes ;
- c. asepsie, protocole de désinfection, boîtes à aiguilles ;
- d. meilleure organisation du bloc (même s'il reste des progrès à réaliser), suivi post opératoire ;
- e. centre de référence au Burkina pour les interventions sur la prostate ;
- f. première intervention chirurgicale sous coelioscopie au Burkina.

II. matériel médico-chirurgical :

- a. renouvellement des instruments chirurgicaux, boîtes chirurgicales ;
- b. consommables, fils, champs,...
- c. matériel pour l'hygiène et la stérilisation.

III. Autres :

- a. Échanges fréquents, amicaux, formation continue, consultations/avis par mail, téléphone,...
- b. Image/réputation de l'hôpital de Ouahigouya renforcée,
- c. A Chambéry, les liens créés sur le terrain perdurent, l'équipe est soudée.

⁵³ Chirurgie générale/anesthésie en novembre 2006 ; Orthopédie/anesthésie en janvier 2009, et en novembre 2010, mission coelio octobre 2010

Selon les équipes de Chambéry, le succès des missions chirurgicales nord-sud est lié à :

- I. une bonne préparation,
- II. la connaissance préalable des malades à opérer,
- III. la fréquence des missions,
- IV. la stabilité et l'ancienneté du partenariat,
- V. la bonne connaissance des attentes du CHR de Ouahigouya,
- VI. le management du service chirurgical.

Les médecins de Ouahigouya ont particulièrement apprécié leurs formations à Chambéry, les missions de compagnonnage à Ouahigouya, les dotations en matériel chirurgical, la formation continue.

Ils souhaiteraient que ces différentes activités se poursuivent. Ils soulignent que le projet d'établissement 2011-2015 de Ouahigouya prévoit de poursuivre les activités coelioscopiques et de réaliser de la chirurgie traumatologique à foyer fermé. Ils espèrent que le CH de Chambéry pourra les y aider. Ils pensent que les missions sud-nord seraient encore plus profitables si deux personnes (un médecin et un autre membre du staff médical) pouvaient réaliser un stage au même moment. Ils pensent aussi que les missions nord-sud sont parfois trop courtes (parfois seulement 5 jours).

La gynéco obstétrique

Dr Issa Ouedraogo, Chef du service de gynéco-obstétrique

Le Professeur Chabert m'a appris beaucoup de choses, nous n'avons jamais eu de problèmes ensemble. C'est vrai que lors de la dernière mission, il n'y avait pas de médecin. Notre absence était due à un séminaire sur la diminution de la mortalité maternelle organisé par la société canadienne de gynécologie. Nous avons été informés de l'arrivée de l'équipe de Chambéry seulement deux semaines avant leur arrivée. Et le mois de décembre n'est pas un très bon mois pour les missions car nous sommes très sollicités à Ouagadougou. Juillet, août, septembre, ce serait très bien. Nous aimerions beaucoup que les missions se poursuivent surtout en gynécologie : les prolapsus et les fistules sont un très grave problème. La mortalité maternelle nous préoccupe, mais elle n'est pas due au service, elle est liée aux retards dans la prise en charge en amont et au manque de sang.

Professeur Chabert, Médecin gynécologue

Ma troisième mission s'est bien passée. J'ai apporté un monitoring qui fonctionnait. Les deux médecins étaient présents. Nous avons fait une réunion avec 20 sages-femmes des CSPS et des CMA. Mais après, il semble que les choses soient retombées. Les lits de maternité rouillent devant l'hôpital.

Anne-Marie Rebotton, sage-femme

Sur le plan humain, c'est très riche. J'ai été bien accueillie par nos collègues mais entre les matrones, les sages-femmes et les autres membres de l'équipe, je ne savais pas à qui m'adresser. Notre action a amené des changements de pratique en matière d'hygiène. Nous devons accepter la culture des habitants de Ouahigouya, même si j'ai été choquée quand j'ai vu un fœtus emballé dans un carton.

Dr Souleymane Traore, gynécologue

En obstétrique nous n'apprenons plus beaucoup, nos besoins sont ailleurs. La prochaine mission pourrait être une mission prolapsus. Beaucoup de femmes attendent. Et puis, nous aimerions apprendre à traiter les problèmes de fertilité et les cancers gynécologiques.

Dr Issa Ouedraogo

Les femmes meurent parce qu'il n'y a pas de sang. Pour diminuer la mortalité maternelle, il faudrait avant tout résoudre les insuffisances du plateau technique.

Le service de gynéco-obstétrique compte 26 lits et dispose d'une équipe de 21 personnes. Le chef de service est le Dr Issa Ouedraogo. Il est également président de la Commission Médicale d'Etablissement. Le Dr Souleymane Traore complète l'équipe des gynéco-obstétriciens du service. Le service compte aussi 16 sages-femmes et 3 filles de salle.

Une réunion de staff est organisée tous les matins. Le jour de notre passage, 9 personnes avaient participé à la réunion de staff.

L'évolution des activités à la maternité entre 2001 et 2010 montre un doublement des admissions et une augmentation de 37 % des admissions entre 2007 et 2010, soit durant le dernier programme d'action (celles-ci passant de 1662 par an à 2285). Le taux d'occupation des lits est lui passé de 59,6 % en 2007 à 90 % en 2010.

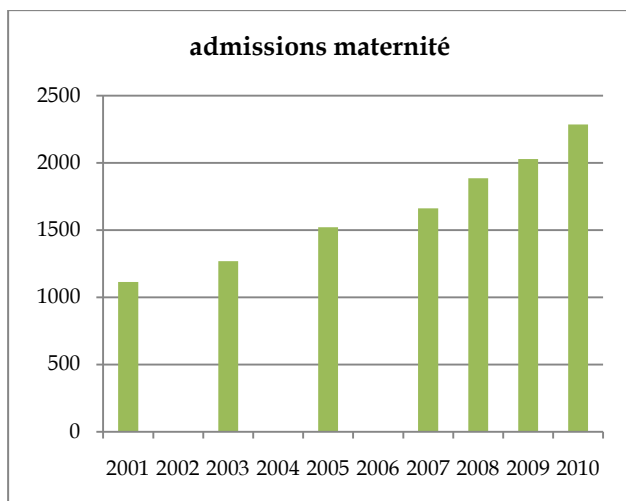


Figure 19: admissions à la maternité, 2001-2010

L'obstétrique

La morbidité et la mortalité maternelles et néonatales préoccupent depuis plusieurs années le gouvernement et les partenaires au développement au Burkina Faso car elles constituent un problème majeur de santé publique⁵⁴ et elles sont inscrites comme un des enjeux majeurs des OMD.

Le Burkina Faso a adhéré à l'initiative pour une maternité sans risque⁵⁵ et a élaboré des politiques de réduction de la mortalité maternelle et néonatale. Le taux de mortalité maternelle demeure élevé même si, selon les données statistiques disponibles, il a fortement décru, passant de 566 pour 100 000 naissances vivantes en 1993 à 484 en 1999 et à 307 en 2008. La mortalité maternelle fait davantage de victimes parmi les femmes les plus pauvres et les moins éduquées et celles qui habitent en milieu rural, ce qui est le cas de la région du Nord. La mortalité maternelle y est au moins 30% plus élevée que la moyenne du Burkina Faso.

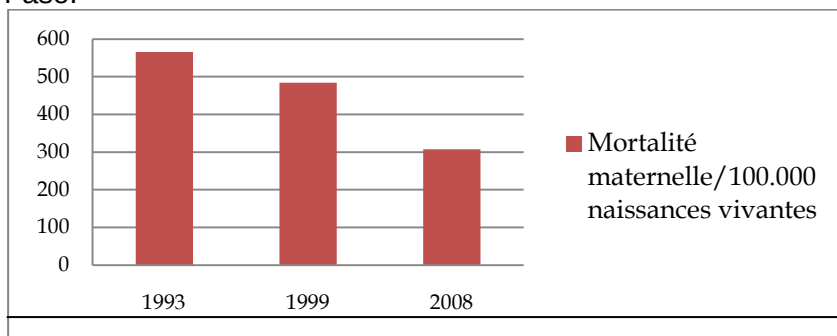


Figure 20: mortalité maternelle au Burkina Faso, 1993-2008

⁵⁴ En effet, selon l'OMS et l'UNICEF, en Afrique de l'Ouest et du Centre, près de 120 000 femmes décèdent chaque année en voulant donner la vie et 50 à 60% des décès infantiles surviennent pendant la période néonatale. Pour chaque femme qui meurt, 30 à 100 autres souffriront de complications graves, douloureuses et débilitantes liées à la grossesse, à l'accouchement et aux suites de couches.

⁵⁵ Plusieurs initiatives ont été entreprises, au plan mondial, pour faire face aux situations précaires vécues par la majorité des femmes et des enfants. Parmi celles-ci, il faut citer le lancement en 1987 de l'initiative pour une maternité sans risque, l'élaboration et la mise en oeuvre d'une feuille de route par un groupe de travail régional pour répondre sous forme de politique internationale au taux élevé de mortalité maternelle dans les pays en développement.

C'est un domaine dans lequel le jumelage a été particulièrement actif puisqu'il y a eu 4 missions nord-sud dont 3 sur la période 2007-2010 et 4 missions sud-nord (dont deux sur la dernière période) depuis le début du jumelage, focalisées en grande partie sur l'obstétrique. Ces missions se sont autant attachées à améliorer la qualité de la prise en charge des parturientes (techniques obstétricales, dépistage des souffrances fœtales, organisation du service, suivi des soins aux malades⁵⁶) qu'au système de référence à partir des CSPS (mission de novembre 2009).

Sur la décennie l'activité obstétricale a évolué comme suit :

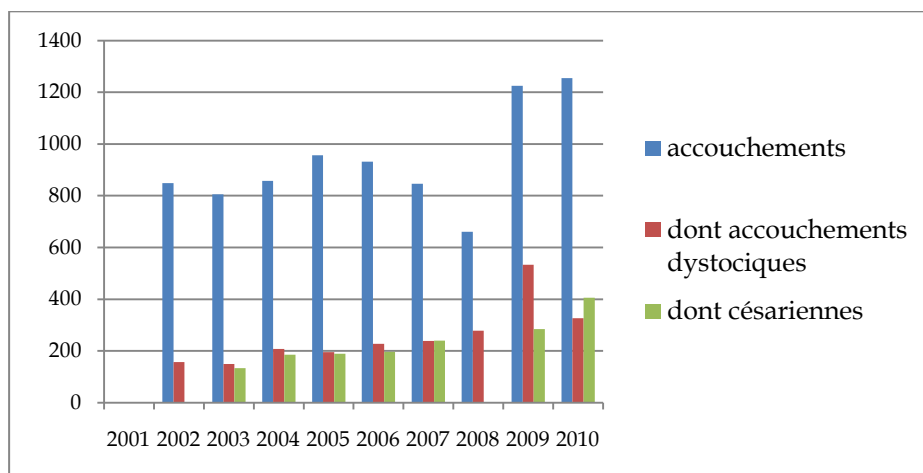


Figure 21: activité obstétricale au CHR de Ouahigouya, 2001-2010

Le nombre d'accouchements est passé de 849 à 1.255 entre 2002 et 2010 (+ 48%). Et le nombre d'accouchements dystociques pris en charge est passé de 780 à 1.376 si on compare la période 2003-2006 avec la période 2007-2010 (+ 76%).

Sur base de ces chiffres, on peut calculer que seuls 2% de l'ensemble des accouchements attendus dans la région du Nord en 2010 ont eu lieu au CHR. Cela reste faible, même si le système de santé veut que les accouchements eutociques se passent plutôt dans les CSPS et les CMA.

En tout cas, le CHR n'est pas débordé avec une moyenne de 3,4 accouchements par jour. Les évaluateurs estiment qu'une augmentation du nombre d'accouchements totaux à la maternité est de nature à diminuer sensiblement le délai d'intervention en cas de complication et permet aussi d'améliorer la prise en charge de cas qui deviennent plus fréquents et donc mieux maîtrisés par le personnel soignant⁵⁷.

Par exemple, un doublement de ce chiffre ne devrait pas gêner le fonctionnement de la maternité, les durées de séjour en cas d'accouchement eutociques étant assez brèves et les accouchements étant réalisés par les sages-femmes et les maïeuticiens (cela représenterait moins d'un accouchement par jour par sage-femme).

Il reste toujours préférable pour une femme d'accoucher le plus près possible d'une structure (ou dans la structure) qui peut intervenir très vite en cas de complications. Il est aussi préférable d'accoucher entre les mains de la personne la mieux qualifiée (gynécologue ou

⁵⁶ Voir à ce sujet les rapports de missions

⁵⁷ On estime en Europe qu'une maternité qui a moins de 3000 accouchements par an n'a pas le volume suffisant et donc pas le plateau technique et l'équipe nécessaires pour traiter aux mieux les cas les plus compliqués ou les moins fréquents.

sage-femme). Notre recommandation est donc d'augmenter le nombre d'accouchements totaux, y compris eutociques, au CHR de Ouahigouya.

Le taux de césariennes est de 0.7% des accouchements attendus, très en dessous de ce qui est souhaitable⁵⁸, mais supérieur au taux moyen en milieu rural au Burkina Faso qui est de 0,24%⁵⁹.

Si on prend pour hypothèse qu'une majorité des césariennes vient de la ville de Ouahigouya, ce qui est probable mais devrait être étudié de manière plus approfondie, on pourrait en déduire que pour la ville le taux de césarienne est probablement adéquat et donc que les césariennes nécessaires pour la population de la ville sont réalisées. A vérifier. De toute façon, le taux de césariennes pour la région peut nettement croître.

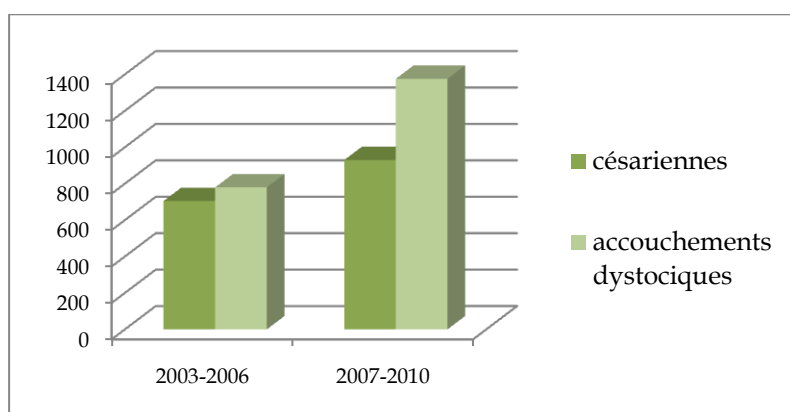


Figure 22: césariennes et accouchements dystociques, comparaison 2003-2006 et 2007-2010

Voici encore, à titre d'information, le tableau des activités obstétricales tel qu'il ressort du dernier rapport d'activités de l'hôpital.

Désignation	Nombre	
	2009	2010
Accouchement eutocique	929	692
Accouchement dystocique	326	533
Avortement (spontané ou thérapeutique)	167	166
Naissances vivantes	867	1078
Morts nés	160	147
Nombre de décès maternels	36	41
Taux de mortalité en maternité	1,86%	2,22%

Tableau 13 : activités

obstétricales au CHR de Ouahigouya en 2009 et 2010

⁵⁸ En milieu urbain, le taux souhaitable (OMS) est de 5% au minimum. En milieu rural on atteint rarement 1 à 2% dans des contextes comme celui de Ouahigouya.

⁵⁹ L'approche des Besoins Obstétricaux Non Couverts pour les Interventions Obstétricales Majeures. *Etude comparative Bénin, Burkina-Faso, Haïti, Mali, Maroc, Niger, Pakistan*. UON Network – Réseau des Besoins Non Couverts pour les Interventions Obstétricales Majeures
Equipe de gestion et de coordination <http://www.uonn.org> – e-mail : UON@itg.be

Enfin, le taux de mortalité des parturientes à la maternité se situe autour des 2% : 326 femmes sont mortes en couches à l'hôpital entre 2002 et 2010, 41 la dernière année. C'est un chiffre qui peut sembler faible lorsqu'on le compare aux chiffres de mortalité dans les autres services de l'hôpital. Mais il est très élevé si l'on rappelle qu'il s'agit de femmes qui meurent pour donner la vie et qu'il ne représente que la pointe émergée de l'iceberg (mortalité maternelle de plus de 250 femmes par an dans la région du Nord⁶⁰). Il ne dit pas non plus le nombre de femmes qui subissent des délabrements anatomo-physiologiques importants en raison d'une prise en charge tardive et/ou inadéquate.

Pour rappel, le risque pour une femme de mourir en couches est 150 fois plus important au Burkina Faso qu'en France.

Les gynéco-obstétriciens du CHR de Ouahigouya rappellent que la mortalité maternelle au Burkina Faso est liée à la question des trois retards :

- I. le retard mis par la patiente à s'adresser au système de santé,
- II. le retard mis par les services de santé de première ligne à adresser la patiente au CHR⁶¹,
- III. et enfin les retards dans les soins au niveau de l'hôpital.

Les retards dans les soins à l'hôpital concerneraient surtout la disponibilité transfusionnelle, beaucoup de femmes mourant d'hémorragie sans avoir pu bénéficier d'une transfusion. Selon le Dr Issa Ouedraogo, près de 80% de la mortalité maternelle a lieu dans les premières 24 heures de l'hospitalisation et la première cause de décès est l'anémie.

Aujourd'hui, un programme et une subvention nationale du Ministère de la Santé (SONU) sont spécifiquement dédiés à la réduction de la mortalité maternelle. Chaque cas de décès maternel fait en principe l'objet d'une procédure « d'audit », c.-à-d d'une enquête et d'une discussion sur les raisons du décès. Il serait bon que la coopération interhospitalière s'implique davantage dans ce système d'audit.

⁶⁰ En appliquant une mortalité maternelle de 450/100000 naissances vivantes

⁶¹ Ce qui conforte notre recommandation d'accoucher plus souvent au CHR.

La gynécologie

Les gynéco-obstétriciens du CHR de Ouahigouya insistent sur la gravité et l'importance de la pathologie gynécologique à laquelle ils sont confrontés et pour laquelle ils disposent d'une capacité de prise en charge limitée : cancers gynécologiques, infertilités, prolapsus, fistules vésico-vaginales,...

Les cas de fistules vésico-vaginales sont bien connus. Elles sont liées à des accouchements traumatisants. C'est une pathologie gravement handicapante sur le plan médical mais aussi social. Les femmes qui en sont atteintes souffrent de douleurs, d'incontinence, de surinfections, d'odeurs nauséabondes qui empêchent toute vie sociale, sexuelle, reproductive. Elles sont traitées en paria par leur mari et leur communauté.

Selon les gynécologues du CHR, une vingtaine de patientes devraient être traitées d'urgence. Des tentatives ont déjà eu lieu avec Chambéry mais elles n'ont pas abouti. Le projet d'une mission à Dori ou à Mopti qui possèdent un centre de référence n'a pas (encore) abouti. A Chambéry on est conscient du problème qui a fait l'objet d'une mission d'études, mais on estime qu'on n'a pas actuellement les compétences nécessaires face à une pathologie quasi inconnue en France et qu'il est indispensable d'acquérir ces compétences.

Il faut avancer sur cette question importante. Une mission conjointe, - Chambéry Ouahigouya -, pourrait peut-être être organisée à Dori ou à Mopti. D'autres collaborations, par exemple avec une ONG spécialisée, pourraient aussi être recherchées.

D'autres problèmes sont aussi en attente de solutions techniques. Voici ceux qui ont été mentionnés aux évaluateurs :

- Deux cas de prolapsus vaginal par semaine se présenteraient au CHR sans possibilité de réponse.
- Des problèmes existent également dans la prise en charge de cancers gynécologiques, par exemple le cancer du sein.
- Le traitement de la stérilité n'est pas réalisable.
- Des femmes s'adressent aux gynécologues avec une demande de reconstruction clitoridienne qui ne peut être rencontrée.

En outre, l'autoclave est en panne. En saison des pluies on ne parvient pas à sécher les champs car ils restent mouillés. L'équipe doit s'arranger avec la clinique du Dr Zara pour la stérilisation des champs. La fourniture de champs stériles à usage unique est avancée comme une solution possible.

Ces problèmes méritent de trouver des solutions car ils concernent des pathologies invalidantes qui affectent la femme dans sa dignité et sa place sociale et familiale.

La médecine, l'hygiène, les soins infirmiers

Yolande Goury, cadre de santé en chirurgie :

Je suis partie dans un cadre « hygiène ». J'ai repris tout l'audit très bien réalisé par Mme Biboud. J'ai été très bien accueillie, le programme était impeccable, une personne était mise à ma disposition pour m'accompagner, j'ai travaillé dans tous les services : protocole de désinfection, boîte à aiguilles, grille d'évaluation. Que reste-t-il de tout cela, je n'en sais rien. Les cadres sont bien formés, ils savent beaucoup de chose mais la mise en œuvre c'est autre chose.

Alfred Bougoum, Président e la Commission des soins infirmiers et obstétricaux

Après le stage d'un garçon de salle à Chambéry en 2009, nous avons pu ensemble imposer de nouveaux comportements. Le grand enjeu pour le nouvel hôpital ce sera d'entretenir le cadre et le niveau d'hygiène tel que nous l'avons reçu. Il faudra faire un diagnostic de base sur le nouvel hôpital.

Quand je suis revenu de mon stage à Chambéry, j'ai mis en œuvre la procédure d'enlèvement des sacs poubelle par les services.

La coopération avec le service de médecine du CHR de Ouahigouya a surtout concerné d'une part l'hygiène et d'autre part la lutte contre le VIH. Les autres aspects semblent avoir fait l'objet de moins d'attention et ne faisaient pas partie du programme d'action 2007-2010. Nous traiterons dans le chapitre dédié à ESTHER les aspects liés à la lutte contre le VIH.

Les enjeux relatifs à l'hygiène et aux soins infirmiers ont aussi fait l'objet d'une collaboration intense avec la DSIO et notamment avec son responsable, M. Alfred Bougoum par ailleurs président de la Commission des Soins Infirmiers et Obstétricaux et de l'assurance qualité.

L'amélioration de l'hygiène hospitalière a bénéficié d'une attention particulière dans le cadre du jumelage inter hospitalier. Elle a fait l'objet de 4 missions sud-nord (dont 3 pendant la période 2007-2010) et de trois missions nord-sud (dont 2 pendant la période 2007-2010).

Les formations ont porté sur la lutte contre les infections nosocomiales, la décontamination du matériel réutilisable, l'utilisation de Javel, l'élimination sélective des déchets, la sécurité et la prévention des risques d'infection pour le personnel, les procédures de contrôle.

Depuis le mois de novembre 2010, l'hôpital dispose d'un nouvel incinérateur performant à haute température qui a permis d'améliorer sensiblement l'élimination des déchets dangereux. Chaque unité de soins doit déposer ses sacs poubelle avant 11 heures à l'incinérateur où ils sont brûlés le jour même. Un registre permet de vérifier le respect des procédures et des horaires par les services.

Pour le nettoyage des locaux, l'hôpital fait appel à une entreprise de nettoyage privée.

Plusieurs problèmes sont relevés par la DSIO et/ou leur partenaire chambérien (souvent les constats sont partagés):

- La décontamination du matériel est une tâche très dévalorisée.
- Un autre problème est l'absence de clarté dans les relations hiérarchiques et fonctionnelles et l'absence de système contraignant pour l'amélioration des soins.
- Les défaillances de la buanderie posent aussi des difficultés, le personnel devant laver ses blouses à domicile.
- Les ruptures de stock de consommable.
- Des stagiaires très nombreux, mal encadrés, qui posent des actes non conformes.
- Les fiches de soins ne sont pas toujours réalisées.

Selon la direction de Ouahigouya, les choses s'améliorent et depuis 2008 les agents sont évalués par la DSIO et les infirmiers sont notés. Selon M. Bougoum, il y a des initiatives en cours pour améliorer l'évaluation du personnel.

Les évaluateurs ont fait un tour dans certains services avec le chef du DSIO pour vérifier le niveau d'hygiène et la présence d'eau courante, savon, javel,... Leur constat est que les services hospitaliers sont généralement propres, - en particulier les salles de soins -, les produits nettoyants et désinfectants présents, les déchets triés et les déchets dangereux conditionnés adéquatement et déposés avant 11 heures à l'incinérateur.

Par contre les abords des bâtiments sont insuffisamment propres et on peut encore trouver des déchets dangereux notamment aux abords de l'incinérateur. L'autre aspect déjà relevé est le grand désordre qui peut parfois régner (nombreux dossiers empilés, matériel obsolète, machines ne servant plus depuis longtemps mais toujours dans le chemin, lits rouillés dans la cour de l'hôpital, carcasses d'ambulances,...) et le délabrement de certaines pièces.

Bien sûr, le déménagement dans des locaux plus grands et plus fonctionnels avec du mobilier adapté pourra apporter une solution partielle à ces problèmes. Mais cela nécessitera aussi des procédures nouvelles et une grande vigilance. Le matériel inutilisé doit être écarté.

La pédiatrie

Verbatims :

Dr Michel Deiber, chef du service de pédiatrie du CH de Chambéry:

Ma mission de novembre 2010 devait vérifier s'il était faisable de mettre en place une unité de néonatalogie. Je n'étais pas attendu. J'ai été surpris par l'état de délabrement du service de pédiatrie et favorablement impressionné par les soins pédiatriques par rapport à ce que j'avais vu en RD Congo 25 ans auparavant. Les équipes infirmières sont compétentes. Un service de néonatalogie, je pense que c'est réalisable, mais dans le nouvel hôpital, il n'y a pas de local dédié. Je pense aussi qu'il est essentiel de créer une relation amicale.

Dr Nikiéma, Chef du service de pédiatrie du CHR de Ouahigouya :

Les missions de prévention des infections et la mission en vue de développer un service de néonatalogie ont été très appréciées. Pour l'avenir on va pouvoir mettre en œuvre la néonatalogie et certains prescrits en matière de traitement de la douleur appris à Chambéry.

Le service de pédiatrie compte 43 lits et dispose d'une équipe de deux médecins, deux attachés de santé et 15 infirmiers.

Dans le cadre du jumelage, 3 missions sud-nord (dont deux pendant la période 2007-2010) et 3 missions nord-sud (dont deux également pendant la dernière période) ont concerné la pédiatrie. Elles se sont d'abord concentrées sur la malnutrition puis la prévention des infections, la néonatalogie et la prévention de la douleur.



Voici l'évolution de quelques indicateurs clés de l'activité du service de pédiatrie du CHR de Ouahigouya au fil des dix dernières années⁶² :

service de pédiatrie	2001	2003	2007	2009	2010
admissions	2133	2639	2518	3902	2773
mortalité	251	196	135	204	280
taux de mortalité	11,8%	7,4%	5,4%	5,2%	10,1%
DMS	8,8	10,8	4,8	4	5

Tableau 14: indicateurs clés de l'activité du service de pédiatrie, CHR de Ouahigouya 2001-2010

Si l'on excepte le pic de 2009 lié à une épidémie de rougeole, le service de pédiatrie a connu une croissance modérée de son activité de 30% sur 10 ans (figure 23). Selon le rapport d'activité 2010 du CHR, le taux d'occupation des lits (hors CREN) était de 135% en 2009 et de 75% en 2010. Cette croissance de 30% doit être rapportée à la croissance de la population de 22% sur la même période.

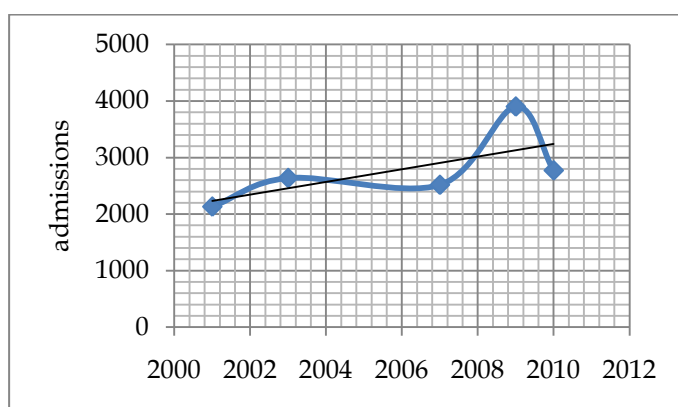


Figure 23: admissions en pédiatrie, CHR de Ouahigouya 2001-2010

Le taux de mortalité est très élevé (figure 24), puisqu'un enfant sur 10 mourra à l'hôpital, avec une tendance à la réduction, sauf en 2010 qui connaît un surcroît de mortalité :

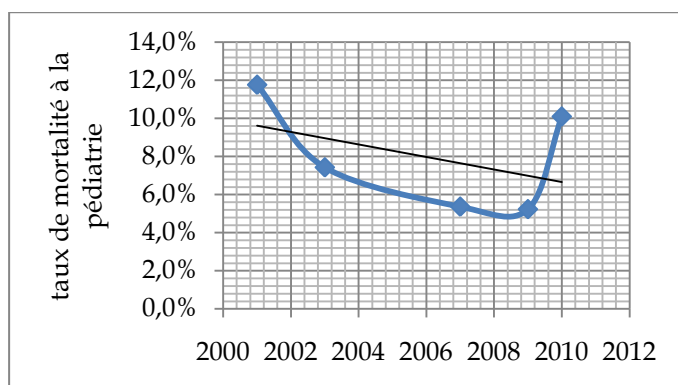


Figure 24: taux de mortalité au service de pédiatrie, CHR de Ouahigouya 2001-2010

Les principales causes de mortalité restent la malaria, la malnutrition, les diarrhées et l'anémie.

1/3 des hospitalisations concernent la néonatalogie avec une forte mortalité chez les prématurés. A Chambéry et à Ouahigouya on s'accorde pour dire que le développement d'une vraie unité de néonatalogie est une priorité et que le déménagement dans le nouvel

⁶² Données des rapports d'activité du CHR

hôpital devrait être une opportunité pour réaliser cette unité, même si des locaux n'ont pas été formellement dédiés à cette activité dans les plans du nouvel hôpital.

Le développement d'un pôle mère-enfant est suggéré par le CHR de Ouahigouya. C'est une excellente suggestion, car les souffrances à l'accouchement concernent souvent la mère et l'enfant. Dans ce cadre, certains lits de la maternité pourraient être consacrés à la néonatalogie. Cela paraît en effet indispensable.

Le laboratoire

Didier Raffenot, Biologiste :

Parmi les résultats acquis, il y a l'aménagement des locaux, l'hygiène, la protection des machines, le dosage des CD4 et l'initiation à une démarche d'assurance qualité. Parmi les difficultés recensées, il y a le sentiment d'une mauvaise qualité des analyses par les médecins du CHR, les pannes de matériel, le suivi des recommandations.

Hamado Ouedraogo, Pharmacien, Chef du laboratoire

Bien que nouvellement arrivé, j'ai pu bénéficier des fruits de cette coopération sur le plan de l'équipement et de la formation.

Yabiri Sawadogo, stagiaire à Chambéry en 2008 :

Les technologies sont très différentes à Chambéry. Ici c'est manuel, là-bas tout est automatisé, mais on peut apprendre la gestion du laboratoire, l'organisation des échantillons,...

Entendu lors de la réunion avec l'équipe du laboratoire du CHR de Ouahigouya :

Ce qui m'inquiète avec le déménagement, c'est que ce seront les mêmes équipes.

Le problème c'est que c'est toute une chaîne : s'il y a une panne, nous faisons un bon d'intervention et nous le déposons à qui de droit. Le reste ne dépend pas de nous.

Cela nous met mal à l'aise.

La gestion des réactifs devrait revenir au labo. Si le chef de service gère les réactifs on aura moins de problèmes. Il devrait y avoir un comité thérapeutique où tous les services médico-techniques auront leur mot à dire.

Jean-Pierre Palm, directeur :

Il y a beaucoup de pannes, mais le premier « maintenancier », c'est l'utilisateur qui doit mieux entretenir, nettoyer et couvrir sa machine.

Le laboratoire est dirigé par un nouveau chef de service, M. Hamado Ouedraogo, pharmacien arrivé un mois avant notre mission.

Les évaluateurs ont pu visiter le laboratoire et ont eu une réunion avec l'ensemble de l'équipe du laboratoire. Cette réunion spontanée indiquait le malaise de l'équipe de du laboratoire face à ses difficultés et le besoin d'être entendu.

Il y a 7 sections au laboratoire : la biologie moléculaire, la stérilisation, l'immunologie, la parasito-bactériologie, la biochimie, l'hématologie et la banque de sang. Nous avons fait le tour des réalisations et des difficultés avec les responsables du laboratoire et nous reprenons ici les constats. Ces constats montrent l'ampleur des difficultés auxquelles le laboratoire est confronté.

La biologie moléculaire concerne en réalité la mesure de la charge virale pour les personnes sous traitement ARV. Le local qui contient la machine n'est pas adéquat, ne permettant pas une circulation à sens unique. La machine ne fonctionne pas, des essais non concluant ayant eu lieu. La formation donnée est considérée comme trop courte (deux semaines).

Dans le local pour la stérilisation, il y a un autoclave en panne depuis plus d'un an et un autoclave livré en février 2011 dont le tableau électronique est en panne. L'étuve est également en panne depuis plus d'un an et la petite étuve (fonctionnelle) est trop petite pour l'incubation.

Le local d'immunologie contient le compteur de CD4. L'appareil fonctionne en principe mais il y avait un problème de disquette lors de notre passage (en voie de résolution) et un manque de réactifs. Le dernier comptage CD4 a eu lieu le 4 mars. Le frigo pour conserver les réactifs est en panne depuis un an.

Pour ce qui est de la parasito-bactériologie, la parasitologie fonctionne bien, mais pas la bactériologie. La panne de l'autoclave empêche la mise en culture et l'identification des germes. Le frigo est également en panne.

La section de biochimie est fermée car l'automate (Konelab 20) est en panne depuis deux semaines (la lampe est grillée)⁶³. Le spectrophotomètre est en panne depuis deux ans.

En hématologie, il n'y a plus de réactif pour l'automate MINDRAY BC-3000+ et le dernier bidon de solvant était en cours d'utilisation pour l'ABX-pentra 60. La commande annuelle est à la pharmacie. Les deux frigos de cette section fonctionnent.

La banque de sang bénéficie d'un frigo adéquat en état de fonctionnement. Environ 100 pochettes par mois sont utilisées. Les problèmes mentionnés concernent le manque de donneurs, l'absence de salle de prélèvement, de mixeur, d'appareil à souder les pochettes, de balance. Lors de notre passage, il y avait une trentaine de pochettes dans le frigo. La température était adéquate, le groupe sanguin était indiqué ainsi que la date du prélèvement mais les pochettes n'étaient pas rangées par groupe sanguin.

Malgré ces difficultés, le laboratoire se défend de livrer des résultats non fiables. Il en veut pour preuve les bons résultats des contrôles internes et externes auxquels il est soumis. Les évaluateurs ont en effet pris connaissance d'un rapport de contrôle externe récent (mars 2011), organisé par le Ministère de la Santé, qui indiquait que la plupart des résultats enregistrés au laboratoire étaient fiables.

Selon Didier Raffenot, le laboratoire a bénéficié de 8 missions nord-sud (dont trois pendant la période 2007-2010) et de quatre missions sud-nord (dont une entre 2007 et 2010). 5 missions nord-sud concernaient le programme ESTHER. Parmi les résultats acquis, il cite l'aménagement des locaux, l'hygiène, la protection des machines, le dosage des CD4 et l'initiation à une démarche d'assurance qualité. Parmi les difficultés recensées, il y a le sentiment d'une mauvaise qualité des analyses par les médecins du CHR, les pannes de matériel, le suivi des recommandations.

En conclusion, aujourd'hui le laboratoire correspond plus à un laboratoire de niveau CMA que de niveau CHR. Les examens de base (hémato, parasito) sont probablement assez fiables mais les autres examens ne sont souvent plus pratiqués. La maintenance et l'approvisionnement de consommables restent les faiblesses structurelles du laboratoire. Face à ces enjeux, les principes de formation, de responsabilisation supplémentaire des personnels du laboratoire (entretien, approvisionnement, utilisation) et de contractualisation avec un opérateur extérieur doivent être plus que jamais intensifiés.

⁶³ Réparé depuis notre passage

Le programme ESTHER

Verbatims :

Olivier Rogeaux, médecin infectiologue

On est passés de 10 patients pris en charge en 2003 à 750 aujourd'hui. Nos missions permettent à chaque fois de donner un coup d'accélérateur au projet, pourtant on n'a pas eu de feedback de notre dernière mission sur place et on ne sent pas l'envie de coopérer. Nous pensons qu'ils ont encore besoin de nous pour faire fonctionner la machine pour la charge virale, pour les nouveaux médicaments, les nouveaux protocoles.

Dr Georges Ouedraogo, médecin coordonnateur du programme ESTHER au Burkina Faso :

Nous avons analysé les points forts et les points faibles des 4 projets que nous coordonnons (3 CHU et un CHR) : c'est l'un des jumelages qui fonctionnent bien. Il n'y a eu qu'une année sans mission nord-sud (2009). Il y a une souplesse d'exécution. Une de nos principales difficultés, c'est la mobilité du personnel. On a beau former l'équipe, elle change. Le laboratoire est un grand souci. Il a peut-être manqué une concertation des bénéficiaires pour s'adapter au terrain. Par exemple, l'appareil pour mesurer la charge virale ne pouvait rentrer dans le local. Il a fallu casser le mur et le remaçonner.

Actuellement le nombre de cas pris en charge est stationnaire, en plateau. On se rend compte que cela stagne malgré les ressources financières mises à disposition.

Mme Diallo, AMMIE

Des médecins et des laborantins de Chambéry nous ont formés. Nous souhaitons que ce qui a été acquis se poursuive. Le taux de prévalence a chuté, les partenaires se retirent pour s'intéresser à d'autres thématiques. Comme la prise en charge est gratuite (obligation légale), nous avons besoin de soutien.

Les premières missions datent de 1999. Rien n'existait à l'hôpital pour prendre en charge les patients VIH. Il y eut d'abord la mise en place de dépistage anonyme et la prise en charge des malades avec l'AMMIE.

En 2003, lors de la création du programme ESTHER⁶⁴, le CH de Chambéry s'est porté candidat pour en faire partie, en partenariat avec le CHU de Dijon et l'association Jérémie (toujours impliquée dans le volet mère-enfant), puisqu'en principe, seuls les CHU étaient éligibles au programme.

⁶⁴ L'initiative "Ensemble pour une Solidarité Thérapeutique Hospitalière En Réseau ESTHER", mise sur pied par le gouvernement français en 2003, s'est donné pour objectif le renforcement des capacités locales en matière de lutte contre le SIDA dans les pays en développement.

La démarche générale de l'initiative ESTHER est de faciliter la coopération entre les équipes soignantes françaises et celles des pays partenaires en premier lieu à travers des jumelages hospitaliers mais, également, entre les réseaux de soins et d'accompagnement liés aux centres de soins, en cohérence avec les orientations et priorités des politiques de santé nationale. Le GIP ESTHER accompagne l'initiative en fournissant les moyens financiers et techniques de cette coopération.

Les axes principaux d'actions :

- Formation
- Renforcement prise en charge médicale
- Education thérapeutique
- Renforcement biologie et laboratoire
- Prévention transmission mère enfant (PTME)
- Accompagnement psycho-social et lien avec les associations
- Gestion pharmacie et accès aux ARV
- Décentralisation
- Suivi / évaluation

Au total 30 personnes à Ouahigouya et 15 personnes à Chambéry sont impliquées dans ce programme.

Concernant ce chapitre, nous nous référons à l'excellent power point réalisé par le Dr Rogeaux à l'occasion de l'évaluation et qui retrace les axes d'intervention, le bilan, les équipes, les forces, les faiblesses et les perspectives du programme ESTHER à Ouahigouya. Ces informations recoupent les informations recueillies au Burkina Faso notamment auprès du Dr Ouedraogo. Il rappelle que le programme ESTHER a accompagné le volet du jumelage qui concerne le VIH selon 4 objectifs :

- I. Le renforcement des compétences des acteurs par la formation et les stages soit à Chambéry soit au Burkina Faso ;
- II. Le renforcement du plateau technique :
 - a. Achat d'un compteur CD4
 - b. Mise à disposition de réactifs et de consommables
- III. Renforcement du partenariat avec des associations pour l'accompagnement des malades
- IV. Suivi/évaluation de ces activités : un logiciel de suivi des patients et un ordinateur.

Selon le DR Rogeaux, voici le bilan de la prise en charge médicale début 2011 :

- Début en novembre 2003 (10 patients)
- File active actuelle: 750 patients (dont 60 enfants)
- Sous ARV: 50%
- Sous ARV: > 80% d'indigents
- Sexe féminin: 70% de la file active
- + suivi par association AMMIE (1500 PvVIH, dont + de 600 sont sous ARV) et accès au dépistage anonyme et soutien psycho social

Selon le Dr Ouedraogo, médecin coordinateur du programme ESTHER au Burkina Faso, il y avait 337 patients (dont 28 enfants) sous ARV suivis au CHR de Ouahigouya au 3^{ème} trimestre 2010 et 647 suivis par l'AMMIE au même moment. En tout il y aurait 1.233 adultes et 57 enfants sous ARV dans la région du Nord du Burkina Faso. Et environ 28.000 pour tout le pays.

Si on compare la prise en charge avec la prévalence attendue du VIH (1% des 15-45 ans dans la région Nord en 2009), on peut estimer qu'environ 19 % des séropositifs attendus sont sous ARV dans la région du Nord du Burkina Faso.

Pour l'avenir, plusieurs paramètres doivent être pris en compte dans la discussion :

- I. l'épidémie de SIDA reflue selon toutes les enquêtes menées,
- II. le nombre de malades pris en charge par ESTHER est stable,
- III. AMMIE offre un service très semblable sur le plan médical et plus complet sur le plan de la prise en charge sociale et nutritionnelle,
- IV. La nécessité du calcul de la charge virale lorsqu'on sait que seuls 5% des malades ont besoin d'un traitement de seconde ligne dont la mise au point pourrait être faite à Ouagadougou,
- V. Le CHR peut offrir des soins plus élaborés pour certaines affections opportunistes ou pour les traitements de seconde ligne,
- VI. Le laboratoire du CHR connaît des difficultés endémiques⁶⁵,
- VII. Il faut intensifier le dépistage.

Etant donné tous ces éléments, une consolidation et une complémentarité accrues avec AMMIE paraissent utiles à explorer.

La maintenance

Verbatims :

Christophe Parret, Président du comité de jumelage, ingénieur biomédical

Nous avons peu de résultats car nous n'avons pas d'homologue (bio ingénieur). Nous avons renoncé à donner du matériel, notre partenaire n'était pas hyper demandeur. La maintenance pourra redémarrer dans la nouvelle structure.

Eric Tougouma, Président du comité de jumelage

Nos efforts pour la maintenance sont importants mais les problèmes persistent. La maintenance, l'hygiène, l'organisation et l'archivage seront les grands enjeux du nouvel hôpital.

La maintenance est une difficulté transversale qui fragilise véritablement l'ensemble du fonctionnement de l'hôpital. Une réflexion d'ensemble sur cette problématique dépasse le cadre de notre évaluation.

Les principes qui doivent guider une réflexion stratégique sur cet aspect sont connus. Nous en rappelons quelques uns :

- I. N'acquérir que du matériel indispensable à l'amélioration de la qualité des soins en commençant par les machines qui permettent de sauver des vies humaines ou d'améliorer sensiblement la réalisation des missions de l'hôpital ;
- II. S'assurer dès le départ de l'adéquation des équipements par rapport au contexte dans laquelle elle va fonctionner ;
- III. S'assurer dès le départ par contrat de la maintenance des machines ;
- IV. Responsabiliser le personnel qui utilise une machine et réduire le nombre d'utilisateurs agréés au minimum ;
- V. Cette responsabilisation inclut la formation, la décentralisation des procédures d'approvisionnement des consommables et des réactifs, les sanctions en cas de défaillance grave dans la mise en œuvre des procédures.

⁶⁵ Et il faut s'interroger s'il est utile d'entretenir deux machines pour le comptage CD4 à 500 mètres l'une de l'autre (au CHR et à l'AMMIE).

La radiologie et l'imagerie médicale

M. Emmanuel Kabore, responsable de la radiologie

Nous n'avons pas bénéficié de mission nord-sud ou sud-nord depuis longtemps, cela peut s'expliquer par le fait qu'il n'y a pas de médecin. Dès que nous serons sur le nouveau site, il serait bon d'avoir une mission rapidement pour la prise en main du nouveau matériel, le fonctionnement, l'organisation, les protocoles.

Jean-Pierre Palm, Directeur Général

L'affectation du Dr Ali Ouedraogo actuellement interne à Chambéry serait une bouffée d'oxygène pour le service. C'est le Secrétaire général du Ministère de la Santé qui prend la décision.

Le responsable de la radiologie est M. Emmanuel Kabore qui nous a fait visiter son service en compagnie de M. Rasmané Zoetgnande, manipulateur d'Etat en radiologie. Le service dispose d'une salle de radiologie. Depuis 2008, il compte 4 manipulateurs diplômés d'Etat en radiologie. Il n'y a pas de médecin radiologue. Les examens réalisés sont des examens standards.

La qualité des clichés est affectée par la qualité des produits opaques (périmés) et l'état des machines qui étaient restées 5 ans en caisse avant l'arrivée du Dr de Georges et de Mme Maryse Bouffon pour le compte du jumelage hospitalier. Selon M. Kabore, il y a eu 3 missions nord-sud. Deux sont documentées, en 2005 et 2007. Il y a eu une mission sud-nord en 2006. Une mission nord-sud et la mission sud-nord étaient consacrées à l'échographie.

Selon les responsables du service de radiologie, les missions dans le cadre du jumelage ont eu les résultats suivants :

- I. Installation et réparation (paravent cassé, table abîmée) des machines,
- II. Echographie,
- III. Capacité de protocoler,
- IV. Mise en place de mesures de radioprotection,
- V. Certaines mesures de maintenance.

Des problèmes sérieux persistent : l'état du matériel, l'absence de médecin, l'absence de réactivité des responsables de l'entretien à Ouagadougou, qui renvoient vers le privé (très cher et peu efficace), l'absence de reconnaissance des manipulateurs qui sont critiqués par les médecins des autres services, « parfois même devant les malades », le manque de consommables.

Les manipulateurs radio, même capables de protocoler, ne donnent leur avis que pour les patients ambulatoires, sauf quand le médecin prescripteur précise « avec interprétation ».

Il est clair qu'outre le manque de moyens humains et matériels, le déficit de communication et de discussions entre les services autour des cas et des clichés radiographiques est un des freins à la bonne qualité du service rendu par la radiologie. L'affectation du Dr Ali Ouedraogo actuellement interne à Chambéry serait une très bonne nouvelle pour le service.

Le district sanitaire de Ouahigouya

Dr Yonli, Médecin chef de District

Quand on réfère à l'hôpital, on voit qu'ils ont du matériel, entre autres en chirurgie et en pédiatrie. Des médecins partent se perfectionner à Chambéry. Ils parviennent à bien prendre en charge les malades. La réputation de l'hôpital est bonne. L'ophtalmo est très appréciée, pour ses verres de lunettes.

La coopération Chambéry-Ouahigouya a construit un dispensaire à Kapalin, nous en sommes très contents.

Les évaluateurs ont rencontré le Médecin Chef de District, le Dr Yonli. Le district sanitaire de Ouahigouya compte 59 CSPS qui couvrent une population d'environ 450.000 habitants. 12 CSPS disposent d'une sage-femme. Les CSPS appartiennent à la mairie, le CHR dépend du Conseil Régional.

Plusieurs ONG sont actives dans le district sanitaire de Ouahigouya. Jeremy Dijon intervient dans la commune de Tangaye ainsi qu'à Ouahigouya dans le paludisme. Le programme socio-sanitaire intégré mené par PSF Deux Savoie Isère contribue à améliorer la santé des populations grâce à un programme socio-sanitaire intégré dans le département de Oula. Les objectifs spécifiques du programme sont les suivants :

- Créer des Structures de santé communautaire villageoise
- Lutter contre le paludisme
- Lutter contre les médicaments de la rue
- Appuyer développement économique des villages
- Développer la pharmacopée traditionnelle Promouvoir l'Education au développement

Les autorités de santé et les autorités politiques de Ouahigouya aimeraient que des actions de santé supplémentaires soient développées en partenariat avec Chambéry. Cela nécessite une bonne coordination entre le jumelage inter hospitalier et l'association Chambéry-Ouahigouya afin de mettre en œuvre des stratégies coordonnées, efficaces et qui tiennent compte des ressources disponibles et de l'expertise mobilisable. Il faut éviter de trop se diluer, de prendre en charge des responsabilités qu'on ne peut pas mener à bien, tout en veillant à intégrer le CHR de Ouahigouya dans son environnement.

Les activités de santé menées dans le cadre de la coopération décentralisée Chambéry-Ouahigouya devraient systématiquement avoir comme objectif de consolider et de compléter les actions menées au niveau du CHR par le jumelage inter hospitalier.

4.4. L'articulation avec l'association Chambéry-Ouahigouya

Verbatims :

Isabelle Herlin, adjointe au Maire de Chambéry :

Vingt ans de coopération, c'est un gage de bonne santé. J'ai compris qu'il ne fallait pas faire, mais aider à faire, donner les moyens à Ouahigouya d'être autonome. Ce qui me paraît important dans la coopération hospitalière, c'est tout le système d'échanges, de stages, de formation continue.

O. Perrier, ancien président de l'association Chambéry-Ouahigouya :

J'ai un regard très positif sur vingt ans de coopération.

Issaka, responsable de l'ACDIL :

Les actions de l'hôpital de Ouahigouya ne sont pas très visibles : nous avons un journal mensuel dans lequel nous publions tout ce que nous faisons, sauf pour l'hôpital. Idem pour nos rapports d'activités

L'association Chambéry-Ouahigouya fête en 2011 ses vingt années de coopération. Elle dispose d'un budget annuel de l'ordre de 150.000 à 200.000 € qui lui provient essentiellement de la ville de Chambéry. Elle bénéficie de la délégation financière de la mairie et met en œuvre les programmes de coopération décidés dans le cadre du comité de pilotage ville-association. Ce comité de pilotage est composé de 5 membres désignés par la ville de Chambéry et de 5 membres désignés par l'association.

L'association dispose de trois salariés financés par la mairie. Elle développe des projets selon trois axes :

- I. Appui à la mairie et à la gouvernance locale, entre autres la lutte contre l'illettrisme. Ce programme concerne les bâtiments, l'informatique,...le soft et le hardware. Il a été sérieusement affecté par les troubles du 9 mars 2011 ;
- II. Appui au développement économique, soutien à la création d'entreprises ;
- III. Appui à la société civile dans le domaine de la santé et de la culture.

La coopération hospitalière constitue un 4^{ème} volet de la coopération décentralisée entre les deux villes mais elle n'est plus pilotée par l'association depuis qu'il existe une convention de jumelage entre les deux centres hospitaliers.

La commission santé qui jusqu'en 2002 coordonnait l'ensemble des actions de santé a été remplacée par « Escal Social » qui poursuit un pilotage des actions en matière de santé, hormis le jumelage hospitalier.

Actuellement trois commissions pilotent l'ensemble des actions : une commission économie, une commission sociale (Escal Social), et APICODE qui travaille avec les services municipaux.

Le Plan d'actions 2011-2013 comprend les objectifs suivants :

- ✓ Pour le volet culturel : aide à l'organisation de la culture comme vecteur de développement économique. Exemple : programmation culturelle pour la salle de spectacle actuellement non utilisée ;
- ✓ Projet important d'adduction d'eau pour 24 villages de la couronne de Ouahigouya, mise en place d'un système de redevance et de maintenance ;
- ✓ Aide à la formation des élus et des cadres de l'administration ;
- ✓ Dans le domaine de l'action sociale, 5 associations locales bénéficient d'un soutien (don de sang, malnutrition, handicap mental, VIH) ;
- ✓ Dans le domaine économique, des appels à projets sont lancés (dons + prêts).

En 2011, 350.000 € sont consacrés à ce programme d'actions dont 78.000 € proviennent de la ville de Chambéry et le reste de l'Agence de l'eau, du MAEE et de partenaires privés.

A Ouahigouya, l'association a choisi de passer un contrat avec un opérateur local pour accompagner la mairie de Ouahigouya dans la mise en œuvre des actions de coopération. Au terme d'un appel à candidatures, c'est le bureau ACDIL qui a été choisi. L'Association pour la Coopération et le Développement des Initiatives Locales (ACDIL) a son siège social à Bobo-Dioulasso et a établi une antenne à quelques pas de l'hôpital de Ouahigouya.

Nous y avons rencontré Issaka, son responsable. Il nous dit que le travail de l'ACDIL a commencé en décembre 2006. Un premier programme a couvert la période 2006-2008. Un deuxième programme court de 2010 à 2012. Le Comité de pilotage se réunit deux fois par trimestre. Le directeur de l'hôpital, M. Jean-Pierre Palm en fait partie et informe le comité de pilotage des activités de jumelage à l'hôpital.

La lettre d'information mensuelle réalisée par l'ACDIL sur les activités de la coopération décentralisée entre Chambéry et Ouahigouya est très bien faite. Mais sa diffusion ne concerne pas l'hôpital et les activités de l'hôpital n'y sont pas reprises.

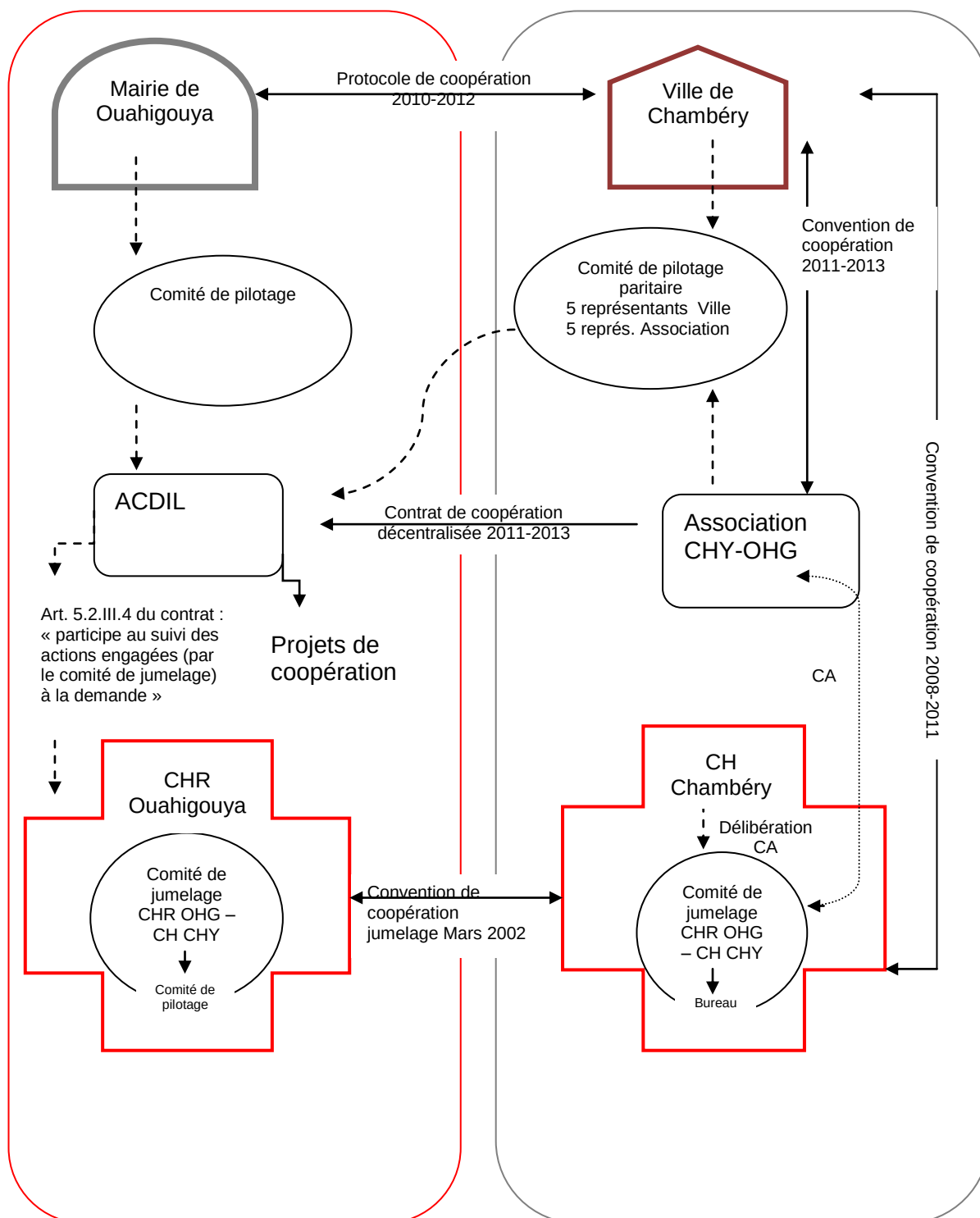
Issaka signale le souhait de la mairie et du Médecin Chef de District que l'association développe des projets de santé en dehors du CHR. Une articulation est indispensable avec le comité de jumelage hospitalier Chambéry-Ouahigouya.

Le diagramme de la page suivante rend compte des liens et des conventions qui unissent et articulent les acteurs de la coopération entre les villes de Chambéry et Ouahigouya.

Il s'agit d'une structure complexe mais fonctionnelle régie par :

- Un protocole de coopération entre les Villes de Chambéry et Ouahigouya (2010-2012)
- 3 conventions :
 - La convention de coopération entre la Ville de Chambéry et l'association Chambéry-Ouahigouya (2011-2013),
 - La convention de coopération entre la Ville de Chambéry et l'hôpital de Chambéry (2008-2011),
 - La convention de coopération-jumelage entre le Ch de Chambéry et le CHR de Ouahigouya (mars 2002)
- Un contrat de coopération décentralisée entre l'association de Chambéry-Ouahigouya et l'ACDIL (2011-2013).
- 3 comités de pilotage :
 - Mairie de Chambéry-association,
 - Mairie de Ouahigouya-ACDIL,
 - Hôpital de Ouahigouya ;
- 2 comités de jumelage : un dans chaque hôpital
- 2 associations avec leur CA et leur AG
- 3 commissions.

L'analyse de l'ensemble de ces structures et les recommandations afférentes dépassent le cadre de cette étude. On peut cependant recommander pour l'avenir une simplification et à tout le moins des dates de début et de fin identiques pour les différents liens contractuels.



Le point d'orgue de la célébration du 20^{ème} anniversaire de la coopération est le festival Lafi Bala, fin juin 2011. 80 personnes de Ouahigouya font le voyage. Ils représentent tous les secteurs de Ouahigouya : artistes, artisans, responsables administratifs, sociaux,...

4.5. Regards croisés sur le bilan de la coopération

Regards Chambéry > Ouahigouya

Evaluation de la coopération entre CH Ouahigouya et le CH Chambéry :
Synthèse SWOT : synthèse des principaux éléments cités lors du séminaire du 5 avril
2011 – 18 à 21h45 au CH de Chambéry

Forces	Faiblesses
Mobilisation réelle du personnel (D) Missions anticipées, bien préparées par l'envoi des radios des patients (CH) Bonnes relations personnelles des chirurgiens (CH) Compétences/ressources chirurgicales solides (A) Amélioration des conditions de sécurité matérielle au fil des missions (A) Pratiques nouvelles pérennisées (ex : surveillance per anesthésique) (A) Apport multidimensionnel lors des missions avec des contacts à différents niveaux : Infirmier, Médecins (H) (L) Apport des stages en termes techniques mais aussi en termes de vision (hygiène, organisation) (L) Compagnonnage des infirmiers comme moyen de suivi du programme (ex : maintenance du matériel) (L) Bonne organisation des équipes d'infirmière par rapport aux grandes pathologies (palu, etc.) (P) Favorise les liens transversaux et les contacts entre membres du CH Chambéry qui ne travaillent pas nécessairement ensemble (A) Cela permet de prendre du recul par rapport à ses propres pratiques, de s'intéresser à son propre projet médical.	le manque d'écoute de notre part vis à vis de nos partenaires et aussi la difficulté que nous avons à nous adapter au peu de moyens dont ils disposent. Il me semble que dans le cadre d'un jumelage, il devrait pouvoir y avoir plus de continuité dans nos interventions par opposition aux autres missions qui arrivent avec un objectif précis et qui repartent une fois celui-ci accompli. faiblesse de stratégie d'établissement au niveau hygiène (H) Peu d'indicateurs (D) Difficulté de se projeter dans une organisation complexe (D) Problème d'hygiène, manque de suivi dans le contrôle des températures, des médicaments administrés (CH) (I) Pas ou peu de médecin anesthésiste (A) Insuffisances en matière de pratiques en anesthésie (manque de surveillance post opératoire, etc.) (A) Mauvaise utilisation des médicaments et produits (I)(H) Absence de lien entre Laboratoire et Médecine (I) Difficulté de suivi entre les missions, pas de projet formalisé (A) Qualité des analyses médiocre (L) Faible maintenance du matériel en laboratoire (L) Peu de progrès dans la mise en place d'une démarche d'assurance qualité (L) Difficulté de passer de l'écoute à la pratique (O) Erreurs de communication entraînant des absences de partenaires lors des missions (O) (P) Dévalorisation de tâche importante comme la décontamination à charge de femmes de ménage non formées (H) Faiblesse de la chaîne hiérarchique entraînant des blocages des bonnes pratiques et des stratégies (H) Pas de contractualisation du jumelage, peu de suivi (L) Attitude peu proactive, attentiste des stagiaires en visite au nord (O) Méconnaissance des attentes réelles de Ouahigouya (I) (A)

Opportunités	Menaces
Construction du nouvel hôpital (CH) Possibilité d'utiliser la radio pour appeler les patients (CH) Possibilités d'échanges Nord/Sud mais aussi entre les membres du personnel du CH Chambéry (L) Très bonne formation du personnel (médecins, infirmiers, etc.) (O) Augmentation du nombre de sages femmes (O), des sages-femmes plus jeunes sortent de l'école. Possibilité de s'appuyer sur une structure de santé claire : CHR – CMA – CSPS Permet de réfléchir sur nos valeurs (bonheur de retrouver des draps propres, place de la famille dans notre société (I)	Beaucoup de personnel formé quitte le CHR (I) Réforme hospitalière du Burkina est un copier coller français ; faiblesse de l'appropriation (D) Poids de la tradition : ethnisme, place de la femme, clarté de la hiérarchie, difficulté à changer les habitudes, comportements modifiés lors des visites rapidement oubliés (CH) (P) Limite dans la relation de partenariat : pas assez « amicale » (L) Doute sur la volonté réelle de certains à Ouahigouya, sur la réalité de leur demande (L) Peu d'échanges, de feed back (tout est toujours OK), peu de suivi des recommandations (L) Limite de la compréhension mutuelle (O) Décalage entre nos objectifs et les leurs (H) Décalage entre ce qui nous choque et ce qu'ils trouvent normal (H) Perdiems donnés par Esther et autres projets Disponibilité du personnel de Ouahigouya lors des missions

Note : A titre illustratif sont indiqués le nom des services qui ont cité certains de ces items. Ceux-ci ont souvent été cités par plusieurs intervenants, mais je ne reprends la plupart du temps que le premier service qui en a parlé. La signification des acronymes :

D = Direction

CH = Chirurgie

A = Anesthésie

L = Laboratoire

I = Infectiologie

O = Obstétrique

P = Pédiatrie

Regards Ouahigouya > Chambéry

Evaluation de la coopération entre CH Ouahigouya et le CH Chambéry : Synthèse SWOT : synthèse des principaux éléments cités lors du séminaire du 28 avril 2011 – 8h à 13h CHR de Ouahigouya

Forces	Faiblesses
L'existence d'un projet d'établissement. Des liens solides avec Chambéry ancrés dans une coopération entre les deux villes. Les actions nord-sud et sud-nord sont équilibrées. Les missions sud-nord sont bien encadrées. Les agents sont bien intégrés. Les technologies sont parfois très différentes entre le nord et le sud mais on peut apprendre la gestion, les procédures, l'organisation. Le choix des personnes qui partent à Chambéry se fait sur base objective. Les relations durables et stables permettent de renforcer l'efficacité du partenariat On a beaucoup appris. Les compétences acquises sont pérennisées en chirurgie, en maternité, en pédiatrie, au labo,... Le renouvellement de certains matériels ont été faits grâce à Chambéry. Les nouvelles techniques que la CME a voulu développer avec l'aide de Chambéry comme la coelioscopie, mais il ne faut pas aller trop vite car il y a des normes à respecter Chambéry a permis d'organiser la pharmacie.	Le jumelage n'est pas suffisamment formalisé à l'intérieur de l'hôpital de Ouahigouya. Il n'y a pas de visibilité dans la lettre d'information mensuelle réalisée par l'ACDIL Le programme de jumelage est insuffisamment connu par le personnel hospitalier. Les missions nord-sud sont parfois trop courtes, insuffisamment préparées ou annoncées. L'information sur l'arrivée des missions était parfois tardive. Changement d'interlocuteur peut fragiliser la relation. Pas de continuité sur les missions hygiène Il y a parfois des malentendus parce qu'on n'est pas dans les mêmes contextes. On ne répond pas toujours à nos besoins, comme en gynécologie. Appui insuffisant à la radiologie, insuffisance de stages sud-nord en imagerie. Pas de garde couchée. Lourdeur des procédures d'acquisition et d'approvisionnement : multiples étapes, temps d'attente nombreux, même dans les gré à gré avec la CAMEG il faut réunir une commission dans laquelle l'hôpital ne siège pas.

Opportunités	Menaces
Le jumelage est mentionné comme une opportunité dans le projet d'établissement. L'image de l'hôpital est renforcée grâce au jumelage avec Chambéry. Pouvoir connaître une autre réalité (en France) est très important. Le nouvel hôpital est un grand espoir de travailler dans de meilleures conditions. On pourra aussi travailler sur l'humanisation des soins. Un nouveau chef de service au laboratoire permettra une réorganisation. Les tarifs pour les patients sont à nouveau raisonnables. Faire des missions à thème avec appel à la radio, par exemple prolapsus Le jumelage devrait tenter d'influer sur les procédures d'approvisionnement pour les rendre plus légères. A long terme le CHR devrait évoluer vers un CHU et une école de médecine devrait s'ouvrir à Ouahigouya (DHP)	Le nouvel hôpital est livré clés en mains mais il y aura des défis importants pour la maintenance, l'hygiène, l'archivage et l'organisation. La tranche B du nouvel hôpital n'a pas commencé. Mobilité importante du personnel Il n'y a pas de contact entre les missions dans certains services (maternité,...) Les ruptures d'approvisionnement fragilisent le fonctionnement de l'hôpital.

4.6. Conclusions

Au vu de l'ensemble des constats et des analyses menées par les évaluateurs et décrits dans les pages qui précèdent, nous synthétisons ici nos conclusions concernant les principales questions qui nous étaient posées.

Pour rappel,

L'évaluation doit permettre de renseigner les acteurs du jumelage inter hospitalier

- sur la qualité des actions réalisées, notamment vérifier s'il y a eu une amélioration de la qualité et l'organisation des soins au CHR de Ouahigouya
- sur la pertinence de la stratégie d'intervention,
- et sur l'organisation du jumelage hospitalier.

Elle doit servir de base critique pour monter un nouveau programme.

La qualité et de l'organisation des soins au CHR de Ouahigouya

Le CHR de Ouahigouya est bien intégré dans la stratégie générale du Ministère de la Santé du Burkina Faso et dans le système de soins publics.

Les données statistiques sur l'activité hospitalière du CHR de Ouahigouya, les comparaisons avec les autres CHR du Burkina Faso, les commentaires des autorités sanitaires du Burkina Faso et des autorités politiques et sanitaires de la région du Nord, les enquêtes auprès des patients, les enquêtes de satisfaction auprès du personnel ou les données qualitatives relevées par les deux partenaires du jumelage inter hospitalier convergent pour affirmer que l'hôpital de Ouahigouya délivre aujourd'hui des soins plus nombreux, plus complexes, de meilleure qualité et dans de meilleures conditions d'hygiène qu'il y a dix ans.

Pour ne reprendre que quelques indicateurs clés (on trouvera les détails dans les chapitres qui précèdent), les consultations externes ont doublé, les admissions ont augmenté de 40%. Les interventions chirurgicales ont été multipliées par 4 et le nombre de césariennes par trois. Les admissions à la maternité ont doublé. La prise en charge des patients VIH concerne plus de 800 personnes dont la moitié sous ARV.

L'attractivité de l'hôpital s'est améliorée et la confiance de la population dans son hôpital de référence paraît meilleure.

L'offre de soins s'est élargie, les protocoles thérapeutiques sont plus clairs, l'information sanitaire plus précise, la gestion hospitalière meilleure. Des procédures existent pour la gestion des déchets, l'amélioration de l'hygiène, la maintenance, et les approvisionnements. L'équipement de l'hôpital s'est modernisé au laboratoire et en chirurgie notamment.

Un projet d'établissement et des plans d'action annuels, certes encore à améliorer, permettent de s'orienter vers un management stratégique avec des tableaux de bord. Des structures de décision et d'avis existent. Les ressources humaines font l'objet de procédures d'évaluation et le recrutement fait appel à des procédures d'ouverture de poste et à des profils de fonction.

Bien sûr des progrès substantiels peuvent encore être accomplis dans certains domaines comme le plateau technique, les urgences, la mortalité hospitalière, l'hygiène hospitalière, la décentralisation, la responsabilisation de chacun.

Les procédures sont encore trop lourdes, complexes et diluées. Dans beaucoup de domaines, le manque de décentralisation, de responsabilisation et de subsidiarité sont des freins importants à une évolution plus rapide vers l'amélioration des services rendus par le CHR de Ouahigouya. Il est important de reconnaître aussi à leur juste valeur tous les métiers de l'hôpital, y compris ceux liés à la propreté et à l'hygiène. Une valorisation de ces métiers serait très utile.

La pertinence de la stratégie d'intervention

Les partenaires de la coopération inter hospitalière estiment que le jumelage a largement contribué aux améliorations de la qualité et de l'organisation des soins à Ouahigouya. Les évaluateurs partagent cette analyse au vu de l'intensité de la coopération, des domaines dans lesquels elle porte, de la satisfaction globale des partenaires du jumelage, des analyses des informations et des indicateurs qu'ils ont pu consulter.

Le fait d'inscrire la coopération inter hospitalière dans un jumelage lui-même articulé étroitement à la coopération décentralisée entre les deux villes donne à cette coopération, selon les points de vue de tous à Ouahigouya et à Chambéry, un surcroît de solidité et de légitimité. C'est un gage de pérennité et de durabilité. Cela renforce les liens de confiance entre les deux centres hospitaliers. C'est un gage de sécurité pour l'avenir.

Le jumelage a permis une meilleure définition en commun des objectifs à long terme, une meilleure précision sur les méthodes et les ressources, une clarification des engagements mutuels.

Le jumelage a permis également une souplesse d'exécution entre deux structures hospitalières qui se sentent pleinement responsables et copilotes de leurs relations et de leur coopération.

Le compagnonnage, qui est le fondement de la stratégie d'intervention est une méthode de travail qui satisfait les deux partenaires du jumelage et qui engrange des résultats d'autant meilleurs que les missions sont préparées, suivies, répétées et suffisamment longues, que des contacts existent entre les missions, que les objectifs sont bien compris de part et d'autres et les résultats atteignables.

L'équilibre et l'alternance entre les stages au nord et les missions au sud est aussi très apprécié de part et d'autre.

Les évaluations que portent les partenaires du jumelage sur le travail réalisé sont essentiellement qualitatives, soit pour estimer que les résultats sont appréciables, soit au contraire pour estimer que les résultats sont trop lents, voire inexistantes. Des données vérifiables et faciles à mesurer devraient systématiquement faire l'objet d'un recueil et d'une discussion en commun.

Les objectifs des différents programmes d'action devraient encore plus qu'aujourd'hui faire l'objet d'une justification quant à leur choix, d'objectifs quantifiables, de mesures de résultats. Ces programmes devraient faire l'objet d'une meilleure communication interne et externe. Le dernier programme d'action 2007-2010 a été en grande partie réalisé mais il n'y a pas eu de lien systématique entre les missions programmées et la réalisation de ce programme. Par exemple, des missions ont eu lieu dans le domaine de la gestion hospitalière alors qu'elles

ne faisaient pas partie des objectifs du programme. Cela dit, ces missions ont été fructueuses.

L'organisation du jumelage hospitalier

On relira sur ce sujet le chapitre qui y est consacré.

L'insertion du jumelage dans chacune des structures hospitalières ne pose pas de difficulté majeure mais pourrait faire l'objet d'améliorations qualitatives de nature à les consolider et à assurer encore mieux leur légitimité.

A Chambéry, l'insertion du jumelage dans le projet d'établissement et sa relation avec la direction de l'hôpital ne sont pas formalisés. L'administration et le pilotage du jumelage reposent sur un nombre limité de bénévoles, le soutien de l'hôpital est réel mais peu systématisé. Les responsables du jumelage soulignent qu'un soutien plus important serait bienvenu étant donné l'ampleur qu'a prise le jumelage ces dernières années. La direction de l'hôpital souhaite de son côté qu'un travail supplémentaire soit réalisé pour objectiver et préciser les ressources dédiées au jumelage, y compris une meilleure estimation de la valorisation.

Le système de rapportage des missions s'est nettement amélioré ces dernières années, mais il ne permet pas encore de suivre clairement les résultats engrangés, l'adéquation par rapport aux objectifs et la cohérence du programme. Plus de temps devrait être consacré à la discussion entre les différents responsables des missions sur leurs réalisations, leurs bonnes pratiques et leurs difficultés. La communication interne pourrait être plus efficace.

A Ouahigouya, il ya aussi une attente pour que le fonctionnement du comité de jumelage soit formalisé, la qualité de membre clarifié, un nouveau bureau mis en place, une communication interne et externe plus efficaces.

L'autonomie du jumelage inter hospitalier par rapport à la coopération décentralisée de ville à ville mise en œuvre par l'association Chambéry-Ouahigouya est ressentie comme un élément de souplesse et de responsabilisation. En même temps chacun ressent l'importance qu'il y a à considérer l'ensemble des actions menées par tous les acteurs chambériens à Ouahigouya (et vice versa) comme faisant un tout cohérent qui nécessite donc un minimum de coordination, de planification, de soutien mutuel et de visibilité partagée. Les actions de santé, notamment celles qui se déroulent en dehors de l'hôpital doivent absolument faire l'objet d'une concertation.

5. Recommandations pour la poursuite de l'action

Nous examinerons d'abord les principes sur lesquels la coopération inter hospitalière entre le CH de Chambéry et le CHR de Ouahigouya doivent se fonder pour poursuivre et renforcer leur coopération. Nous en avons identifié une dizaine. Parmi ces principes nous ferons notamment des propositions sur le fonctionnement des comités de jumelage et les liens avec l'association Chambéry-Ouahigouya.

Nous ébaucherons ensuite les lignes d'actions concrètes de la coopération future entre les deux centres hospitaliers.

5.1. Principes critiques pour monter un nouveau programme

Considérations générales

Chacun des partenaires de la coopération inter hospitalière est demandeur d'une poursuite du partenariat, car chacun est convaincu que ce partenariat est utile à sa pratique, est un enrichissement humain et représente une ouverture sur une réalité très différente de la sienne.

Chaque partenaire de ce jumelage ressent aussi le besoin de professionnaliser d'avantage encore la coopération actuelle et de répondre au mieux aux attentes de l'autre partenaire.

Le progrès dans la prise en charge des malades hospitalisés à Ouahigouya est un gage de durabilité du projet de coopération inter hospitalière. Sans progrès réel, la coopération s'essouffle.

L'épanouissement professionnel des personnels de santé de Chambéry et Ouahigouya et la qualité des soins et l'accessibilité du malade aux meilleurs soins au CHR de Ouahigouya sont au centre des préoccupations des partenaires de la coopération hospitalière.

Cette coopération inter hospitalière est avant tout basée sur des échanges humains. L'apport de matériels et de médicaments est certes utile au bon fonctionnement de cette coopération, mais l'essentiel est dans la relation entre des hommes et des femmes aux appartenances sociologiques et culturelles très différentes, qui tentent ensemble d'améliorer le sort d'une population pauvre et dont la mortalité reste importante et évitable.

C'est ce double principe qu'il faut mettre en œuvre : le respect et l'appréciation des différences d'une part et l'exigence de progrès technique et sanitaire d'autre part.

La coopération inter hospitalière doit aussi s'inscrire dans le cadre des grandes priorités et des principes fondamentaux de la coopération internationale tels qu'ils ont été édictés par les Etats et les acteurs de la société civile lors du Sommet du Millénaire en 2000 et lors de la déclaration de Paris en 2005 ainsi que dans le respect des politiques de santé du Burkina Faso.

Principes fondamentaux

De nombreux interlocuteurs ont souligné que la solidité de la coopération inter hospitalière entre Chambéry et Ouahigouya repose sur plusieurs fondamentaux qu'il convient de poursuivre ou de renforcer :

1. La prise en compte du contexte général et des enjeux de santé publique dans lequel se déroule cette coopération ;

2. La prise en compte du contexte général de la coopération : principes, priorités, objectifs ;
3. L'ancrage de ce jumelage hospitalier dans une coopération de ville à ville, gage de visibilité, de soutien politique et administratif ; et donc une bonne articulation avec l'association Chambéry – Ouahigouya ;
4. La bonne intégration du jumelage au sein de l'hôpital et la prise en compte des contraintes de chacun des deux centres hospitaliers; le bon fonctionnement du comité de jumelage ;
5. L'ancienneté et la durabilité des actions ;
6. Une programmation des objectifs, des résultats attendus et des actions qui soit conjointe, réaliste et qui correspond aux enjeux de santé et aux attentes du personnel de l'hôpital de Ouahigouya ;
7. Une bonne évaluation des actions menées, basée sur des indicateurs mesurables; des rapports normalisés et par objectif du programme prévu
8. La stabilité des relations humaines établies ;
9. La bonne préparation des missions et leur inscription dans un calendrier qui convient à tous ; le suivi des actions menées entre les missions ;
10. Des missions qui ne soient pas trop espacées et pas trop courtes (pour les missions nord-sud), si possible en équipes.

Outre ces principes de base que nous allons développer, il faut aussi redire à quel point le nouvel hôpital où devrait déménager dans les prochains mois, et en deux phases, toute l'activité de l'hôpital actuel, représente à la fois une formidable opportunité et un grand défi.

La prise en compte du contexte national

C'est une question vaste bien sûr, puisqu'il s'agit à la fois de tenter de comprendre le contexte politique, économique, culturel et social dans lequel la coopération inter hospitalière se déroule mais de connaître les enjeux principaux de santé publique ainsi que le fonctionnement du système de santé. C'est la raison pour laquelle notre rapport rappelle certains de ces éléments.

Cette coopération doit s'inscrire notamment dans le cadre des priorités du Programme National de Développement de la Santé du Burkina Faso 2011-2020^[PG1]. Ces priorités incluent la décentralisation et la responsabilisation des services de santé.

Les objectifs et les principes de la coopération internationale

Il est important que chaque acteur de coopération, aussi modeste fût-il, s'inscrive dans le cadre des grands objectifs et des principes que la communauté internationale, - à travers ses gouvernements, ses organisations internationales et les acteurs de la société civile -, a proposé pour la réalisation d'actions de coopération.

Ces objectifs, notamment les Objectifs du Millénaire pour le Développement, et ces principes, notamment ceux qui sont inscrits dans la déclaration de Paris, permettent à tous les acteurs qui luttent contre la pauvreté, l'analphabétisme et la maladie de jouer de concert et d'être plus efficaces.

Ces éléments sont décrits au chapitre qui leur est consacré. Pour rappel, les OMD prévoient les résultats suivants d'ici 2015 en matière de santé :

Objectif 1.C. Entre 1990 et 2015, réduire de moitié le nombre de personnes qui souffrent de la faim et de la malnutrition.

Objectif 4.A. Réduire des deux tiers la mortalité des moins de 5 ans entre 1990 et 2015.

Objectif 5.A. Réduire des trois quarts la mortalité maternelle entre 1990 et 2015.

Objectif 5.B. Universaliser d'ici 2015 l'accès à la santé reproductive.

Objectif 6.A. En 2015, avoir arrêté et commencer à infléchir l'épidémie mondiale de SIDA

Objectif 6.B. En 2010, accès au traitement pour tous les malades du SIDA.

Objectif 6.C. En 2015, avoir arrêté et commencer à inverser l'incidence de la malaria et des autres maladies majeures.

Objectif 8.E. Fournir l'accès à des médicaments essentiels bon marchés dans les pays en développement.

L'ancrage du jumelage dans la coopération décentralisée entre les deux villes

Une des forces du jumelage est de s'inscrire dans le cadre d'une coopération décentralisée de ville à ville jouissant d'un soutien politique, administratif et de la population de ces deux villes. Cet ancrage et ce contexte évitent les fragilités inhérentes à certains jumelages hospitaliers : isolement, découragement, manque de ressources, évolution des priorités, changements des équipes,...

Il lui donne, ou devrait lui donner, un supplément de visibilité.

En même temps, l'autonomie du jumelage inter hospitalier permet une grande souplesse dans la prise de décision et dans l'exécution du programme de coopération inter hospitalier. C'est un facteur de mobilisation important des équipes de chacun des hôpitaux qui décident en toute autonomie des actions qu'il convient de mener.

Par ailleurs, plusieurs actions de santé qui sont menées ou pourraient être menées par la coopération entre les villes de Chambéry et Ouahigouya à travers leurs associations respectives ou par l'hôpital de Chambéry en dehors de son soutien à l'hôpital de Ouahigouya devraient être articulées avec les actions du jumelage inter hospitalier. Il convient d'éviter qu'une main (la ville de Chambéry) ignore ce que fait l'autre main (le jumelage inter hospitalier) en matière de santé. Et vice versa.

Une demande existe de la part de la direction régionale de la santé (DRS) de la région du Nord, de la mairie de Ouahigouya, ainsi que des partenaires du Nord pour mener certaines actions de santé en dehors de l'hôpital de Ouahigouya. En même temps, les responsables du CHR de Ouahigouya sont soucieux que les ressources humaines et financières de l'hôpital de Chambéry soient surtout dédiées à leur hôpital.

Au regard de ces éléments, nous proposons de conjuguer 3 principes :

- Maintenir l'autonomie du jumelage hospitalier ainsi que ses ressources actuelles tout en améliorant son articulation avec l'association; au même titre que le président de l'association CHY-OHG est membre du comité de jumelage de Chambéry, nous proposons que le responsable de l'ACDIL à Ouahigouya soit observateur dans le comité de jumelage du CHR de Ouahigouya.
- Créer une structure légère qui permette une information croisée de l'ensemble des actions de santé menées entre Chambéry et Ouahigouya, que ce soit à travers l'association ou le jumelage inter hospitalier. Il pourrait s'agir d'une commission santé qui se réunirait au moins une fois par an lors de la programmation des actions de l'année suivante, ou lors de toute initiative majeure en matière de santé de la part d'un des opérateurs. A défaut, si cette commission paraissait trop lourde à mettre en œuvre, les comités de pilotage à Chambéry et à Ouahigouya pourraient jouer un rôle plus important dans la concertation en matière de santé.
- Envisager avec prudence des actions de santé publique en dehors de l'hôpital car l'expertise nécessaire de la part des partenaires du Nord n'est pas aisée à développer et sort du cadre des compétences hospitalières. Ces actions, lorsqu'elles se développent, doivent permettre d'aider l'hôpital à améliorer l'efficacité de ses prestations.

Nous proposons également que les actions menées dans le cadre du jumelage inter hospitalier fassent l'objet d'un compte-rendu dans la lettre d'information mensuelle publiée par l'ACDIL à Ouahigouya et que cette lettre soit diffusée largement à l'intérieur de l'hôpital ainsi qu'au personnel du CH de Chambéry.

L'intégration du jumelage au sein de l'hôpital et le fonctionnement du comité de pilotage

La bonne intégration des comités de jumelage dans chacun des deux établissements hospitaliers est gage de durabilité, d'appropriation et d'efficacité. Il s'agit pour chacun des établissements de reconnaître le jumelage comme faisant formellement partie de son projet d'établissement et de clarifier son fonctionnement ainsi que ses ressources et sa visibilité. Voici nos propositions,

A Chambéry

Le jumelage devrait être inscrit dans le prochain projet d'établissement qui doit être réalisé dans le courant de cette année, comme le propose le Président de la CME. Il pourrait également apparaître dans les rapports d'activité de l'hôpital ainsi que dans les autres documents pertinents.

Une lettre de mission de la direction de l'hôpital au comité de jumelage devrait aussi clarifier les missions confiées par l'hôpital au comité de jumelage, les ressources attribuées, la mise à disposition d'un soutien administratif qui apparaît comme important pour l'avenir du jumelage afin de ne pas trop faire reposer ce jumelage sur le bénévolat (qui se poursuivra de toutes façons). Cette lettre de mission préciserait également la manière dont le comité de

jumelage rend compte de ses actions à la direction de l'hôpital et à l'ensemble du personnel hospitalier ainsi qu'à la collectivité locale.

Actuellement, sont membres du comité de pilotage toutes les personnes qui en font la demande. Ce système pourrait être renforcé par un système de membres *de droit* pour les directeurs de service.

La manière dont sont élus les membres du bureau et le rôle de ce bureau ne posent pas de difficultés particulières. Les « statuts » actuels sont en réalité un règlement d'ordre intérieur. Sa rédaction pourrait être améliorée.

A Ouahigouya

Le jumelage est déjà mentionné dans le projet d'établissement, ce qui est bien. Des précisions pourraient être apportées sur les objectifs, les résultats attendus et la délégation de l'exécution de ce jumelage au comité de pilotage du jumelage.

Le comité de jumelage et ses prérogatives pourraient être mieux précisés. Le comité pourrait inclure des membres de droit (chefs de services, membres de la direction,...) ainsi que toutes les personnes ayant participé à une action du jumelage. Les membres du comité de pilotage (bureau) devraient être désignés objectivement. Par exemple, le comité de pilotage pourrait être en partie désigné par la direction, en partie élu par le comité.

Une programmation conjointe, réaliste, précédée d'une évaluation

Il faut poursuivre la programmation conjointe des actions comme elle se fait aujourd'hui, à la fois de manière quadriennale en vue d'élaborer un programme soumis au financement du MAEE ou d'autres bailleurs de fonds, et annuellement pour préciser le calendrier des missions.

Cette programmation devrait être systématiquement précédée d'un exercice collectif d'évaluation, à Chambéry et à Ouahigouya, des résultats obtenus, des contraintes et des éléments à améliorer. Elle devrait s'assurer que les actions envisagées répondent bien aux défis de l'hôpital et de son environnement. Ces actions devraient être systématiquement justifiées.

L'ancienneté et la durabilité des actions entre des partenaires prêts à s'investir.

L'expérience montre que des actions établies dans la durée, avec des relations stables et des équipes qui se connaissent ont plus de chances d'obtenir des résultats. Quand ils se produisent, les changements d'équipes à Ouahigouya et à Chambéry sont des éléments de fragilité du partenariat. En même temps, ces changements sont inhérents à tout projet et il faut les accepter en tentant de les minimiser lorsque c'est possible.

La coopération sera d'autant plus intense que les chances d'une relation durable entre partenaires pleinement investis dans la coopération seront présentes. Les missions seront d'autant plus fructueuses que le personnel du CHR de Ouahigouya aura les qualifications nécessaires à un apprentissage intensif.

Les missions seront plus fructueuses si le personnel impliqué à Ouahigouya a les compétences, la légitimité et la motivation pour imprimer un changement dans les pratiques.

Des rapports par objectifs, une évaluation basée sur des indicateurs mesurables

Dorénavant, il vaudrait mieux documenter le travail réalisé par un système de rapports par objectif et non plus par mission ou par personne envoyée en mission ou en stage. Par exemple, si le prochain programme se donne une dizaine d'objectifs, ces objectifs feront l'objet chacun d'un rapport d'évolution rédigé au fur et à mesure des missions nord-sud et sud-nord réalisées dans le cadre de la mise en œuvre de cet objectif.

Chaque mission constituera un chapitre du rapport. Ce chapitre indiquera les objectifs spécifiques de la mission ou du stage dans le cadre des objectifs établis pour le domaine concerné. Il sera rédigé et cosigné en fin de mission par les deux partenaires. Seront à chaque fois mentionnés les objectifs de la mission, les équipes en présence, la durée de la mission, les actions qu'ils ont réalisées, les résultats, les contraintes, les recommandations pour la mission suivante. A chaque fois des informations mesurables seront collectées afin d'apprécier l'évolution positive ou négative des résultats. Il devra s'agir d'indicateurs facilement mesurables et vérifiables, directement liés à l'action entreprise⁶⁶, placés sur une ligne du temps.

Des missions qui correspondent à un besoin et une attente réelles, bénéficiant d'une bonne préparation, d'un calendrier adéquat, d'un bon suivi

Il faut pouvoir répondre à la fois aux besoins les plus urgents de santé de la population de Ouahigouya et aux attentes du personnel hospitalier. Idéalement, il devrait y avoir une convergence complète entre ces deux principes. Dans la pratique, et c'est normal, il n'y a pas de tuilage parfait. Le meilleur exemple est la maternité où les OMD et la politique de santé du Burkina Faso nous invitent à répondre aux énormes besoins en matière d'obstétrique, alors que les responsables du service pointent leur désir de répondre aux attentes tout aussi importantes en matière de gynécologie.

Il y aura donc toujours une discussion sur la réponse à donner,

- d'une part aux attentes du personnel hospitalier de Ouahigouya en matière de formation et d'équipement,
- et d'autre part aux priorités de santé de la population de la région desservie par le CHR de Ouahigouya telles qu'elles apparaissent dans les politiques publiques.

L'équilibre est à trouver entre ces deux aspirations légitimes et d'ailleurs souvent très proches.

La préparation des missions permet d'engranger de meilleurs résultats. Elle portera en particulier sur les attentes de part et d'autre, le personnel présent, la logistique, le recrutement éventuel de certaines catégories de malades, l'équipement et les consommables nécessaires à la mission.

Le calendrier tiendra compte du climat, - il vaut mieux éviter les mois de mars à juin, très chauds -, et des moments où le personnel de Ouahigouya est très sollicité (fin d'année). Des contacts devraient être poursuivis entre les missions sur la réalisation des recommandations.

⁶⁶ Indicateur SMART : **S**ignificatif, **M**esurable, **A**tteignable, avec un **R**esponsable de l'indicateur (souvent le responsable du Processus dans lequel l'indicateur intervient), **T**emporellement défini.

Des missions pas trop espacées et pas trop courtes, si possible en équipes

L'expérience montre aussi qu'il y a plus de chances d'obtenir des résultats lorsqu'il y a au moins une mission par an pour un objectif donné, que cette mission n'est pas trop courte et qu'elle mobilise une équipe. Cela vaut autant pour les missions sud-nord que les missions nord-sud. Bien sûr, il faut tenir compte des contraintes de chaque hôpital dans la mise en œuvre de ces principes. La tarification à l'acte permet difficilement à Chambéry de se passer longtemps de son personnel.

5.2. Recadrage des actions intégrant des propositions d'amélioration

Les actions de coopérations doivent renforcer les acquis et permettre de développer de nouveaux axes. Nous ébauchons ici les axes d'actions qui pourraient être entrepris dans les prochaines années. Ces actions doivent faire l'objet d'un affinage par les comités de jumelage des deux centres hospitaliers et d'une discussion approfondie.

Il convient également de vérifier la cohérence entre les actions envisagées, le projet d'établissement et les plans d'action annuels.

Le déménagement de l'hôpital devrait faire l'objet d'un programme d'accompagnement spécifique. C'est une demande forte du CHR de Ouahigouya, conscient des enjeux liés à ce déménagement en matière de gestion, d'hygiène et de maintenance. Cet accompagnement mérite sans doute des moyens particuliers relativement importants.

Pour ce qui concerne les actions à envisager pour soutenir et accompagner les différents services de l'hôpital dans leur développement et l'amélioration de leurs prestations, voici le résumé des attentes et des besoins tels que les évaluateurs les ont perçus et tels qu'ils sont été brièvement abordés avec la direction du CHR de Ouahigouya :

- Pour la direction : la gestion hospitalière en général, le renforcement des tableaux de bords et de la qualité de l'information sanitaire et administrative, l'aide au montage de projets, l'organisation, l'archivage, la gestion de la maintenance. La discussion à partir des données des tableaux de bords et des informations sanitaires.
- L'hygiène, l'ordre et la propreté doivent aussi continuer à bénéficier d'un soutien technique.
- En radiologie, des missions d'échanges avec Chambéry seraient une bonne motivation pour l'équipe en place. L'affectation du Dr Ali Ouedraogo au CHR de Ouahigouya à son retour de spécialisation est très importante dans le cadre du développement du futur service. Une action auprès du Secrétaire Général de la santé devrait être entreprise.
- En anesthésie, le Dr Djibril Togienimi est arrivé récemment. Un soutien serait le bienvenu.
- En chirurgie, les médecins souhaitent que le développement du coeliodiagnostic et de la coeliochirurgie se poursuive. Ils souhaitent aussi pouvoir développer avec les équipes de Chambéry la chirurgie traumatologique à foyer fermé. Ils ont inscrit ces deux objectifs dans le projet d'établissement de l'hôpital. Ils souhaitent si possible des missions nord-sud plus longues et qu'une attention se poursuive sur les problèmes de maintenance et de nursing.

- En gynéco-obstétrique, il faut, dans la mesure des moyens des partenaires, répondre au double impératif :
 - de la poursuite de la diminution de la mortalité maternelle et néonatale où le gouvernement burkinabé s'est engagé à améliorer ses résultats, dans cet esprit, il est utile de soutenir une stratégie qui permettrait de diminuer les 3 « retards » à la prise en charge des patients, intégrant notamment un soutien au système de référence des parturientes vers l'hôpital. Une task force mortalité maternelle et néonatale incluant les premiers échelons pourrait être soutenue afin qu'elle développe une stratégie et des moyens pour combler ces 3 retards.
 - et des fortes et légitimes demandes en gynécologie. Une mission spéciale « prolapsus » pourrait être rapidement programmée.
- En pédiatrie, la priorité est la néonatalogie et le développement d'un pôle mère-enfant. Des lits spécifiquement dédiés doivent être installés dans le nouvel hôpital.
- Pharmacie : amener le médicament jusqu'au chevet du malade, développer une véritable pharmacie hospitalière.
- Pour le laboratoire, il faudra d'abord préciser le cahier des charges du laboratoire par rapport aux services cliniques : quels examens sont indispensables et doivent être totalement fiables, dans quel délai, à quel prix. Ensuite, dans le choix des machines et des équipements, il faut impérativement choisir des machines d'un bon rapport qualité-prix, dont l'entretien peut être effectué par le fournisseur, avec des durées de garantie longues et dont les consommables et les réactifs peuvent être fournis aisément. Il faut sans doute établir un système d'encouragement-sanction-responsabilisation à la maintenance des machines.
- La question de la disponibilité en sang et de la gestion de la banque de sang est une priorité. Les hémorragies et l'anémie sont parmi les premières causes de mortalité par manque de possibilités de transfusion.

5.3. Tableau des recommandations et des actions à mener

Le tableau ci-dessous reprend l'ensemble des 35 recommandations des évaluateurs et les 75 actions proposées pour les mettre en œuvre. Certaines de ces actions sont très précises, d'autres ont une portée plus générale. La plupart de ces actions constituent de nouvelles initiatives ou de nouvelles méthodes de travail. Certaines sont simplement la poursuite ou le renforcement des actions déjà menées. Pour chaque action identifiée, les personnes qui doivent les mettre en œuvre sont identifiées.

Recommandation		Action		Personnes concernées
La prise en compte du contexte national				
1	Améliorer la connaissance du contexte national	1.1	Briefing avant départ,	Personnes partant en mission, comités de jumelage.
		1.2	Dossier pour missions,	
		1.3	Briefing par les responsables de l'hôpital de Ouahigouya	
2	Améliorer l'intégration dans les politiques nationales	2.1	Briefing par les responsables de santé de Ouahigouya,	Personnes partant en mission, comités de jumelage.
		2.2	Contacts réguliers avec DHP et Ministère de la santé	
3	Renforcer l'appui à la décentralisation	3.1	Responsabilisation des acteurs à tous les niveaux afin d'appliquer systématiquement un principe de subsidiarité	Tous
4	Renforcer la bonne intégration dans le système de santé	4.1	Répondre aux préoccupations de l'hôpital de Ouahigouya telles qu'elles sont exprimées dans le projet d'établissement. Ces préoccupations répondent aux enjeux de santé publiques et aux aspirations du personnel de l'hôpital.	Personnes partant en mission, comités de jumelage.
		4.2	Envisager prudemment des actions hors de l'hôpital, mais en lien avec lui.	Comités de jumelage et association Chambéry-Ouahigouya
Les objectifs et les principes de la coopération internationale				
5	Inscrire le jumelage dans le cadre des Objectifs du Millénaire pour le Développement	5.1	Inclure dans le programme futur des actions qui permettent de diminuer la mortalité maternelle et la mortalité des moins de 5 ans	Comités de jumelage
6	Répondre aux principes de la déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide	6.1	Les responsables du futur programme s'assurent que notamment les principes d'approche axée sur les résultats et de responsabilité mutuelle sont pris en compte.	Comités de jumelage
7	Adopter les principes généraux de gestion d'un projet	7.1	Travailler dans le cadre du cycle du projet : évaluation, identification, formulation, suivi-évaluation,...	Personnes partant en mission, comités de jumelage.
		7.2	Réaliser un cadre logique : objectif général, objectifs spécifiques, résultats attendus,	

		7.3	Utiliser des indicateurs SMART pour évaluer les effets du projet	
L'ancrage du jumelage dans la coopération décentralisée entre les deux villes				
8	Maintenir l'autonomie du jumelage en améliorant son articulation avec l'association	8.1	ACDIL observateur au comité de jumelage de Ouahigouya	Comités de jumelage et association Chambéry-Ouahigouya, ACDIL.
9	Améliorer la visibilité de la coopération entre Chambéry et Ouahigouya quel que soit l'opérateur	9.1	Rendre-compte des actions du jumelage inter hospitalier dans la lettre d'information mensuelle publiée par l'ACDIL à Ouahigouya.	ACDIL, comité de jumelage de Ouahigouya
		9.2	Diffusion de cette lettre largement à l'intérieur de l'hôpital de Ouahigouya ainsi qu'au personnel du CH de Chambéry.	ACDIL, comité de jumelage de Ouahigouya
10	Envisager ensemble des actions de santé hors de l'hôpital	10.1	Créer une structure légère qui permette une information croisée de l'ensemble des actions de santé : • Soit une commission santé qui se réunit à la demande ; • Soit au travers des comités de pilotage à Chambéry et à Ouahigouya	Comités de jumelage et association Chambéry-Ouahigouya
L'intégration du jumelage au sein de l'hôpital et le fonctionnement du comité de pilotage				
11	Renforcer l'intégration du jumelage au sein du CH de Chambéry	11.1	Inscription dans le futur projet d'établissement	CME, direction de l'hôpital, comité de jumelage.
		11.2	Intégration dans les rapports d'activité de l'hôpital	CME, direction de l'hôpital, comité de jumelage.
		11.3	Etablissement d'une lettre de mission clarifiant les missions confiées par l'hôpital au comité de jumelage, les ressources attribuées, la mise à disposition d'un soutien administratif, ainsi que le rapportage.	Direction de l'hôpital, comité de jumelage.
		11.4	Rapports du comité de jumelage à la direction de l'hôpital.	Président du comité de jumelage.
		11.5	Mise en place d'un système de membres de droit du comité de jumelage.	Directeurs de services ou membres de la CME
12	Soutenir le fonctionnement du comité de jumelage de Chambéry	12.1	Soutien administratif : secrétariat minimal, aide à la communication, aide comptable, éventuel soutien financier. A inclure dans la lettre de mission	Direction de l'hôpital
		12.2	Amélioration des statuts : • Articulation avec convention de jumelage, • Articulation avec la coopération de la ville de	Président du Comité de jumelage de Chambéry.

			Chambéry, • Articulation avec la lettre de mission de l'hôpital	
13	Renforcer l'intégration du jumelage au sein du CHR de Ouahigouya	13.1	Précisions dans le projet d'établissement des missions confiées par l'hôpital au comité de jumelage, les ressources attribuées, la mise à disposition d'un soutien administratif, ainsi que le rapportage	Direction du CHR de Ouahigouya
14	Améliorer le fonctionnement du comité de jumelage du CHR de Ouahigouya	14.1	Etablissement de statuts : rôle, fonctionnement et membres du comité de jumelage et du bureau (comité de pilotage)	Direction de l'hôpital et comité de pilotage du jumelage.
		14.2	Membres du comité de pilotage : membres de droit désignés par la direction, membres élus par le comité.	Direction de l'hôpital et comité de pilotage du jumelage.
15	Préciser et rendre transparents les critères qui prévalent au choix des stagiaires	15.3	Baser les choix sur les critères suivants : partenaires fiables et stables, priorités du programme de coopération, compétences préalables, répartition entre les services	
Programmation conjointe et pertinente précédée d'une évaluation				
16	Poursuivre la programmation conjointe d'actions pertinentes et la précéder d'une évaluation des actions	16.1	Programmation annuelle et quadriennale des actions menées, calendrier et termes de référence des missions	Comité de jumelage et services concernés.
		16.2	Evaluation annuelle et quadriennale des actions menées	
		16.3	Justifier le programme d'action en fonction des recommandations 1 à 4	
L'ancienneté et la durabilité des actions entre des partenaires qui s'investissent				
17	Etablir des actions dans la durée, avec des relations stables et des équipes qualifiées qui se connaissent	17.1	Faire en sorte que ce soit la même équipe qui mène une action d'un bout à l'autre.	Les personnes réalisant des missions.
		17.2	Mener des actions avec des partenaires qui ont les qualifications et les motivations nécessaires à un apprentissage intensif.	
Des rapports par objectif, une évaluation basée sur des indicateurs SMART				
18	Mieux documenter le travail réalisé par un système de rapports par objectif et non plus par mission	18.1	Ce rapport d'évolution est rédigé au fur et à mesure des missions nord-sud et sud-nord réalisées dans le cadre de la mise en œuvre de cet objectif. Chaque mission constituera un chapitre du rapport. Ce chapitre indiquera les objectifs spécifiques de la mission ou du stage dans le cadre des objectifs établis pour le domaine concerné. Il sera rédigé et cosigné en fin de mission par les deux partenaires. Seront à chaque fois	Les responsables d'objectifs (en principe les chefs de services), les personnes réalisant des missions.

			mentionnés les objectifs de la mission, les équipes en présence, la durée de la mission, les résultats, les contraintes, les recommandations pour la mission suivante. A chaque fois des informations mesurables seront collectées afin d'apprécier l'évolution positive ou négative des résultats. Il devra s'agir d'indicateurs facilement mesurables et vérifiables, directement liés à l'action entreprise, placés sur une ligne du temps	
Une bonne préparation, un calendrier adéquat, un bon suivi				
19	Bien préparer les missions	19.1	Rédiger ensemble les termes de référence (écrits)	Partenaires de la mission
		19.2	Réaliser, le cas échéant, des campagnes de recrutement des malades.	
		19.3	S'assurer au préalable que les conditions sont remplies : présence du staff, équipement fonctionnel, consommables à apporter,...	
20	Réaliser un calendrier adéquat	20.1	Eviter les mois les plus chauds (de mars à juin) et ceux où le personnel est le plus sollicité (e.a. décembre)	
21	Réaliser un bon suivi	21.1	Ne pas laisser plus d'un an entre deux missions sur un même objectif ;	
		21.2	Programmer de manière pluriannuelle toutes les missions nord-sud et sud-nord qui concernent un même objectif	
		21.3	Garder le contact entre les missions, sur le suivi des patients, des techniques apprises, de la mise en œuvre des recommandations de la mission.	
Des missions pas trop courtes, si possible en équipes				
22	Dans la mesure du possible, réaliser des missions de plus d'une semaine	22.1	Surtout lorsqu'il s'agit de missions dans les services cliniques (post-op,...), des missions de 15 jours sont préférables.	
23	Dans la mesure du possible, réaliser des missions sud-nord en équipes (à l'instar des missions nord-sud)	23.1	Ces missions en équipe permettent une meilleure appropriation et une meilleure mise en œuvre des recommandations	Comité de jumelage de Chambéry
Recadrage des actions de coopération				
24	Réaliser un programme d'accompagnement spécifique dans le cadre du déménagement de l'hôpital.	24.1	Prévoir un contact avec les autorités de santé à Ouagadougou (DHP, BAD,...) afin de préciser le timing, l'accompagnement, la phase B.	Comités de jumelage
		24.2	Prévoir, dans le cadre d'un programme et d'un financement spécifiques, des actions dans les	Comités de jumelage

			domaines de l'organisation (du déménagement et des locaux), de l'entretien, de l'hygiène et de l'archivage.	
25	Poursuivre l'appui à la direction de l'hôpital de Ouahigouya.	25.1	Renforcer la gestion hospitalière : gestion d'équipes, subsidiarité, suivi des décisions, maintenance, organisation, communication.	Directions hospitalières.
		25.2	Renforcer la qualité de l'information sanitaire et administrative.	
		25.3	Renforcer les capacités d'analyse et de décision sur base des tableaux de bord, de l'information sanitaire.	
		25.4	Poursuivre le soutien technique en matière d'hygiène, d'ordre et de propreté.	DSIO
26	Poursuivre l'appui en chirurgie, notamment dans la suite des actions passées.	26.1	Poursuivre le développement du coeliodiagnostic et de la coeliochirurgie.	Services de chirurgie
		26.2	Développer la chirurgie à foyer fermé.	
		26.3	Poursuivre l'appui au nursing et à la maintenance.	
		26.4	Si possible, réaliser des missions nord-sud plus longues.	
27	Soutenir le nouvel anesthésiste	27.1	Organiser une mission en anesthésie en début de nouveau programme	Anesthésistes-réanimateurs
28	Appuyer le développement du futur service de radiologie	28.1	Intervenir auprès du Secrétaire Général de la santé à Ouagadougou pour l'affectation d'un radiologue dans le nouvel hôpital (si possible le Dr Ali Ouedraogo).	Direction de l'hôpital de Ouahigouya et comités de jumelage.
		28.2	Dès que l'équipe est renforcée, prévoir des missions d'appui.	Radiologues
29	Poursuivre la lutte contre la mortalité maternelle (OMD 5.A) et néonatale	29.1	Augmenter l'accessibilité de l'hôpital pour les parturientes, y compris pour les accouchements eutociques de manière à doubler dans les 5 ans le nombre d'accouchements au CHR.	Gynéco-obstétriciens.
		29.2	Soutenir la mise en place d'une Task Force « lutte contre la mortalité maternelle et néonatale » avec les premiers échelons du système de santé et basée au CHR de manière à se rapprocher le plus possible de l'OMD 5.A (réduire de ¾ le MM entre 1990 et 2015, soit passer de 400 aujourd'hui à 150/100.000 naissances vivantes).	
		29.3	Poursuivre l'assistance technique pour une bonne prise en charge des parturientes : rapidité de la prise en charge par du personnel qualifié, coût pour le patient.	

		29.4	Doubler le nombre de césariennes justifiées.	
		29.5	Appuyer la mise en place d'un pôle mère-enfant.	
30	Développer des actions de soutien en gynécologie	30.1	Réaliser rapidement une mission de traitement des prolapsus (avec recrutement préalable des malades)	Gynéco-obstétriciens.
		30.2	Etablir un plan pour la prise en charge des fistules vésico-vaginales : entre autres, réaliser une mission de formation conjointe Chambéry-Ouahigouya (par exemple à Dori ou à Mopti).	
		30.3	Réaliser une étude d'opportunité/faisabilité pour la prise en charge des autres problèmes gynécologiques préoccupants : cancers, reconstruction clitoridienne, stérilités.	
		30.4	Poursuivre le soutien au service : organisation, hygiène, maintenance,...	
31	Diminuer la mortalité des moins de 5 ans (OMD 4.A)	31.1	Soutenir le développement d'une unité de néonatalogie dans le cadre du pôle mère-enfant.	Pédiatres
32	Développer, si les ressources le permettent, une véritable pharmacie hospitalière.	32.1	Action à identifier	
33	Améliorer la disponibilité en sang et la sécurité transfusionnelle afin de diminuer drastiquement la mortalité hospitalière liée au manque de sang.	33.1	Augmenter le nombre de donneurs de manière à disposer de pochettes en nombre suffisant (doublement ?)	Chef du labo de Ouahigouya et ingénieurs biomédicaux
		33.2	Equiper la banque de sang en petit matériel pour améliorer la sécurité transfusionnelle : mixeur, appareil à souder les pochettes, balance,...	
		33.3	Réaliser une mission d'appui spécifiquement sur cette question : disponibilité (campagnes,...) et sécurité transfusionnelle.	
34	Préciser le cahier des charges du laboratoire en fonction des priorités et du rôle du CHR de Ouahigouya.	34.1	Redimensionner les objectifs, l'équipement, la formation des personnels du laboratoire aux priorités de l'hôpital et à ses capacités techniques.	Chef du labo de Ouahigouya et ingénieurs biomédicaux
		34.2	Responsabiliser le personnel sur l'utilisation, l'entretien et l'approvisionnement des machines et des consommables.	

35	Revoir le programme ESTHER en tenant compte de l'évolution de l'épidémie de SIDA, des services de l'AMMIE, du rôle et des capacités du CHR	35.1	Organiser des soins complémentaires à ceux de l'AMMIE, en évitant les duplications et en tenant compte du rôle spécifique du CHR (soins de seconde ligne, affections opportunistes,...)	ESTHER, Comités de jumelage.
		35.2	Renoncer au comptage de la charge virale qui est utile pour moins de 5% des malades et peut être réalisée à Ouagadougou	
		35.3	Intensifier l'information et le dépistage pour arriver à couvrir 50% des cas attendus de SIDA dans la Région du Nord.	

6. Annexes

Annexe 1 : documents consultés

Reçus à Chambéry

1. Termes de référence pour l'évaluation de la coopération hospitalière entre les hôpitaux de Chambéry (France) et de Ouahigouya (Burkina Faso). Février 2011.
2. Audit du centre hospitalier de Ouahigouya Burkina Faso. 18 au 24 mars 1999.
3. Convention de coopération-jumelage entre le centre hospitalier régional de Ouahigouya et le centre hospitalier de Chambéry. 3 mars 2002
4. Statuts du comité de jumelage entre l'hôpital de Chambéry et l'hôpital de Ouahigouya.
5. Convention de Coopération décentralisée 2008-2011 entre la Coopération Chambéry-Ouahigouya et le comité de jumelage hospitalier Chambéry-Ouahigouya. 5 mai 2008.
6. Convention de coopération décentralisée 2011-2013 entre la Ville de Chambéry et l'association Chambéry- Ouahigouya. Janvier 2011.
7. Chambéry-Ouahigouya : Assemblée générale du 18 juin 2010, synthèse des actions de coopération et bilan financier 2009
8. Organigramme de la direction du centre hospitalier de Chambéry.
9. Contrat de coopération décentralisée 2011-2013 entre l'association Chambéry-Ouahigouya et ACDIL.
10. Protocole d'accord entre le Ministère de la Santé du Burkina Faso, coordonnateur des hôpitaux burkinabé dans le domaine des jumelages hospitaliers et les CHU de Clermont-Ferrand, coordonnateur des hôpitaux français dans le domaine des jumelages hospitaliers. 6 décembre 2001.
11. Programme de coopération hospitalière entre les hôpitaux de Chambéry et Ouahigouya 2004-2006. Réponse à l'appel à candidature 2003 PPH Ministère des Affaires Etrangères DGCID/DCT/HSA.
12. Programme de coopération hospitalière entre les hôpitaux de Chambéry et de Ouahigouya. Pré-dossier 2007-2010. Réponse à l'appel à candidature 2007 PPH Ministère des AE.
13. Rapport d'activités 2008 Jumelage Hospitalier Chambéry-Ouahigouya.
14. Rapport d'activités 2009 Jumelage Hospitalier Chambéry-Ouahigouya.
15. Programme de coopération hospitalière entre les hôpitaux de Chambéry et de Ouahigouya 2007-2010. Compte-rendu d'exécution 2009.
16. Rapport de mission chirurgie du 8 au 23 novembre 2006. Dr Bruno Fournier

17. Compte-rendu de la mission chirurgicale à Ouahigouya de novembre 2006, activité anesthésique. Dr Hervé Ibanez.
18. Mission anesthésie janvier 2009 Dr Catherine Ravier
19. Mission chirurgicale orthopédique 24 janvier au 2 février 2009. Dr Eric Montbarbon, Dr C. Ravier, Laurence Arizio.
20. Compte-rendu de la mission de chirurgie viscérale à Ouahigouya du 9 au 17 octobre 2010. Dr Eric Frassinetti
21. Compte-rendu de la mission anesthésie orthopédique à Ouahigouya du 20 au 27 novembre 2010 . Dr Montbarbon, Dr C. Ravier et Laurence Arizio.
22. Compte-rendu de la mission chirurgicale orthopédique à Ouahigouya du 20 au 29 novembre 2010 . Dr Montbarbon, Dr C. Ravier et Laurence Arizio.
23. Rapport de mission Maternité 11 au 25 Novembre 2009. I. Castry S. Gustin V. Mazabrard 15/12/2009.
24. Rapport de mission gynéco-obstétrique 12-26 novembre 2008.
25. Rapport de mission gynéco-obstétrique 07-21 novembre 2007. Dr Chabert S. Gustin. 12/12/2007
26. Compte-rendu de la mission en gynécologie obstétrique du 07/11/05 au 21/11/05 au CHR de Ouahigouya. Dr P. Chabert, A-M Rebotton.
27. Pédiatrie : rapport de mission Ouahigouya. Juin 2005. Dr Maurice Vercherat, Dr Patrick Lesage, Jocelyne Chambard, Armelle Bernard.
28. Rapport de mission hospitalière en pédiatrie 6 au 21 juin 2007. Aurélie Ouvrier-Bufferet et Dr Maurice Vercherat.
29. Rapport de mission pédiatrie (non daté) M. Walther.
30. Mission Ouahigouya : Aide méthodologique à la réalisation du projet médical. Mission du 25 janvier au 2 février 2009.
31. Rapport de la mission hospitalière du Centre Hospitalier de Chambéry au CHR de Ouahigouya . 28 février au 11 mars 2002.
32. Mission Ouahigouya : signature de la convention CHR Ouahigouya / CH Chambéry 25 janvier – février 2009. Discours
33. Mission Maintenance 2007 : Améliorer l'organisation de la maintenance du matériel. C. Parret Oct/nov 2007
34. Rapport de mission Maintenance au CHR de Ouahigouya. C. Parret Novembre 2005.
35. Mission de radiologie à Ouahigouya du 15 au 29 juin 2005. Radiologie Standard Dr Alain Degeorges.

36. Mission de radiologie à Ouahigouya du 7 au 22 novembre 2007. Echographie Dr Alain Degeorges. Radiologie Standard : M. André Bugnone.
37. Biologie Sans Frontières : rapport de mission Ouahigouya du 1^{er} au 15 février 2003. Dr Oliver Rogeaux, Dr Didier Raffenot, Dr Louis Deweerdt.
38. ESTHER, volet laboratoire : Compte-rendu de mission à Ouahigouya du 23 novembre au 6 décembre 2004.
39. Rapport de mission au laboratoire du CHR de Ouahigouya. Evelyne Capitan et Valentina Olivieri. 5 au 21 novembre 2005.
40. Mission laboratoire octobre 2007 H. Reignier et M. Levast.
41. ESTHER : rapport de mission du 28 novembre au 6 décembre 2008. Dr Didier Raffenot.
42. Rapport de mission nord/sud dans le cadre du partenariat ESTHER et du jumelage inter-hospitalier entre Chambéry et Ouahigouya. 2 au 9 octobre 2010. Dr Olivier Rogeaux, Dr Didier Raffenot, Emmanuel Forestier.
43. Rapport de la mission pharmacie du 17/03/2008. Non signé.
44. Mission hygiène : conclusions de l'audit de pratiques réalisé du 7 au 23 novembre 2006. Annie Biboud.
45. Mission hygiène du 6 au 20 juin 2007 Mme Redolfi Riva, service de néonatalogie.

Reçus au Burkina Faso

1. Projet d'établissement 2011 – 2015 du centre hospitalier régional de Ouahigouya. Décembre 2010
2. Rapport d'activités 2010 du centre hospitalier régional de Ouahigouya. Mars 2011
3. Bilan des missions sud-nord par service. Power point
4. Rapport d'activités 2001 du centre hospitalier régional de Ouahigouya.
5. Rapport d'activités 2002 du centre hospitalier régional de Ouahigouya.
6. Rapport d'activités 2003 du centre hospitalier régional de Ouahigouya.
7. Rapport d'activités 2005 du centre hospitalier régional de Ouahigouya.
8. Rapport d'activités 2006 du centre hospitalier régional de Ouahigouya.
9. Rapport d'activités 2007 du centre hospitalier régional de Ouahigouya.
10. Rapport d'activités 2008 du centre hospitalier régional de Ouahigouya.
11. Rapport d'activités 2009 du centre hospitalier régional de Ouahigouya.

12. Rapport d'activités 2010 du centre hospitalier régional de Ouahigouya.
13. Plan d'action 2011 CHR de Ouahigouya
14. Plan d'action 2012 CHR de Ouahigouya
15. Tableau de bord de santé. Ministère de la santé du Burkina Faso, direction générale de l'information et des statistiques sanitaires. Juillet 2010
16. Tableau de bord de la santé 2007. Ministère de la santé du Burkina Faso. Juin 2008
17. Synthèse de l'annuaire statistique santé 2009, Ministère de la santé du Burkina Faso. Juin 2010
18. Synthèse des rapports de progrès des directions régionales de la santé, des districts sanitaires et des hôpitaux publics, année 2009. Ministère de la santé du Burkina Faso. Février 2010
19. Annuaire statistique 2008. Ministère de la santé du Burkina Faso. Juin 2009
20. Annuaire statistique 2009. Ministère de la santé du Burkina Faso. Mai 2010
21. Annuaire statistique 2006. Ministère de la santé du Burkina Faso. Mai 2007
22. Newsletter de l'association Chambéry – Ouahigouya. Mars 2011,
23. Newsletter de l'association Chambéry – Ouahigouya. Février 2011
24. Brochure d'information de l'A.M.M.I.E.
25. Donner la vie, risquer la mort ; Combattre la mortalité maternelle au Burkina Faso. Amnesty International

Annexe 2 Programme de travail à Chambéry

Programme de travail de la mission à Chambéry du 4 au 6 avril 2011

Georges Dallemagne/Pierre Gréga

Lundi 4 avril (GD)

Vol Bruxelles-Lyon arrivée à 10h25 à St Exupéry/location voiture

- | | |
|-----------------------------|--|
| 12h 15 - 13h 30 | Comité de pilotage: revue de la note de cadrage, des questionnaires et du programme de travail à Chambéry et à Ouahigouya. |
| 13h30 – 14h 00 | Entretiens avec M. Guy-Pierre Martin , Directeur Général du CH Chambéry |
| 15h 00 - 16h 00 | Entretiens avec les représentants de l'association CHY-OHG: RDV avec M. Olivier Perrier ancien président de l'association. Brève rencontre avec Davina . 38, avenue Jean Jaurès. |
| 16h 30 – 17h 30
Jumelage | Entretiens avec Christophe Parret Président du Comité de Jumelage |
| 17h 30 – 18h 00 | Entretiens avec L. Arizio Infirmière de bloc |

Mardi 5 avril

- | | |
|-----------------|---|
| 08h 30 – 09h 30 | Mairie : entretiens avec Mme Isabelle Herlin , adjointe au maire, chargée de la coopération internationale, dans son bureau de l'Hôtel de Ville. |
| 09h 30 -10h 30 | Entretiens avec M. Samuel Caillault , responsable de la coopération décentralisée et relations internationales (30, rue Macomet) |

- 11h 00 – 11h 30 Interview semi-structurée avec Mme **Christine Péruisset**, attachée d'administration à la direction des finances, non impliquée mais en charge du suivi budgétaire.
- 11h 30 – 12h 00 Entretiens avec **C. Parret**
- 12h 00 – 13h 00 **(Avec PG)** Pause déjeuner au self avec **Guy-Pierre Martin**, directeur général
- 13h 00 – 13h 15 Entretiens avec **Sylvia Gotteland** directrice générale adjointe et **Guy-Pierre Martin**
- 13h 15 – 14h 00 Interview semi-structurée avec Mme **Lucie Chabert**, cadre supérieure santé.
- 14h 00 – 14h 50 Entretien avec **Olivier Rougeot** Médecin Infectiologue et **Didier Raffenot**. Présentation du programme ESTHER et son lien avec le jumelage.
- 14h 45 - 16h 00 Entretien avec **Didier Raffenot**.
- 16h 00 – 16h 30
- 16h 30 – 17h 30 Interview semi-structurée avec **Pierre Chabert**, Médecin Gynécologue.

Jour 2 (suite)

- 18h 00 – 21h 00 Séminaire de travail de type *focus group* avec les représentants des différents services impliqués : Chirurgie, Anesthésie, Médecine-Hygiène, Gynéco-obstétrique-Pédiatrie, Labo, Maintenance, Direction.
Guy-Pierre Martin Directeur, **Sophie Gustin** sage-femme, **Véronique Mazabrard** Médecin gynéco-obstétricienne, **Pierre Chabert**, Médecin gynéco-obstétricien, Michel Deiber, Médecin pédiatre, Annie Biboud, cadre supérieure de santé, Didier Raffenot, Biologiste, **Valentina Olivieri** technicienne labo, **Eric**

Montbarbon chirurgien, **Laurence Arizio** Ibode, **Nicole Badin** MAR, **Catherine Ravier** MAR.
Suivi d'un buffet froid

1ère partie (2h 00)

Chaque département est invité à faire une présentation de 15' et à remettre un document reprenant les éléments de son exposé comprenant:

1. le bilan de son activité de coopération avec Ouahigouya (calendrier des missions, personnels impliqués, objectifs fixés, résultats obtenus, contraintes)
2. les actions envisagées ;
3. sa vision de la coopération avec Ouahigouya en répondant aux questions suivantes : pourquoi, comment, avec quelles ressources, quelles contraintes ;
4. résultats attendus de l'évaluation.

2ème partie (1h 30)

Débat sur les questions suivantes : quel est l'intérêt de la coopération internationale avec Ouahigouya pour le CH Chambéry ? Quels résultats attendus pour le CH Chambéry ? Pour le CH Ouahigouya ? Quels axes de travail ? Quels sont les facteurs clés de succès ? Quels sont les éléments à évaluer sur place ? Quels sont les points d'attention ? Quels sont les indicateurs à évaluer ?

3ème partie

Analyse swot Strengths Weaknesses Opportunities Threats
(traité par écrit)

Jour 3

8h 30 – 09h 00

Réunion avec **Christophe Parret**

9h 00 - 12h 30

(avec PG) Méthode d'analyse en groupe en 4 phases avec des personnes concrètement impliquées dans les différentes activités/missions de coopération (choisies par leur directeur de service).

Présents : **Anne-Marie Rebotton** (cadre de Santé et sage-femme) pour la maternité, **Monique Guerrand** (IBODE) pour le bloc, **Yolande Deverney** (cadre de santé chirurgie, mission secteur hygiène) pour le service d'hygiène, **Evelyne Capitan** (technicienne de laboratoire) pour le laboratoire et **Françoise**

Ecal, préparatrice en pharmacie retraitée, membre du bureau du comité de jumelga.

Récits d'expériences concrètes.
Choix d'un ou deux récits, questions/réponses
Analyse et tableau de synthèse
Recommandations

12h 00	Entretien téléphonique avec Eric Tougouma
12h 30 – 13h 30	Déjeuner au self avec Guy-Pierre Martin , directeur général.
13h 45 - 14h 15	Entretien avec le Dr Carmagnac , chef du service d'anesthésie, Président du CME.
14h 15 – 14h 45	Rencontre avec le Dr Ali Ouedraogo , burkinabé (Ouahigouya) interne en radiologie
14h 45 - 15h 30	Debriefing avec Christophe Parret ; Affinage du programme de la mission à Ouahigouya
15h 30 – 16h 00	Entretien/débriefing avec Didier Raffenot

Annexe 3 Programme de travail à Ouahigouya

PROGRAMME DE LA MISSION A OUAHIGOUYA DU 26 AVRIL AU 3 MAI 2011

Motif : évaluation externe de la coopération hospitalière entre le CH Chambéry et le CHR de Ouahigouya

Bureau chargé de l'évaluation : DRIS sprl

Evaluateurs : M. Georges DALLEMAGNE, M. Abdoulaye TRAORE

Programme préparé par : le comité de pilotage de l'évaluation

Heures	Thèmes/activités	Lieu	Personnes concernées
--------	------------------	------	----------------------

Mardi 26 avril 2011

15 h 10	Accueil de M. DALLEMAGNE Installation à l'hôtel Les Palmiers	Aéroport de Ouagadougou	Evaluateurs, E Tougouma
17h – 18h	Réunion de travail A. Traore et G Dallemagne	Ministère de la Santé Ouagadougou	Evaluateurs
18 h - 19h	Rencontre avec M.le Directeur de la Direction Régionale de la Santé de la Région Nord	Ministère de la Santé Ouagadougou	Evaluateurs, le DRS

Mercredi 27 avril 2011

8 h00-9h00	Entretien avec le Directeur de la tutelle sur les hôpitaux publics	Direction de la tutelle sur les hôpitaux Min. Santé Ouagadougou	Evaluateurs, DTHP
9h00 -11h00	Trajet Ouagadougou - Ouahigouya		Evaluateurs
11h00-12h30	Réunion pour amender et valider le programme de séjour	Salle des médecins du service de chirurgie	Evaluateurs, membres du comité de pilotage de l'évaluation (JP Palm, Eric Tougouma, Mamoudou Sawadogo, Hélène Sawadogo, Alexis Traoré) JP Palm est excusé
12h30-14h30	Visite des services du site actuel	Site actuel du CHR	Evaluateurs, Alexis Traore, Mamoudou Sawadogo, Eric Tougouma
16 h 00 - 17h30	Visite du site du nouvel hôpital avec l'entrepreneur		Evaluateurs, Alexis Traore, Mamoudou Sawadogo
17 h 30 – 19h00	Réunion de travail avec Issaka Directeur de l'ACDIL	Siège de l'ACDIL	Evaluateurs, Mamoudou Sawadogo

Heures	Thèmes/activités	Lieu	Personnes concernées
--------	------------------	------	----------------------

Jeudi 28 avril 2011

8 h 00 -13h 15	Séminaire général en présence de toutes les personnes concernées par le jumelage Bilan et analyse de la coopération hospitalière	Salle de réunion du CHR	Evaluateurs, équipe de direction, chefs de service, SUS et SUT, membres du comité de jumelage
15 h30-16h30	Réunion avec le Dr Karim Barro et Mme Diallo, Présidente de l'AMMIE, et 2 ^{ème} adjoint au maire de Ouahigouya	Siège de l'AMMIE	Evaluateurs, Alexis Traore, Dr Karim Barro médecin de l'AMMIE, Mme Diallo
16h30-17h30	Entretiens avec M. Hamidou Ouedraogo 1 ^{er} adjoint au maire de Ouahigouya et figure historique de la coopération CHY-OHG	Mairie de Ouahigouya	Evaluateurs, Eric Tougouma, M. le 1 ^{er} adjoint
17h45-18h15	Visite de courtoisie à l'AFBO		Evaluateurs, Hélène Sawadogo

Vendredi 29 avril 2011

7h15- 8h15	Réunion de travail avec le MCD le Dr Yonli	Direction du district de santé	Evaluateurs
8 h 15 -9h30	Nouvelle visite du laboratoire avec le nouveau chef de service M. Amadou Ouedraogo et Mme Traore suivie d'une réunion de travail avec l'ensemble de l'équipe du laboratoire	Laboratoire du CHR	Evaluateurs, Amadou Ouedraogo, Zenabo Traore, Sanou David, Ouangraou Aslassé, Zerbo Salam, Lankoande Sibiri , Yanogo Narcisse, Tapsoba Rasmane
9h30 – 10h30	Réunion de travail avec Mamoudou Sawadogo et Salam Ouedraogo chef du service de chirurgie	Service de chirurgie	Evaluateurs, Mamoudou Sawadogo, Salam Ouedraogo
10h30- 12h	Réunion de travail avec le Dr Issa Ouedraogo chef de service de gynéco-obstétrique et Président de la CME et le Dr Souleymane Traore, gynéco-obstétricien. Visite du service	Service de gynéco-obstétrique	
12h00-12h45	Réunion de travail avec le Dr Pépin Nikiéma chef de service de pédiatrie et visite de la néonatalogie. Visite du service	Service de pédiatrie	
15 h 30-	Réunion avec le M. JP	Bureau du	Evaluateurs, JP Palm, E

16h15	Palm, directeur général du CHR de Ouahigouya	DG	Tougouma
16h15-17h15	Réunion avec Alfred Bougoum Chef du service des soins infirmiers et obstétricaux	Bureau du chef SSIO	
17h15-17h45	Visite incinérateur et exemple de supervision hygiène d'une consultation aux urgences		

Samedi 30 avril 2011

8h00- 9h00	Réunion de travail Imagerie médicale	Bureau d'Emmanuel Kabore	
9 h 00 - 11h00	Entretien avec le Directeur général du CHR de Ouahigouya	Direction générale du CHR	Evaluateurs,
11h30–12h45	Visite de courtoisie au Roi du Yatenga	Palais royal	Evaluateurs, JP Palm, E Tougouma
13h00-14h30	Déjeuner avec JP Palm, E Tougouma Rencontre avec le Président du Conseil Régional	Restaurant-maquis le Caïman	
14h30-17h00	Retour sur Ouagadougou et installation à l'hôtel		

Lundi 02 mai 2011

8h00- 12h00	Réunion de travail des évaluateurs	Ouagadougou	
12h30-15h00	Trajet Ouagadougou-Ouahigouya		
15h00-17h30	Débriefing de la mission	Salle de réunion du CHR	Evaluateurs, membres du comité de pilotage de l'évaluation
17h30-18h00	Visite du CSPS de Kapalin et de la nouvelle maternité	CSPS de Kapalin	Evaluateurs, M. Tougouma, personnel du CSPS

Mardi 03 mai 2011

8h00-10h00	Débriefing des évaluateurs et recherche documentaire à Ouagadougou		
10 h 00-11h30	Réunion avec M. Hassan Sanon, attaché à la coopération SCAC	Ambassade de France Ouagadougou	Evaluateurs
12h00-13h00	Réunion avec Georges Ouedraogo coordinateur national ESTHER		Evaluateurs
16h00	Vol retour pour Bruxelles		

AGENDA DE TRAVAIL

Bilan et analyse de la coopération hospitalière

Jeudi 28 Avril 2011

HEURE	CONTENU	METHODOLOGIE	RESPONSABLE
8h 00	Accueil des participants		TOUGOUMA N. Eric
8h30 – 9h	Objectifs et processus de l'évaluation	exposés	Evaluateurs
9h- 10h	Bilan de coopération (Direction générale, hygiène, pharmacie, laboratoire, radiologie)	exposés	Directeurs, Chefs de service, SUS et SUT concernés
10h- 10h 30	Pause		
10h 30- 12h 30	Bilan de coopération (maternité, pédiatrie, chirurgie/bloc opératoire, médecine générale)	exposés	Directeurs, Chefs de service, SUS et SUT concernés
12h 30 – 13h 00	Analyse des forces faiblesses, opportunités menaces	débats	Participants, évaluateurs
13h00	Clôture	Discours	TOUGOUMA N. Eric

Participants au séminaire du 28 avril 21011

Nom & Prénoms	Qualité
Tougouma N. Eric	DSG
Sawadogo Mamoudou	Chirurgien
Traore Souleymane	Gynécologue
Ouedraogo Salam	Chirurgien
Sawadogo Hélène	Attaché de santé
Ouédraogo Hamado	Pharmacien
Kafando Omar G.	IDE/Chirurgie
Kabore Salifou	IDE
Traore Zenabo	SUT/Laboratoire
Kabore Emmanuel	SUT / Imagerie Médicale
Sidibé Tiemodoro Aly	SUS/Bloc op
Guattara Issaka	Attaché de santé
Savadogo P. Abdoulaye	SUS/Médecine Torlois
Pitroipa Noufou	DRH PI
Yaméogo Adama	IDE/Pédiatrie
Diaby-K. Bintou	SUS/Pédiatrie
Nikiéma Pépin	Pédiatre
Traore Alexis	SUT/Pharmacie
Abdoulaye Traore	Evaluateur
Georges Dallemagne	Evaluateur

Annexe 4 Exemple de schéma de rapport par objectif

Exemple d'objectif 1 : Diminution de moitié de la mortalité maternelle grâce à une prise en charge adéquate des parturientes à l'hôpital

1. Partenaires responsables au nord et au sud
2. Justification

La mortalité maternelle reste une priorité de santé publique pour le Burkina Faso et un objectif du Millénaire loin d'être atteint. Des progrès ont été accomplis puisqu'elle est passée de 680/100.000 naissances vivantes à 400/100.000 naissances vivantes en 20 ans dans la région du Nord. Cependant, la mortalité maternelle doit encore baisser de moitié en 10 ans pour atteindre moins de 200/100.000 naissances vivantes à la fin de la décennie. La mortalité néonatale est elle aussi très importante.

On décrit classiquement 3 retards dans la prise en charge des femmes qui nécessitent une assistance médicale au moment de l'accouchement :

- La femme attend trop longtemps avant de chercher une assistance médicale ;
- Le système de santé réfère trop tardivement les cas qui le méritent ;
- La prise en charge à l'hôpital est inadéquate, les soins appropriés sont trop tardifs.

Avec deux gynéco-obstétriciens et 16 sages-femmes et un plateau technique qui continue de s'améliorer, le CHR doit être en mesure de jouer pleinement son rôle d'hôpital de référence et de maternité de premier plan. Le CHR de Ouahigouya doit tenter, avec la DRS, de réduire ces retards. Il doit spécifiquement réduire le troisième retard, celui qui concerne les soins hospitaliers.

3. Objectif général

La mortalité maternelle doit baisser de moitié en 10 ans pour atteindre moins de 200/100.000 naissances vivantes à la fin de la décennie.

4. Objectifs spécifiques

Les actions du jumelage viseront à :

Objectif spécifique 1 :

Mettre en place une task force mortalité maternelle incluant le CHR, la DRS, et le premier échelon. Cette task force veillera spécifiquement aux liens entre les différents échelons du système de soins afin que les références des femmes qui méritent des soins particuliers/urgents se fassent dans les meilleures conditions.

Objectif spécifique 2 :

Soins adéquats, nombre de césariennes, partogramme (à préciser)

Objectif spécifique 3

Les femmes qui le nécessitent bénéficient d'une transfusion sûre et à temps.

5. Actions à réaliser

6. Indicateurs

Objectif 1 : La task force se réunit une fois par trimestre, des décisions sont prises,

Objectif 2 :

Les accouchements à l'hôpital sont systématiquement réalisés par une sage-femme ou gynécologue.

Les partogrammes sont convenablement remplis.

Le nombre d'accouchements eutociques et dystociques augmente de 15% par an. Le nombre de césariennes justifiées augmente de 15% par an.

Le nombre de femmes qui n'ont pas pu bénéficier du sang nécessaire diminue et reste proche de zéro.

	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Nombre d'accouchements	1255					
<i>Objectif d'accouchements</i>		1440	1660	1900	2200	2500
% / objectif						
Accouchements dystociques	326					
<i>Objectif d'accouchements dystociques</i>		375	430	495	570	655
% / objectif						
Partogrammes convenablement remplis						
Objectif partogrammes (en %)	100	100	100	100	100	100
% Partogrammes bien remplis/accouchements						
césariennes	406					
<i>Objectif de césariennes</i>		470	540	620	700	815
N° de femmes transfusées/N° de femmes qui nécessitaient une transfusion						
Etc...						

7. Rapport de missions

7.1. Mission n°1 :

Partenaires de Chambéry :

Partenaires de Ouahigouya :

Termes de référence de la mission :

Résultats (y compris les indicateurs) :

Recommandations :

Suivi à réaliser jusqu'à la prochaine mission :

Termes de référence proposés pour la prochaine mission :

Signature des partenaires :

7.2. Mission n°2 :

Partenaires de Chambéry :

Partenaires de Ouahigouya :

Termes de référence de la mission :

Résultats (y compris les indicateurs) :

Recommandations :

Suivi à réaliser jusqu'à la prochaine mission :

Termes de référence proposés pour la prochaine mission :

Signature des partenaires :