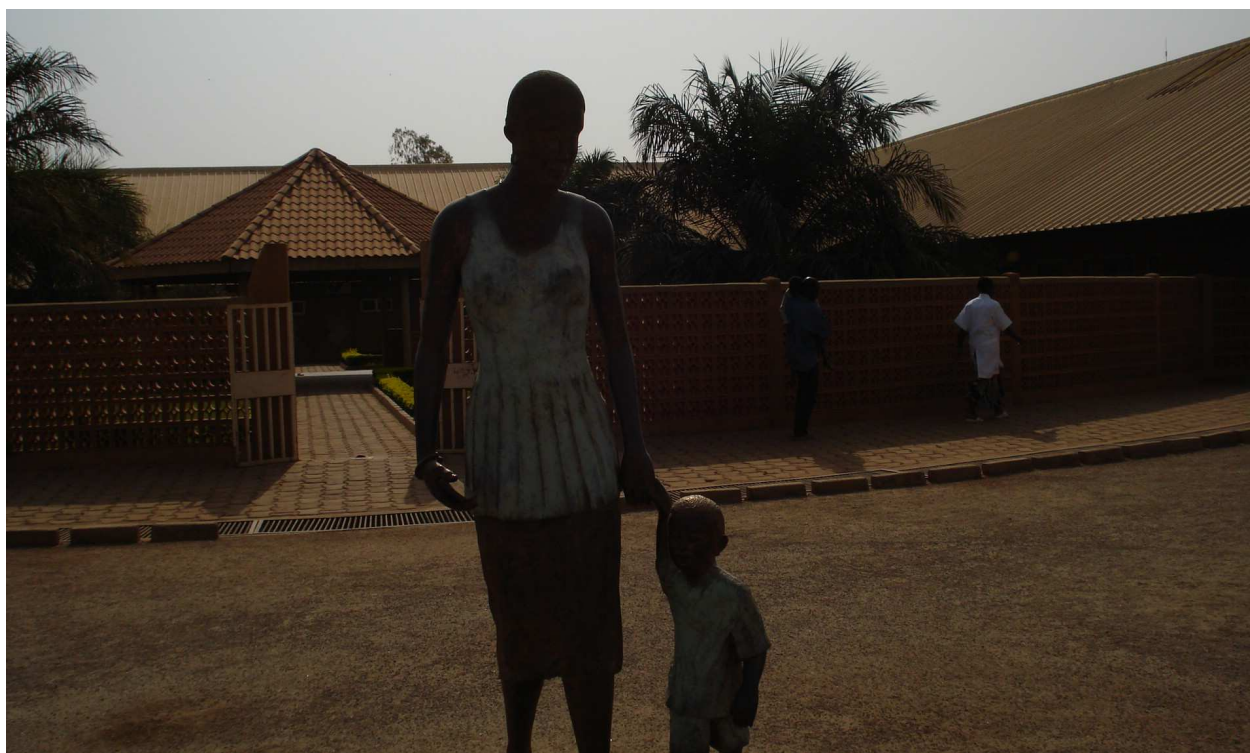




Centre Hospitalier Universitaire Pédiatrique
Charles de GAULLE (CHUP-CDG)
01 BP 1198 Ouagadougou 01
Tel : (226) 25 36 67 76 /77/79

PROJET D'ETABLISSEMENT 2015-2019



*Un hôpital de référence en santé de la reproduction (couple-
mère-enfant) au Burkina Faso et en Afrique de l'Ouest !*

Mai 2015

SOMMAIRE

| | |
|---|-----|
| MOT DU DIRECTEUR GENERAL..... | iii |
| MOT DU PRESIDENT DE LA COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT..... | v |
| SIGLES ET ABREVIATIONS..... | vi |
| LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES..... | ix |
| METHODOLOGIE D'ELABORATION ET CALENDRIER DES RENCONTRES..... | x |
| I. BREVE PRESENTATION DU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE PEDIATRIQUE CHARLES DE GAULLE..... | 1 |
| II. CONTEXTE D'EVOLUTION ET PROBLEMES PRIORITAIRES DU CHUP-CDG..... | 5 |
| III. NOS CHOIX STRATEGIQUES..... | 27 |
| IV. PLANING OPERATIONNEL 2015-2019..... | 47 |
| V. DETERMINATION ET MOBILISATION DES RESSOURCES..... | 566 |
| VI. SUIVI ET EVALUATION..... | 577 |
| VII. ANALYSE DES RISQUES..... | 58 |
| VIII. ANNEXES..... | 59 |

MOT DU DIRECTEUR GENERAL

Près de sept ans après son premier projet d'établissement, notre hôpital est heureux à plus d'un titre, de relever à nouveau le défi de la planification stratégique.

Il faut dire qu'au-delà du fait que le projet d'établissement est une prescription légale (la loi hospitalière du 18 mai 1998 en ses articles 11 et 12 recommande aux différentes structures hospitalières d'élaborer un projet d'établissement, l'arrêté N°2001-260/MS/CAB du 29 novembre 2001 fixe les conditions d'élaboration et procédures d'approbation des projets d'établissement hospitaliers), le constat est que depuis son ouverture au public le 24 avril 2001, le Centre hospitalier universitaire pédiatrique Charles De Gaulle (CHUP-CDG) a connu des moments de progrès mais également des périodes difficiles marquées par des crises sociales, le vieillissement des équipements, l'étroitesse des infrastructures, l'insuffisance des financements, etc.

Cependant, depuis le début du second semestre de l'année 2013 à nos jours, il y a eu un effort exceptionnel de renouvellement des équipements et des travaux de réhabilitation des infrastructures. Les conditions existent donc pour que le CHUP-CDG change de visage. Reste à répondre aux questions suivantes :

- Comment avancer ?
- En prenant appui sur quels acquis et quels partenaires ?
- Comment fédérer les principaux acteurs de l'hôpital autour de l'essentiel : la prise en charge du malade sans lequel il n'y a pas d'hôpital ?

Autrement dit :

- Que doit-on faire ?
- Avec qui ?

- Et comment ?

Ces questions résument la démarche d'une réflexion stratégique sur l'avenir de l'hôpital. Le projet d'établissement 2015-2019 qui prend en compte les orientations stratégiques du PNDS 2011-2020 du Ministère de la santé dans lesquelles l'action de notre hôpital s'insère est la concrétisation de cette réflexion. En effet, le projet d'établissement est une démarche globale définie par les acteurs de l'hôpital, visant à mobiliser ses ressources, pour réaliser des choix consensuels, connus de tous, pour améliorer la qualité et la sécurité des soins, renforcer la formation et la recherche et préserver l'avenir de notre institution. Chacun peut y faire référence et s'en inspirer.

Je compte sur chacun d'entre vous pour contribuer à la conduite du changement et la rénovation de notre établissement entre les années 2015 et 2019.

Merci pour votre engagement présent et à venir.

Malick DJEBRE

Chevalier de l'Ordre national

MOT DU PRESIDENT DE LA COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT

Phare de notre établissement, ce présent projet d'établissement définit pour les cinq années à venir, les objectifs généraux de notre hôpital dans le but de répondre de manière appropriée à sa mission de service public et à la vision du personnel y travaillant.

L'hôpital est une entreprise sociale et économique au service du malade. Sa performance dépend du savoir-faire, du savoir-être des travailleurs, de la qualité de son plateau technique et de sa gouvernance. Il doit proposer une offre de service de qualité accessible et adaptée aux besoins de santé des populations. Aussi, prenant en compte les aspirations actuelles des parties prenantes de l'établissement, sa vision sera désormais celle de sa reconnaissance comme hôpital de référence pour le couple, la mère et l'enfant à l'échelle nationale et sous régionale (Afrique de l'Ouest). Cette vision soutenue par des valeurs que sont la responsabilité, l'engagement, la solidarité, la probité, le respect du patient, feront à n'en pas douter de notre hôpital un pôle d'excellence pour la qualité des soins qui y sont dispensés et pour ses activités de recherche.

Que le dynamisme qui a soutenu l'élaboration de ce projet d'établissement 2015-2019 de notre établissement se poursuive dans sa mise en œuvre avec la pleine participation de toutes les parties prenantes et le soutien de nos partenaires qui ont toujours su placer l'enfant au centre de leurs préoccupations.

Pr Emile BANDRE

SIGLES ET ABREVIATIONS

2iE : Institut International d'Ingénierie de l'Eau et de l'Environnement
AC : Agence Comptable
AG-EPE : Assemblée Générale des Etablissements Publics de l'Etat
AHSS : Administrateur des Hôpitaux et des Services de Santé
AMPO : Association Managrénooma pour la Protection des Orphelins
ANRS : Agence Nationale de Recherche sur le SIDA et les hépatites
APSB : Association Professionnelle des Secrétaires du Burkina
AQ : Assurance Qualité
ARV : Anti Rétro Viral
ASLO : Anti Streptolysine O
ASP : Abdomen Sans Préparation
BAAR : Bacille Acido-Alcool Résistant
BE : Budget de l'Etat
BL : Bordereau de Livraison
CA : Conseil d'Administration
CASEM : Conseil d'Administration du Secteur Ministériel
CFA : Communauté Financière Africaine
CGI : Contrôle de Gestion Interne
CHNU HKM : Centre Hospitalier National Universitaire Hubert Koutougou Maga
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CHUP-CDG : Centre Hospitalier Universitaire Pédiatrique Charles de Gaulle
CHU-YO : Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo
CME : Commission Médicale d'Etablissement
CMLS : Comité Ministériel de Lutte contre le Sida
CRP : Protéine C Réactive
CSI : Commission des Soins infirmiers
CSPIH : Chef de Service de Planification et d'Information Hospitalière
CTRS : Comité Technique Régional de la Santé
CSSI : Chef de Service des Soins infirmiers
DAF : Direction de l'Administration et des Finances
DCMEF : Direction du contrôle des marchés et des engagements financiers
DES : Diplôme d'Etudes Spécialisées
DG : Direction Générale
DHQS : Direction de l'Hospitalisation et de la Qualité des Soins
DMS : Durée Moyenne de Séjour
DPHUC : Direction de la Prospective Hospitalo-Universitaire et de la Coopération
DRH : Direction des Ressources Humaines
DSG : Direction des Services Généraux
ENAM : Ecole Nationale d'Administration et de Magistrature
ENSP : Ecole Nationale de Santé Publique

EPS : Etablissement Public de Santé
EPU : Enseignement Post Universitaire
ESTHER : Ensemble pour une Solidarité Thérapeutique Hospitalière En Réseau
FP : Fonds propres
GADMI : Gestion des Admissions (logiciel)
GEPHOS : Gestion de la Pharmacie Hospitalière (logiciel)
GHSS : Gestionnaire des Hôpitaux et des Services de Santé
HDJ : Hôpital Du Jour
IGEEEDD : Institut de Génie de l'Environnement Et du Développement Durable
IGR : Intervention à Gain Rapide
IM : Imagerie Médicale
INFTS : Institut National de Formation en Travail Social
IRA : Infection Respiratoire Aiguë
IRAS : Infection Respiratoire Aiguë Sévère
IST : Infection Sexuellement Transmissible
MA : Montant alloué
MONOD : Mono dose
ND : Non Disponible
OMD : Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
ORL : Oto-rhino-laryngologie
PADS : Programme d'Appui au Développement Sanitaire
PCIM : Prise en Charge Intégrée de la Maladie
PCIME : Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant
PCME : Président(e) de la Commission Médicale d'Etablissement
PCR Diagnostic : Polymérase Chain Reaction Diagnostic
PFA : Paralysie Flasque Aiguë
PM : Pour Mémoire
PMA : Paquet Minimum d'Activités
PNDS : Plan National de Développement Sanitaire
PNLP : Programme National de Lutte contre le Paludisme
PRM : Personne Responsable des Marchés
PROMISE-PEP : Promoting Infant health and nutrition in sub-saharan Africa Safety and Efficacy of prolonged antiretroviral Peri Exposure Prophylaxis against HIVinfection during breast feeding
PTME : Prévention de la Transmission Mère Enfant
PV : Procès Verbal
PVVIH : Personne Vivant avec le VIH
RCR : Référence Contre Référence
SGPA : Système de Gestion du Personnel et Administrative (logiciel)
SIDA : Syndrome de l'Immuno-Déficiência Acquise
SIH : Système d'Information Hospitalier
SIM : Service d'Information Médicale
SNIS : Système National d'Information Sanitaire
SONU : Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence

SPIH : Service de Planification et d'Information Hospitalière
SSI : Service des Soins Infirmiers
SUS : Surveillant d'Unité de Soins
SYNTSHA : Syndicat National des Travailleurs de la Santé Humaine et Animale
TARV : Traitement Anti Rétroviral
TDM : Tomodensitométrie
TLOH : Télégramme Lettre Officielle Hebdomadaire
TNN : Tétanos Néonatal
TOL : Taux d'Occupation des Lits
TPI : Traitement Préventif Intermittent
TSS : Techniciens Supérieurs de la Santé
UFR-SDS : Unité de Formation et de Recherche en Sciences de la Santé
UFR-SEA : Unité de Formation et de Recherche en Sciences Exactes et Appliquées
UNAPSA : Union des Sociétés et Associations Africaines de Pédiatrie
UNICEF : United Nations International Children's Emergency Fund
UO : Université de Ouagadougou
USTA : Université Saint Thomas d'Aquin
VHB : Virus de l'Hépatite B
VIH : Virus de l'Immuno-déficience Humaine

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

I. Liste des tableaux

| N° du tableau | Titre du tableau | Page |
|----------------------|---|------|
| Tableau I | Prestations de soins médicaux par service au CHUP-CDG | |
| Tableau II | Répartition des lits par unité au CHUP-CDG | |
| Tableau III | Evolution des principaux indicateurs hospitaliers du CHUP-CDG de 2001 à 2014 | |
| Tableau IV | Interventions chirurgicales réalisées au Bloc opératoire de 2012 à 2014 | |
| Tableau V | Répartition des admissions en hospitalisation au CHUP-CDG de 2012 à 2014 | |
| Tableau VI | Examens de laboratoire réalisés de 2012 à 2014 au CHUP-CDG | |
| Tableau VII | Examens de laboratoire réalisés en 2014 au CHUP-CDG | |
| Tableau VIII | Examens de radiographie réalisés de 2012 à 2014 au CHUP-CDG | |
| Tableau IX | Examens de radiographie réalisés en 2014 au CHUP-CDG | |
| Tableau X | Examens d'échographie réalisés de 2012 à 2014 au CHUP-CDG | |
| Tableau XI | Examens d'échographie réalisés en 2014 au CHUP-CDG | |
| Tableau XII | Valorisation de la consommation des services et unités de soins en médicaments et consommables au CHUP-CDG de 2012 à 2014 | |
| Tableau XIII | Valeur des médicaments et consommables livrés au dépôt vente du CHUP-CDG de 2012 à 2014 | |
| Tableau XIV | Situation des activités de recherche au CHUP-CDG en 2014 | |
| Tableau XV | Evolution des effectifs du personnel de 2010 à 2014 selon la catégorie | |
| Tableau XVI | Evolution des recettes budgétaires par source de financement de 2012 à 2014 | |
| Tableau XV | Situation des infrastructures du CHUP-CDG au 31/12/2014 | |
| Tableau XVI | Situation des équipements traceurs du CHUP-CDG au 31/12/2014 | |
| Tableau XVII | Indicateurs financiers du CHUP-CDG de 2012 à 2014 | |
| Tableau XVIII | Proportion de décès maternels pour 100.000 parturientes dans les régions de 2009 à 2013 | |
| Tableau XIX | Répartition des décès maternels selon la cause en 2013 | |

II. Liste des figures

| N° de la figure | Titre de la figure | Page |
|-----------------|--|------|
| Figure 1 | Carte de la région sanitaire du Centre | |
| Figure 2 | Répartition des admissions aux urgences selon le mode d'entrée au CHUP-CDG en 2014 | |
| Figure 3 | Evolution de la mortalité intra-hospitalière (P. 1000) chez les moins de cinq ans au Burkina Faso de 2009 à 2013 | |

METHODOLOGIE D'ELABORATION ET CALENDRIER DES RENCONTRES

L'élaboration du Projet d'établissement 2015-2019 a suivi une démarche méthodologique globalement conforme aux dispositions de l'arrêté n° 2001-260/MS/CAB du 29 novembre 2001 portant conditions d'élaboration et procédures d'approbation des projets d'établissement hospitaliers.

Cependant, pour tenir compte des évolutions en matière de planification stratégique en général et de planification stratégique hospitalière en particulier, d'autres méthodologies ont également été utilisées, à titre complémentaire. Il s'agit des méthodologies préconisées par :

- 1) la Direction Générale des Etudes et des Statistiques Sectorielles (DGESS) du Ministère de la santé¹ ;
- 2) le Ministère du Conseil exécutif du Québec² pour les organisations publiques ;
- 3) Alan M. Zuckerman³ pour les organisations de la santé.

Conformément à ces approches méthodologiques, le processus d'élaboration du projet d'établissement s'est déroulé en deux étapes :

- A. la réalisation du diagnostic stratégique ou analyse de situation ;
- B. l'identification des choix stratégiques.

Pour ce faire, deux organes ont été constitués (composition des deux organes en annexe) :

- 1) Le groupe projet

Le groupe projet, constitué de membres représentatifs des différents services et composantes socioprofessionnelles de l'établissement, a reçu pour missions de :

- ☞ réaliser le diagnostic stratégique de l'hôpital (Analyse de situation),
- ☞ définir les orientations stratégiques pour la période 2015-2019
- ☞ élaborer un planning opérationnel.

- 2) Le comité de pilotage

Le comité de pilotage a eu pour attributions d'examiner et de valider les travaux du groupe projet.

Ces deux organes ont travaillé selon le calendrier ci-dessous :

❖ **Atelier de lancement : 11 juin 2014.**

❖ **Rencontres du Groupe projet :**

- ☞ Atelier n° 1 Diagnostic stratégique (analyse de la situation) : 30/06 – 02/07/14
- ☞ Atelier n° 2 Diagnostic stratégique (analyse de la situation) : 16 – 17/07/14
- ☞ Atelier n° 3 Diagnostic stratégique (analyse de la situation) : 22/08/14
- ☞ Atelier projet médical : 04 – 06/02/15
- ☞ Atelier projet soins infirmiers : 11/03/15
- ☞ Atelier projet social : 18/03/15
- ☞ Atelier projet managérial : 20/04/15

¹ DGESS : projet de canevas d'élaboration des projets d'établissements hospitaliers.

² Ministère du Conseil exécutif du Québec, *La planification stratégique au Gouvernement du Québec : Théorie et pratique*, 2008.

³ Zuckerman A. M., *Healthcare strategic planning*, ACHE Management series, Third edition, 2012.

☞ Atelier de synthèse du groupe projet : 21/04/15.

❖ **Rencontres du Comité de pilotage :**

☞ Atelier d'adoption du diagnostic stratégique : 14/10/14

☞ Atelier d'adoption des orientations médicales : 17/12/14

☞ Atelier de validation du PE 2015-2019 du CHUP-CDG : 12/05/15.

I. BREVE PRESENTATION DU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE PEDIATRIQUE CHARLES DE GAULLE

Cette présentation s'articule autour de l'historique, de la situation géographique, de l'organisation et du fonctionnement, de l'offre de prestations médicales et chirurgicales, de la formation et de la recherche.

I.1. Historique et situation géographique

Le CHUP-CDG est le fruit de la coopération entre le Burkina Faso et la France. Il a été créé par décret n° 99-252/PRES/PM/MS du 20 Juillet 1999 portant création du CHNPO et érigé en CHU par Décret n° 2003-163/PRES/PM/MS du 26 mars 2003 portant création et définition des Centres hospitaliers universitaires (CHU).

La pose de la première pierre a eu lieu le 6 décembre 1996, l'inauguration officielle le 30 janvier 2001 et le 24 avril de la même année l'hôpital ouvrait ses portes aux premiers malades. Situé au secteur 44 dans l'Arrondissement 10 de la commune de Ouagadougou, à l'intersection du boulevard des Tensoba et de l'avenue Charles De Gaulle, il est l'un des quatre (4) centres hospitaliers de troisième niveau de référence pour les soins pédiatriques au plan national.



Source : Carte sanitaire 2010 (Ministère de la Santé, janvier 2012)

Figure 1 : Carte de la région sanitaire du Centre.

I.2. Organisation et fonctionnement

Conformément aux textes législatifs et réglementaires applicables aux CHU, la décision n° 2011-01/MS/SG/CHUP-CDG/DG du 18 janvier 2011 fixe l'organisation et le fonctionnement du CHUP-CDG.

Il ressort de cette décision que le CHUP-CDG comprend des organes d'administration, des organes de gestion et des organes consultatifs.

- L'organe d'administration : le Conseil d'Administration
- Les organes de gestion : la Direction Générale composée des directions et services techniques (DAF, DRH, DSG, DHQS, DPHUC, AC, PRM, CGI, SPIH), des services cliniques et des services médico-techniques.
- Les organes consultatifs : la Commission médicale d'établissement (CME), le Comité de coordination hospitalo-universitaire (CCHU), le Comité technique d'établissement (CTE), la Commission des soins infirmiers (CSI), le Comité technique d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CTHSCT) et le Conseil de discipline (CD).

Le Directeur Général est assisté d'un directeur du contrôle des marchés et des engagements financiers (DCMEF) qui lui sert de conseiller et exerce un contrôle *a priori*.

Pour remplir ses missions, la direction générale s'appuie sur des services techniques qui sont :

- Les services cliniques : le service de Pédiatrie médicale, le service de Chirurgie pédiatrique et le service d'Anesthésie et de réanimation polyvalente ;
- Les services médico-techniques : le service des Laboratoires, le service d'Imagerie médicale et le service de la Pharmacie.

I.3. L'offre de prestations médicales et chirurgicales

Le tableau I présente les prestations de soins médicaux au CHUP-CDG par service.

Tableau I : Prestations de soins médicaux par service au CHUP-CDG

| Services | Prestations |
|---------------------------------|---|
| Pédiatrie médicale | <ul style="list-style-type: none">- La consultation médicale pédiatrique et l'hospitalisation- La prise en charge des urgences pédiatriques- La dispensation des soins néonataux d'urgence- La prise en charge des enfants infectés par le VIH- Les consultations de spécialités médicales (pneumologie-allergologie, oncologie, cardiologie, drépanocytose, néphrologie), de puériculture/nutrition, de psychologie clinique |
| Chirurgie pédiatrique | <ul style="list-style-type: none">- La consultation chirurgicale et l'hospitalisation- La consultation pré-anesthésique- Les interventions chirurgicales d'urgence- Les interventions chirurgicales programmées- Les consultations de rééducation fonctionnelle et de réadaptation physique |
| Anesthésie - réanimation | <ul style="list-style-type: none">- Les consultations pré-anesthésiques- Les anesthésies au cours des interventions chirurgicales d'urgence- Les anesthésies au cours des interventions chirurgicales programmées- La prise en charge des patients en détresse vitale aussi bien médicales que chirurgicales |
| Pharmacie | <ul style="list-style-type: none">- La dispensation des médicaments essentiels au dépôt pharmaceutique- L'approvisionnement des services en médicaments et consommables, la |

| | |
|--------------------------|---|
| | pharmaco-vigilance, la préparation galénique - La dispensation des ARV |
| Imagerie médicale | - La radiologie conventionnelle - L'échographie |
| Laboratoire | - La parasitologie - La bactériologie - La biochimie - L'hématologie - L'immunologie - La sérologie - La biologie moléculaire |

Source : Plan d'action 2015, CHUP-CDG

Plusieurs prestations sont offertes par différents services du CHUP-CDG.

Le CHUP-CDG a une capacité d'accueil théorique de 120 lits répartis entre 5 unités d'hospitalisation (Nourrissons, Grands enfants, Maladies infectieuses, Chirurgie hospitalisation et Anesthésie-Réanimation). Au regard de la forte demande, 7 lits ont été ajoutés de fait. De même, les unités de Néonatalogie et d'Oncologie pédiatrique ont dû être mises en place pour répondre aux besoins spécifiques de prise en charge, sans que toutes les conditions de création ne soient réunies.

Le tableau II présente la répartition des lits par unité d'hospitalisation au CHUP-CDG.

Tableau II : Répartition des lits par unité d'hospitalisation au CHUP-CDG

| Unités/service | Nombre de lits théorique | Nombre de lits effectif |
|---------------------------|--------------------------|-------------------------|
| Nourrissons | 30 | 18 |
| Néonatalogie | - | 12 |
| Grands enfants | 30 | 22 |
| Oncologie pédiatrique | - | 8 |
| Maladies infectieuses | 26 | 30 |
| Chirurgie hospitalisation | 24 | 27 |
| Anesthésie-Réanimation | 10 | 10 |
| Total | 120 | 127 |

Source : Plan d'action 2015, CHUP-CDG

NB : En plus des 127 lits d'hospitalisation, le CHUP-CDG dispose de 16 lits pour les mises en observation aux urgences.

I.4. La formation et la recherche

Conformément à sa mission de participation à l'enseignement et à la formation des professionnels de la santé, le CHUP-CDG reçoit des stagiaires nationaux provenant des universités (UFR-SDS/UO, 2iE, USTA...) et des écoles professionnelles (ENSP, ENAM, INFTS,...), ainsi que des stagiaires internationaux (Ghana, France, USA, Canada...).

L'encadrement concerne les domaines suivants : médecine, pharmacie, biologie, hygiène hospitalière, soins infirmiers, administration, etc.

Outre les activités d'encadrement, le CHUP-CDG mène des activités de recherche scientifique: études de recherche opérationnelle, thèses de médecine, thèses de pharmacie, mémoires divers.

II. CONTEXTE D'EVOLUTION ET PROBLEMES PRIORITAIRES DU CHUP-CDG

L'analyse du contexte d'évolution du CHUP-CDG consiste en l'analyse de son environnement interne et externe. Cette analyse permet d'identifier les problèmes prioritaires auxquels l'établissement est confronté.

II.1. Analyse de l'environnement interne

L'environnement interne du CHUP-CDG est caractérisé par des indicateurs de performance relativement satisfaisants. Cependant, il est à noter des insuffisances au niveau : des soins médicaux et médico-techniques, des soins infirmiers, des activités de formation et de recherche, des ressources ainsi que des fonctions managériales.

II.1.1. Des prestations médicales et médico-techniques non optimales

- Les performances des services médicaux et chirurgicaux

Le tableau III montre l'évolution des principaux indicateurs hospitaliers du CHUP-CDG de 2001 à 2014.

Tableau III : Evolution des principaux indicateurs hospitaliers du CHUP-CDG de 2001 à 2014

| Année | Consultations externes | Admissions aux urgences | Hospitalisations | Décès | Journées d'hospitalisation | Durée moyenne de séjour | Taux d'occupation des lits | Taux de mortalité |
|-------|------------------------|-------------------------|------------------|-------|----------------------------|-------------------------|----------------------------|-------------------|
| 2001 | 1 912 | 4 760 | 1 817 | 94 | 9 531 | 5,25 | 21,76 | 5,17 |
| 2002 | 3 012 | 4 203 | 3 710 | 218 | 19 844 | 5,35 | 45,31 | 5,88 |
| 2003 | 3 211 | 4 760 | 3 685 | 231 | 20 956 | 5,69 | 47,84 | 6,27 |
| 2004 | 3 949 | 5 718 | 4 146 | 205 | 22 002 | 5,31 | 50,10 | 4,94 |
| 2005 | 5 322 | 8 575 | 6 639 | 413 | 34 378 | 5,18 | 78,49 | 6,22 |
| 2006 | 6 672 | 9 786 | 8 221 | 486 | 43 156 | 5,25 | 98,53 | 5,91 |
| 2007 | 6 671 | 8 772 | 7 476 | 433 | 43 426 | 5,81 | 99,15 | 5,79 |
| 2008 | 6 756 | 6 976 | 6 945 | 387 | 44 287 | 6,38 | 100,84 | 5,57 |
| 2009 | 5 574 | 7 786 | 7 407 | 457 | 48 940 | 6,61 | 111,74 | 6,17 |
| 2010 | 6 887 | 6 952 | 6 097 | 381 | 51 700 | 7,26 | 118,04 | 6,68 |
| 2011 | 6 405 | 6 430 | 5 594 | 396 | 46 197 | 8,26 | 105,47 | 7,08 |
| 2012 | 7 545 | 8 162 | 5 834 | 430 | 42 228 | 7,24 | 96,15 | 7,32 |
| 2013 | 6 234 | 7 677 | 6 036 | 457 | 42 364 | 7,09 | 96,72 | 7,73 |
| 2014 | 7 732 | 7 343 | 5 151 | 384 | 41 075 | 7,61 | 94,29 | 7,06 |

Source : Annuaire statistique 2014, CHUP-CDG

Les indicateurs de performance hospitalière présentés dans le tableau III (nombre de consultations externes, nombre d'admissions aux urgences, nombre d'hospitalisations, nombre de décès, nombre de journées d'hospitalisation, durée moyenne de séjour, taux d'occupation

des lits et taux de mortalité) montrent une évolution croissante de la plupart d'entre eux depuis l'ouverture jusqu'à nos jours avec toutefois quelques ruptures de tendance.

Le tableau IV présente l'évolution des interventions chirurgicales réalisées au Bloc opératoire de 2012 à 2014.

Tableau IV : Interventions chirurgicales réalisées au Bloc opératoire de 2012 à 2014

| Interventions | 2012 | | | 2013 | | | 2014 | | |
|----------------|--------------|------------|--------------|--------------|------------|--------------|--------------|------------|--------------|
| | Urg. | Progr. | Total | Urg. | Progr. | Total | Urg. | Progr. | Total |
| Viscérales | 455 | 409 | 864 | 399 | 294 | 693 | 335 | 297 | 632 |
| Parties molles | 1 917 | 33 | 1 950 | 72 | 109 | 181 | 55 | 67 | 122 |
| Traumatologie | 327 | 33 | 360 | 292 | 54 | 346 | 222 | 36 | 258 |
| Autres | 11 | 19 | 30 | 1 198 | 36 | 1 234 | 727 | 41 | 768 |
| Total | 2 710 | 494 | 3 204 | 1 961 | 493 | 2 454 | 1 339 | 441 | 1 780 |

Source : Plan d'action 2015, CHUP-CDG

Les interventions chirurgicales réalisées (en urgence ou sur programmation) sont constituées des interventions viscérales, des interventions sur les parties molles, des interventions de traumatologie et d'interventions diverses. La baisse du nombre total d'interventions observée ces deux dernières années est essentiellement liée aux travaux de réfection qui ont entraîné une suspension des activités.

Le tableau V présente la répartition des admissions en hospitalisation au CHUP-CDG de 2012 à 2014.

Tableau V : Répartition des admissions en hospitalisation au CHUP-CDG de 2012 à 2014

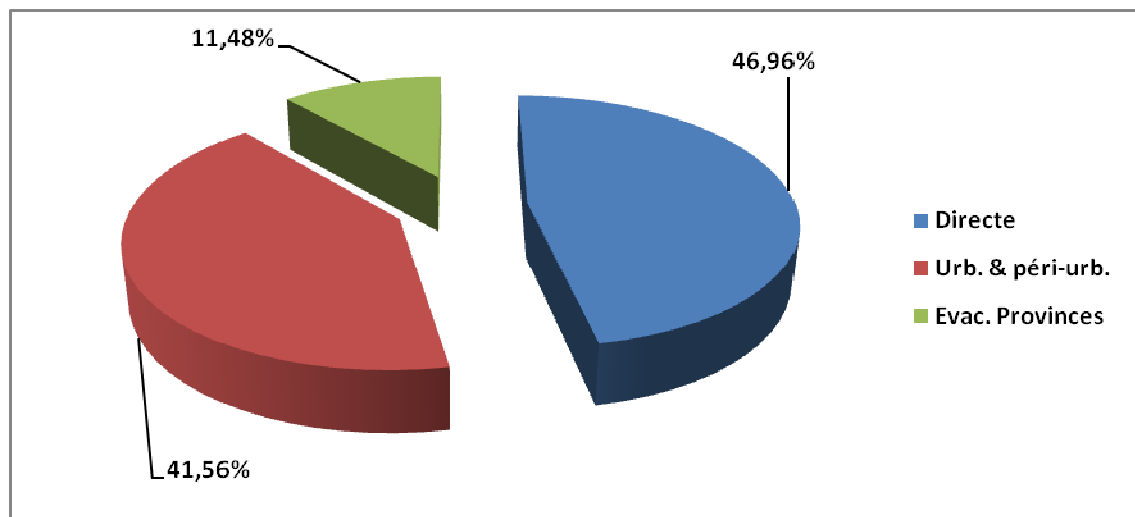
| Services | 2012 | | 2013 | | 2014 | |
|-----------------------|--------------|--------------------------------|--------------|--------------------------------|--------------|--------------------------------|
| | Admission | Taux d'occupation des lits (%) | Admission | Taux d'occupation des lits (%) | Admission | Taux d'occupation des lits (%) |
| Nourrissons | 2 749 | 181,39 | 2 611 | 269,37 | 2 495 | 286,80 |
| Néonatalogie | - | - | 498 | 77,08 | 491 | 84,68 |
| Grands enfants | 1 125 | 98,07 | 1 125 | 98,07 | 1 115 | 97,19 |
| Oncologie pédiatrique | 21 | 20,86 | 49 | 48,66 | 48 | 46,75 |
| Maladies infectieuses | 77 | 11,77 | 89 | 8,72 | 106 | 9,28 |
| Chirurgie | 1 672 | 132,23 | 1 486 | 113,96 | 1 159 | 95,75 |
| Réanimation | 15 | 17,90 | 4 | 14,93 | 13 | 16,00 |
| Total | 5 659 | 96,15 | 5 862 | 96,72 | 5 427 | 94,29 |

Source : Plan d'action 2015, CHUP-CDG

Les admissions en hospitalisation sont effectuées par les unités suivantes : Nourrissons, Grands enfants, Maladies infectieuses, Chirurgie, Réanimation, Néonatalogie et Oncologie pédiatrique. Ces deux dernières bien que dotées de lits et réalisant des hospitalisations n'ont jusque-là pas

de données propres à elles mais respectivement comptabilisées dans leurs unités mères à savoir, les Nourrissons et les Grands enfants. La séparation devrait être effective à partir de 2015.

La figure 2 présente la répartition des admissions aux urgences selon le mode d'entrée au CHUP-CDG en 2014.



Source : Rapport d'activités 2014, CHUP-CDG

Figure 2 : Répartition des admissions aux urgences selon le mode d'entrée au CHUP-CDG en 2014.

Les admissions aux urgences sont constituées d'admissions directes (46,96%), d'admissions urbaines et périurbaines (41,56%) et d'admissions en provenance des provinces (11,48%).

Analyse des principaux indicateurs de performance des services médicaux et chirurgicaux :

- **Le taux de mortalité** : en constante augmentation avec 6,68% en 2010 ; 7,32% en 2012 et 7,73% en 2013, il a été de 7,06% en 2014 soit une légère baisse. Les causes de cette mortalité intra-hospitalière élevée seraient liées, entre autres, à l'accueil de cas sévères (cas de cancer⁴, grands brûlés, malformations congénitales, ...), au retard à la consultation, au manque ou à la défectuosité de certains équipements, à des insuffisances dans la gestion des soins et dans l'application de la démarche qualité⁵.

- **Le taux d'occupation des lits (TOL)** : dès l'année 2006 soit cinq (05) ans après son ouverture, le TOL du CHUP-CDG qui a connu une hausse continue au fil des ans, était supérieure à la norme OMS (80%). De fait, il est passé de 98,53% en 2006 à 118,04% en 2010 avant d'amorcer une baisse tendancielle jusqu'à nos jours avec quelques ruptures de tendance, décrivant ainsi une évolution en dents de scie de l'indicateur (tableau X). La répartition par unité d'hospitalisation donnée par le tableau XII, montre que le TOL est particulièrement élevé au niveau des unités des nourrissons, de chirurgie et des Grands enfants.

Le niveau élevé du TOL est lié à la faible capacité d'accueil de l'établissement ainsi qu'au très grand nombre des admissions directes.

⁴Plan d'action 2015, CHUP-CDG.

⁵ Rapport d'activité 2014 et plan d'action 2015 du CHUP-CDG.

D'une capacité d'accueil initiale de 120 lits, le CHUP-CDG a dû, dans les faits, agrandir cette capacité à 127 lits. Cependant, cette augmentation s'avère insuffisante pour absorber l'accroissement de la demande en hospitalisation.

Concernant les admissions directes, elles ont représenté 46,96% des admissions aux urgences en 2014. La proportion élevée de ces admissions indique que le système de référence n'est pas respecté.

- **La durée moyenne de séjour (DMS) :** cet indicateur demeure élevée (> 7 jours) et même s'il a connu une baisse certaines années (8,26 en 2011 ; 7,24 en 2012 ; 7,09 en 2013), son niveau de 2014 (7,61) signe une reprise. Cette tendance s'explique par l'admission de patients au long séjour (cancers, brûlés, stomies avec rétablissement de continuité, ...).

- **Le nombre de consultations externes et d'admissions aux urgences :** ces deux indicateurs connaissent une évolution en dents de scie depuis 2006. Cette évolution en dents de scie traduit un manque de maîtrise de ces deux activités ou des insuffisances dans leur organisation. Il ressort, en effet, des différentes analyses situationnelles que l'unité des consultations externes et celle des urgences connaissent des déficits de locaux, d'équipements et de personnels (Plan d'action 2014, CHUP-CDG).

- **Le nombre d'interventions chirurgicales :** après une hausse importante en 2012, le nombre d'interventions chirurgicales a connu une baisse sensible en 2013 et 2014. Cette baisse est due à une suspension des activités du Bloc opératoire, de novembre à décembre 2013, puis de 2014 pour cause de réfection des locaux. Au-delà de cette baisse ponctuelle du volume global des interventions chirurgicales, on note que le nombre des interventions programmées est très peu élevé, au contraire de celui des urgences chirurgicales. En effet, face à l'insuffisance de salles d'opération, de matériel technique et de personnel, la priorité a été donnée aux urgences. Cela signifie donc que les cas non urgents font l'objet d'une programmation qui peut s'avérer relativement longue.

- Les performances des services médico-techniques

Les tableaux VI à XIII présentent des indicateurs de performance des services médico-techniques du CHUP-CDG.

Le service du Laboratoire réalise à l'intention des malades hospitalisés et des patients externes des examens de : bactériologie, parasitologie, biochimie, biologie moléculaire, immuno-sérologie et hématologie.

Le tableau VI présente le nombre d'examens réalisés au laboratoire de 2012 à 2014 selon leur nature.

Tableau VI : Examens de laboratoire réalisés de 2012 à 2014 au CHUP-CDG

| Nature des examens | 2012 | | | 2013 | | | 2014 | | |
|--------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| | Hosp. | externes | Total | Hosp. | externes | Total | Hosp. | externes | Total |
| Bactériologie | 1 875 | 1 349 | 3 224 | 2 283 | 1 355 | 3 638 | 2 027 | 1 418 | 3 445 |
| Parasitologie | 4 006 | 1 664 | 5 670 | 5 040 | 1 808 | 6 848 | 3 958 | 1 754 | 5 712 |
| Biochimie | 20 152 | 11 050 | 31 202 | 22 521 | 12 183 | 34 704 | 23 129 | 11 843 | 34 972 |
| Immuno-Sérologie | 182 | 723 | 905 | 313 | 1 090 | 1 403 | 646 | 1 322 | 1 968 |
| Hématologie | 17 821 | 3 765 | 21 586 | 20 941 | 4 097 | 25 038 | 16 508 | 4 713 | 21 221 |
| Total | 44 036 | 18 551 | 62 587 | 51 098 | 20 533 | 71 631 | 46 268 | 21 050 | 67 318 |

Source : Plan d'action 2015, CHUP-CDG

• **Le nombre d'examens de biologie médicale :** en faisant abstraction des examens spécifiques (Tuberculose, PCR Diagnostic,...), on note que le volume global des examens classiques réalisés a connu une évolution en dents de scie entre 2012 et 2014. En effet, il est passé de 62 587 examens en 2012 à 71 631 examens en 2013 et 67 318 examens en 2014. Cette évolution s'expliquerait par les ruptures fréquentes de réactifs et les pannes de certains équipements, ...

Le tableau VII présente le nombre d'examens réalisés au laboratoire en 2014 selon leur nature.

Tableau VII : Examens de laboratoire réalisés en 2014 au CHUP-CDG

| Nature de l'examen | Nombre d'examens | | |
|-------------------------|------------------|---------------|---------------|
| | Hospitalisés | Externes | Total |
| Hématologie | 16 508 | 4 713 | 21 221 |
| Immunologie/Sérologie | 646 | 1 322 | 1 968 |
| Parasitologie/Mycologie | 3 958 | 1 754 | 5 712 |
| Bactériologie/Virologie | 2 027 | 1 418 | 3 445 |
| Biochimie | 23 129 | 11 843 | 34 972 |
| Total 1 | 46 268 | 21 050 | 67 318 |
| Tuberculose | | 97 | 97 |
| PCR Diagnostic | | 337 | 337 |
| CV suivi PVVIH | | 1 326 | 1 326 |
| Bilan suivi ARV CD4 | | 934 | 934 |
| Total 2 | | 2 694 | 2 694 |
| Total général | 46 268 | 23 744 | 70 012 |

Source : Rapport d'activités 2014, CHUP-CDG

En plus des examens classiques, le service réalise également les examens spécifiques suivants : PCR Diagnostic (méningite et VIH), charge virale (suivi PVVIH), bilan suivi ARV, CD4 et tuberculose.

Le service d'imagerie médicale réalise à l'intention des malades hospitalisés et des patients externes des examens de radiologie conventionnelle : ASP, radio des os, radio pulmonaire etc.

Le tableau VIII présente le nombre d'examens de radiographie réalisés de 2012 à 2014 selon leur nature.

Tableau VIII : Examens de radiographie réalisés de 2012 à 2014 au CHUP-CDG

| Nature des examens | 2012 | | | 2013 | | | 2014 | | |
|--------------------|--------------|------------|--------------|--------------|------------|--------------|--------------|------------|--------------|
| | hospitalisés | externes | Total | hospitalisés | externes | Total | hospitalisés | externes | Total |
| ASP | 355 | 25 | 380 | 216 | 27 | 243 | 113 | 42 | 155 |
| Rx des os | 609 | 400 | 1009 | 649 | 236 | 885 | 652 | 410 | 1 062 |
| Rx pulmonaire | 1 120 | 190 | 1 310 | 730 | 104 | 834 | 622 | 148 | 770 |
| Autres | 37 | 39 | 76 | 36 | 22 | 58 | 28 | 12 | 40 |
| TOTAL | 2 121 | 654 | 2 775 | 1 631 | 389 | 2 020 | 1 415 | 612 | 2 027 |

Source : Plan d'action 2015, CHUP-CDG

- **Le nombre d'examens d'imagerie médicale :** le nombre d'examens de radiologie a connu une baisse entre 2012 et 2013 pour se stabiliser entre 2013 et 2014. La baisse observée serait liée au nombre insuffisant de médecins radiologues et à des pannes récurrentes des équipements.

Le tableau IX présente le nombre d'examens de radiographie réalisés en 2014 et le nombre de clichés utilisés selon la nature des examens.

Tableau IX : Examens de radiographie réalisés en 2014 au CHUP-CDG

| Nature de l'examen | Hosp. | Externes | Total | % pour les hospitalisés | Nombre de clichés utilisés | | |
|--------------------|--------------|------------|--------------|-------------------------|----------------------------|------------|--------------|
| | | | | | Hosp. | Externes | Total |
| Radio des os | 113 | 42 | 155 | 72,90 | 115 | 43 | 158 |
| Radio pulmonaire | 652 | 410 | 1 062 | 61,39 | 657 | 413 | 1 070 |
| ASP | 622 | 148 | 770 | 80,78 | 626 | 151 | 777 |
| Autres | 28 | 12 | 40 | 70 | 31 | 15 | 46 |
| Total | 1 415 | 612 | 2 027 | 69,81 | 1 429 | 622 | 2 051 |

Source : Rapport d'activités 2014, CHUP-CDG

Le Service d'imagerie médicale réalise également des examens d'échographie : échographie abdominale, échographie cardiaque, échographie pelvienne, échographie obstétricale etc.

Le tableau X présente le nombre d'examens d'échographie réalisés de 2012 à 2014 selon la nature des examens.

Tableau X : Examens d'échographie réalisés de 2012 à 2014 au CHUP-CDG

| Nature des examens | 2012 | | | 2013 | | | 2014 | | |
|--------------------------------|--------------|------------|--------------|--------------|------------|--------------|--------------|------------|--------------|
| | hospitalisés | Externes | Total | hospitalisés | externes | Total | hospitalisés | externes | Total |
| Echographie abdominale | 479 | 287 | 766 | 712 | 322 | 1 034 | 631 | 288 | 919 |
| Echographie pelvienne | 25 | 57 | 82 | 35 | 47 | 82 | 37 | 75 | 112 |
| Echographie obstétricale | - | - | - | - | - | - | 0 | 26 | 26 |
| Echographie transfontanellaire | 207 | 47 | 254 | 232 | 27 | 259 | 290 | 60 | 350 |
| Echographie cardiaque | 164 | 65 | 229 | 285 | 81 | 366 | 168 | 73 | 241 |
| Autres échographies | 55 | 65 | 120 | 131 | 71 | 202 | 115 | 115 | 230 |
| Total | 930 | 521 | 1 451 | 1 397 | 584 | 1 981 | 1 241 | 637 | 1 878 |

Source : Plan d'action 2015, CHUP-CDG

On note une évolution en dents de scie des examens d'échographie réalisés entre 2012 et 2014. La hausse de 2013 serait liée au bon état relatif des équipements et au fait que la demande s'est déplacé vers l'échographie durant la période de dysfonctionnement de la radiographie.

Le tableau XI présente le nombre d'examen d'échographie réalisés en 2014 selon la nature des examens.

Tableau XI : Examens d'échographie réalisés en 2014 au CHUP-CDG

| Nature de l'examen | Nombre d'examen | | | |
|-------------------------|-----------------|------------|--------------|-------------------------|
| | Hospitalisés | Externes | Total | % pour les hospitalisés |
| Echo abdominale | 631 | 288 | 919 | 68,66 |
| Echo cardiaque | 168 | 73 | 241 | 69,71 |
| Echo pelvienne | 37 | 75 | 112 | 33,04 |
| Echo obstétricale | 0 | 26 | 26 | 0 |
| Echo transfontanellaire | 290 | 60 | 350 | 82,86 |
| Autres | 115 | 115 | 230 | 50 |
| Total | 1 241 | 637 | 1 878 | 66,08 |

Source : Rapport d'activités 2014, CHUP-CDG

Les activités pharmaceutiques :

La dispensation individuelle et nominative est limitée à la rétrocession des médicaments essentiels et consommables au dépôt pharmaceutique et pour les antirétroviraux. La pharmacie assure également les préparations pharmaceutiques et la gestion des fluides médicaux. Ces prestations demeurent en deçà des activités de pharmacie hospitalière. Les activités de pharmacie clinique, de vigilance des produits de santé, de la stérilisation centralisée et de l'information sur le médicament sont à mettre en place. Dans l'exécution de ses missions, le service de la pharmacie est confronté à des difficultés d'approvisionnement et de gestion de l'utilisation des produits pharmaceutiques dans les unités de soins. Les raisons sont l'inexistence d'un plan d'approvisionnement conséquent, l'insuffisance dans le suivi de l'utilisation des produits pharmaceutiques, l'insuffisance des appuis budgétaires dans

l'acquisition des produits de soins d'urgence et de fonctionnement, la faible capacité des aires de stockage et l'instabilité du logiciel de gestion de stock. Les conséquences sont les difficultés de prévisions, les ruptures de médicaments et consommables et le retard dans la production des statistiques de consommation dont la fiabilité est limitée en plus.

Le service de Pharmacie assure aussi l'approvisionnement, la gestion de stock et la distribution de médicaments et/ou de consommables aux unités pour les soins d'urgence et chirurgicaux ou pour le fonctionnement.

Le tableau XII présente les valeurs de la consommation des services et unités de soins en médicaments et consommables de 2012 à 2014.

Tableau XII : Valorisation de la consommation des services et unités de soins en médicaments et consommables au CHUP-CDG de 2012 à 2014

| Services | 2012 | 2013 | 2014 |
|--|----------------------|----------------------|----------------------|
| Bloc opératoire | 9 618 135,21 | 19 842 823,05 | 19 326 233,04 |
| Chirurgie | 2 471 675,39 | 3 240 630,14 | 3 212 016,54 |
| Consultation du personnel | 3 994,02 | 3 815,32 | 5 147,58 |
| Consultations/Exploration fonctionnelle | 679 078,43 | 492 467,35 | 632 193,85 |
| Direction de la maintenance | 14 026,10 | - | 6 811,00 |
| DSG | - | - | 57 270,74 |
| Grands enfants | 784 478,56 | 2 561 303,46 | 2 892 413,54 |
| Hygiène hospitalière | - | - | 22 400,00 |
| Imagerie médicale | 2 265 960,63 | 118 910,81 | 3 583 590,36 |
| Laboratoire | 1 904 865,23 | 1 560 842,89 | 2 322 951,25 |
| Maladies infectieuses | 1 474 943,91 | 1 559 702,09 | 1 812 790,16 |
| Nourrissons | 2 360 313,32 | 2 590 094,60 | 3 710 302,84 |
| Réanimation | 6 306 230,29 | 4 815 477,01 | 1 456 234,53 |
| Urgences médicales | 12 411 617,33 | 20 074 125,83 | 19 528 960,08 |
| Urgences chirurgicales | 8 002 564,83 | 9 424 886,55 | 7 667 082,52 |
| Total | 48 444 989,57 | 66 285 079,09 | 66 236 398,03 |

Source : CHUP-CDG/Rapports d'activités du service de pharmacie

L'analyse des consommations par services et unités de soins bénéficiaires montre que les urgences médicales et le bloc opératoire ont consommé plus de médicaments et consommables. Certains services ont connu des arrêts d'activité pour réfection (bloc, imagerie) mais de nouvelles activités comme la chirurgie ambulatoire et l'échographie ont permis de garder le même niveau de consommation en médicaments et consommables.

Tableau XIII : Valeur des médicaments et consommables livrés au dépôt vente du CHUP-CDG de 2012 à 2014.

| | 2012 | 2013 | 2014 |
|------------------------|------------|-------------|------------|
| Montant en FCFA | 84 599 505 | 117 740 179 | 92 569 650 |

Source : CHUP-CDG/Rapports d'activités du service de pharmacie

NB : ces montants peuvent différer des recettes encaissées du fait des tiers payants (SONU, autres).

Le dépôt pharmaceutique arrive à satisfaire les besoins des malades en médicaments génériques et consommables fournis par la CAMEG. Les quantités insuffisantes ou la non disponibilité de certains médicaments en spécialité et consommables spécifiques au dépôt pharmaceutique obligent les accompagnants de malades à recourir aux officines privées de la ville.

Au total, les prestations du CHUP-CDG sont marquées par :

1°) Une disponibilité non optimale : capacités limitées en matière d'hospitalisation, de consultations externes, de prise en charge des urgences et d'interventions chirurgicales.

2°) une efficacité et une sécurité non optimales : le niveau élevé du taux de mortalité et de la durée moyenne de séjour laisse présumer une efficacité et une sécurité insuffisantes des soins, même si des facteurs objectifs tels que la prise en charge de cas sévères peuvent expliquer partiellement cette situation.

II.1.2. Des soins infirmiers insuffisamment développés

Les soins infirmiers sont dispensés par le personnel infirmier réparti dans les différents services cliniques de l'établissement.

Compte tenu du caractère pédiatrique de l'établissement, les soins obstétricaux n'y sont pas dispensés.

L'organisation des soins infirmiers se fait à travers le planning des équipes et les staffs entre soignants.

La coordination des soins infirmiers est assurée par un Service des soins infirmiers relevant de la Direction de l'hospitalisation et de la qualité des soins (DHQS). Des Surveillants d'unités de soins (SUS) concourent également à la coordination des soins infirmiers.

D'une façon générale, on note que les dispositifs organisationnels de promotion des soins infirmiers ne sont pas suffisamment développés : le service des soins infirmiers ne dispose pas des capacités opérationnelles nécessaires à un fonctionnement optimal (ressources humaines, infrastructures, équipements...) et la commission des soins infirmiers et obstétricaux n'est pas encore opérationnelle. Quant aux outils techniques de mise en œuvre des soins infirmiers et obstétricaux (normes et protocoles de soins, dossier de soins, plan de soins, plan de formation, recherche en soins infirmiers, méthodes d'évaluation...), soit ils n'existent pas, soit ils comportent des insuffisances.

De plus, on remarque que les soins infirmiers se réduisent essentiellement à l'exécution des prescriptions médicales, le diagnostic infirmier et la prescription infirmière n'étant pas pratiqués.

II.1.3. Des activités de formation insuffisamment développées

- **La formation** : le CHUP-CDG reçoit chaque année un nombre important de stagiaires dans les différents services. Au total en 2014, 483 stagiaires ont été recensés dont 324 en pédiatrie médicale, 38 en chirurgie pédiatrique, 51 au laboratoire, 19 en pharmacie et 51 en imagerie médicale. Au regard de la taille des services de l'établissement et des capacités d'encadrement desdits services, le nombre de stagiaires reçus est trop élevé. Cela est particulièrement vrai pour les stagiaires en médecine, en pharmacie, en biologie et en imagerie médicale. A cela s'ajoutent le manque de cadre de concertation entre le CHUP-CDG et les différentes structures de formation ainsi que l'absence ou l'inadaptation des conventions de stage. De plus, la direction en charge de la formation n'est pas encore opérationnelle. Enfin, l'établissement ne dispose ni d'un internat, ni d'un amphithéâtre. Tous ces paramètres influent négativement sur la qualité de l'encadrement assuré par l'établissement.

- **La recherche** : Le tableau XIV fait la situation des activités de recherche au CHUP-CDG en 2014.

Le tableau XIV présente la situation des activités de recherche au CHUP-CDG en 2014.

Tableau XIV : Situation des activités de recherche au CHUP-CDG en 2014

| Activités de recherche | Nombre | Observations |
|----------------------------|-----------|---------------------------|
| Thèses de médecine | 39 | 29 soutenues, 10 en cours |
| Thèses de chirurgie | 04 | 03 soutenues, 01 en cours |
| Thèses de pharmacie | 11 | 04 soutenues, 07 en cours |
| Mémoire de DEA en biologie | 01 | Soutenu |
| Etude MONOD | 01 | Recherche opérationnelle |
| Total | 56 | |

Source : Rapport d'activités 2014 du CHUP-CDG, données reconstituées

On constate que la recherche opérationnelle (études) est nettement moins développée que la recherche académique (thèses et mémoires). Cela est dû au fait que les thèses et mémoires ne génèrent pas de coûts directs devant être supportés par l'établissement. Par contre, dans le cadre de la recherche opérationnelle, il existe des charges incompressibles pour lesquelles l'établissement ne dispose pas toujours des ressources budgétaires nécessaires. Le financement des activités réalisées est généralement assuré par des partenaires qui interviennent en fonction de leurs intérêts. Le corollaire est que tous les besoins de l'établissement en matière de recherche opérationnelle ne sont pas couverts. Par ailleurs, la recherche-action est quasi inexistante alors qu'elle a un rôle indéniable dans l'amélioration des résultats à tous les niveaux (soins, formation, recherche, administration, gestion, ...).

Quant aux publications, on note que les différents services ont réalisé ... publications en 2014 dont 14 par la pédiatrie médicale, 07 par la chirurgie pédiatrique, ... par le laboratoire, ... par la pharmacie et ... par l'imagerie médicale.

D'une manière générale, le constat est que les résultats de la recherche manquent de visibilité et de valorisation. Une véritable politique de développement de la recherche s'avère donc indispensable.

II.1.4. Des ressources insuffisantes et des fonctions managériales à renforcer

a) Les ressources

D'une façon générale, les ressources humaines, matérielles et financières du CHUP-CDG sont jugées insuffisantes pour permettre à l'établissement d'atteindre un niveau élevé de performance.

- Au niveau des **ressources humaines**, on constate que même si les effectifs des médecins pédiatres (11) et des chirurgiens (04) sont relativement suffisants, le nombre est insuffisant pour certaines spécialités. Les besoins existent pour le service de pédiatrie médicale (néphrologue, cardiologue), de chirurgie pédiatrique (urologue, ORL, stomatologue, ...), de laboratoire (parasitologue, mycologue, biochimiste, hématologiste, immunologiste, technologues biomédicaux), de la pharmacie (pharmacie clinique, préparateurs d'état en pharmacie, hygiéniste).

Les effectifs du personnel paramédical (infirmiers, techniciens supérieurs,...) s'avèrent insuffisants compte tenu du nombre de services et du fait que ces services fonctionnent 24 heures/24. Il en est de même pour les agents spécialisés en hygiène hospitalière et en maintenance biomédicale. A ce niveau, il convient de souligner que le CHUP-CDG ne compte pas d'ingénieur biomédical dans ses effectifs. Concernant le personnel administratif, on relève l'absence de secrétaires médicaux et l'insuffisance d'agents spécialisés en gestion des ressources humaines et en informatique.

Sur le plan statutaire, le fait que le personnel est très majoritairement constitué d'agents publics de l'Etat, caractérisé par sa grande mobilité, contribue à la non maîtrise des effectifs par l'administration de l'hôpital.

Le tableau XV montre l'évolution des effectifs du personnel de 2010 à 2014 selon la catégorie.

Tableau XV : Evolution des effectifs du personnel de 2010 à 2014 selon la catégorie

| Catégorie | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
|--------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| P | 21 | 22 | 19 | 20 | 22 |
| A | 66 | 64 | 79 | 79 | 101 |
| B | 87 | 87 | 78 | 77 | 78 |
| C | 49 | 49 | 55 | 56 | 73 |
| D | 39 | 39 | 40 | 40 | 48 |
| E | 05 | 05 | 04 | 5 | 5 |
| Total | 267 | 266 | 275 | 277 | 327 |

Source : Annuaire statistique 2014, CHUP-CDG

L'effectif du personnel du CHUP-CDG a amorcé une croissance à partir de 2012 pour atteindre 327 agents en 2014. Il est essentiellement constitué des catégories P, A, B, C, D, E et équivalents.

- **Les ressources financières** du CHUP-CDG sont également faibles comme le montrent les données du tableau XVI

Le tableau XVI présente l'évolution des recettes budgétaires par source de financement de 2012 à 2014.

Tableau XVI : Evolution des recettes budgétaires par source de financement de 2012 à 2014

| Sources de financement | 2012 | | 2013 | | 2014 | |
|---|----------------------|---------------|----------------------|---------------|----------------------|-------|
| | MA | % | MA | % | MA | % |
| Budget de l'Etat | 969 264 318 | 74,16 | 1 504 614 844 | 73,91 | 1 034 513 824 | 78,29 |
| Fonds propres | 264 776 765 | 20,26 | 304 984 165 | 14,98 | 261 297 982 | 19,77 |
| PADS | 26 181 474 | 2,00 | | 0,00 | - | 0,00 |
| ETAT (DGHSP) | 4 079 167 | 0,31 | 9 945 000 | 0,49 | 10 590 000 | 0,80 |
| UNICEF | 0 | 0,00 | 11 922 400 | 0,59 | 10 811 300 | 0,82 |
| Promise ANRS | 14 850 000 | 1,14 | - | 0,00 | - | 0,00 |
| MONOD | 18 851 811 | 1,44 | 6 383 937 | 0,31 | - | 0,00 |
| Association Luciole | - | 0,00 | 10 000 000 | 0,49 | - | 0,00 |
| CAMEG | - | 0,00 | 776 453 | 0,04 | 586 212 | 0,04 |
| Fonds inondation | - | 0,00 | 187 000 000 | 9,19 | - | 0,00 |
| PAM | - | 0,00 | - | 0,00 | 1 628 497 | 0,12 |
| Fonds National de Solidarité | 7 000 000 | 0,54 | - | 0,00 | 2 000 000 | 0,15 |
| Fonds de Solidarité envers les malades et orphelins de sida | 2 000 000 | 0,15 | - | 0,00 | - | 0,00 |
| Total | 1 307 003 535 | 100,00 | 2 035 626 799 | 100,00 | 1 321 427 815 | |

Source : Rapport d'activités 2014, CHUP-CDG

Les principales sources de financement sont : le budget de l'Etat, les recettes propres de l'établissement et des partenaires publics et privés nationaux et internationaux.

Le constat qui se dégage des chiffres ci-dessus présentés est que le CHUP-CDG est fortement dépendant de l'Etat sur le plan financier. En effet, la subvention de ce dernier représentait 78,29% du budget de l'établissement en 2014. Cela signifie que l'hôpital n'a pas la maîtrise de son budget qui est plutôt tributaire de la santé financière et des choix budgétaires de l'Etat, comme le montre la variabilité du montant de cette subvention. De plus, des régulations peuvent à tout moment remettre en cause les programmations budgétaires de l'établissement. On remarque également que la part des financements extérieurs autres que ceux de l'Etat dans le budget du CHUP-CDG est très faible. En 2014, elle était de 1,94%. Or, le modèle de financement des établissements publics de santé repose en grande partie sur les ressources provenant du mécénat individuel, du mécénat d'entreprise et du mécénat associatif.

- Concernant **les infrastructures et les équipements** de l'établissement, ils s'avèrent relativement inadaptés aux besoins des usagers et des travailleurs.

Le tableau XVII décrit la situation des infrastructures du CHUP-CDG au 31/12/2014.

Tableau XVII : Situation des infrastructures du CHUP-CDG au 31/12/2014

| Désignation de l'infrastructure | Etat | | | | Action à entreprendre |
|------------------------------------|------|---|---|----|------------------------|
| | B | P | M | HS | |
| Direction générale | | X | | | Construction |
| Admissions | X | | | | |
| Urgences | X | | | | |
| Imagerie médicale | X | | | | |
| Bloc opératoire | X | | | | |
| PC médical | X | | | | |
| Laboratoire | | X | | | Réfection |
| Consultation externe | X | | | | |
| Nourrissons | X | | | | |
| Grands enfants | X | | | | |
| Maladies infectieuses | | X | | | Réfection |
| Pharmacie | | X | | | Réfection et extension |
| Chirurgie hospitalisation | X | | | | |
| Réanimation | X | | | | |
| Néonatalogie | | | | | En projet |
| Service social et autres | | X | | | Réfection |
| Buanderie | | X | | | Réfection |
| Maintenance | | X | | | Réfection |
| Cuisine | | | X | | Réfection |
| Morgue | | | X | | Construction |
| Station de pompage | | X | | | |
| Incinérateur | | | | X | Construction |
| Village famille | | X | | | Réhabilitation |
| Bâtiment de l'extracteur d'oxygène | | X | | | Réfection |
| Magasin | | X | | | Réfection |
| Bâtiment du groupe électrogène | | X | | | Réfection |
| Clôture | | X | | | Réfection |
| Parking | | X | | | Extension |

Légende : B=Bon, P=Passable, M=Mauvais, HS=Hors service

Source : Rapport d'activités 2014, CHUP-CDG

Sur 27 infrastructures, 10 sont dans un bon état, 14 dans un état passable, 02 dans un mauvais état et 01 hors service. Un certain nombre d'infrastructures nécessite des travaux de réfection, d'extension, de réhabilitation ou de construction.

Le tableau XVIII décrit la situation des équipements traceurs du CHUP-CDG au 31/12/2014.

Tableau XVIII : Situation des équipements traceurs du CHUP-CDG au 31/12/2014

| N° | Désignation | Quantité | Etat | | | | |
|-------------------------------|--|----------|------|---|---|----|------------|
| | | | B | P | M | HS | A réformer |
| IMAGERIE MEDICALE | | | | | | | |
| 1 | Table de radiologie télécommandée (os poumons) numérisée SIEMENS | 1 | 1 | | | | |
| 2 | Table de radiologie télécommandée numérisée SIEMENS | 1 | 1 | | | | |
| 3 | Echographe SIEMENS | 1 | 1 | | | | |
| 4 | Echographe ALOKA | 1 | | | 1 | | |
| 5 | Mammographie SIEMENS | 1 | 1 | | | | |
| 6 | Reprographe pour film radio | 1 | 1 | | | | |
| BLOC OPERATOIRE | | | | | | | |
| 1 | Bistouri électrique | 2 | | 2 | | | |
| 2 | Aspirateur chirurgical électrique | 4 | 4 | | | | |
| 3 | autoclave | 2 | 1 | | 1 | | |
| LABORATOIRE | | | | | | | |
| 1 | Automate d'hématologie simple | 3 | 1 | 2 | | | |
| 2 | Automate de biochimie | 3 | 1 | 2 | | | |
| 3 | Chaîne de froid (banque de sang) | 1 | 1 | | | | |
| 4 | Etuve | 3 | 2 | 1 | | | |
| 5 | Poupinel | 1 | | 1 | | | |
| 6 | Centrifugeuse | 1 | | | 1 | | |
| 7 | Microscope | 7 | 3 | 1 | 3 | | |
| ANESTHESIE REANIMATION | | | | | | | |
| 1 | Aspirateur de mucosité | 1 | 1 | | | | |
| 2 | Couveuse | 4 | 3 | | 1 | | |
| 3 | Lit chirurgical | 4 | 2 | | 2 | | |
| 4 | Incubateur | 1 | | 1 | | | |
| 5 | Respirateur | 1 | 1 | | | | |
| 6 | Scope (moniteur de surveillance multiparamétrique) | 3 | 1 | 2 | | | |
| BUANDERIE | | | | | | | |
| 1 | Machine à laver | 2 | 2 | | | | |
| 2 | Séchoir | 1 | | | 1 | | |
| 3 | Repasseuse électrique | 1 | | | 1 | | |

Source : Rapport d'activités 2014, CHUP-CDG

Légende : B=Bon, P=Passable, M=Mauvais, HS=Hors service

Sur 51 équipements traceurs, 28 sont dans un bon état, 12 dans un état passable et 11 dans un mauvais état. D'une façon générale, ils sont en nombre réduit.

La situation générale des infrastructures est marquée par :

- la vétusté des bâtiments ;
- l'insuffisance et l'inadéquation des locaux au regard des besoins actuels et futurs ;
- la défaillance du système d'évacuation des eaux usées, de la plomberie sanitaire et du réseau électrique.

Au niveau des équipements traceurs on constate que, même s'ils sont en grande partie dans un bon état, leur nombre est relativement réduit.

b) Les fonctions managériales

D'une manière générale, les fonctions managériales ne sont pas bien implantées au sein de l'établissement. Il s'agit principalement en particulier :

- **Du management de la qualité** : le CHUP-CDG a souscrit depuis 2013, à l'approche « 5 S », « KAIZEN », « TQM », mais pour l'instant, cette nouvelle démarche n'est pas encore mise en œuvre.

- **de la gestion des ressources humaines** : Au niveau de la gestion, on note que la politique de développement des RH n'est pas suffisamment performante pour assurer une motivation et une adhésion optimales des travailleurs de l'établissement.

- **de la gestion des ressources financières** : Les principaux indicateurs financiers montrent que la gestion financière de l'établissement pourrait être améliorée.

Le tableau XIX présente les indicateurs financiers du CHUP-CDG de 2012 à 2014.

Tableau XIX : Indicateurs financiers du CHUP-CDG de 2012 à 2014

| Données financières (en francs CFA) | Exercice 2012 | Exercice 2013 | Exercice 2014 | Taux de variation (%) |
|---|---------------|---------------|-------------------|-----------------------|
| Ratios % | | | Ecart (2014-2013) | |
| Charges de personnel/charges de fonctionnement | 59,61 | 59,36 | 53,96 | - 5,40 |
| Charges de personnel contractuel/RPG | 27,49 | 27,26 | 28,70 | +1,44 |
| Taux d'exécution des recettes recouvrées de l'année | 87,98 | 98,23 | 87,57 | - 10,66 |
| Taux d'exécution des dépenses | 84,27 | 74,48 | 86,78 | + 12,30 |
| Taux d'autofinancement | 22,26 | 22,93 | 20,30 | - 2,63 |
| Taux de couverture des dépenses par les recettes | 104,40 | 131,95 | 104,34 | - 27,61 |

Source : Rapport d'activités 2014, CHUP-CDG

Les principaux indicateurs financiers sont les suivants : charges de personnel/charges de fonctionnement, charges de personnel contractuel/RPG, taux d'exécution des recettes recouvrées de l'année, taux d'exécution des dépenses, taux d'autofinancement, taux de couverture des dépenses par les recettes.

On note que :

- *Le taux d'autofinancement* est relativement faible (20,30% en 2014). Il n'est pas suffisant pour permettre à l'établissement de réaliser des investissements sur fonds propres, recruter suffisamment de personnel qualifié et accorder des gratifications financières consistantes au personnel.

- *Le taux d'exécution des recettes recouvrées*, a connu une baisse en 2014 comparativement à 2013. L'établissement n'arrive pas à mobiliser la totalité de ses recettes prévisionnelles. Par ailleurs, le taux de recouvrement des recettes propres de 87,57% en 2014 signifie qu'environ 1/8^{ème} des recettes propres de l'établissement ne sont pas recouvrées, ce qui explique le niveau peu élevé du taux d'autofinancement.

- *Le rapport charges de personnel/charges de fonctionnement* est très élevé. En effet, il avoisine 60% et signifie que l'établissement consacre près de 60% de son budget de fonctionnement aux charges de personnel.

- *Le taux d'exécution des dépenses* qui était en baisse sur l'exercice 2012-2013 a connu une hausse sur celui de 2013-2014 passant de 74,48% en 2013 à 86,78% en 2014. Cela traduit que l'établissement est arrivé à exécuter près de 90% des dépenses prévues. Le taux de couverture des dépenses par les recettes de 104,34% traduit l'existence de recettes non utilisées et par conséquent une possibilité d'améliorer cet indicateur, n'eût été la lourdeur et la lenteur des procédures liées aux dépenses.

- **de la gestion des infrastructures et des équipements** : cette fonction est handicapée par l'absence d'un ingénieur biomédical, d'un schéma directeur des infrastructures, d'un plan de maintenance préventive et curative, d'ateliers spécialisés (plomberie, électricité...) etc.

- **de la gestion du système d'information** : la qualité des données (exhaustivité, précision, cohérence) produites est compromise par l'absence d'un schéma directeur, l'insuffisance de compétences en matière de collecte et de traitement de l'information sanitaire au niveau des agents, la non mise à jour des outils informatiques de gestion du système d'information etc.

- **du management du marketing/communication** : d'une manière générale, sa mise en œuvre au sein de l'établissement comporte de nombreuses insuffisances⁶ : Insuffisance des ressources humaines et financières dédiées à cette fonction, absence de stratégies marketing et d'un plan de communication.

- **du management de la coopération inter-hospitalière** : la coopération inter hospitalière est peu développée au CHUP-CDG (Problème prioritaire n° 2 du plan d'action 2014).

- **du management de l'audit interne et du contrôle de gestion** : ni le contrôle de gestion ni le contrôle interne ne sont véritablement mis en œuvre par le service créé à cet effet (absence de tableaux de bord prospectifs, absence de manuel des procédures dans certains services...).

⁶Mahmoudou KABORE, *La fonction marketing à l'hôpital : Cas du Centre universitaire pédiatrique Charles De Gaulle -CHUP-CDG*, mémoire pour l'obtention du diplôme d'Administrateur des hôpitaux et des services de santé, ENAM 2011.

II.2. Analyse de l'environnement externe

L'environnement externe est constitué de l'environnement global et de l'environnement spécifique du secteur de la santé. Son analyse met en évidence l'existence de nombreuses opportunités pour le développement d'activités hospitalières dans les domaines de la pédiatrie et de la santé de la reproduction.

III.2.1. Un environnement global favorable au développement d'activités hospitalières

Les facettes de l'environnement global considérées sont les suivantes : l'économie, la démographie, la politique, la technologie, la législation et la réglementation.

- **L'environnement économique** : il est principalement caractérisé par la persistance de la pauvreté. En effet, selon l'Enquête intégrale sur les conditions de vie des ménages (EICVM) 2009, 43,9 % de la population vit sous le seuil de pauvreté avec d'importants écarts entre les régions (17,3% au Centre, 68,1% au Nord, 62,2% à l'Est etc.). La même source indique que le taux d'incidence de la pauvreté est de 19,9% en milieu urbain contre 50,7% en milieu rural. Le niveau relativement peu élevé du taux d'incidence de la pauvreté dans la zone d'implantation du CHUP-CDG (zone urbaine) ainsi que les perspectives de mise en place de l'assurance maladie universelle (AMU) permettent d'envisager une amélioration de l'accessibilité financière des prestations hospitalières pour une partie de la population desservie par l'établissement.

- **L'environnement démographique** : La forte croissance démographique implique un accroissement des besoins de santé. En conséquence, ce facteur est favorable au développement d'activités sanitaires en général et d'activités hospitalières en particulier. Il en résulte également l'émergence de nouveaux champs de recherche.

La population étant en majorité jeune et féminine, des activités sanitaires destinées à ces deux catégories ont de fortes chances de rencontrer une demande importante.

La tendance à la concentration de la population dans la région du Centre et plus particulièrement dans la ville de Ouagadougou, zone d'implantation du CHUP-CDG, peut également contribuer à l'accroissement de la demande de prestations hospitalières dans ladite zone.

Enfin, la fécondité peut constituer un facteur de survenue de nouvelles maladies telles que les malformations congénitales, pour lesquelles le système de santé et les établissements de santé ne sont pas encore préparés.

- **L'environnement politique** : La santé est hissée au rang de priorité dans la stratégie nationale de développement. Cela offre aux acteurs du secteur, dont les établissements de santé, la possibilité de bénéficier, d'une façon ou d'une autre, des ressources financières mobilisées pour la mise en œuvre de cette stratégie.

Au niveau du sous-secteur hospitalier, on note que les hôpitaux sont pris en compte dans le PNDS 2011-2020 (ce qui n'était pas le cas pour le PNDS 2001-2010). Ici aussi, cela permet aux établissements hospitaliers de bénéficier des financements destinés au

développement du secteur de la santé, à condition, bien entendu, de remplir les conditions pour ce faire.

- **L'environnement technologique** : L'évolution de l'environnement technologique dans le monde et au Burkina Faso, offre aux établissements de santé des opportunités en termes d'amélioration de la qualité de leurs prestations (gains en précision, en rapidité, etc.), de développement de nouvelles formes de pratiques médicales (télémédecine par exemple) et de développement de l'enseignement et la formation (vidéoconférence, enseignement à distance...).

Toutefois, des dispositions doivent être prises pour gérer les risques d'insécurité et de déshumanisation de la relation soignant-soigné liés à l'utilisation des technologies dans le domaine de la santé.

- **L'environnement législatif et réglementaire** : L'environnement législatif et réglementaire comporte de nombreux textes qui tendent à régir, directement ou indirectement, les activités sanitaires. On peut citer à titre d'exemples : le Code de la santé publique, le Code de l'environnement, le Code du travail, la loi hospitalière, les décrets portant statut des EPS et gestion des déchets biomédicaux, l'arrêté portant charte de l'utilisateur des services de santé, l'arrêté portant conditions d'élaboration et procédures d'adoption des projets d'établissements, ...

Le respect de ces textes par les établissements de santé peut contribuer, entre autres, à la préservation de l'environnement ainsi qu'à l'amélioration de la communication interne et externe. Cependant, il peut également être une source de limitation de leurs marges de manœuvre, notamment en matière de gestion des ressources financières (procédures), des ressources humaines (statuts), ...

II.2.2. Un environnement sectoriel propice à la promotion de la pédiatrie et de la santé de la reproduction

L'analyse du secteur de la santé consiste en une analyse des besoins de santé et de l'offre de santé.

- Les besoins de santé

Selon le PNDS 2011-2020, « *la situation sanitaire du Burkina Faso, malgré une amélioration certaine, reste caractérisée par des taux de mortalité générale et spécifique élevés* ». Ainsi, en 2006, le taux brut de mortalité était-il de 11,8‰.

Le PNDS indique également que « *la mère et l'enfant constituent les groupes les plus vulnérables* ».

Le tableau XX indique la proportion de décès maternels pour 100.000 parturientes dans les régions de 2009 à 2013.

Tableau XX : Proportion de décès maternels pour 100.000 parturientes dans les régions de 2009 à 2013

| Région | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 |
|-------------------|------|------|------|------|------|
| Boucle du Mouhoun | 110 | 112 | 76 | 115 | 79 |
| Cascades | 111 | 158 | 182 | 90 | 71 |
| Centre | 202 | 242 | 178 | 204 | 263 |
| Centre est | 127 | 93 | 100 | 104 | 87 |
| Centre-Nord | 68 | 122 | 68 | 96 | 53 |
| Centre-Ouest | 75 | 72 | 49 | 59 | 56 |
| Centre-Sud | 116 | 146 | 135 | 72 | 148 |
| Est | 156 | 129 | 139 | 159 | 90 |
| Hauts-Bassins | 183 | 172 | 170 | 207 | 172 |
| Nord | 121 | 141 | 110 | 128 | 101 |
| Plateau Central | 61 | 47 | 60 | 40 | 32 |
| Sahel | 267 | 214 | 253 | 365 | 303 |
| Sud-Ouest | 107 | 169 | 157 | 161 | 106 |
| Burkina Faso | 137 | 144 | 129 | 143 | 122 |

Source : Annuaire 2013/MS

Au niveau national, la proportion des décès maternels pour 100.000 parturientes connaît une évolution en dents de scie : 137 en 2009, 144 en 2010, 129 en 2011, 143 en 2012 et 122 en 2013.

Une comparaison entre les régions montre que le Centre, les Hauts Bassins et le Sahel enregistrent, pour cet indicateur, des niveaux généralement supérieurs à la moyenne nationale. Par contre, le Centre Nord, le Centre Est, le Centre Ouest, le Nord et le Plateau Central présentent des chiffres constamment inférieurs à la moyenne nationale.

Le tableau XXI présente la répartition des décès maternels selon la cause en 2013.

Tableau XXI : Répartition des décès maternels selon la cause en 2013

| Régions | Hémorragie | Infection | Complication avortement | Eclampsie | Rupture utérine | Disproportion | Présentation vicieuse | Rétention placentaire | GEU | Autres | Total |
|----------------|------------|-----------|-------------------------|-----------|-----------------|---------------|-----------------------|-----------------------|-----|--------|-------|
| Effectif | 183 | 97 | 57 | 86 | 44 | 16 | 19 | 11 | 25 | 216 | 754 |
| Proportion (%) | 24,3 | 12,9 | 7,6 | 11,4 | 5,8 | 2,1 | 2,5 | 1,5 | 3,3 | 28,6 | 100 |

Source : Annuaire 2013/MS

Les pathologies hémorragiques (hémorragie, rupture utérine, rétention placentaire) constituent les principales causes de décès maternels (31,6%) en 2013.

La figure 3 décrit l'évolution de la mortalité intra-hospitalière chez les moins de cinq ans de 2009 à 2013.

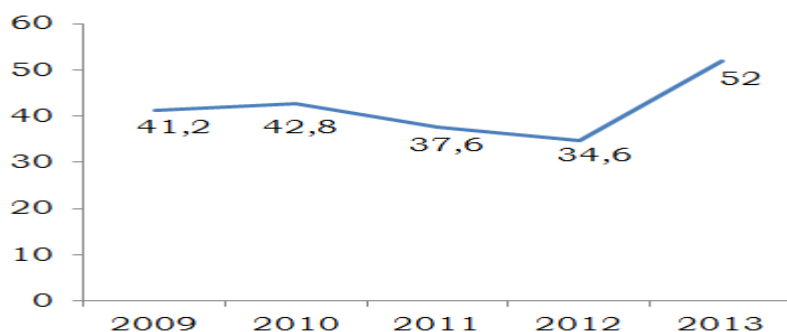


Figure 3 : Evolution de la mortalité intra-hospitalière (P. 1000) chez les moins de cinq ans de 2009 à 2013

Source : Tableau de bord santé 2013 (Ministère de la Santé, juillet 2014)

Après une baisse entre 2010 et 2012 la mortalité intra-hospitalière chez les moins de cinq ans a connu une forte hausse en 2013.

Selon le PNDS 2011-2020, les principales causes de morbidité et de mortalité néonatales sont les suivantes : les infections sévères (32%), la prématurité/faible poids à la naissance (22%), l'asphyxie (21%) et le tétanos néonatal (12%). Quant aux décès infanto-juvéniles, ils sont dus à la pneumonie (24%), au paludisme (20%), à la diarrhée (19%), aux causes néonatales (18%), au VIH/SIDA (4%) et à la rougeole (3%). Le PNDS précise que les décès surviennent sur des terrains de malnutrition dans 54% des cas⁷.

En résumé, les données épidémiologiques montrent que la femme, et plus particulièrement la mère, et l'enfant constituent les groupes les plus vulnérables. Leurs problèmes de santé se posent donc avec beaucoup plus d'acuité que les autres groupes. A cet égard, le CHUP-CDG devrait, en réponse aux besoins de santé publique, non seulement renforcer son offre de prestations dans le domaine de la pédiatrie, mais également proposer aux populations des prestations en matière de santé de la mère.

- Besoins de formation universitaire et professionnelle en santé

L'offre de formation de base et/ou de perfectionnement des personnels de santé est relativement satisfaisante. En médecine la formation est assurée par l'UFR-SDS et l'USTA à Ouagadougou, le pôle régional de l'UFRS-SDS à Ouahigouya et l'INSSA à Bobo Dioulasso. Pour les paramédicaux (infirmiers/ères, SFE/ME, AIS, AA, GS/FS), l'ENSP et plusieurs écoles privées à Ouagadougou et dans les régions assurent la formation. La difficulté majeure réside dans l'insuffisance des capacités d'accueil des structures de soins pour l'encadrement des stagiaires qui se retrouvent souvent en effectifs pléthoriques sur les terrains de stage, ce qui impacte négativement la qualité de la formation.

- Analyse de l'offre de santé

On peut retenir de l'analyse de l'offre de santé, les éléments suivants :

- L'offre de santé, au niveau national, est assurée très majoritairement par des structures publiques (1987 formations sanitaires publiques de soins en 2013), mais également par des structures privées (329 formations sanitaires privées de soins en 2013).
- Le CHUP-CDG se positionne dans cette offre de santé comme une formation sanitaire publique de soins de troisième niveau (niveau le plus élevé du système de santé). Il est implanté dans une zone de forte concentration de structures sanitaires publiques et privées : La Région du Centre. Au niveau des structures publiques, il partage le même territoire que deux autres formations sanitaires de troisième niveau. Pour ce qui concerne les structures privées, le CHUP-CDG partage également le même espace géographique que la

⁷ PNDS 2011-2020, p. 5.

plupart des formations sanitaires qui lui sont comparables, c'est-à-dire les polycliniques et les cliniques.

- La plupart des formations sanitaires publiques et privées de même niveau que le CHUP-CDG offrent des prestations dans le domaine de la pédiatrie (consultations, hospitalisations etc.).

- Cependant, malgré le nombre important de formations sanitaires potentiellement concurrentes et qui offrent des prestations en matière de pédiatrie, le CHUP-CDG ne semble pas souffrir de cette situation, en termes de fréquentation. Bien au contraire, il affiche un taux d'occupation de ses lits (91,1%) supérieur à la norme OMS (80%). Ce taux indique donc qu'il fait face à une forte demande et qu'il doit nécessairement accroître ses capacités d'accueil pour la satisfaire. Cette situation s'explique sans doute par le fait que le CHUP-CDG a su s'imposer comme leader sur certains segments de la pédiatrie tels que la chirurgie et les urgences pédiatriques.

II.3. Problèmes prioritaires

Les problèmes prioritaires qui se dégagent de la confrontation entre l'analyse de l'environnement interne et celle de l'environnement externe sont les suivants :

1°) La disponibilité, l'efficacité et la sécurité des prestations médicales, chirurgicales et médico-techniques ne sont pas optimales.

2°) Les activités de formation et de recherche ne sont pas suffisamment développées.

3°) Les soins infirmiers ne sont pas suffisamment développés.

4°) Le niveau des ressources humaines n'est pas optimal en termes d'effectifs, de compétences et de motivation.

5°) La situation financière de l'établissement n'est pas suffisamment sécurisée.

6°) Les infrastructures et les équipements ne sont pas suffisamment adaptés aux besoins des usagers et des travailleurs.

7°) La collecte et le traitement de l'information hospitalière ne sont pas réalisés de façon optimale.

8°) Tout comme la gestion des ressources, les autres fonctions managériales de l'établissement comportent des lacunes.

III. NOS CHOIX STRATEGIQUES

Au regard du contexte ci-dessus décrit et des problèmes prioritaires identifiés, nous avons opéré des choix stratégiques pour permettre à notre établissement de s'inscrire durablement dans une dynamique de performance.

Ces choix concernent notre identité d'une part, et nos activités d'autre part.

III.1. Les choix relatifs à notre identité

L'identité d'une organisation se définit comme l'image collective de ce qu'est cette organisation pour tous ceux qui y travaillent (*Strategor*, 1993).

Les principaux éléments de cette identité sont : la mission, la vision et les valeurs.

III.1.1. Notre mission

La mission présente brièvement la vocation et le rôle de l'organisation à l'égard des citoyens et citoyennes et de la collectivité.

De nombreux textes législatifs et réglementaires permettent de cerner la mission du CHUP-CDG. Il s'agit notamment de la loi portant Loi hospitalière⁸, des décrets portant statut général des EPS⁹, création et définition des CHU¹⁰ ainsi que du décret n° 99-252/PRES/PM/MS du 20 juillet 1999, portant création du Centre hospitalier national pédiatrique de Ouagadougou (CHNPO).

Il ressort de ces textes que la mission assignée au CHUP-CDG comporte trois axes : les soins, l'enseignement (formation) et la recherche.

Le décret n° 99-252/PRES/PM/MS du 20 juillet 1999 précise que le CHNPO a pour mission « *d'offrir des prestations de soins spécialisés, préventifs, promotionnels et réadaptatifs pour enfants* » (article 3, alinéa 2).

Cependant :

- prenant en compte le fait que notre établissement avait pour vocation initiale d'être un hôpital mère-enfant ;
- considérant également que le PNDS 2011-2020 a identifié l'enfant et la mère comme étant les groupes les plus vulnérables ;
- au regard, enfin, du souhait exprimé par certains médecins de développer des prestations en matière de santé de la reproduction ;

Il nous est apparu nécessaire de franchir les limites déterminées par le décret n° 99-252/PRES/PM/MS du 20 juillet 1999 et d'étendre la mission de notre établissement à la santé de la reproduction.

En conséquence, notre mission est reformulée comme suit :

⁸ Loi n° 034/98/ADP du 18 mai 1998 portant loi hospitalière.

⁹ Décret n° 2014-615/PRES/PM/MEF/MS du 24 juillet 2014 portant statut général des Etablissements publics de Santé (EPS).

¹⁰ Décret n° 2003-163/PRES/PM/MS du 26 mars 2003 portant création et définition des Centres hospitaliers universitaires (CHU).

Assurer une prise en charge hospitalière de haut niveau et jouer un rôle hospitalo-universitaire prééminent dans les domaines de la pédiatrie et de la santé de la reproduction.

III.1.2. Notre vision

La vision n'est autre chose que la représentation d'un futur désiré (Helfer *et al.*, 2006).

- Sachant que le CHUP-CDG est le fruit de la coopération entre le Burkina Faso et la France, avec pour vocation initiale d'être non seulement un hôpital mère-enfant mais également le site pilote de la réforme hospitalière entreprise dans les années 1998 en Afrique de l'Ouest ;
 - prenant en compte les aspirations actuelles des parties prenantes de l'établissement ;
- Notre vision a été formulée comme suit :

Etre reconnu à l'échelle nationale et sous-régionale (Afrique de l'Ouest) comme un hôpital de référence en matière de santé de la reproduction (couple-mère-enfant), pour la qualité des soins qui y sont dispensés ainsi que pour l'excellence de ses activités de recherche et de formation.

III.1.1.3. Nos valeurs

Les valeurs sont des principes d'action et de comportement qui soutiennent la démarche professionnelle de chacun des collaborateurs de l'organisation dans son action quotidienne.

Le processus aboutit à l'identification de six valeurs qui ont pour vocation de créer un esprit et une culture propres au CHUP-CDG. Il s'agit des valeurs ci-dessous :

- **La responsabilité** : Chaque acteur doit assumer pleinement son rôle au sein de notre établissement. Il doit être en mesure de prendre des initiatives quand cela est nécessaire et possible.
- **L'engagement** : Chaque acteur doit s'impliquer sans réserve dans la vie de notre hôpital et se sentir concerné par son devenir.
- **La solidarité** : Notre communauté hospitalière constitue une famille dont les membres se doivent mutuellement assistance et soutien.
- **La probité** : Toute pratique contraire à la morale professionnelle doit être bannie du comportement de chacun des acteurs de notre établissement.
- **Le respect du patient** : Le patient est au centre de l'activité de notre établissement. En conséquence, il doit faire l'objet de toutes les attentions de la part de toutes les parties prenantes de l'hôpital.
- **L'excellence** : Nous faisons de l'utilisation des meilleures pratiques, une quête permanente dans chacun de nos domaines d'intervention.

III.2. Les choix concernant nos orientations stratégiques et les axes d'intervention

Conformément à notre mission et à notre vision, nous avons opéré des choix stratégiques concernant les activités que nous comptons déployer pendant la période 2015-2019.

Ces choix se déclinent en orientations stratégiques, en axes d'intervention, en objectifs stratégiques et en actions prioritaires.

Ces choix tiennent compte des orientations stratégiques du PNDS 2011-2020 que notre projet d'établissement a pour vocation de contribuer à mettre en œuvre.

En conformité avec la loi portant Loi hospitalière et l'arrêté n° 2001-260/MS/CAB du 29 novembre 2001¹¹, nous avons reparti les différents choix stratégiques entre quatre (04) projets : le Projet médical, le Projet de soins infirmiers et obstétricaux, le Projet social et le Projet managérial.

¹¹Arrêté portant conditions d'élaboration et procédures d'approbation des projets d'établissement hospitaliers.

III.2.1. Notre Projet médical

« Le projet médical définit les orientations stratégiques en matière de diagnostic, de soins, d'enseignement, de recherche et de prévention, en partant d'une analyse de l'existant s'appuyant sur des indicateurs d'activité médicale, de clientèle et d'image de l'hôpital, et en précisant les pôles d'activités devant être particulièrement soutenus et développés »¹².

Le premier problème prioritaire mis en exergue par le diagnostic stratégique est le suivant : « La disponibilité, l'efficacité et la sécurité des prestations médicales, chirurgicales et médico-techniques ne sont pas optimales ».

En conséquence, l'orientation stratégique de notre projet médical est la suivante :

Optimiser la disponibilité, l'efficacité et la sécurité de nos prestations médicales, chirurgicales et médico-techniques (Orientations stratégiques 2 et 4 du PNDS).

Les pôles d'activités (ou axes d'intervention) que nous avons choisi de développer dans le cadre de cette orientation stratégique sont les suivants :

- 1°) Les consultations externes ;
- 2°) Les urgences médicales et chirurgicales ;
- 3°) La pédiatrie médicale ;
- 4°) La chirurgie pédiatrique ;
- 5°) L'anesthésie et la réanimation ;
- 6°) La santé de la reproduction ;
- 7°) La biologie médicale ;
- 8°) L'imagerie médicale ;
- 9°) La pharmacie.

Pour chacun de ces axes d'intervention, des objectifs stratégiques et des actions prioritaires ont été définis et consignés dans le tableau ci-dessous.

¹² Arrêté n° 2001-260/MS/CAB du 29 novembre 2001 précédemment cité, article 6.

Orientation stratégique 1 : Optimiser la disponibilité, l'efficacité et la sécurité de nos prestations médicales, chirurgicales et médico-techniques (Orientations stratégiques 2 et 4 du PNDS)

| Axes d'intervention | Objectifs stratégiques | Actions prioritaires |
|--|--|---|
| Consultations externes | <p>1.1. Assurer des consultations externes de qualité</p> <p>- <i>Indicateur 1 : temps d'attente</i> Cible : ≤ 30 mn</p> <p>- <i>Indicateur 2 : nombre de nouveaux consultants</i> Cible : $\geq 5\ 600$/an</p> <p>- <i>Indicateur 3 : taux de satisfaction des nouveaux consultants</i> Cible : ≥ 80 %</p> | Renforcement des capacités opérationnelles de l'unité de Consultations externes |
| Urgences médicales et chirurgicales | <p>1.2. Assurer une prise en charge de qualité des urgences médico-chirurgicales</p> <p>- <i>Indicateur 1 : délai de prise en charge aux urgences médicales</i> Cible : ≤ 10 mn</p> <p>- <i>Indicateur 2 : délai de prise en charge aux urgences chirurgicales</i> Cible : ≤ 10 mn</p> <p>- <i>Indicateur 3 : proportion de décès audités avec comptes rendus écrits</i> Cible : 100%</p> <p>- <i>Indicateur 4 : délai opératoire aux urgences chirurgicales</i> Cible : < 2h</p> | <p>Renforcement des capacités opérationnelles des unités d'urgences médicales et chirurgicales</p> <hr/> <p>Réalisation d'une étude sur la restructuration technique et administrative des urgences médicales et chirurgicales</p> |
| Pédiatrie médicale | <p>1.3. Assurer des soins de qualité en pédiatrie médicale clinique</p> <p>- <i>Indicateur 1 : TOL.</i> Cible : $\leq 80\%$.</p> <p>- <i>Indicateur 2 : Durée moyenne de séjour</i> Cible : ≤ 7 jours (cas aigus)</p> | <p>Renforcement des capacités opérationnelles de 6 unités du service de Pédiatrie médicale : GE, Nourrissons, MI, Pneumologie/ Allergologie, Néonatalogie, Oncologie</p> <hr/> <p>Création d'une unité de Cardiologie-pneumologie</p> |

| | | |
|----------------------------------|--|---|
| | <p>: ≤ 21 jours (cas chroniques) : ≤ 30 jours (oncologie)</p> <p>- <i>Indicateur 3 : taux de mortalité néonatale</i> Cible : ≤ 10%</p> <p>- <i>Indicateur 4 : taux de mortalité intra-hospitalière</i> Cible : < 7 %</p> | <p>pédiatrique de 30 lits</p> <p>Création d'une unité de Néphrologie</p> |
| <i>Chirurgie pédiatrique</i> | <p>1.4. Assurer une prise en charge chirurgicale de qualité</p> <p>- <i>Indicateur 1 : proportion de décès audités avec comptes rendus écrits</i> Cible : 100%</p> <p>- <i>Indicateur 2 : taux de mortalité en chirurgie hospitalisation</i> Cible : <4%</p> <p>- <i>Indicateur 3 : durée moyenne de séjour en chirurgie hospitalisation: ≤ 5 jours</i></p> <p>- <i>Indicateur 4 : délai de programmation au bloc opératoire</i> Cible : <2 semaines</p> <p>- <i>Indicateur 5 : taux de mortalité péri-opératoire</i> Cible : 0%</p> <p>- <i>Indicateur 6 : taux de réalisation du programme opératoire</i> Cible : ≥90%</p> | <p>Renforcement des capacités opérationnelles de 3 unités du service de Chirurgie pédiatrique : Bloc opératoire, Chirurgie hospitalisation, Rééducation fonctionnelle</p> <p>Création d'une unité d'Orthopédie de 25 lits</p> <p>Création d'une unité de Chirurgie ambulatoire de 20 lits</p> |
| | | |
| | | |
| <i>Anesthésie et réanimation</i> | <p>1.5. Assurer des soins de qualité en matière d'anesthésie et de réanimation</p> <p>- <i>Indicateur 1 : durée moyenne de séjour</i> Cible : ≤ 04 jours</p> <p>- <i>Indicateur 2 : taux de mortalité</i> Cible : ≤ 15%</p> <p>- <i>Indicateur 3 : taux de report d'intervention lié à l'anesthésie</i> Cible : 0%</p> <p>- <i>Indicateur 4 : le taux de complications post-anesthésiques</i> Cible : 0%</p> <p>- <i>Indicateur 5 : taux de conversion de</i></p> | <p>Renforcement des capacités opérationnelles des unités d'Anesthésie et de Réanimation</p> |

| | | |
|---------------------------------|---|--|
| | <i>patients ambulatoires en hospitalisation</i> Cible : 0% | |
| Santé de la reproduction | 1.6. Assurer une prise en charge de qualité des grossesses pathologiques - <i>Indicateur 1 : taux de mortalité maternelle intra-hospitalière</i> Cible : - <i>Indicateur 2 : nombre de consultations pour grossesse pathologique</i> Cible : | Création d'un service de Gynécologie obstétrique |
| | 1.7. Assurer une prise en charge de qualité des stérilités du couple - <i>Indicateur 1 : nombre de consultations pour stérilité du couple</i> Cible : | |
| Biologie médicale | 1.8. Réaliser des analyses de biologie médicale de qualité - <i>Indicateur 1 : taux d'édition des résultats d'analyse</i> Cible : 100% - <i>Indicateur 2 : promptitude dans le rendu des résultats</i> Cible : 100% <i>< 1h pour les examens d'urgence</i> <i>4 h pour les examens non urgents</i> <i>< 5 jours pour les résultats de bactériologie (culture)</i> <i>< 7 jours pour les examens de biologie moléculaire</i> - <i>Indicateur 3 : vitalité des Cellules (banque de tissus)</i> Cible : 100% | Renforcement des capacités opérationnelles de 6 unités du service des Laboratoires : Biochimie, Hématologie/Banque de sang, Bactériologie/Virologie, Parasitologie/Mycologie, Biologie moléculaire, Immunologie/Sérologie. |
| | 1.9. Assurer une prise en charge radiologique, diagnostique et | Renforcement des capacités opérationnelles de 3 unités du service d'Imagerie médicale : |

| | | |
|---------------------------------|---|--|
| <p>Imagerie médicale</p> | <p>thérapeutique de qualité</p> <p>- <i>Indicateur 1 : promptitude dans le rendu des rapports d'examen au patient ou au médecin</i> Cible : ≤ 36 heures</p> <p>- <i>Indicateur 2 : promptitude dans le rendu des rapports d'examen urgents au patient ou au médecin</i> Cible : <02 heures</p> <p>- <i>Indicateur 3 : promptitude dans la prise en charge des examens radiologiques d'urgence</i> Cible : ≤ 01heure</p> <p>- <i>Indicateur 4: délai de réalisation d'un examen radiologique non urgent et non spécialisé</i> Cible : < 01heure</p> <p>- <i>Indicateur 5 : délai de réalisation d'un examen radiologique spécialisé non urgent</i> Cible : < 05 jours.</p> | <p>Radiologie conventionnelle, Echographie, Scannographie</p> <hr/> <p>Création d'une unité d'imagerie du couple</p> |
| <p>Pharmacie</p> | <p>1.10. Assurer une disponibilité optimale de produits pharmaceutiques de qualité</p> <p>- <i>Indicateur 1 : taux de rupture des médicaments traceurs</i> Cible : 0%</p> <hr/> <p>1.11. Assurer une stérilisation de qualité du linge et du matériel</p> <p>- <i>Indicateur : proportion de matériel stérilisé par rapport au matériel reçu</i> Cible : 100%</p> | <p>Renforcement des capacités opérationnelles de 4 unités du service de la Pharmacie : Pharmacie clinique/Pharmacovigilance, Distribution/Dispensation, Approvisionnement, Préparation pharmaceutique</p> <hr/> <p>Création d'une unité de pharmaco et de toxicocinétique</p> <hr/> <p>Création d'une unité de stérilisation centralisée</p> |

III.2.2. Notre Projet de soins infirmiers et obstétricaux

« Le projet de soins infirmiers et obstétricaux précise les objectifs de soins infirmiers et obstétricaux au regard des axes et objectifs médicaux de l'établissement. Il vise à l'amélioration de la qualité des soins et de l'organisation des soins, en partant d'une analyse de l'existant et en s'appuyant sur la mise en place du service de soins infirmiers »¹³.

Le problème prioritaire identifié par le diagnostic stratégique dans le domaine des soins infirmiers est le suivant : « L'organisation et la mise en œuvre des soins infirmiers ne sont pas optimales ». L'orientation stratégique dans ce domaine est donc la suivante :

Renforcer l'organisation et la mise en œuvre des soins infirmiers et obstétricaux dans notre établissement (Orientations 2 et 4 du PNDS).

Deux axes d'intervention se dégagent de cette orientation stratégique, à savoir :

- 1°) Organisation ;
- 2°) Mise en œuvre.

Des objectifs et des actions prioritaires, définis pour ces axes, ont été consignés dans le tableau ci-dessous.

| Orientation stratégique 2 : Renforcer l'organisation et la mise en œuvre des soins infirmiers et obstétricaux dans notre établissement (Orientations 2 et 4 du PNDS) | | |
|---|---|---|
| Axes d'intervention | Objectifs stratégiques | Actions prioritaires |
| Organisation | 2.1. Assurer une organisation efficace et efficiente des soins infirmiers et obstétricaux | Opérationnalisation de la Commission des soins infirmiers et obstétricaux |
| | - <i>Indicateur 1 : Pourcentage des dossiers infirmiers bien remplis</i> Cible : 100% - <i>Indicateur 2 : taux de respect des protocoles de soins</i> Cible : 100% | Renforcement des capacités opérationnelles du Service des soins infirmiers et obstétricaux |
| 2.2. Mise en œuvre | 2.2. Assurer des soins infirmiers et obstétricaux de qualité (Cf. objectifs et indicateurs de performance du projet médical) | Renforcement des outils techniques de mise en œuvre des soins infirmiers et obstétricaux : normes et protocoles de soins, dossier de soins, plan de soins, plan de formation, recherche en soins infirmiers, méthodes d'évaluation. |

¹³Arrêté n° 2001-260/MS/CAB du 29 novembre 2001 précédemment cité, article 8.

III.2.3. Notre Projet social

« Le projet social, vise à développer la participation, la motivation et l'adhésion des personnels.

Il définit les perspectives en matière d'évolution des ressources humaines par rapport aux besoins des services, d'amélioration des conditions de travail des différentes catégories de personnel, de mise en œuvre des droits et obligations des agents hospitaliers, dans le respect des textes statutaires les concernant. Il détermine les stratégies en matière de politique d'intéressement »¹⁴.

Le problème prioritaire en matière de ressources humaines est que « leur niveau n'est pas optimal en termes d'effectifs, de compétences et de motivation ». Par conséquent, l'orientation stratégique dans ce domaine est la suivante :

Optimiser les effectifs, les compétences et la motivation de nos ressources humaines (Orientation stratégique 3 du PNDS)

Les axes d'intervention au niveau de cette orientation sont les suivants :

- 1°) Emplois, compétences et carrières ;
- 2°) Conditions de travail ;
- 3°) Relations sociales ;
- 4°) Formation.

Pour chacun de ces axes, des objectifs et des actions prioritaires ont été définis et figurent dans le tableau ci-dessous.

| Orientation stratégique 3 : Optimiser les effectifs, les compétences et la motivation de nos ressources humaines (Orientation stratégique 3 du PNDS) | | |
|---|---|--|
| Axes d'intervention | Objectifs stratégiques | Actions prioritaires |
| Emplois, compétences et carrières | 3.1. Satisfaire les besoins présents et futurs de l'établissement en emplois et en compétences <i>- Indicateur 1 : Taux de turn over par an</i> Cible : < 10%. <i>- Indicateur 2 : Taux de satisfaction des besoins en personnel par service</i> Cible : ≥ 85% | Renforcement des capacités opérationnelles de la DRH Mise en place des outils techniques de gestion des emplois, des compétences et des carrières : fiches de description des postes de travail, référentiel de compétences, pyramide des âges, plan de recrutement, tableaux de bord RH, schéma directeur des ressources humaines, dossier individuel, plan de carrière... |
| | 3.2. Assurer une gestion optimale des carrières des agents | |

¹⁴Arrêté n° 2001-260/MS/CAB du 29 novembre 2001 précédemment cité, article 10.

| | | |
|------------------------------|---|---|
| | <p>- <i>Indicateur 1 : Pourcentage de dossiers du personnel à jour</i> Cible : 100 %</p> <p>- <i>Indicateur 2 : Pourcentage des agents évalués par an</i> Cible : 100 % des agents concernés</p> <p>- <i>Indicateur 3 : Pourcentage des agents ayant bénéficié d'avancements d'échelon par an</i> Cible : 100 % des agents concernés</p> | |
| Conditions de travail | <p>3.3. Rationaliser la charge de travail</p> <p>- <i>Indicateur 1 : Nombre de malades hospitalisés/infirmier/jour</i> Cible : ≤ 4</p> <p>- <i>Indicateur 2 : Nombre de malades hospitalisés /médecin/jour</i> Cible : ≤ 12</p> <p>- <i>Indicateur 3 : Nombre de consultations /médecin/jour</i> Cible : 15</p> <p>- <i>Indicateur 4 : Nombre d'actes /technicien/jour</i> Cible : ≤ 15</p> | <p>Réalisation d'une étude sur la charge de travail</p> <p>Mise à disposition d'un soutien psychologique pour les travailleurs qui en ont besoin</p> |
| | <p>3.4. Préserver la santé et la sécurité des agents</p> <p>- <i>Indicateur 1 : nombre d'accidents de travail par an</i> Cible : ≤ 5</p> <p>- <i>Indicateur 2 : pourcentage de maladies professionnelles prises en charge par an</i> Cible : 100%</p> <p>- <i>Indicateur 3 : pourcentage d'agents à jour des vaccins ciblés</i> Cible : 100%</p> | <p>Mise en place du Comité technique d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CTHSCT)</p> <p>Opérationnalisation d'un service de santé du personnel</p> |

| | | |
|----------------------------------|---|--|
| | <p>3.5. Assurer une bonne gestion de la rémunération des agents <i>- Indicateur 1 : taux d'irrégularité dans les éléments de salaire</i> Cible : 0%</p> <p><i>- Indicateur 2 : durée maximum de traitement des salaires</i> Cible : ≤ 7 jours</p> | <p>Assainissement des éléments de salaire</p> <p>Traitement diligent des salaires, des ristournes et des primes de rendement</p> |
| | <p>3.6. Satisfaire les besoins para-professionnels des travailleurs <i>- Indicateur 1 : Taux de satisfaction des besoins para-professionnels</i> Cible : 100%</p> | <p>Ouverture d'un restaurant-réfectoire pour le personnel</p> <p>Aménagement d'un parking pour le personnel</p> |
| <p>Relations sociales</p> | <p>3.7. Promouvoir le dialogue social et la solidarité <i>- Indicateur 1 : Nombre de conflits</i> Cible : 0</p> <p><i>- Indicateur 2 : versement de l'appui financier à la mutuelle</i> Cible : 100%</p> | <p>Renforcement de la communication interne : cadres de concertation, supports de communication,...</p> <p>Opérationnalisation du Service des œuvres sociales du personnel</p> <p>Opérationnalisation de la mutuelle des travailleurs</p> <p>Mise en place d'une politique d'accueil et d'intégration des nouveaux arrivants</p> |
| <p>Formation</p> | <p>3.8. Assurer le développement professionnel et personnel des agents <i>- Indicateur 1 : taux d'exécution annuel du plan de formation</i> Cible : ≥ 80%</p> <p><i>- Indicateur 2 : nombre de formations par agent, par emploi et par an</i> Cible : ≥ 1</p> | <p>Elaboration d'un plan de formation 2015-2019</p> <p>Création d'une bibliothèque</p> |

| | | |
|--|---|--|
| | <p>3.9. Valoriser l'expertise interne</p> <p><i>- Indicateur 1 : proportion de formateurs internes dans le pool de formateurs</i></p> <p>Cible : $\geq 60\%$</p> | Mise en place d'un pool de formateurs internes |
|--|---|--|

III.2.4. Notre Projet managérial

Le projet managérial regroupe l'ensemble des « *projets relatifs à l'enseignement, la recherche, la formation, la gestion et le système d'information.*

Ces projets visent à créer la dynamique indispensable à la mise en œuvre des changements envisagés, pour ouvrir l'hôpital sur son environnement social, culturel, institutionnel et économique, et pour enrichir le dispositif central du projet d'établissement »¹⁵.

Plusieurs problèmes prioritaires de l'établissement relèvent du Projet managérial tel que défini. Ces problèmes appellent, en conséquence, des orientations stratégiques appropriées.

Sont présentés ci-dessous, les différents problèmes prioritaires relevant du Projet managérial ainsi que les orientations stratégiques et les axes d'intervention qui leur correspondent :

« *Les activités de formation et de recherche ne sont pas suffisamment développées* ».

Orientation stratégique correspondante :

Renforcer les activités de formation et de recherche dans notre établissement (Orientation stratégique 7 du PNDS)

Axes d'intervention :

- 1) Enseignement/formation ;
- 2) Recherche.

« *La situation financière de l'établissement n'est pas suffisamment sécurisée* ».

Orientation stratégique correspondante :

Sécuriser davantage notre situation financière (Orientation stratégique 8 du PNDS)

Axes d'intervention :

- 1) Recettes ;
- 2) Dépenses.

« *Les infrastructures et les équipements ne sont pas suffisamment adaptés aux besoins des usagers et des travailleurs* ».

Orientation stratégique correspondante :

Adapter nos infrastructures et nos équipements aux besoins des usagers et des travailleurs (Orientation stratégique 5 du PNDS)

Axes d'intervention :

¹⁵Arrêté n° 2001-260/MS/CAB du 29 novembre 2001 précédemment cité, article 12.

- 1) Infrastructures ;
- 2) Equipements ;
- 3) Hygiène hospitalière.

« La collecte et le traitement de l'information hospitalière ne sont pas réalisés de façon optimale ».

Orientation stratégique correspondante :

| |
|--|
| Optimiser notre système d'information (Orientation stratégique 6 du PNDS) |
|--|

Axes d'intervention :

- 1) Collecte de l'information hospitalière ;
- 2) Traitement de l'information hospitalière ;
- 3) Utilisation de l'information hospitalière.

« Tout comme la gestion des ressources, les autres fonctions managériales de l'établissement comportent des lacunes ».

Orientation stratégique correspondante :

| |
|--|
| Comblent les lacunes des autres fonctions managériales de notre établissement (Orientation stratégique 1 du PNDS) |
|--|

Axes d'intervention :

- 1) Management de la qualité ;
- 2) Management du marketing/communication ;
- 3) Management de la coopération inter-hospitalière ;
- 4) Management de l'audit interne et du contrôle de gestion.

| Orientation stratégique 4 : Optimiser nos activités de formation et de recherche (Orientation stratégique 7 du PNDS) | | |
|---|---|---|
| Axes d'intervention | Objectifs stratégiques | Actions prioritaires |
| Soins | Assurer des soins de qualité | |
| <i>Enseignement/ formation</i> | 4.1. Assurer un encadrement de qualité aux étudiants, aux élèves et aux professionnels <i>- Indicateur 1 : proportion d'étudiants, d'élèves et de professionnels encadrés</i> Cible : 100% <i>- Indicateur 2 : Nombre de thèses et de mémoires soutenus</i> | Création d'un internat Mise en place d'un programme de formation continue pour les professionnels externes |

| | | |
|---|---|--|
| | Cible : ≥ 64 | |
| <i>Recherche</i> | 4.2. Promouvoir la recherche scientifique en milieu hospitalier - <i>Indicateur 1 : Nombre d'études réalisées</i> Cible : ≥ 150 . - <i>Indicateur 2 : proportion de restitutions d'études réalisées</i> Cible : 100%. | Elaboration et mise en œuvre d'un programme de recherche |
| | | Valorisation des résultats de la recherche |
| Orientation stratégique 5 : Sécuriser davantage notre situation financière (Orientation stratégique 8 du PNDS) | | |
| Axes d'intervention | Objectifs stratégiques | Actions prioritaires |
| <i>Recettes</i> | 5.1. Accroître le niveau des autres financements non étatiques - <i>Indicateur 1 : Part des autres financements non étatiques dans les recettes totales</i> Cible : $\geq 25\%$ | Elaboration d'une stratégie de fundraising (Cf. objectif 8.2.) |
| | 5.2. Accroître le niveau des recettes propres - <i>Indicateur 1 : Taux d'autofinancement</i> Cible : $\geq 25\%$ - <i>Indicateur 2 : Taux de recouvrement des recettes propres</i> Cible : 100% | Révision de la grille tarifaire Révision de la politique d'exonération Renforcement du dispositif de recouvrement Elargissement de la gamme des prestations |
| <i>Dépenses</i> | 5.3. Relever le niveau d'exécution des dépenses - <i>Indicateur 1 : Taux d'exécution des dépenses</i> Cible : $\geq 85\%$ - <i>Indicateur 2 : Taux d'exécution du Plan de passation des marchés.</i> Cible : 100% | Révision de la planification des dépenses |

Orientation stratégique 6 : Adapter nos infrastructures et nos équipements aux besoins des usagers et des travailleurs (Orientation stratégique 5 du PNDS)

| Axes d'intervention | Objectifs stratégiques | Actions prioritaires |
|-----------------------------|---|---|
| <i>Infrastructures</i> | <p>6.1. Accroître la capacité d'accueil des infrastructures :</p> <p>- <i>Indicateur 1 : nombre de bâtiments réhabilités ou aménagés ;</i> Cible : \geq 06 bâtiments</p> | <p>Renforcement des capacités opérationnelles de la DSG</p> <p>Aménagement et réhabilitation des infrastructures existantes</p> <p>Construction de nouvelles infrastructures</p> <p>Elaboration du schéma directeur des infrastructures</p> |
| <i>Equipements</i> | <p>6.2. Normaliser les équipements</p> <p>- <i>Indicateur 1 : Taux de complétude des équipements traceurs ;</i> Cible : 100%</p> <p>- <i>Indicateur 2 : Nombre de jours d'immobilisation des équipements traceurs.</i> Cible : 0 jour</p> | <p>Elaboration du schéma directeur des équipements</p> <p>Acquisition d'équipements complémentaires</p> <p>Elaboration d'un plan de maintenance préventive et curative</p> |
| <i>Hygiène hospitalière</i> | <p>6.3. Maintenir l'hygiène des locaux et du matériel</p> <p>- <i>Indicateur 1 : Nombre de plaintes d'irrégularité de nettoyage</i> Cible : 0</p> <p>- <i>Indicateur 2 : Nombre de contrats de nettoyage et d'entretien signé par an</i> Cible : \geq1-</p> <p>6.4. Préserver l'environnement</p> <p>- <i>Indicateur 1 : Nombre de jours d'immobilisation de l'incinérateur</i> Cible : 0</p> <p>- <i>Indicateur 2 : Nombre de jours de rupture en boîtes de sécurité</i> Cible : 0</p> <p>- <i>Indicateur 3 : Nombre de jours de rupture en sachets-poubelles</i> Cible : 0</p> | <p>Elaboration d'un plan de promotion de l'hygiène hospitalière</p> |

| | <p>6.5. Assurer l'hygiène des soins et des personnes :</p> <p>- <i>Indicateur 1 : Proportion d'agents ayant bénéficié de dotation en équipements de protection individuelle par an</i> Cible : 80%</p> <p>- <i>Indicateur 2 : Proportion de distributeurs de savon liquide fonctionnels</i> Cible : 100%</p> | |
|--|---|---|
| Orientation stratégique 7 : Optimiser notre système d'information (Orientation stratégique 6 du PNDS) | | |
| Axes d'intervention | Objectifs stratégiques | Actions prioritaires |
| <i>Collecte</i> | <p>7.1. Assurer la complétude, la promptitude et la fiabilité de l'information collectée</p> <p>- <i>Indicateur 1 : Taux de complétude</i> Cible : 100%</p> <p>- <i>Indicateur 2 : Taux de promptitude</i> Cible : 100%</p> <p>- <i>Indicateur 3 : Coefficient de cohérence</i> Cible $\geq 0,8$</p> | <p>Renforcement des capacités opérationnelles du SPIH</p> |
| | | <p>Elaboration du schéma directeur du système d'information hospitalier</p> |
| <i>Traitement</i> | <p>7.2. Assurer un traitement adéquat de l'information hospitalière</p> <p>- <i>Indicateur 1 : Nombre de rapports saisis/Nombre de rapports attendus</i> Cible : 100%</p> <p>- <i>Indicateur 2 : Nombre de contrôles de qualité des données réalisé par an</i> Cible : ≥ 1.</p> | |
| <i>Utilisation</i> | <p>7.3. Assurer une utilisation optimale de l'information</p> <p>- <i>Indicateur 1 : nombre de retro-informations réalisé à l'endroit des utilisateurs</i> Cible : 4 (1/trimestre)</p> | |

| | - <i>Indicateur 2 : nombre de documents synthèse (rapport annuel d'activités, annuaire statistique) produits et diffusés</i> Cible : 02 | |
|--|---|---|
| Orientation stratégique 8 : Comblent les lacunes des autres fonctions managériales de notre établissement (Orientation stratégique 1 du PNDS) | | |
| Axes d'intervention | Objectifs stratégiques | Actions prioritaires |
| Management de la qualité | 8.1. Garantir le respect des normes et standards en matière de qualité hospitalière <i>- Indicateur 1 : Proportion de services et unités mettant en œuvre les « 5S, KAIZEN, TQM »</i> Cible : 100% | Renforcement des capacités opérationnelles de la Direction en charge de la qualité |
| | | Opérationnalisation d'une démarche d'assurance qualité |
| Management du Marketing/ communication | 8.2. Entraîner l'adhésion des usagers et des partenaires aux objectifs de l'établissement <i>- Indicateur 1 : Taux de satisfaction des utilisateurs</i> Cible : $\geq 80\%$ <i>- Indicateur 2 : Nombre de rencontres avec les partenaires</i> Cible : ≥ 2 | Opérationnalisation du service en charge de la communication et des relations publiques |
| | | Elaboration d'une stratégie de fundraising |
| | | Elaboration d'un plan de communication interne et externe |
| Management de la coopération inter-hospitalière | 8.3. Développer la mutualisation avec les autres organisations hospitalières <i>- Indicateur 1 : Nombre de conventions de partenariat</i> Cible ≥ 02 8.4. Développer le jumelage inter-hospitalier <i>- Indicateur 1 : nombre de conventions de jumelage</i> Cible : ≥ 3 | Renforcement des capacités opérationnelles de la DPHUC |
| | | Renforcement de la mutualisation avec les hôpitaux partenaires |
| | | Opérationnalisation du comité de jumelage |
| | | Redynamisation du jumelage inter-hospitalier |

| | | |
|--|--|--|
| Management de l'audit interne et du contrôle de gestion | 8.5. Garantir le respect des procédures et des processus - <i>Indicateur 1 : proportion des risques traités</i> Cible : 100% - <i>Indicateur 2 : proportion de services audités</i> Cible : $\geq 80\%$ - <i>Indicateur 3 : proportion des solutions effectivement mises en œuvre</i> Cible : $\geq 80\%$ | Renforcement des capacités du service en charge de l'audit interne Mise en place des outils techniques de l'audit interne |
| | 8.6. Garantir l'atteinte des objectifs de performance de l'établissement - <i>Indicateur 1 : proportion d'écarts identifiés et analysés</i> Cible : 100% | Renforcement des capacités opérationnelles du service en charge du contrôle de gestion Mise en place des outils techniques du contrôle de gestion |
| Gestion des cas sociaux au niveau des usagers | 8.7. Assurer une prise en charge de qualité des usagers de l'hôpital en situation d'indigence Indicateur : Taux de satisfaction de la demande Cible : 100% | Renforcement des capacités opérationnelles du service social |

IV. PLANNING OPERATIONNEL 2015-2019

| Orientation stratégique 1 : Optimiser la disponibilité, l'efficacité et la sécurité de nos prestations médicales, chirurgicales et médico-techniques (Orientations stratégiques 2 et 4 du PNDS) | | | | | | | | | | |
|--|---|---------|------|------|------|------|-------------|---|-------------|-----------------------|
| Objectifs stratégiques | Actions prioritaires | Période | | | | | Responsable | Autres concernés | Coût | Source de financement |
| | | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | | | | |
| 1.1. Assurer des consultations externes de qualité | 1. Renforcement des capacités opérationnelles du service des Consultations externes | X | X | X | | | DHQS | DSG, DRH, DAF, DSI | 75 000 000 | BE PTF CHUP-CDG |
| 1.2. Assurer une prise en charge de qualité des urgences médico-chirurgicales | 2. Création d'un service des Urgences | | | X | X | | DHQS | DSG, DRH, DAF, DSI | 650 000 000 | BE PTF CHUP-CDG |
| 1.3. Assurer des soins de qualité en pédiatrie médicale clinique | 3. Renforcement des capacités opérationnelles de 6 unités du service de Pédiatrie médicale : GE, Nourrissons, MI, Pneumologie/ Allergologie, Néonatalogie, Oncologie | | X | X | X | X | DHQS | DSG, DRH, DAF, DSI, CHEF DE SERVICE PEDIATRIE | 700 000 000 | BE PTF CHUP-CDG |
| | 4. Création d'une unité de Cardiologie pédiatrique | | | X | X | X | DHQS | DSG, DRH, DAF, DSI, CHEF DE SERVICE PEDIATRIE | 250 000 000 | BE PTF CHUP-CDG |
| | 5. Création d'une unité de Néphrologie | | | X | X | X | DHQS | DSG, DRH, DAF, DSI, CHEF DE SERVICE PEDIATRIE | 650 000 000 | BE PTF CHUP-CDG |
| 1.4. Assurer une prise en charge chirurgicale de qualité | 6. Renforcement des capacités opérationnelles de 3 unités du service de Chirurgie pédiatrique : Bloc opératoire, Chirurgie hospitalisation, Rééducation fonctionnelle | | X | X | X | | DHQS | DSG, DRH, DAF, DSI, CHEF DE SERVICE CHIRURGIE | 300 000 000 | BE PTF CHUP-CDG |

| | | | | | | | | | | |
|--|--|---|---|---|---|---|------|--|---------------|-----------------------|
| | 7. Création d'une unité d'Orthopédie de 25 lits | | | X | X | X | DHQS | DSG, DRH, DAF, DSI, CHEF DE SERVICE CHIRURGIE | 150 000 000 | BE PTF CHUP-CDG |
| | 8. Création d'une unité de Chirurgie ambulatoire de 20 lits | X | X | X | | | DHQS | DSG, DRH, DAF, DSI, CHEF DE SERVICE CHIRURGIE | 150 000 000 | BE PTF CHUP-CDG |
| 1.5. Assurer des soins de qualité en matière d'anesthésie et de réanimation | 9. Renforcement des capacités opérationnelles du service d'Anesthésie et de Réanimation | | X | X | X | | DHQS | DSG, DRH, DAF, DSI, CHEF DE SERVICE ANESTH-REA | 200 000 000 | BE PTF CHUP-CDG |
| 1.6. Assurer une prise en charge de qualité des grossesses pathologiques | 10. Création d'un service de Gynécologie obstétrique | | | X | X | X | DHQS | DSG, DRH, DAF, DSI, CHEF DE SERVICE GYNECO-OBST. | 450 000 000 | BE PTF CHUP-CDG |
| 1.7. Assurer une prise en charge de qualité des stérilités du couple | | | | | | | | | | |
| 1.8. Réaliser des analyses de biologie médicale de qualité | 11. Renforcement des capacités opérationnelles de 6 unités du service des Laboratoires : Biochimie, Hématologie/Banque de sang, Bactériologie/Virologie, Parasitologie/Mycologie, Biologie moléculaire, Immunologie/Sérologie. | X | X | X | | | DHQS | DSG, DRH, DAF, DSI, CHEF DE SERVICE LABO. | 300 000 000 | BE PTF CHUP-CDG |
| | 12. Création d'une banque de tissus (culture cellulaire pour les greffes de peau, sperme et ovules) | | | | X | X | DHQS | DSG, DRH, DAF, DSI, CHEF DE SERVICE LABO. | 900 000 000 | BE PTF CHUP-CDG |
| 1.9. Assurer une prise en charge radiologique, | 13. Renforcement des capacités opérationnelles de 3 unités du service | X | X | X | | | DHQS | DSG, DRH, DAF, DSI, | 1 400 000 000 | BE PTF |

| diagnostique et thérapeutique de qualité | d'Imagerie médicale : Radiologie conventionnelle, Echographie, Scannographie | | | | | | | CHEF DE SERVICE IMAGERIE | | CHUP-CDG |
|---|--|---------|------|------|------|------|-------------|--|----------------------|-----------------------|
| | 14. Création d'une unité d'imagerie du couple | | | | X | X | DHQS | DSG, DRH, DAF, DSI, CHEF DE SERVICE IMAGERIE | 150 000 000 | BE PTF CHUP-CDG |
| 1.10. Assurer une disponibilité optimale de produits pharmaceutiques de qualité | 15. Renforcement des capacités opérationnelles de 4 unités du service de la Pharmacie : Pharmacie clinique/Pharmacovigilance, Distribution/Dispensation, Approvisionnement, Préparation pharmaceutique | X | X | X | | | DHQS | DSG, DRH, DAF, DSI, CS-Phcie | 150 000 000 | BE PTF CHUP-CDG |
| | 16. Création d'une unité de pharmaco et de toxico-cinétique | | | X | X | | DHQS | DSG, DRH, DAF, DSI, CS-Phcie | 50 000 000 | BE PTF CHUP-CDG |
| 1.11. Assurer une stérilisation de qualité du linge et du matériel | 17. Création d'une unité de stérilisation centralisée | | | X | X | | DHQS | DSG, DRH, DAF, DSI, CS-Phie | 300 000 000 | BE PTF CHUP-CDG |
| Total orientation stratégique n° 1 | | | | | | | | | 6 825 000 000 | |
| Orientation stratégique 2 : Optimiser l'organisation et la mise en œuvre des soins infirmiers et obstétricaux dans notre établissement (Orientations 2 et 4 du PNDS) | | | | | | | | | | |
| Objectifs stratégiques | Actions prioritaires | Période | | | | | Responsable | Autres concernés | Coût | Source de financement |
| | | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | | | | |
| 2.1. Assurer une organisation efficace et efficiente des soins infirmiers et obstétricaux | 18. Opérationnalisation de la Commission des soins infirmiers et obstétricaux | X | X | | | | DHQS | DSG, DRH, DAF, DSI | PM | |
| | 19. Renforcement des capacités opérationnelles du Service des soins infirmiers et obstétricaux | | X | X | | | DHQS | DSG, DRH, DAF, DSI | 50 000 000 | BE PTF CHUP-CDG |
| 2.2. Assurer des soins infirmiers et obstétricaux de | 20. Renforcement des outils techniques de promotion des soins infirmiers et | X | X | X | | | DSI | DHQS | 5 000 000 | BE PTF |

| qualité | obstétricaux : normes et protocoles de soins, dossier de soins, plan de soins, plan de formation, recherche en soins infirmiers, méthodes d'évaluation. | | | | | | | | | CHUP-CDG |
|---|--|---------|------|------|------|------|-------------|------------------|-------------------|-----------------------|
| Total orientation stratégique n° 2 | | | | | | | | | 55 000 000 | |
| Orientation stratégique 3 : Optimiser les effectifs, les compétences et la motivation de nos ressources humaines (Orientation stratégique 3 du PNDS) | | | | | | | | | | |
| Objectifs stratégiques | Actions prioritaires | Période | | | | | Responsable | Autres concernés | Coût | Source de financement |
| | | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | | | | |
| 3.1. Satisfaire les besoins présents et futurs de l'établissement en emplois et en compétences | 21. Renforcement des capacités opérationnelles de la DRH | X | X | X | | | DRH | DSG, DAF | 30 000 000 | BE PTF |
| | 22. Mise en place des outils techniques de gestion des emplois, des compétences et des carrières : fiches de description des postes de travail, référentiel de compétences, pyramide des âges, plan de recrutement, tableaux de bord RH, schéma directeur de l'emploi, dossier individuel, plan de carrière, ... | X | X | X | | | DRH | DSI, DAF | 5 000 000 | BE PTF |
| 3.2. Assurer une gestion optimale des carrières des agents | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| 3.3. Rationaliser la charge de travail | 23. Réalisation d'une étude sur la charge de travail | | | X | | | DRH | DHQS, DAF, DSI | 5 500 000 | CHUP-CDG |
| | 24. Mise à disposition d'un soutien psychologique pour les travailleurs qui en ont besoin | | X | X | | | DRH | DAF, DHQS | 2 000 000 | CHUP-CDG |
| 3.4. Préserver la santé et la sécurité des agents | 25. Mise en place du Comité technique d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CTHSCT) | X | X | | | | DRH | DAF, DHQS | PM | |
| | 26. Opérationnalisation du service de médecine du travail | X | X | | | | DRH | DAF, DHQS | 1 500 000 | CHUP-CDG |
| 3.5. Assurer une bonne gestion de la rémunération des agents | 27. Paiement des salaires, ristournes, émoluments et autres primes du personnel | X | X | X | X | X | DRH | DAF, DMEF, AC | 4 500 000 000 | BE |
| | 28. Assainissement des éléments de | X | | X | | | DRH | DAF, DMEF, | 4 000 000 | BE |

| | salaires | | | | | | | AC | | |
|---|--|---------|------|------|------|------|-------------|---------------------------------|----------------------|-----------------------|
| 3.6. Satisfaire les besoins para-professionnels des agents | 29. Ouverture d'un restaurant-réfectoire pour le personnel | | X | X | | | DRH | DAF | 35 000 000 | CHUP-CDG |
| | 30. Aménagement d'un parking pour le personnel | X | X | | | | DRH | DAF | 15 000 000 | BE CHUP-CDG |
| 3.7. Promouvoir le dialogue social et la solidarité | 31. Renforcement de la communication interne : cadres de concertation, supports de communication,... (Cf. objectif 8.2.) | - | - | - | - | - | | | PM | |
| | 32. Opérationnalisation du Service des œuvres sociales du personnel | | X | X | | | DRH | DAF | 3 000 000 | CHUP-CDG |
| | 33. Opérationnalisation de la mutuelle des travailleurs | X | X | X | | | DRH | DAF | 1 800 000 | CHUP-CDG |
| | 34. Mise en place d'une politique d'accueil et d'intégration des nouveaux arrivants (livret d'accueil) | X | X | | | | DRH | DAF | 3 000 000 | CHUP-CDG |
| 3.8. Assurer le développement professionnel et personnel des agents | 35. Elaboration d'un plan de formation 2015-2019 | X | | | | | DRH | DAF, DHQS, DSI | 2 000 000 | CHUP-CDG |
| | 36. Mise en œuvre d'un plan de formation | X | X | X | X | X | DRH | Directeurs et chefs de services | 125 000 000 | CHUP-CDG PTF |
| | 37. Création d'une bibliothèque | | | X | X | | DRH | DAF, DHQS, DSI | 20 000 000 | BE PTF CHUP-CDG |
| 3.9. Valoriser l'expertise interne | 38. Mise en place d'un pool de formateurs internes | X | X | | | | DRH | DAF, DHQS, DSI | 5 000 000 | CHUP-CDG |
| Total orientation stratégique n° 3 | | | | | | | | | 4 757 800 000 | |
| Orientation stratégique 4 : Optimiser les activités de formation et de recherche (Orientation stratégique 7 du PNDS) | | | | | | | | | | |
| Objectifs stratégiques | Actions prioritaires | Période | | | | | Responsable | Autres concernés | Coût | Source de financement |
| | | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | | | | |
| 4.1. Assurer un encadrement de qualité aux étudiants, aux élèves et aux professionnels | 39. Création d'un internat et d'un amphithéâtre | | | X | X | | DPHUC | DAF, DRH, DSI | 950 000 000 | BE PTF CHUP-CDG |

| | 40. Elaboration et mise en œuvre d'un programme de formation continue pour les professionnels externes | | X | X | | | DPHUC | DAF, DRH, DSI | 2 000 000 | CHUP-CDG |
|---|--|---------|------|------|------|------|-------------|---------------------------|--------------------|-----------------------|
| 4.2. Promouvoir la recherche scientifique en milieu hospitalier | 41. Elaboration et mise en œuvre d'un programme de recherche | | | X | X | | DPHUC | DAF, DSI | 2 000 000 | CHUP-CDG |
| | 42. Valorisation des résultats de la recherche | | | X | X | X | DPHUC | DAF, DSI | 30 000 000 | BE PTF CHUP-CDG |
| Total orientation stratégique n° 4 | | | | | | | | | 984 000 000 | |
| Orientation stratégique 5 : Sécuriser davantage notre situation financière (Orientation stratégique 8 du PNDS) | | | | | | | | | | |
| Objectifs stratégiques | Actions prioritaires | Période | | | | | Responsable | Autres concernés | Coût | Source de financement |
| | | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | | | | |
| 5.1. Accroître le niveau des financements extérieurs non étatiques | 43. Elaboration d'une stratégie de fundraising ¹⁶ (Cf. Objectif 8.2.) | | X | X | X | | DG | DAF responsable marketing | 3 000 000 | CHUP-CDG |
| | 44. Renforcement des capacités opérationnelles de la DAF | X | X | X | | | DAF | AC, DCMEF | 30 000 000 | BE PTF CHUP-CDG |
| 5.2. Accroître le niveau des recettes propres | 45. Révision de la grille tarifaire | X | X | | | | DAF | AC, DCMEF | 1 000 000 | CHUP-CDG |
| | 46. Révision de la politique d'exonération | X | X | | | | DAF | AC, DCMEF | 1 000 000 | CHUP-CDG |
| | 47. Renforcement du dispositif de recouvrement | X | X | | | | DAF | AC, DCMEF | 1 000 000 | CHUP-CDG |
| 5.3. Relever le niveau d'exécution des dépenses | 48. Révision de la planification des dépenses | X | X | | | | DAF | AC, DCMEF, PRM | 1 000 000 | |
| Total orientation stratégique n° 5 | | | | | | | | | 37 000 000 | |
| Orientation stratégique 6 : Adapter nos infrastructures et nos équipements aux besoins des usagers et des travailleurs (Orientation stratégique 5 du PNDS) | | | | | | | | | | |
| Objectifs stratégiques | Actions prioritaires | Période | | | | | Responsable | Autres concernés | Coût | Source de financement |
| | | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | | | | |

¹⁶ Levée de fonds

| adéquat de l'information | 58. Mise en œuvre du schéma directeur de l'information hospitalière | X | X | X | | | SPIH | DAF, DHQS | 600 000 000 | BE PTF CHUP-CDG |
|--|---|---------|------|------|------|------|--------------------|--------------------|--------------------|-----------------------|
| 7.3. Assurer une utilisation adéquate de l'information | 59. Diffusion de l'information hospitalière à travers tous les canaux porteurs | X | X | X | X | X | SPIH | DAF, DHQS | Intégré | BE PTF CHUP-CDG |
| Total orientation stratégique n° 7 | | | | | | | | | 653 000 000 | |
| Orientation stratégique 8 : Comblent les lacunes des autres fonctions managériales de notre établissement (Orientation stratégique 1 du PNDS) | | | | | | | | | | |
| Objectifs stratégiques | Actions prioritaires | Période | | | | | Responsable | Autres concernés | Coût | Source de financement |
| | | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | | | | |
| 8.1. Garantir le respect des normes et standards en matière de qualité hospitalière | 60. Renforcement des capacités opérationnelles de la DHQS | X | X | | | | DHQS | DSI, DAF, DSG, DRH | 50 000 000 | BE PTF CHUP-CDG |
| | 61. Opérationnalisation d'une démarche d'assurance qualité | X | X | | | | DHQS | DSI, DAF | 25 000 000 | BE PTF CHUP-CDG |
| Entraîner l'adhésion des usagers et des partenaires aux objectifs de l'établissement | 62. Création et opérationnalisation d'un service de la communication et des relations publiques | X | X | | | | DG | DRH, DAF, DSG | 4 000 000 | BE PTF CHUP-CDG |
| | 63. Elaboration d'une stratégie de fundraising | X | X | | | | DG | DAF | PM | |
| | 64. Elaboration d'un plan de communication interne et externe | X | X | | | | DG | DAF, DRH | 3 000 000 | CHUP-CDG |
| Développer la complémentarité avec les autres organisations hospitalières | 65. Renforcement des capacités opérationnelles de la DPHUC | X | X | | | | DHPUC | DSG, DAF, DRH | 30 000 000 | BE PTF CHUP-CDG |
| | 66. Elaboration d'un plan de dynamisation de la coopération inter-hospitalière | X | X | | | | DHPUC | DHQS, DAF | 3 000 000 | CHUP-CDG |
| 8.4. Garantir le respect des procédures et des processus | 67. Création d'un service de l'audit interne | X | X | | | | DG | DAF, DRH, DSG | PM | |
| | 68. Mise en place des outils techniques de l'audit interne | X | X | | | | SERVICE DE L'AUDIT | DAF | 3 000 000 | CHUP-CDG |

| | | | | | | | | | | |
|---|--|--|---|--|--|--|--------------------------------|---------------|-----------------------|----------|
| 8.5. Garantir l'atteinte des objectifs de performance de l'établissement | 69. Création d'une direction du contrôle de gestion | X | X | | | | DG | DAF, DRH, DSG | PM | |
| | 70. Mise en place des outils techniques du contrôle de gestion | X | X | | | | SERVICE DU CONTROLE DE GESTION | DAF | 3 000 000 | CHUP-CDG |
| Total orientation stratégique n° 8 | | | | | | | | | 121 000 000 | |
| COUT TOTAL DU PE 2015-2019 DU CHUP-CDG | | | | | | | | | 13 994 800 000 | |
| FINANCEMENT MOBILISABLE | | Subvention de l'Etat (enveloppe CDMT) | | | | | | | 6 031 685 133 | |
| | | Recettes propres prévisionnelles | | | | | | | 2 473 080 000 | |
| BESOIN DE FINANCEMENT | | | | | | | | | 5 490 034 867 | |

V. DETERMINATION ET MOBILISATION DES RESSOURCES

Les ressources qui alimenteront la mise en œuvre du Projet d'établissement 2015-2019 sont constituées des ressources traditionnelles du CHUP-CDG. Il s'agit des subventions publiques, des recettes générées par l'activité de l'établissement et des dons et legs.

Cependant, au regard des ambitions du projet, le CHUP-CDG devra impérativement développer des stratégies d'optimisation de chacune de ces sources de financement. En effet, il existe encore de grandes marges de manœuvre en matière de mobilisation des ressources, toutes sources confondues.

De ce point de vue, l'inscription de l'élaboration d'une stratégie de fundraising¹⁷ comme une des actions prioritaires du présent projet d'établissement, devrait contribuer à mobiliser des ressources additionnelles pour la mise en œuvre dudit projet.

¹⁷ Collecte de fonds

VI. SUIVI ET EVALUATION

Afin d'assurer une mise en œuvre optimale du présent projet d'établissement, un dispositif de suivi et d'évaluation sera déployé. Les éléments de ce dispositif sont les suivants :

- En matière de suivi
 - Mise en place d'un comité de suivi : présidé par le Directeur Général, ce comité sera composé de tous les responsables chargés de la mise en œuvre des actions prioritaires. Il aura pour missions de vérifier le respect du planning opérationnel, le niveau de réalisation des actions prioritaires etc.
 - Opérationnalisation du service de contrôle de gestion : ce service assurera le suivi de routine de la mise en œuvre du projet d'établissement, à travers la tenue de tableaux de bord prospectifs.
 - Production de rapports de progrès périodiques à l'attention des instances de l'hôpital : Conseil d'Administration, Commission Médicale d'Etablissement, Conseil de direction etc.

- En matière d'évaluation
 - Une évaluation à mi-parcours en 2017.
 - Une évaluation finale en 2020.

VIII. ANALYSE DES RISQUES

La mise en œuvre du projet d'établissement 2015-2019 pourrait être compromise principalement par deux risques : un risque organisationnel et un risque financier.

- Le risque organisationnel :

Le document *Bâtir un projet d'établissement* souligne que : « *Le risque est grand pour un projet d'établissement d'en rester au stade des intentions, si les modalités, méthodes, plannings et procédures de réalisation ne sont pas finement réfléchis à l'avance* ». De fait, dans bon nombre d'établissements hospitaliers, il n'y a aucun lien entre le projet d'établissement et les outils opérationnels que constituent le plan d'action annuel et le budget annuel. Or, c'est à travers ces outils que la mise en œuvre du projet d'établissement doit être organisée. En conséquence, pour faire face à ce risque, le CHUP-CDG prendra des dispositions pour que :

1°) les plans d'actions annuels ainsi que les budgets annuels soient désormais arrimés au planning opérationnel 2015-2019 du projet d'établissement ;

2°) la mise en œuvre du projet d'établissement fasse l'objet d'un suivi-évaluation rigoureux.

- Le risque financier :

Le financement du PE 2015-2019 est relativement incertain. En effet, s'il est certain que des ressources financières seront mobilisées à partir des sources de financement identifiées (Etat, recettes propres, PTF), le niveau de ces ressources est plus qu'aléatoire. Pour faire face à ce risque, le CHUP-CDG entend optimiser chacune de ses sources de financement à travers :

1°) Un plaidoyer auprès de l'Etat pour obtenir des dotations budgétaires conséquentes ;

2°) Une stratégie d'accroissement des recettes propres ;

3°) Une stratégie de collecte de fonds auprès des donateurs.

VIII. ANNEXES

Annexe 1 : Décisions de mise en place des organes

MINISTERE DE LA SANTE

BURKINA FASO

SECRETARIAT GENERAL

.....
Unité – Progrès – Justice

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE
PEDIATRIQUE CHARLES DE GAULLE

DIRECTION GENERALE

Décision N° 2014/-----/MS/SG/CHUP-CDG/DG

Portant création, composition et fonctionnement du Comité de pilotage chargé du suivi
et de la validation des travaux du projet d'établissement 2014-2018 du CHUP-CDG

LE DIRECTEUR GENERAL

Vu la Constitution ;

Vu le Décret N° 2012-1038/PRES du 31 décembre 2012, portant nomination du Premier Ministre ;

Vu le Décret N° 2013 -002/PRES/PM du 02 janvier 2013, portant composition du Gouvernement du Burkina Faso ;

Vu le Décret N° 98-259/PRES du 18 mai 1998, portant loi hospitalière ;

Vu le Décret N° 99-252/PRES/PM/MS du 20 juillet 1999, portant création du Centre Hospitalier National Pédiatrique de Ouagadougou ;

Vu la Loi N° 034/98/AN du 26 novembre 2002, portant création de la catégorie des établissements publics de santé ;

Vu le Décret N° 2006-355/PRES/PM/MFB du 20 juillet 2006, portant statuts particuliers des Centres Hospitaliers Universitaires ;

Vu le Décret N° 2005-257/PRES/PM/MFB du 12 mai 2005, portant régime des ordonnateurs et des administrateurs de crédits de l'Etat et des autres organismes publics ;

Vu Décret N° 2005-258/PRES/PM/MFB du 12 mai 2005, portant modalités de contrôle des opérations financières de l'Etat et des autres organismes publics ;

Vu le Décret N° 2009-104/PRES/PM/MS du 02 mars 2009, portant organisation du Ministère de la Santé ;

Vu le Décret N° 2012-762/PRES/PM/MS du 24 septembre 2012, portant nomination de Directeurs Généraux ;

Vu la Délibération N° 2014-09/MS/SG/CHUP-CDG/CA du 28 mars 2014, relative à l'adoption du budget gestion 2014 modifié du CHUP-CDG.

DECIDE

Article 1 : Il est créé au Centre Hospitalier Universitaire Pédiatrique Charles De Gaulle un groupe de travail dénommé « **Comité de pilotage** » chargé de l'examen et de la validation des rapports d'étapes et celui de fin des travaux d'élaboration du projet d'établissement 2014-2018 du CHUP-CDG.

Article 2 : le comité de pilotage a pour missions :

- l'examen et la validation des rapports d'étapes des travaux d'élaboration du projet d'établissement 2014-2018 du CHUP-CDG réalisés par le Groupe projet. Ces rapports concernent les principales étapes suivantes :
 - o le diagnostic stratégique (bilan stratégique, analyse de la situation interne et externe, analyse des forces, faiblesses, opportunités et menaces),

- o les orientations stratégiques (vision, axes stratégiques ou sous projets, objectifs stratégiques et indicateurs de performance),
- o le plan d'action.
- la formulation de recommandations au Groupe projet à l'issue de la restitution de chaque rapport d'étape, afin d'assurer une planification conforme à la politique sanitaire nationale, aux orientations du PNDS et aux normes édictées par la tutelle en matière d'élaboration de projet d'établissement.

Article 3 : Le comité de pilotage est composé ainsi qu'il suit :

| N° | Nom & prénom(s) | Fonction | Rôle dans le Comité de pilotage |
|----|---------------------------|--|---------------------------------|
| 1 | Dr Djénéba SANON | Présidente du Conseil d'Administration | Superviseur |
| 2 | M. Ferdinand TIENDREBEOGO | Représentant de la DES | Président |
| 3 | M. Malick DJEBRE | Directeur Général | Vice président |
| 4 | Pr Diarra YE | Chef de service de pédiatrie médicale | Membre |
| 5 | Pr Rasmata OUEDRAOGO | Chef de service des Laboratoires | Membre |
| 6 | Pr Albert WANDAOGO | DHQS/Chef de service de chirurgie pédiatrique | Membre |
| 7 | Pr LOUGUE L. Claudine | DPHUC/Chef de service d'Imagerie médicale | Membre |
| 8 | Pr BANDRE Emile | PCME/Chef de service de Réanimation | Membre |
| 9 | Pr GOUMBRI Olga | Administrateur représentant l'UFR/SDS au CA du CHUP-CDG | Membre |
| 10 | M. ZONGO Emmanuel | Représentant du SYNTSHA | Membre |
| 11 | M. SOME Antony | Chef de Service de la Planification et de l'Information Hospitalière | Rapporteur |
| 12 | M. BALIMA Innocent | Directeur des Ressources Humaines | Rapporteur |

Article 4 : le fonctionnement du comité de pilotage est imputable au budget du CHUP-CDG et se résume essentiellement aux prises en charge servies lors des ateliers de validation des rapports d'étapes des travaux du Groupe projet.

Article 5 : La présente décision qui prend effet pour compter de sa date de signature sera enregistrée, publiée et communiquée partout où besoin sera.

Ouagadougou, le

Ampliations :

- PCA
- PCME
- DHQS
- DAF
- DCMEF
- AC
- Archives

Malick DJEBRE/
Chevalier de l'Ordre National

Décision N° 2014/-----/MS/SG/CHUP-CDG/DG

Portant création, composition et fonctionnement du Groupe projet
chargé de l'élaboration du projet d'établissement 2014-2018 du CHUP-CDG

LE DIRECTEUR GENERAL

Vu la Constitution ;

Vu le Décret N° 2012-1038/PRES du 31 décembre 2012, portant nomination du Premier Ministre ;

Vu le Décret N° 2013 -002/PRES/PM du 02 janvier 2013, portant composition du Gouvernement du Burkina Faso ;

Vu le Décret N° 98-259/PRES du 18 mai 1998, portant loi hospitalière ;

Vu le Décret N° 99-252/PRES/PM/MS du 20 juillet 1999, portant création du Centre Hospitalier National Pédiatrique de Ouagadougou ;

Vu la Loi N° 034/98/AN du 26 novembre 2002, portant création de la catégorie des établissements publics de santé ;

Vu le Décret N° 2006-355/PRES/PM/MFB du 20 juillet 2006, portant statuts particuliers des Centres Hospitaliers Universitaires ;

Vu le Décret N° 2005-257/PRES/PM/MFB du 12 mai 2005, portant régime des ordonnateurs et des administrateurs de crédits de l'Etat et des autres organismes publics ;

Vu Décret N° 2005-258/PRES/PM/MFB du 12 mai 2005, portant modalités de contrôle des opérations financières de l'Etat et des autres organismes publics ;

Vu le Décret N° 2009-104/PRES/PM/MS du 02 mars 2009, portant organisation du Ministère de la Santé ;

Vu le Décret N° 2012-762/PRES/PM/MS du 24 septembre 2012, portant nomination de Directeurs Généraux ;

Vu la Délibération N° 2014-09/MS/SG/CHUP-CDG/CA du 28 mars 2014, relative à l'adoption du budget gestion 2014 modifié du CHUP-CDG.

DECIDE

Article 1 : Il est créé au Centre Hospitalier Universitaire Pédiatrique Charles De Gaulle un groupe de travail dénommé « **Groupe projet** » chargé de l'élaboration du projet d'établissement 2014-2018 de la structure.

Article 2 : Le Groupe projet reçoit les missions suivantes :

- Réaliser le diagnostic stratégique en prenant en compte les composantes : bilan stratégique, analyse interne et externe de la situation, analyse des forces, des faiblesses, des opportunités et des menaces (FFOM) ;
- Définir les orientations stratégiques du PE 2014-2018, notamment la vision, les axes stratégiques ou sous projets, les objectifs stratégiques et les indicateurs de performance ;
- Elaborer en référence aux orientations stratégiques précédemment définies, le plan d'action ou plan de mise en œuvre du PE 2014-2018 ;

- Soumettre à chaque étape intermédiaire la production du groupe projet au comité de pilotage pour validation. Les rapports d'étapes à soumettre à la validation du comité de pilotage concernent :
 - o le diagnostic stratégique,
 - o les orientations stratégiques,
 - o le plan d'action.

Article 3 : Le Groupe projet est composé ainsi qu'il suit :

| N° | Nom & prénom(s) | Direction/Service/Organe | Rôle dans le groupe projet | Composante ou sous projet * |
|----|---------------------|----------------------------|----------------------------|-----------------------------|
| 1 | DJEBRE Malick | Direction Générale | Superviseur | Tout projet |
| 2 | Pr LOUGUE Claudine | DPHUC/Imagerie médicale | Présidente | Projet médical |
| 3 | SOME Antony | SPIH | Rapporteur | Projet SIH |
| 4 | BALIMA Innocent | DRH | Rapporteur | Projet social |
| 5 | BAYALA Hubert | DAF | Membre | Projet managérial |
| 6 | COMPAORE Théophile | DHQS/SSI | Membre | Projet soins infirmiers |
| 7 | Pr KOUETA Fla | DHQS/Pédiatrie médicale | Membre | Projet médical |
| 8 | Pr BANDRE Emile | PCME/Chirurgie pédiatrique | Membre | Projet médical |
| 9 | HIEMBO William | DHQS/Pharmacie | Membre | Projet médical |
| 10 | BATAKO Philippe | DHQS/Laboratoire | Membre | Projet soins infirmiers |
| 11 | OUATTARA Souleymane | SYNTSHA | Membre | Projet social |

* Les membres du groupe projet constituent des personnes ressources des différentes composantes ou sous projet du projet d'établissement qu'ils contribueront à élaborer lors de la phase de planification.

Article 4 : Le groupe projet bénéficiera dans son travail, de l'appui d'un prestataire externe qui sera recruté selon les procédures en vigueur. Les obligations ou mandat du consultant, la durée de l'appui et autres modalités pratiques seront clairement définis dans un contrat.

Article 5 : La prise en charge des membres du groupe projet et du prestataire privé sera assurée par le budget du CHUP-CDG.

Article 6 : des termes de référence incluant le budget des activités à mener, seront élaborés à chaque étape du processus et soumis pour prise en charge.

Article 7 : La présente décision qui prend effet pour compter de sa date de signature sera enregistrée, publiée et communiquée partout où besoin sera.

Ouagadougou, le

Ampliations :

- PCA
- PCME
- DHQS
- DAF
- DCMEF
- AC
- Archive

Malick DJEBRE/
Chevalier de l'Ordre National