

# Analyse

## Résilience et haute performance au milieu des conflits, des épidémies et de l'extrême pauvreté

L'hôpital de Lacor dans le nord de l'Ouganda

Volker Hauck

*Document thématique préparé pour le projet « capacité, changement et performance »*

Document de réflexion N° 57A

Octobre 2006



EUROPEAN CENTRE FOR DEVELOPMENT POLICY MANAGEMENT  
CENTRE EUROPÉEN DE GESTION DES POLITIQUES DE DÉVELOPPEMENT

# Étude « Capacité, changement et performance »

## Notes méthodologiques

Le manque de capacités des pays à faible revenu est un des principaux obstacles à la réalisation des objectifs du millénaire pour le développement. Les praticiens eux-mêmes avouent n'avoir qu'une idée fragmentaire de la façon dont les capacités se développent. En 2002, le président de Govnet, le réseau de la gouvernance et du renforcement des capacités de l'OCDE, a demandé au Centre européen de gestion des politiques de développement (l'ECDPM, situé à Maastricht, aux Pays-Bas) d'entreprendre une étude montrant de quelles manières des organisations et des systèmes, surtout dans des pays en développement, avaient réussi à acquérir des capacités et à améliorer leurs performances. L'étude qui en est ressortie s'intéresse au processus endogène de renforcement des capacités - le processus de changement vu du côté de ceux qui le subissent. Elle examine les facteurs qui favorisent ce processus, les variations de circonstances et les raisons pour lesquelles les efforts de renforcement des capacités réussissent mieux dans certains cas que dans d'autres.

L'étude se décline en une vingtaine d'études de terrain effectuées selon un cadre méthodologique comprenant les sept éléments suivants :

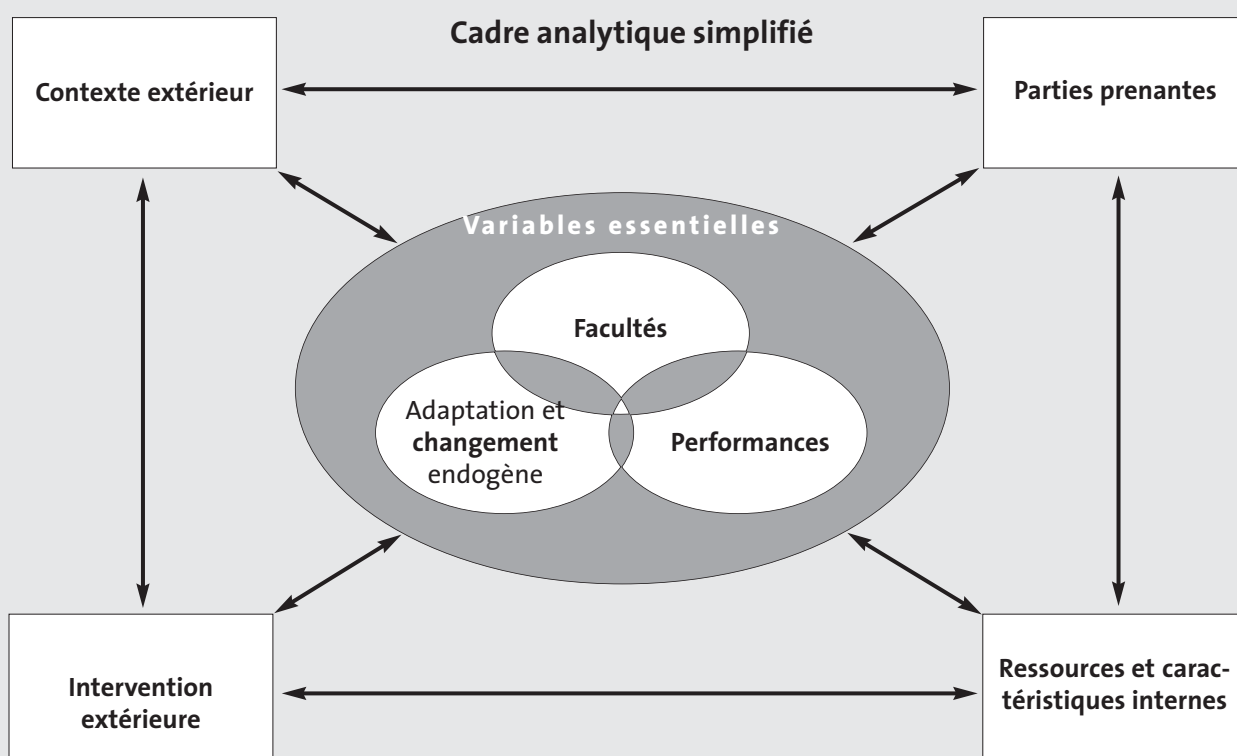
- **Facultés** : comment les facultés d'un groupe, d'une organisation ou d'un réseau contribuent-elles à la capacité organisationnelle ?
- **Adaptation et changement endogène** : comment les processus de changement s'opèrent-ils dans une organisation ou un système ?
- **Performance** : qu'est-ce que l'organisation ou le système a accompli ou est désormais en mesure d'accomplir ? Il s'agit ici d'évaluer l'efficacité du processus de renforcement des

capacités plus que son impact, qui ne se révélera qu'à long terme.

- **Contexte extérieur** : en quoi le contexte extérieur - l'environnement historique, culturel, politique et institutionnel avec toutes les contraintes et les opportunités y afférentes - a-t-il influencé les capacités et la performance de l'organisation ou du système ?
- **Parties prenantes** : quelle a été l'influence des parties prenantes (bénéficiaires, bailleurs, soutiens), quels ont été leurs divers intérêts, attentes, comportements, ressources, interactions et niveau d'engagement ?
- **Interventions extérieures** : en quoi des intervenants extérieurs ont-ils influencé le processus de changement ?
- **Caractéristiques internes et principales ressources** : quels sont les schémas de caractéristiques internes (rôles formels et informels, structures, ressources, culture, stratégies et valeurs) et quelle a été leur influence tant au niveau organisationnel que multi-organisationnel ?

Cette étude donnera lieu à la production d'une vingtaine de rapports d'étude de cas, d'une bibliographie annotée, d'un ensemble d'outils d'évaluation et de divers documents thématiques en vue de stimuler de nouvelles réflexions et pratiques en matière de renforcement des capacités. Un rapport de synthèse résumant les résultats des études de cas sera publié en 2005.

Les résultats de cette étude, des rapports intérimaires ainsi que les explications méthodologiques peuvent être consultés sur les sites [www.capacity.org](http://www.capacity.org) et [www.ecdpm.org](http://www.ecdpm.org). Pour plus d'information, veuillez contacter Mme Heather Baser ([hb@ecdpm.org](mailto:hb@ecdpm.org)).



**Résilience et haute performance au milieu des conflits,  
des épidémies et de l'extrême pauvreté**  
L'hôpital de Lacor dans le nord de l'Ouganda

**Volker Hauck**

*Étude de cas réalisée dans le cadre du projet « Capacité, changement et performance »*

**Octobre 2006**



# Table des matières

|                                                                       |    |
|-----------------------------------------------------------------------|----|
| Sigles et acronymes                                                   | iv |
| Remerciements                                                         | iv |
| Préface                                                               | v  |
| Résumé                                                                | vi |
| <br>                                                                  |    |
| 1 Introduction                                                        | 1  |
| 2 Contexte                                                            | 2  |
| 3 Contexte extérieur et intégration dans le système national de santé | 3  |
| 4 Caractéristiques de l'organisation interne                          | 6  |
| 5 Influence des parties prenantes extérieures                         | 9  |
| 6 Adaptation et changement endogène                                   | 12 |
| 7 Compétences collectives émergentes                                  | 15 |
| 8 Performance                                                         | 18 |
| 9 Derniers commentaires                                               | 21 |
| Epilogue                                                              | 24 |
| <br>                                                                  |    |
| Annexe I : Fiche technique de l'hôpital de Lacor                      | 25 |
| Annexe II : Personnes interviewées                                    | 27 |
| Annexe III : Conseil d'administration de l'hôpital de Lacor           | 27 |
| <br>                                                                  |    |
| Bibliographie                                                         | 28 |

La présente étude a été réalisée par l'ECDPM dans le cadre d'une étude du CAD de l'OCDE intitulée *Capacité, changement et performance*. Une fois cette étude réalisée, la Fondation Piero et Lucille Corti a financé la publication du présent rapport ainsi que la participation de son auteur à un séminaire de stratégie à l'hôpital de Lacor en 2004.

**Centre européen de gestion  
des politiques de développement**  
Onze Lieve Vrouweplein 21  
NL-6211 HE Maastricht, Pays-Bas  
Tél. +31 (0)43 350 29 00  
Fax +31 (0)43 350 29 20  
info@ecdpm.org [www.ecdpm.org](http://www.ecdpm.org)

**Fondazione Piero e Lucille Corti**  
Via N. Torriani, 6  
I-20122 Milan, Italie  
Tél. +39-02-67076722  
[milano.sede@fondazioneplcorti.it](mailto:milano.sede@fondazioneplcorti.it)  
[www.lacorhospital.org](http://www.lacorhospital.org)

## Sigles et acronymes

|              |                                                            |
|--------------|------------------------------------------------------------|
| <b>AISPO</b> | Associazione Italiana per la solidarietà tra i Popoli      |
| <b>ASD</b>   | autorités sanitaires du district                           |
| <b>AT</b>    | assistance technique                                       |
| <b>BMCU</b>  | Bureau médical catholique ougandais                        |
| <b>BMMU</b>  | Bureau médical musulman ougandais                          |
| <b>BMPU</b>  | Bureau médical protestant ougandais                        |
| <b>CAD</b>   | Comité d'aide au développement (OCDE)                      |
| <b>ECDPM</b> | Centre européen de gestion des politiques de développement |
| <b>FMI</b>   | Fonds monétaire international                              |
| <b>LRA</b>   | Lord's Resistance Army (Armée de résistance du Seigneur)   |
| <b>OCDE</b>  | Organisation de coopération et de développement économique |
| <b>ONG</b>   | organisation non gouvernementale                           |
| <b>PSBL</b>  | privé et sans but lucratif                                 |

## Remerciements

L'auteur tient à remercier toutes les personnes qui ont accordé une partie de leur précieux temps aux entrevues, à livrer leur sentiment profond, à partager des documents ainsi que celles et ceux qui se sont rendus à Kampala pour y être interviewés en juin 2003. L'annexe II reprend les noms des membres du personnel, des membres du conseil d'administration et des autres personnes-ressource ayant contribué à cette étude. Merci également à toutes les parties prenantes de l'hôpital qui ont commenté le projet de rapport et en ont vérifié le contenu.

L'auteur sait également gré au personnel du service logistique de l'hôpital de Lacor à Kampala, d'avoir déployé tant d'efforts pour organiser sa visite à Lacor en mai 2004. Un dernier mot de remerciement à l'équipe d'ECDPM chargée de centraliser tous les apports de l'étude générale Capacité, changement et performance : à Heather Baser, Coordinatrice de programme chez ECDPM, ainsi qu'à Peter Morgan et Tony Land, consultants associés d'ECDPM, qui ont accompagné ce travail de recherche et livré des réflexions et des commentaires stimulants avant et pendant la rédaction du présent rapport. À Valérie Jones, enfin, rédactrice dont la compétence n'a d'égale que l'extrême patience.

Bien que cette étude se nourrisse de nombreux apports de l'équipe de l'étude et des parties prenantes de l'hôpital de Lacor, l'interprétation et l'analyse de ces données sont de la seule responsabilité de l'auteur.

# Préface

L'idée d'une étude consacrée au St Mary's Hospital, connu localement sous le nom d'hôpital de Lacor, est née d'une rencontre informelle à Milan entre l'auteur et le Dr Dominique Corti. Celle-ci est la fille des Dr Piero Corti et Lucille Teasdale, qui sont arrivés en Ouganda en 1961 avec l'idée de construire et de diriger un centre médical d'excellence pour les pauvres dans la partie septentrionale du pays. Cette rencontre à Milan nous a permis d'avoir un premier échange au sujet de l'hôpital de Lacor, qui apparaissait comme un extraordinaire exemple de résilience et de haute performance au milieu des conflits, des épidémies et de l'extrême pauvreté. S'en est suivi un échange d'informations et de documents plus structuré, qui nous a rapidement convaincus qu'une étude consacrée à l'hôpital de Lacor pourrait répondre à trois objectifs.

Primo, les résultats de cette étude pourraient s'inscrire dans un plus vaste programme du Centre européen de gestion des politiques de développement (ECDPM) intitulé « Capacité, changement et performance », qui vise à dégager des orientations pratiques au sujet des capacités et de leur renforcement mais aussi à promouvoir une meilleure compréhension des liens réciproques qui existent entre capacités, changement organisationnel et performance. Il semblait qu'une étude de cas consacrée à l'hôpital de Lacor offrirait une occasion unique d'appréhender les éléments nécessaires à un fonctionnement efficace dans un environnement fragile, caractérisé par les conflits, les épidémies et l'extrême pauvreté.

Secundo, les résultats de cette étude de cas pourraient être restitués à l'hôpital, conformément à la méthode de l'étude générale, fondée sur les principes de l'Appreciative Inquiry (Whitney, 2003). Bien que la restitution ait été un de nos objectifs généraux dès le commencement de notre travail, le personnel hospitalier interviewé a considéré l'étude comme une expérience positive en soi, qu'il aimerait voir élargie à d'autres membres du personnel afin d'en faire une expérience d'apprentissage

pour l'ensemble de l'organisation. Le personnel voudrait favoriser un processus de réflexion qui susciterait une meilleure prise de conscience des accomplissements d'hier et d'aujourd'hui et des valeurs qui ont structuré l'hôpital au fil des ans. La direction de l'hôpital, des collaborateurs de l'université des martyrs d'Ouganda (connue localement sous le nom d'Université de Nkozi) et du personnel d'ECDPM ont donc élaboré un plan destiné à favoriser cette réflexion et qui sera mis en œuvre dans le courant de 2004/2005.

Tertio, les résultats de cette étude de cas pourraient être communiqués au plan international à tous ceux qui s'intéressent à la conception des politiques et des stratégies de prévention des conflits et de stabilisation des environnements fragiles. Le cas de Lacor est intéressant à double titre. Tout d'abord, il donne l'exemple d'une organisation privée qui se trouve en première ligne de la lutte contre la pauvreté, la misère et le désespoir, et qui supplée la carence de services publics. Plongé au cœur d'une guerre civile, dans une région fortement déstabilisée par les rebelles de l'Armée de résistance du Seigneur et à proximité d'un sud Soudan déchiré par la guerre, l'hôpital est un avant-poste d'espoir pour la population ougandaise et un havre de stabilité dans la région. Il est ensuite révélateur des effets de la réforme de la santé en Ouganda et du changement de politique des bailleurs vis-à-vis du financement d'organisations comme Lacor. Autant la direction et le conseil d'administration de l'hôpital adhèrent totalement à la nouvelle politique de santé publique, qui vise à étendre et à harmoniser les services de santé dans tout le pays, autant ils ressentent les effets négatifs du changement de politique des bailleurs vis-à-vis de l'appui budgétaire. Ils sont par ailleurs conscients de la fragilité d'une nouvelle politique d'aide qui tient pour acquis que les gouvernements bénéficiaires associeront les acteurs non étatiques au processus politique (voyez l'Épilogue).

C'est oublier qu'un pays comme l'Ouganda, dont la partie méridionale se développe et la partie septentrionale reste fragile, a besoin de plusieurs types d'instruments d'appui pour apporter une véritable réponse aux problèmes d'un environnement hautement volatile. Pour conclure, cette étude de cas insiste sur la nécessité de reconnaître que des organisations telles que l'hôpital de Lacor occupent une place stratégique dans la lutte contre la pauvreté et la mise en œuvre de politiques de sécurité mondiale et régionale.

## Résumé

Implanté dans le district de Gulu, dans la partie septentrionale de l'Ouganda, le St Mary's Hospital (plus connu localement sous le nom d'hôpital de Lacor) dépendait autrefois d'une mission catholique isolée mais fait aujourd'hui partie intégrante du système de santé ougandais. Cette étude de cas explique comment cet hôpital est devenu un centre d'excellence, un modèle pour le reste du système de santé ougandais et un artisan du renforcement des capacités sanitaires dans l'ensemble du pays. Avec ses 474 lits, Lacor est le deuxième centre médical ougandais en termes de capacité d'accueil. C'est un exemple extraordinaire de renforcement des capacités, d'adaptation et de performances dans une région marquée par 18 années de guerre civile, une pauvreté extrême et plusieurs épidémies virulentes.

Un médecin italien, le Dr Piero Corti, et son épouse canadienne, le Dr Lucille Teasdale, sont arrivés à l'hôpital de Lacor au début des années '60. Le Dr Corti a clairement défini le mandat de l'hôpital : offrir le meilleur service possible au plus grand nombre et au moindre coût. Le Dr Teasdale a marqué l'ensemble du personnel par son attention et son amour pour les patients. L'inlassable dévouement et le travail acharné des deux fondateurs sont devenus un exemple pour le personnel et un système de valeurs qui continue de guider le fonctionnement de l'hôpital.

Notre étude de cas analyse les compétences collectives de base qui sous-tendent les excellentes performances de l'hôpital. Voici les cinq compétences les plus importantes :

- La *faculté de transmission des valeurs* des fondateurs aux autres membres de l'organisation. Ce processus d'assimilation intervient principalement sur le lieu de travail, et s'effectue par la puissance de l'exemple et par des réunions régulières du personnel. Il est soutenu par une série de mesures d'incitation et par un mode de gestion qui partage les responsabilités et implique le personnel à tous les niveaux.
- La *faculté de reconstitution de l'organisation*. Un noyau interne de 15 à 20 personnes, sortes de « gardiens du temple » (des valeurs essentielles et de la philosophie du travail de l'organisation), supervise les nouveaux arrivants. Sur un plan plus technique, l'hôpital investit beaucoup dans la formation, notamment pour attirer du personnel dans un lieu qui, autrement, n'aurait rien de séduisant. En 2002-2003, 11 % du budget de fonctionnement a été alloué à la formation, qu'il s'agisse d'enseignement intra muros ou de formations à l'extérieur.
- La *faculté d'adaptation*. L'hôpital a pour principe de réagir aux demandes de ses principales parties prenantes. Pour ce faire, il a besoin de processus d'apprentissage qui lui permettent d'acquérir des connaissances, d'avoir une réflexion et d'appliquer ce que l'expérience lui a appris. Il doit aussi rejeter tous les dogmes, vieilles habitudes et procédures dépassées.
- La *faculté d'autorégulation*. Bien que Lacor se soit officiellement doté de normes administratives et professionnelles, la direction préfère inculquer au personnel un sens des responsabilités à l'égard de ses propres performances. Les systèmes de contrôle ne jouent qu'un rôle secondaire.
- La *faculté d'établissement de réseaux et de collecte de renseignements*. De tous temps, les contacts avec l'extérieur auront été essentiels à l'hôpital pour mieux appréhender son environnement et survivre sous des régimes politiques très divers, parfois extrêmement difficiles. L'hôpital est en outre parvenu à établir des contacts qui se sont avérés très utiles pour obtenir les subsides qui lui permettent de financer ses activités.

Cet ensemble de compétences collectives a lentement évolué au fil des ans et est étroitement lié à un système de valeurs profondément enraciné. Il aura permis à l'organisation de survivre, même

dans les temps les plus difficiles. Lacor est l'un des rares hôpitaux au monde à avoir réussi à traiter l'épidémie virale d'Ébola, bien qu'il y ait perdu 78 des 150 patients admis et 12 collaborateurs expérimentés, dont le successeur désigné du Dr Corti. Le personnel et le conseil d'administration de l'hôpital savent qu'ils ne peuvent faire face à une telle adversité qu'en continuant de renforcer leurs capacités, de préserver leurs valeurs essentielles et de stabiliser leurs finances. Les agences de financement et le gouvernement ougandais peuvent tirer plusieurs enseignements de ce cas : la manière dont une organisation de ce type peut contribuer à la lutte contre la pauvreté et le désespoir ; la stabilité qu'elle peut apporter à une région déchirée par la guerre ; sa contribution à l'évolution de l'ensemble du secteur sanitaire ; les effets contraires que peuvent avoir des politiques d'appui budgétaires bien intentionnées sur d'excellents prestataires de services sociaux.

# 1 Introduction

Notre étude se penche sur le cas du St Mary's Hospital de Lacor, situé près de Gulu, chef-lieu du district de Gulu, dans la partie septentrionale de l'Ouganda. Elle s'intéresse aux facteurs qui ont permis à cet hôpital de fonctionner efficacement dans un contexte marqué par les conflits, les épidémies et l'extrême pauvreté. Notre étude se concentre sur ces dix dernières années, même si de temps à autre nous faisons référence à des époques antérieures afin de mieux illustrer notre propos.

Il s'agit d'une analyse rétrospective, mais non d'une évaluation. Conformément à la méthodologie suivie pour l'ensemble de cette étude de l'ECDPM, nous nous sommes attachés à recenser les forces et les succès de l'hôpital de Lacor dans l'acquisition de capacités expliquant son excellent niveau de performance. Nous nous concentrons sur « ce qui » est arrivé, « pourquoi » et « comment ». Ce n'est que dans la dernière partie que nous énumérerons la liste des défis et des questions essentielles pour l'avenir de l'hôpital. Des éléments évoqués par les membres du personnel et du conseil d'administration, dont il faudra tenir compte pour répondre aux besoins futurs des populations pauvres de la région. Cette analyse est par conséquent explicative et ne formule aucune recommandation ni proposition concernant le mode de fonctionnement futur de l'hôpital, même si certains éclairages permettent sans doute de repérer les enjeux cruciaux de demain.

Notre analyse se penche sur l'évolution de l'hôpital de Lacor en tant qu'organisation. Nous faisons occasionnellement référence au réseau des autres prestataires de santé privés et sans but lucratif ougandais auquel il se rattache. Le fonctionnement de ce réseau et sa contribution à l'élaboration et à l'information de la politique de santé ougandaise est un cas intéressant en soi, dont l'étude générale menée par l'ECDPM devra sans doute tenir compte. Faute de temps et de moyens, nous n'avons toutefois pas pu nous intéresser à cet aspect des choses dans le cadre de notre étude.

L'ECDPM a entendu parler de l'hôpital de Lacor à l'occasion d'une conférence organisée à Milan, en Italie. L'hôpital s'est immédiatement montré disposé à collaborer à notre recherche et nous a fourni des documents d'archives inestimables. Après avoir analysé ces documents dans le détail, notre équipe a décidé d'inclure ce cas dans le plus vaste programme de recherches de l'ECDPM.<sup>1</sup> Notre rapport se fonde sur une étude documentaire qui nous aura permis de consulter des livres, des rapports et des documents internes de l'hôpital de Lacor et d'avoir des entrevues avec le personnel, les membres du conseil d'administration de l'hôpital et les parties prenantes du système de santé ougandais. Compte tenu des problèmes de sécurité que connaissait le district de Gulu à l'époque de notre recherche initiale, en juillet 2003, les entrevues avec les membres du personnel ont eu lieu à Kampala. Dans certains cas, nous avons profité de la venue des membres du personnel à la capitale pour d'autres raisons ; les autres collaborateurs ont fait spécialement le voyage à Kampala pour nous rencontrer.

Nous avons envoyé notre projet de rapport à plusieurs personnes interviewées pour qu'elles le commentent et pour vérifier nos informations et nos impressions. En mai 2004, nous avons présenté notre projet de rapport lors d'un séminaire stratégique de l'hôpital, organisé à Gulu. Nous avons ensuite vérifié et finalisé notre texte en fonction des commentaires entendus à cette occasion et d'entrevues complémentaires organisées dans les locaux de l'hôpital.

## Pourquoi l'hôpital de Lacor est-il un cas intéressant ?

Dans la plupart des pays en développement, les grands hôpitaux se situent dans la capitale. Ils sont assez bien équipés et appliquent des normes reconnues au plan régional, voire parfois international. Une analyse préliminaire des informations recueillies à propos de l'hôpital de Lacor a toutefois éveillé notre curiosité. L'hôpital se situe à 350 km au nord de Kampala, dans une zone qui a connu la guerre civile, de graves flambées épidémiques - dont l'Ébola en 2000 - et une épouvantable pauvreté pendant plus de 17 ans. Malgré cela, cet hôpital de 474 lits a acquis la réputation d'un centre d'excellence, à même de délivrer une large gamme de services que peu d'autres hôpitaux ougandais sont capables de fournir.

### Notes

- 1 Lacor n'est pas le seul hôpital associatif ougandais qui fonctionne bien. L'étude réalisée par le Ministère de la santé et KPMG (1998) le range avec trois autres hôpitaux privés sans but lucratif parmi les hôpitaux régionaux de recours éventuels.

Jadis un hôpital missionnaire isolé, Lacor a surmonté de graves périodes de crise et toutes sortes d'échecs pour s'intégrer lentement mais sûrement dans le système national de santé. Année après année, il s'est adapté pour répondre aux défis qui menaçaient y compris sa propre existence. Les valeurs de base qu'il s'est forgées et qu'il a alimentées au fil du temps sont la principale explication à son « bon » fonctionnement et à ses « bonnes » performances.

Voici comment nous avons structuré notre rapport. La section 2 replace l'hôpital de Lacor dans son contexte. Les sections 3 à 5 abordent l'environnement extérieur, l'organisation interne et l'influence des parties prenantes extérieures. La section 6 livre une analyse préliminaire des stratégies sous-jacentes et explique la résilience et les performances de l'hôpital au fil des ans. Les sections 7 et 8 mettent en évidence la complexité des interrelations entre ces diverses dynamiques pour que vous puissiez mieux appréhender les raisons pour lesquelles l'hôpital est parvenu à être aussi performant jusqu'ici. La section 9 nous permettra de formuler quelques derniers commentaires à propos des défis à venir. Comme nous le notons dans l'épilogue, certaines évolutions récentes dans le secteur sanitaire ougandais pourraient avoir d'immenses répercussions sur l'avenir de l'hôpital.

D'un point de vue terminologique, nous entendons par « capacité », l'aptitude à fonctionner d'une organisation ou d'un système dans son ensemble. En soi, elle ne correspond à aucun élément subsidiaire tel qu'une « compétence collective ». Ce terme renvoie à l'aptitude qu'a une organisation de faire quelque chose en particulier, comme faciliter, apprendre ou gérer des projets. La majeure partie de cette étude de cas porte sur le renforcement des compétences collectives par opposition au renforcement des capacités. Enfin, nous entendons par « performance » l'accomplissement, l'exécution ou la réalisation (Morgan, 2003b).

## 2 Contexte

C'est au début du XX<sup>ème</sup> siècle que des missionnaires catholiques arrivent dans le nord de l'Ouganda. Ils créent un diocèse régional à 7 km de Gulu, chef-lieu de district. On y trouve un dispensaire géré par la congrégation missionnaire italienne des frères comboniens.<sup>2</sup> En 1959, ce dispensaire se mue en un pavillon de 30 lits puis en 1961 en un hôpital (St Mary's Hospital Lacor) avec l'arrivée du docteur italien Piero Corti (spécialiste en pédiatrie, en radiologie et en neuropsychiatrie) et de son épouse canadienne, le Dr Lucille Teasdale, tous deux bien décidés à consacrer leurs vies à créer et à faire fonctionner un hôpital professionnel, capable de dispenser des soins médicaux selon les normes les plus élevées. En 1983, l'hôpital compte près de 200 lits, mais la guerre civile qui éclate dans les années '80 place la barre très haut en termes d'exigences. En 1993, le nombre de lits atteint les 450 (voyez l'annexe I).

Chirurgienne, Lucille Teasdale attrape le sida, probablement au cours d'une opération effectuée en 1979. Altruiste, elle continuera de travailler pour l'hôpital jusqu'à sa mort en 1996. Piero Corti décèdera à son tour en 2003. Tous deux ont entre-temps reçu de nombreuses récompenses et distinctions, dont l'Ordre du Mérite de la République italienne et le Prix Sasakawa de l'Organisation mondiale de la santé. Lucille Teasdale était également devenue membre de l'Ordre du Canada en 1991. Une biographie très détaillée (Arseneault, 1997) retrace leur parcours, leur action, leur volonté de garder l'hôpital en état de fonctionnement malgré les menaces de mort proférées à leur égard durant la guerre civile, leur engagement à fournir les meilleurs services médicaux possibles aux pauvres et aux nécessiteux de manière rentable.

On ne peut comprendre la réussite de l'hôpital de Lacor sans évoquer les efforts déployés et les résultats engrangés par les Corti au cours des nombreuses années durant lesquelles ils ont bâti leur organisation.<sup>3</sup> Nous mettrons cependant l'accent sur la décennie 1993-2003, période durant laquelle l'Ouganda a progressivement recouvré une certaine

### Notes

<sup>2</sup> Pour plus d'information au sujet des frères comboniens, voyez [www.combonimissionaries.org](http://www.combonimissionaries.org)

<sup>3</sup> Bien que les Corti aient construit l'hôpital, l'appui des missionnaires comboniens aura été vital au bon fonctionnement de celui-ci.

stabilité politique. L'administration publique s'est reconstruite et réformée dans des proportions inconnues jusqu'alors. Après avoir élaboré une stratégie préliminaire en matière de santé, le gouvernement Museveni s'est attaché au cours des années '90 à reconstruire systématiquement le secteur sanitaire et à regrouper les divers prestataires, publics ou non, en un seul système national de santé.<sup>4</sup>

Les années '90 marquent un tournant dans l'évolution de l'organisation. Elle doit se transformer, se muer d'un hôpital missionnaire financé de l'extérieur, appliquant ses propres systèmes et procédures en un prestataire de soins privé, non lucratif, intégré dans le système de santé, en partie subventionné par le Ministère de la santé. Les années '90 se caractérisent aussi par la poursuite de la guerre civile et une extrême pauvreté dans les districts du nord. La flambée d'Ébola en 2000 a en outre un effet dévastateur sur l'organisation qui en réchappe de justesse. Lorsque l'épidémie atteint la région, ce sont 393 cas qui sont confirmés, dont 193 décès. À l'hôpital, 150 cas sont confirmés, dont 52% mourront. Sur les 100 volontaires qui travaillent pour l'hôpital, 12 décèdent, dont le Dr Matthew Lukwiya, brillant médecin spécialiste qui était pressenti pour assumer plus tard la direction de l'hôpital.<sup>5</sup>

### 3 Contexte extérieur et intégration dans le système national de santé

#### Intégration et mise en réseau

L'incorporation de l'hôpital de Lacor dans le système national de santé remonte à l'année 1996/1997 lorsque tous les anciens hôpitaux missionnaires ont été intégrés au titre de prestataires de santé privés sans but lucratif (PSBL).<sup>6</sup> Depuis 1999, près de 16% de l'enveloppe budgétaire de Lacor provient du pot commun de la santé, constitué par les organismes bailleurs au profit du Ministère de la santé.<sup>7</sup>

Il convient à cet égard de rappeler l'importance du lien qui existe entre l'hôpital de Lacor et le Bureau médical catholique ougandais (BMCU). Établi en 1956 afin d'épauler les services médicaux catholiques, le BMCU a connu diverses phases et plusieurs changements de mandat. Au début des années '90, lorsque la réforme du système de santé s'est enclenchée, plusieurs hôpitaux à l'époque missionnaires, dont Lacor, se sont regroupés et ont instamment demandé au BMCU de les aider à constituer ce réseau afin de coordonner les diverses demandes des hôpitaux et de jouer les intermédiaires entre eux et les autorités sanitaires (Giusti et al., 2004).

Les efforts de mise en réseau déployés par le BMCU sont devenus un élément important du processus de mutation engagé par Lacor et ont permis de s'assurer que les préoccupations et propositions de changement formulées par ce dernier arrivaient bien au Ministère. La direction de l'hôpital a considéré ce réseau comme une priorité et a rejoint la task force de la Commission de la santé de la Conférence épiscopale ougandaise, qui était coordonnée par le BMCU. Cette task force s'est réunie à intervalle régulier entre 1996 et 1998 pour suivre l'élaboration et la mise en œuvre de la nouvelle politique de santé. Plus récemment,

#### Notes

- 4 En 1991/1992, le Ministère de la santé a publié un livre blanc sur la réforme de la santé dans lequel il aborde des questions politiques essentielles comme les modalités d'intégration des secteurs lucratif et non lucratif dans le système de santé. Il aura toutefois fallu attendre 1996/1997 pour que cette réforme soit appliquée.
- 5 Lacor est jusqu'à présent le premier et le seul hôpital au monde où autant de patients atteints de l'Ébola ont été traités exclusivement par du personnel médical. Dans les autres hôpitaux, le personnel médical a délégué les contacts physiques avec les patients à des membres de leur famille.
- 6 Vu la nouvelle dynamique impulsée dans le secteur sanitaire vers le milieu des années quatre-vingt-dix, les hôpitaux PSBL ont demandé au Ministère de la santé de les incorporer dans le système national de santé.
- 7 Près de la moitié du budget de la santé est subventionnée par des bailleurs via l'appui budgétaire ou le soutien de projets. Cette dépendance vis-à-vis des financements extérieurs est caractéristique d'autres secteurs sociaux comme l'éducation.

le Ministère de la santé a instauré un service des partenariats public-privé afin de faciliter les échanges en matière de politiques sanitaires avec le BMCU, les autres bureaux médicaux confessionnels et leurs réseaux.

### Décentralisation et liens avec les pouvoirs publics

Conformément à la politique de décentralisation du gouvernement, Lacor est administré par les autorités sanitaires du district de Gulu, au travers desquelles il reçoit ses subsides. La municipalité de Gulu compte 115 000 habitants, et le district de Gulu environ 480 000 habitants. L'hôpital de Gulu, qui se trouve à 7 km de Lacor, compte 250 lits et est l'hôpital de recours de la région. Dans la ville de Gulu, un hôpital privé de 30 lits a récemment ouvert ses portes pour proposer des services

spécialisés à des patients plus aisés. À l'image d'autres prestataires de santé PSBL, la démarche suivie par l'hôpital de Lacor consiste à proposer des services que le système national de santé n'est pas en mesure d'assumer convenablement. Avec l'introduction de la réforme des soins de santé vers le milieu des années '90, les pouvoirs publics nationaux et de district ont de plus en plus reconnu la valeur du pluralisme et accepté le rôle complémentaire des organisations de santé non gouvernementales,<sup>8</sup> qui fournissent aujourd'hui près de 60% des services sanitaires, dont 30% via les centres sanitaires et hôpitaux PSBL.

### L'environnement immédiat

Le fonctionnement au quotidien de l'hôpital de Lacor est largement conditionné par les demandes de la population locale. L'offre de services médicaux gratuits à l'hôpital public de recours de la ville de Gulu ne convainc toujours pas de nombreux patients qui préfèrent un traitement payant à Lacor. La quote-part versée par les usagers couvre quelque 20% des frais de fonctionnement de l'hôpital.

Gulu est le plus grand centre catholique romain du nord de l'Ouganda. L'Archevêque de Gulu supervise quatre diocèses. L'hôpital de Lacor a été construit sur un terrain qui appartient à un de ces diocèses et a pour voisins plusieurs autres organisations catholiques, dont un couvent, la mission des frères comboniens, un institut de formation des maîtres, des écoles primaire et secondaire et la cathédrale de Gulu. Cette vaste infrastructure catholique a apporté d'importantes ressources et un gros soutien logistique au cours des premières années, mais cet aspect des choses s'est progressivement atténué avec l'intégration de l'hôpital dans le système national de santé. Lacor conserve néanmoins son identité catholique, ce qui lui ouvre les portes d'importantes sources de financement extérieur catholiques.

Lacor fonctionne dans un environnement politique et économique difficile. Depuis 1986, le district de Gulu est en proie à l'agitation et à la guerre civile, et l'Armée de résistance du Seigneur (Lord's Resistance Army, LRA) que dirige Joseph

### Ébola

*L'Ébola est une fièvre grave, souvent fatale, qui affecte les primates humains et non humains (les singes, etc.). Le réservoir naturel de ce virus reste inconnu et on n'est pas parvenu à déterminer de quelle manière ce virus apparaissait chez l'être humain au début d'une flambée épidémique. Le virus Ébola se transmet par contact direct avec le sang et/ou les sécrétions des sujets infectés ; ou par le contact avec des objets tels que des aiguilles infectées. La période d'incubation varie de 2 à 21 jours (www.cdc.gov). Pour plus d'information au sujet de la fièvre hémorragique à virus Ébola, voyez <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs103/fr/>*

*Bausch (2001), un des six experts des CDC (Centers for Disease Control and Prevention) qui se trouvaient à Lacor lors de la flambée d'Ébola en 2000, décrit ses effets en ces termes :*

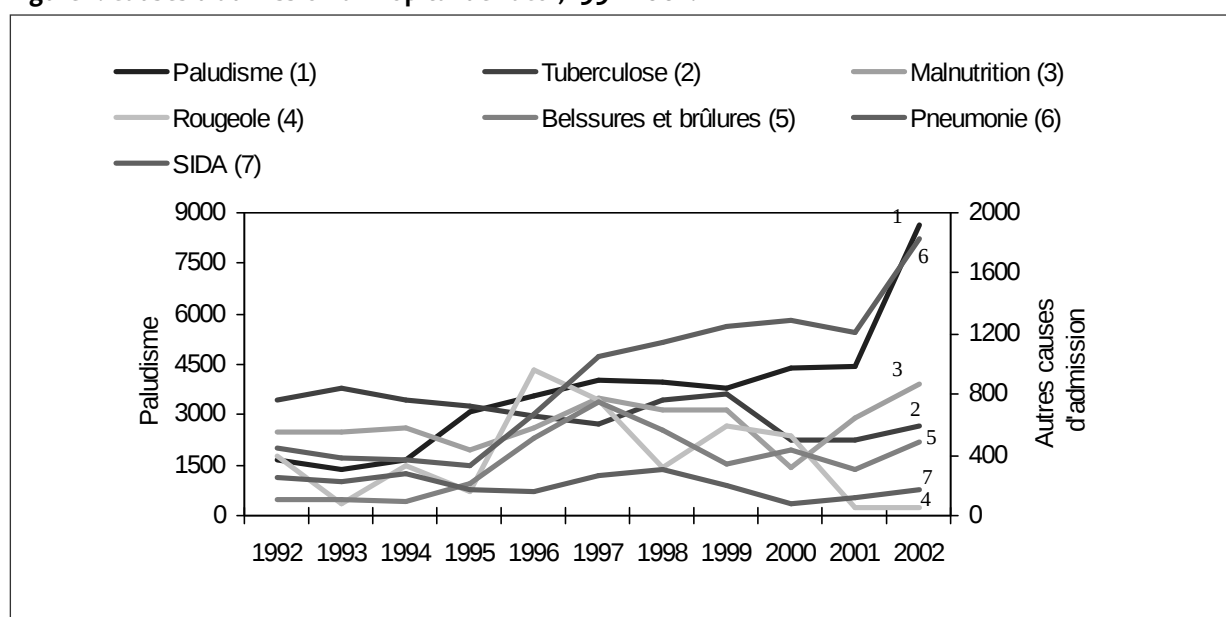
*« Une épidémie d'Ébola dans une communauté affecte l'ensemble de la société. C'est un événement qui laisse sa marque : il y a la « période avant » et la « période après ». Par la suite, que vous soyez infecté ou non, rien n'est plus jamais comme avant, personne ne traverse cette épreuve sans en être profondément affecté. L'agonie des victimes est clairement visible mais les conséquences sont beaucoup plus profondes. Des voisins méfiants, parfois même des membres de la famille, refusent que les convalescents rentrent chez eux, brûlant parfois leurs biens ou leur hutte. Les coutumes africaines traditionnelles, elles aussi, ont changé. On oublie soudainement d'accomplir les rites funéraires tels que le lavage du corps. ... Ensuite, lorsque l'épidémie se propage, la peur l'emporte... »*

*<http://www.un.org/french/pubs/chronique/2001/numero2/0201p6.html>*

### Notes

- <sup>8</sup> Ce processus a pris beaucoup de temps dans le district de Gulu. La froideur avec laquelle les autorités sanitaires du district traitaient au départ l'hôpital de Lacor a plus récemment fait place à une attitude de plus grande ouverture, de compréhension et de coopération.

Figure 1. Causes d'admission à l'hôpital de Lacor, 1992-2002.



Source: Dr Massimo Fabiani, Italian National Institute of Health, Rome.

Kony,<sup>9</sup> n'a entraîné dans son sillage que souffrances et désespoir. L'hôpital a été pillé et son personnel menacé. En 1989, feu le Dr Lukwiya a été pris en otage et l'hôpital a dû fermer pendant six semaines.<sup>10</sup> Il y a dans le district de nombreuses personnes déplacées localement qui ont abandonné leur village pour vivre dans des camps. Bien que Lacor ne soit pas censé servir de camp pour ceux qui fuient la guerre civile, plus de 2 000 personnes ont trouvé refuge dans son complexe jusqu'à ce qu'elles

soient accueillies ailleurs en mars 2004. En mai 2004, l'hôpital a également donné refuge aux quelque 10 000 « navetteurs nocturnes » des communautés environnantes, surtout des femmes et des enfants cherchant à éviter les attaques de nuit et les kidnappings. L'hôpital accueille aussi au quotidien quelque 800 patients plus le personnel soignant (soit 2 000 personnes au total), ainsi que la famille de ses salariés (2 500 personnes). La présence dans le complexe, nuit après nuit, de ces milliers de personnes pèse lourdement sur l'infrastructure hospitalière, notamment sur ses équipements sanitaires et d'approvisionnement en eau.<sup>11</sup>

### Économie et pauvreté dans le district de Gulu

La guerre civile et les opérations de l'armée de résistance du Seigneur ont dévasté l'économie du nord de l'Ouganda. La plupart des indicateurs sociaux du district de Gulu sont nettement en deçà de la moyenne nationale. L'espérance de vie, par exemple, y est de 39 ans pour les hommes et de 41 ans pour les femmes. Le taux de mortalité infantile s'élève à 172 cas sur 1000 naissances d'enfants vivants, contre 109 pour l'ensemble de l'Ouganda.<sup>12</sup> Le paludisme est la principale cause de mortalité chez les enfants de moins de 4 ans (43% des cas), et le sida chez les 15-35 ans.

#### Notes

- 9 La dénomination à consonance religieuse de ce mouvement rebelle est trompeuse. Kony est un leader impitoyable, déterminé à combattre « le mal », qui est parvenu à déstabiliser gravement la région. On suppose que la LRA est financée par le gouvernement soudanais. Il se murmure aussi que le gouvernement ougandais financerait des mouvements rebelles au sud Soudan. Représailles ou explication au soutien du LRA par le gouvernement soudanais ? La réponse varie selon le camp choisi (The Economist, 6 septembre 2003). Les médiateurs nationaux et le gouvernement ougandais ont essayé d'aplanir ce différend, mais le gouvernement soudanais ne s'est pas engagé totalement, contrairement à ce que son discours aurait laissé supposer.
- 10 Depuis lors, l'hôpital n'est plus menacé ; la LRA a compris que la fermeture de l'hôpital n'était bonne ni pour ses opérations ni pour ses appuis locaux.
- 11 Difficile pour quelqu'un de l'extérieur d'imaginer comment l'hôpital parvient à maintenir ses normes sanitaires avec autant de personnes. Il y a des rangées de latrines à fosse à l'intérieur du complexe, qui sont désinfectées chaque matin par des équipes de nettoyeurs pour que l'hôpital puisse reprendre son activité.
- 12 Voyez [www.worldbank.org/poverty/health/data/indicators/imr1.pdf](http://www.worldbank.org/poverty/health/data/indicators/imr1.pdf)

Environ 11% des adultes du district de Gulu sont séropositifs, alors que la moyenne nationale est de 6%. Comme pour d'autres régions en conflit, la forte présence du VIH/sida dans le nord de l'Ouganda peut s'expliquer par les actes de violence envers les femmes et le grand nombre de personnes déplacées. Bien que les chiffres du sida soient dramatiques, la prévalence du VIH/sida dans le district de Gulu s'est stabilisée entre 1992 et 2002 (voyez la Figure 1).<sup>13</sup>

Avec ses 540 salariés et quelque 120 temporaires, Lacor est le deuxième employeur du nord de l'Ouganda, juste après le secteur public. En soi, son poids économique n'est pas mince : 95% des salariés viennent du district de Gulu, et ils représentent 24% des revenus perçus sous la forme d'impôts locaux (Uganda Martyrs University, 2003). Paradoxalement, l'amélioration de la situation économique dans d'autres parties de l'Ouganda a eu des effets négatifs pour Lacor. Certains coûts comme la masse salariale et les assurances évoluent en fonction de l'économie nationale, mais le recouvrement des coûts locaux est devenu plus difficile en raison de la situation économique désastreuse et de la faible capacité des patients à acquitter le prix des services fournis.

## 4 Caractéristiques de l'organisation interne

Pour expliquer la structure actuelle de l'hôpital de Lacor, un petit retour de 20 ans en arrière s'impose pour retracer les principaux changements intervenus tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de l'organisation, en fonction de trois périodes.

La première période, de 1983 à 1992, voit l'émergence du mouvement rebelle et le début de la guerre civile jusqu'à ce que la région passe sous le contrôle du gouvernement Museveni. Après les élections de 1989, le pays entre dans une phase de reconstruction et de développement intensifs, même si le nord reste quelque peu à la traîne par rapport au reste

du pays. En 1983, le Dr Corti recrute des diplômés en médecine à Kampala pour un programme d'internat, et pressent déjà certains d'entre eux comme futurs dirigeants de l'hôpital. Lui-même et son épouse (qui dirigent à l'époque l'hôpital) se sont en effet rendu compte qu'ils ne pouvaient éternellement compter sur l'assistance technique (AT) extérieure pour trouver des spécialistes en médecine. Cette méthode n'est pas viable. Ils doivent préparer des Ougandais à prendre leur succession lorsqu'ils partiront à la retraite. Avec le déclenchement de la guerre civile, la demande de soins médicaux s'amplifie. Le programme d'internat aussi ; il reste un des principaux vecteurs du renforcement des capacités internes.

Au cours de la deuxième période, de 1992 à 2000, la fièvre Ebola frappe la région et menace de détruire l'hôpital. C'est une période d'intégration, de formalisation et de consolidation. Avec la refonte totale de l'administration publique, qui touche également le secteur de la santé, la direction de l'hôpital doit resserrer ses liens avec le Ministère de la santé et avec le réseau des prestataires de soins catholiques que coordonne le BMCU. Au sein de l'hôpital, des médecins ougandais assument de plus grandes responsabilités. Feu le Dr Lukwiya en particulier devient la principale « antenne » de Lacor pour détecter les signaux envoyés par la nouvelle administration. Il devient membre de la task force coordonnée par le BMCU pour contribuer à l'élaboration de la nouvelle politique ougandaise de santé.

La formalisation et la consolidation deviennent des caractéristiques essentielles avec l'arrivée en 1992 du directeur actuel, un assistant technique italien qui avait précédemment travaillé durant 10 ans pour un hôpital public tanzanien. Recruté à l'origine pour exercer la médecine, il devient rapidement la cheville ouvrière de la formalisation des systèmes et procédures internes et de l'instauration d'un conseil de gestion jusqu'alors rudimentaire. Vu le proche départ à la retraite des Corti, il fallait d'urgence for-

### Notes

- <sup>13</sup> On a imputé ce phénomène à la démarche intégrée suivie par l'hôpital dans son abord de l'épidémie, notamment à l'égard des patients hospitalisés, des patients ambulatoires et des patients soignés à domicile, qui témoigne d'un schéma d'utilisation des ressources différent de celui des autres hôpitaux africains (Accorsi et al. 2002). Le déclin du VIH/sida à Gulu correspond à une tendance nationale. Malgré ses ressources limitées, l'Ouganda affiche une baisse de 70% de la prévalence du VIH/sida depuis le début des années '90, qui va de pair avec une réduction de 60% des relations sexuelles occasionnelles (Stoneburner et Low-Beer, 2004).

maliser, consolider et instaurer des structures de gestion plus pérennes. L'hôpital était en outre sommé par le gouvernement de s'intégrer dans le système national de santé et pressé par les organismes bailleurs de fonds d'améliorer la reddition de ses comptes financiers.

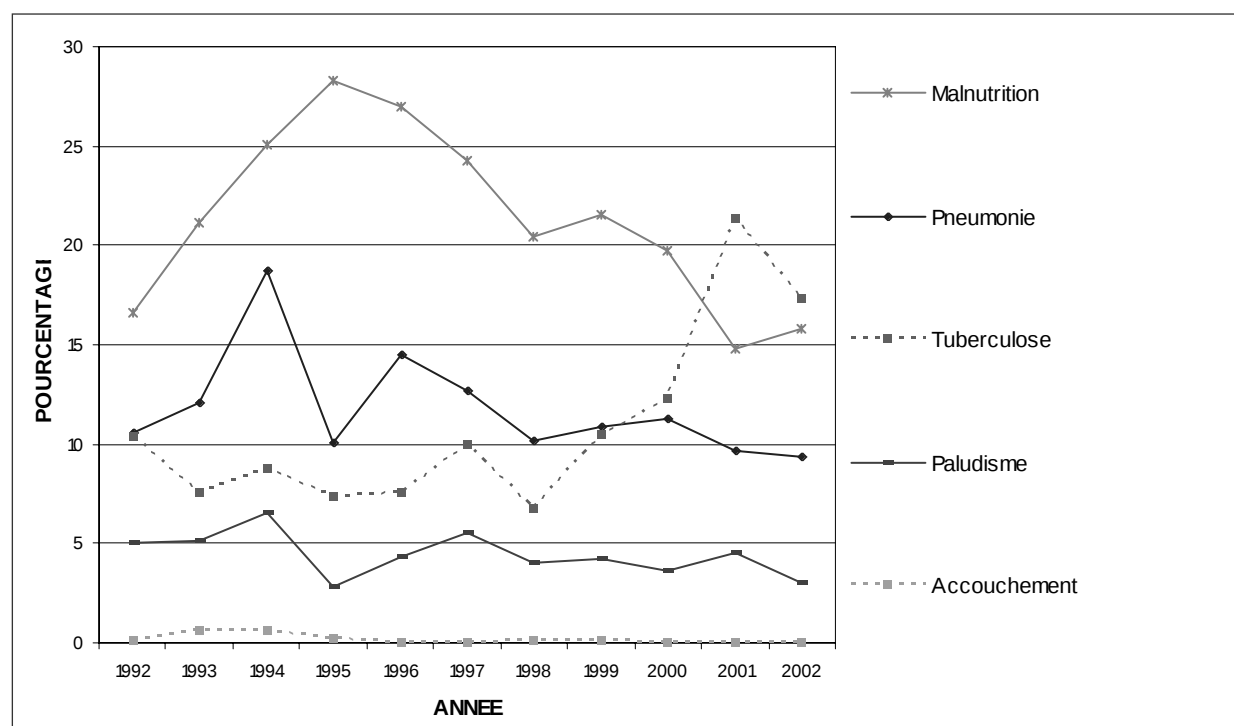
Au cours de la troisième période, de l'an 2000 à aujourd'hui, les efforts se sont entièrement portés sur la sortie de crise de l'Ébola. L'hôpital a dû remplacer 12 des ses collaborateurs décédés et faire face à une augmentation de ses coûts en partie due à l'Ébola et en partie due à son intégration dans le système national de santé. Cette période aura également été celle d'une transparence et d'interactions accrues avec les parties prenantes (trois séminaires de stratégie ont été organisés pour discuter de l'avenir de l'hôpital), ainsi qu'une période de renforcement institutionnel avec un conseil d'administration qui commence à prendre des décisions stratégiques.

### Direction, conseil d'administration et services

La direction au quotidien de l'hôpital dépend désormais de quatre personnes : le directeur adjoint, le chef des services médicaux, le chef adjoint des services médicaux (tous des Ougandais recrutés comme internes dans les années '80 et '90) et le responsable de la logistique, un frère combonien italien. Le directeur italien ne fait pas partie de la direction, mais assume une mission de supervision qui lui est confiée par le conseil d'administration dans le but de transférer progressivement les responsabilités vers de jeunes médecins ougandais. Après la crise de l'Ébola, on a demandé à ces jeunes médecins d'assumer ces fonctions et de diriger l'organisation en équipe.<sup>14</sup>

Ces dix dernières années, le conseil d'administration s'est renforcé avec l'arrivée de nouveaux membres et l'amélioration de ses liens avec la région. Depuis la crise de l'Ébola, il assume en outre une mission de supervision de nature plus stratégique. Fort de onze membres, dont cinq issus de l'exécutif (voyez l'annexe III), ce conseil d'administration est présidé par

**Figure 2. Taux de létalité de certaines maladies à l'hôpital de Lacor, 1992-2002. On constate une baisse générale des taux de létalité pour les cinq principales causes d'admission (hormis la tuberculose).**



Source: Accorsi et al. (2002).

### Notes

- 14 Le Dr Corti est resté directeur de l'hôpital jusqu'à l'article de sa mort, bien qu'il ait progressivement réduit son activité à partir de la mi-90. Avant la flambée d'Ébola, la direction était aux mains du directeur adjoint (aujourd'hui directeur) et du chef des services médicaux (Dr Lukwiya).

l'Archevêque de Gulu. Pour que l'équipe de direction puisse prendre conscience de questions stratégiques plus vastes, le conseil d'administration a décidé d'associer trois médecins, plus le chef de l'administration (poste actuellement vacant) à ses réunions semestrielles. Le conseil d'administration s'est élargi par cooptation. Tous les administrateurs y siègent *ad personam* et tous les administrateurs ougandais proviennent de la tribu locale Acholi - leur origine est considérée comme un facteur qui doit les inciter à pérenniser et à améliorer le fonctionnement du conseil d'administration. Au cours des entrevues, ces administrateurs ont déclaré que ce travail volontaire était pour eux une façon de « faire du bien à leur propre peuple ».

L'hôpital est une grosse entreprise, comme vous le constaterez à la lecture de l'annexe I. Quelques 540 salariés travaillent dans ses nombreux services qui vont de la pédiatrie générale à l'obstétrique et la gynécologie en passant par la chirurgie, la médecine générale et un pavillon des tuberculeux. Au cours de l'exercice fiscal 2002/2003, l'hôpital a traité environ 31 000 patients, et accueilli 213 000 personnes en consultation.<sup>15</sup> Son budget annuel est d'environ 1,8 millions d'euro, dont 60% rien qu'en masse salariale.

L'hôpital est parfaitement conscient de la pollution qu'il peut générer pour l'environnement. Un lagon a été construit au début des années '90, pour filtrer et épurer les eaux usées avant leur rejet. Lacor est l'un des rares hôpitaux de la région à disposer d'une telle installation de traitement des eaux.

L'hôpital effectue et soutient des recherches tant sur les aspects cliniques que de gestion des prestations de soins. Elles doivent contribuer au développement général du système de santé et à l'amélioration des connaissances et des services médicaux. La Figure 2 vous donne une idée des succès engrangés par l'hôpital dans ses efforts de professionnalisation.

### Gestion du personnel et incitants

Le personnel de l'hôpital que nous avons interviewé pour cette étude décrit la gestion des Corti comme très efficace, mais informelle, non structurée et basée sur la personnalité de chacun. Malgré tout le respect dû aux Corti, la plupart des collaborateurs

se sentent plus rassurés et mieux orientés depuis l'introduction de normes, de règles et de procédures précises pour la gestion et l'épanouissement du personnel.<sup>16</sup> Cette formalisation était essentielle et beaucoup y voient un des principaux acquis de la direction actuelle. Une systématisation de l'évolution du personnel devenait pressante pour assurer une passation de pouvoir progressive aux Ougandais.

D'autres facteurs appelaient cette formalisation. Bien qu'à l'origine, l'hôpital verse des salaires nettement plus élevés que la moyenne nationale, la réforme de la santé amorcée dans les années '90 s'était traduite par une hausse nationale des salaires face à laquelle Lacor n'était plus compétitif. Le secteur public propose des salaires en moyenne 5% plus élevés et le Ministère de la santé offre un régime de retraite attrayant et des heures de travail régulières. L'hôpital compense en mettant l'accent sur l'évolution de carrière (formation et études) et d'autres conditions d'emploi attrayantes telles que le versement régulier d'un salaire compétitif, la gratuité des soins médicaux pour les membres du personnel et leurs familles, une contribution au traitement du VIH pour le personnel, l'accès à une coopérative d'épargne et de crédit et un environnement professionnel attractif (équipements et matériel disponibles, règles de fonctionnement garantissant un traitement équitable du personnel, etc.).<sup>17</sup>

### Valeurs et normes internes

Le fonctionnement au quotidien de l'hôpital se détermine dans une large mesure par son système de valeurs. La démarche suivie par le Dr Corti pour gérer son établissement - pragmatisme, esprit d'entreprise et focalisation sur les besoins - reste d'actualité. L'organisation a toujours mis les besoins du patient au cœur de sa démarche. Le dévouement du Dr Lucille Teasdale à l'égard de ses patients est un

#### Notes

15 L'hôpital n'a pas assez de lits (474 en 2003) pour accueillir tous les patients. Au cours de notre visite, un millier de patients séjournaient à l'hôpital, en majorité des enfants atteints de paludisme qui auraient pu être traités dans des centres sanitaires périphériques ou des antennes médicales si ceux-ci n'avaient pas été détruits ou abandonnés durant la guerre civile.

16 Un guide de l'emploi a été finalisé en 2001, et repris par d'autres prestataires de santé PSBL.

17 Malgré ces conditions, Lacor n'est pas à l'abri des tentations du marché du travail. Quatorze infirmiers et infirmières ont récemment démissionné pour passer dans le secteur public. Le risque de voir ses meilleurs médecins partir est plus faible ; après une année d'internat, ils se voient offrir un contrat de trois ans et peuvent obtenir des parrainages ou des bourses pour des formations post-universitaires.

autre paramètre crucial. « Si vous choisissez de vivre parmi les pauvres, vous les aimerez » avait-elle coutume de dire ; ces propos nous ont été rapportés par une infirmière qui a travaillé avec elles durant des années. C'est sur cette toile de fond, faite d'humanisme catholique,<sup>18</sup> de travail acharné et de prêche par l'exemple, qu'une norme de travail s'est élaborée et articulée autour de trois grands principes, qu'un médecin nous a résumés en ces termes : fournir d'excellents soins au patient, se dévouer à son travail et être prêt à bosser, avoir une éthique qui ne laisse place ni à la corruption ni à une moralité défaillante. Quiconque applique ces principes est le bienvenu, pour autant que son activité professionnelle réponde à des normes acceptables.

## 5 Influence des parties prenantes extérieures

Dans un environnement où les besoins sont gigantesques et les services de santé bien piètres, une organisation de soins aussi centrale que Lacor compte forcément de nombreuses parties prenantes dont les demandes et les apports se sont soigneusement entremêlés au fil du temps. Un entrelacs qui s'est épaissi avec l'intégration progressive de Lacor dans le système de santé national. Notons au passage que cette relation entre l'hôpital et ses parties prenantes fonctionne dans les deux sens. Quatre groupes de parties prenantes au moins exercent une influence distincte sur le fonctionnement de l'hôpital : les patients et les « navetteurs nocturnes », les autorités sanitaires nationales et locales, le système de santé

de l'Église catholique romaine ougandaise (lui-même à son tour partiellement influencé par Lacor), et les bailleurs extérieurs.

### 1. Les patients et les « navetteurs nocturnes »

Tous les membres du personnel et du conseil d'administration interviewés ont insisté sur le fait que l'hôpital avait pour missions principales de prodiguer des soins médicaux aux pauvres qui en avaient besoin et d'adapter son fonctionnement aux demandes des parties prenantes. Pour reprendre la citation originale du Dr Corti, l'objectif de Lacor est « d'offrir le meilleur service possible au plus grand nombre et au moindre coût ». Rien n'a changé depuis.

Le nombre de patients hospitalisés et ambulatoires a augmenté au fil des ans, ce qui prouve sans conteste que le personnel a répondu aux demandes de ses parties prenantes. Le nombre de patients est passé de 142 000 en 1995-96 à 184 000 en 2001-2002. L'hôpital a en outre dû faire face à plusieurs flambées de maladie et d'épidémie, dont l'Ébola, la méningite et la tuberculose, apportant des services que les structures publiques ne pouvaient offrir que partiellement. En moyenne, les patients prennent en charge 20% du coût de leur traitement, alors qu'ils peuvent se faire soigner gratuitement à l'hôpital public de recours de Gulu, à quelque 7 km de là. L'hôpital tire sa principale légitimité de l'afflux continu de patients.

À cela s'ajoutent les milliers de « navetteurs nocturnes » qui chaque nuit, viennent chercher refuge dans le complexe hospitalier pour éviter de se faire enlever par l'armée rebelle afin de servir de nouvelles recrues ou d'être vendus comme esclaves. En 2003 et début 2004, on comptait quelque 5 000 « navetteurs nocturnes », mais la situation s'est brusquement aggravée en mai 2004 lorsque la LRA a commis des massacres dans la ville de Gulu. Le nombre des navetteurs nocturnes, pour la plupart des femmes et des enfants de moins de 16 ans, a alors atteint les 10 000.

### 2. Les autorités sanitaires nationales et locales

Le Ministère de la santé et les autorités sanitaires du district de Gulu (ASD) ont une influence directe sur l'hôpital de Lacor. Avec la réforme du secteur de la santé, ce sont surtout les charges récurrentes<sup>19</sup> et les charges statutaires annuelles qui ont fortement augmenté.<sup>20</sup> Depuis qu'il fait partie du système

#### Notes

<sup>18</sup> L'hôpital est lié à l'Église catholique, mais est resté ouvert aux autres communautés et groupes religieux. Feu le Dr Lukwiya était protestant.

<sup>19</sup> La masse salariale est passée de 600 millions de shillings ougandais en 1997/98 à 1,8 milliards de shillings en 2001/02 à cause de l'augmentation salariale accordée par le gouvernement aux travailleurs du secteur de la santé et pour que les salaires proposés par l'hôpital restent compétitifs.

<sup>20</sup> Parmi les charges récurrentes figurent les cotisations obligatoires au fonds national de sécurité sociale remis sur pied par le gouvernement et les cotisations pour les indemnités des accidents du travail. Pour Lacor, la facture est passée de 14 millions de shillings ougandais en 1997/98 à environ 300 millions de shillings en 2001/02.

national de santé, l'hôpital reçoit des subsides, via le pot commun du Ministère de la santé et des ASD, mais il a dû revoir son système administratif pour répondre à des impératifs comptables et de rapport démesurés. Les relations entre les ASD et l'hôpital sont surtout administratives.

### 3. Les organisations catholiques romaines ougandaises

La Conférence épiscopale de l'église catholique ougandaise exerce, elle aussi, une influence sur l'hôpital et sur les types d'activités qu'il exerce. D'après la déclaration de mission de l'hôpital, « Dans l'accomplissement de son mandat, l'hôpital respectera scrupuleusement l'éthique médicale et l'enseignement moral de l'Église catholique romaine ainsi que la déclaration de mission et la politique de services de santé catholiques en Ouganda, telles qu'approuvées par la Conférence épiscopale en juin 1999 » (St Mary's Hospital, 2001).

La Conférence épiscopale ougandaise définit la politique et en confie l'exécution à sa commission de la santé et à son secrétariat exécutif permanent, le BMCU. Le BMCU est par conséquent l'instance de coordination de l'ensemble des services médicaux catholiques ; il supervise le fonctionnement de l'hôpital pour s'assurer que ses normes et ses performances sont conformes aux enseignements de l'église catholique et aux politiques du Ministère de la santé. Il est également un des forums où se discutent et se préparent les politiques du réseau des prestataires de soins de santé catholiques sans but lucratif. Un séminaire organisé en mars 2000 en est la preuve (BMCU, 2000).

#### La performance, fruit de l'interaction

L'hôpital de Lacor influence aussi ses parties prenantes, notamment les autorités sanitaires ougandaises et la communauté des prestataires de santé catholiques. Compte tenu de ses ressources et de sa position unique, il peut tester de nouvelles approches, de nouvelles procédures ou de nouveaux protocoles, qui se sont avérés bénéfiques pour l'ensemble du système de santé ougandais. Son programme d'internat pour les jeunes médecins, par exemple, est à l'origine des normes nationales de qualité professionnelle. L'hôpital a organisé deux séminaires de stratégie en 2002 et en 2003, que le

BMCU cite en exemple aux autres hôpitaux. Le BMCU reconnaît également que Lacor est au cœur de l'apprentissage dont a besoin l'ensemble du réseau des prestataires de santé catholiques sans but lucratif.<sup>21</sup>

Les collaborateurs de l'hôpital sont parfaitement conscients de leur statut privilégié dans le système de santé ougandais et reconnaissent que les interactions avec les parties prenantes ont commencé à influencer les performances et les comportements internes. Depuis la crise de l'Ébola, le personnel se rend bien compte que Lacor doit s'afficher parmi les meilleurs en termes de services cliniques et de compétences collectives de gestion. Les attentes envers les performances des collaborateurs sont également très élevées, comme le fait remarquer l'un d'entre eux : « Tout le monde nous observe, les attentes sont là et nous ne pouvons les décevoir ».

### 4. Les bailleurs extérieurs

L'hôpital de Lacor n'est pas un projet conçu à l'étranger. Il a été fondé par les missionnaires comboniens et s'il s'est mué en un véritable hôpital, c'est parce que deux personnes qui avaient un esprit pragmatique et d'entreprise l'ont voulu ainsi. L'hôpital avait besoin de fonds qui n'étaient pas disponibles localement, et qu'il n'obtiendrait qu'à partir du moment où son niveau de performances serait excellent et évident pour les bailleurs de fonds pressentis. De quoi motiver la performance.

Au fil des ans, les bailleurs de fonds extérieurs sont restés fidèles, couvrant quelque 65% des charges récurrentes de l'hôpital.<sup>22</sup> Malgré cette dépendance vis-à-vis des financements extérieurs, l'hôpital disposait d'une marge de manœuvre suffisante pour s'acquitter de sa mission et tester de nouvelles approches. Sa mise en réseau avec d'autres prestataires de santé catholiques afin de se ménager une place dans le futur système de santé ougandais relève d'une décision interne prise dans le début des années '90. Plus récemment, la direction et le conseil d'administration de l'hôpital ont pris la décision commune d'améliorer les interactions entre l'hôpital et ses parties prenantes et d'organiser plu-

#### Notes

<sup>21</sup> Dr Giusti, Secrétaire exécutif du BMCU, communication personnelle ; voyez également le point 7.

<sup>22</sup> Pour l'année fiscale 2001/02, 19% des charges récurrentes ont été couvertes par les honoraires payés par les usagers, et 16% par le Ministère de la santé (principalement à partir du pot commun du secteur de la santé). Le Ministère fournit également 10 médecins spécialistes, dont il paie directement les salaires.

sieurs séminaires de stratégie afin de discuter de l'avenir.

Les audits financiers sont très en vogue chez les agences de développement. On ne peut en dire autant de la comptabilisation des performances. Seuls la Conférence épiscopale italienne et Terre des Hommes (une ONG néerlandaise) fournissent un appui sur le long terme et un financement de base. La coopération italienne occupe une place importante vu ses grands engagements sur le long terme, mais son appui est un appui de projet, comme celui d'autres bailleurs. À l'instar de nombreuses autres organisations, Lacor est victime du penchant des organismes de développement pour le financement de projets à court terme et à vocation précise.<sup>23</sup>

Certains bailleurs poussent également aux dépenses en capital dans certains projets mais ne prêtent que peu d'attention aux frais de fonctionnement de l'organisation. Cela n'a eu que peu d'effets sur l'approche de l'hôpital de Lacor. Celui-ci a apparemment cantonné ses bailleurs dans une relation d'investisseurs ; autrement dit, ils peuvent observer, mais pas intervenir dans le processus.

### Nouvelles approches de la gestion de l'aide

Il convient d'évoquer ici deux nouvelles approches de la gestion de l'aide. Au début des années '90 tout d'abord, la coopération italienne a vivement invité tous les projets, y compris celui de Lacor, à améliorer la comptabilisation des financements obtenus au cours des six années précédentes. D'autres bailleurs de fonds lui ont emboîté le pas et ont demandé avec insistance à l'hôpital de mettre en place un système de gestion financière professionnel et d'appliquer des procédures de rapport et de contractualisation standards.

Le deuxième changement s'est opéré vers la fin des années '90 avec l'apparition des approches sectorielles (SWAp) dans le secteur de la santé. Les bailleurs ont de plus en plus mis leurs fonds dans un pot commun géré par le Ministère de la santé afin de soutenir un programme national. Cela a eu un double impact sur Lacor. D'un côté, la contribution du Ministère au budget de l'hôpital a augmenté, pas-

sant de zéro en 1999 à 16% en 2002, mais de l'autre, les contributions directes des ONG et des gouvernements étrangers ont diminué. Avec l'arrêt du financement de certains bailleurs, d'autres hôpitaux ont dû sérieusement réduire leur offre de services, ce qui n'a pas été le cas de Lacor. La coopération italienne n'a que partiellement suivi l'approche sectorielle et a continué de verser des sommes importantes directement à l'hôpital. Les subsides que l'hôpital reçoit du Ministère de la santé ne servent qu'à couvrir des dépenses induites par la réforme de la santé, c'est-à-dire la hausse des salaires et des charges statutaires annuelles. Dans le même temps, les bailleurs qui s'étaient ralliés à l'approche sectorielle ont diminué leur financement direct de projets. Au bout du compte, les coûts d'intégration de l'hôpital dans le système national de santé ont neutralisé les bénéfices de l'opération.

Le séminaire de 2002 a longuement discuté des difficultés financières de l'hôpital (celui-ci doit trouver plus de 80% de son budget annuel auprès de sources non gouvernementales). Les principales questions soulevées étaient de savoir dans quelle mesure l'hôpital pourrait maintenir sa mission de service aux plus démunis (fallait-il ou non augmenter l'intervention financière du patient ?) et s'il pourrait continuer de proposer une gamme aussi large de services à l'avenir.

### La Fondation Corti

C'est en 1993 que le Dr Corti a créé la Fondation Piero et Lucille Corti afin de compenser d'éventuelles pertes de revenus. La Fondation a joué un rôle crucial durant l'exercice fiscal 2001/02, lorsque l'hôpital a dû couvrir environ 43% de ses charges annuelles sur ses fonds propres.<sup>24</sup> La Fondation ne s'attend pas à devoir verser des montants aussi importants dans les prochaines années (elle n'en a d'ailleurs pas les moyens), mais la montée en flèche des frais généraux exigera d'elle qu'elle assure dorénavant un financement plus structurel. Le conseil d'administration a reconnu l'importance de la Fondation en lui accordant un siège.

### Assistance technique

La coopération italienne et les ONG italiennes sont les principales sources de l'assistance technique (AT). Mi-2004, huit expatriés travaillaient pour l'hô-

#### Notes

<sup>23</sup> L'hôpital reçoit des fonds d'USAID, de certaines ONG italiennes (AISPO, CCM, etc.) financées par la coopération italienne, de DANIDA, de la Commission européenne, de la coopération autrichienne et de la Province autonome de Bolzano.

<sup>24</sup> La plupart de ces frais (nouveau personnel, nouveaux équipements) étaient nécessaires après la crise de l'Ébola.

pital, dont quatre médecins, un technicien de laboratoire et un pharmacien. Ils restent deux à trois ans en moyenne. Le directeur est également un Italien qui travaille à Lacor depuis le début des années '90. Les membres de l'AT sont recrutés via l'Associazione Italiana per la solidarietà tra i Popoli (AISPO), une ONG italienne. Le responsable principal de la logistique est un frère combonien, qui est assimilé à de l'AT à vie (à moins que sa Congrégation ne le transfère ailleurs).

Lacor dispose également de volontaires à court terme et d'une AT à la recherche et au conseil technique via divers instituts médicaux internationaux. On notera en particulier les partenariats entre Lacor et l'Istituto Superiore di Sanità à Rome (qui a commencé dès 1992) et l'hôpital de San Raffaele à Milan. Les membres du conseil d'administration estiment que l'AT fournie à court et à long terme est indispensable au fonctionnement de l'hôpital et contribue largement au renforcement des capacités de l'organisation.

## 6 Adaptation et changement endogène

L'hôpital de Lacor a réussi à s'adapter et à se transformer chaque fois qu'il a été confronté à des crises graves et à se remettre d'aplomb dans un délai raisonnable chaque fois qu'il a enregistré des reculs. Et il y est parvenu malgré des formes de gestion différentes, allant du style plutôt informel des Corti à l'approche plus structurée et plus institutionnalisée d'aujourd'hui.

L'hôpital n'a aucun document stratégique officiel, mais il applique une série de principes qui découlent de l'objectif défini par les Corti, à savoir offrir le meilleur service possible au plus grand nombre et au moindre coût. Cet objectif a permis de fédérer les diverses motivations des intervenants, qui vont du désir de « faire le bien » tel que l'enseigne l'Église catholique à des ambitions plus spécifiques telles que contribuer à l'allègement de la pauvreté ou

acquérir une expérience professionnelle dans une discipline médicale précise.

Lacor a par ailleurs bénéficié « d'heureuses coïncidences » qui auront été des éléments déterminants de sa réussite. Du point de vue organisationnel, l'Église catholique du district de Gulu a apporté son soutien et fait jouer ses relations tout en restant à l'arrière plan et en évitant de s'ingérer dans les affaires internes de l'hôpital. Le directeur actuel est également arrivé à point nommé, au moment où se dessinait la nécessité d'une approche plus structurée et plus proche de la vision hospitalière de feu le Dr Lukwiya. On peut néanmoins relever quelques stratégies ou éléments de stratégie sous-jacents, qu'ils soient anciens ou plus récents. Il nous paraît que les stratégies implicites décrites ci-après ont formé la base d'un processus d'adaptation et de changement endogène axé sur la performance.

### Être à l'écoute des besoins et y répondre

L'hôpital s'est constitué en réaction à de nombreux besoins principalement liés à la guerre civile, aux épidémies et à la situation d'urgence dans laquelle se trouvait l'ensemble de la région. Il fallait une approche souple pour combler les carences des pouvoirs publics. La faculté de réponse de l'hôpital face aux besoins de la population a engendré de nouvelles exigences et de nouveaux défis dès lors que l'impuissance des pouvoirs publics s'est confirmée. Dans l'intervalle, Lacor a continué de proposer un large éventail de services médicaux, en partie financés par des quotes-parts minimales des usagers. Tous nos répondants nous ont affirmé que le personnel considérait le souci du patient comme une des valeurs cardinales de l'hôpital. La direction et le conseil d'administration ont récemment pris des décisions à cet égard, qui serviront d'ailleurs de référence aux futures prises de décisions.

### Renforcement des ressources humaines

L'hôpital a besoin de collaborateurs professionnels et compétents, rompus aux normes techniques et médicales, prêts à vivre parmi les pauvres dans une zone reculée et ayant un esprit positif et de compassion dans le travail. Dans les moments difficiles qu'il a déjà connus, l'hôpital n'a pas toujours pu compter sur des ressources humaines à la hauteur. C'est pourquoi il a fondé une école de formation

pour infirmiers et infirmières dans les années '70, puis créé un programme d'internat pour jeunes médecins. Cette démarche de formation intra muros a parfaitement réussi et forme l'épine dorsale de l'organisation depuis les années '80. Quelque 11% du budget de fonctionnement sont désormais consacrés à la formation des infirmiers et infirmières et du personnel de laboratoire, aux programmes d'internat et aux études post-universitaires de spécialisation médicale. Cette démarche se justifie par un environnement extrêmement difficile. Les épidémies d'Ébola et de sida ont emporté plusieurs membres du personnel, et il n'est pas simple d'intégrer de nouveaux venus qui ne sont pas imprégnés de la culture de l'établissement, celle qui veut que l'on se soucie « du patient d'abord » et que l'on soit disponible en dehors des heures de travail.<sup>25</sup> La guerre civile n'attire pas non plus les prétendants d'autres régions.

Tout le personnel d'encadrement ougandais a connu les affres du passé, une rude école qui leur a permis d'intégrer le « rythme » et l'esprit de l'organisation.<sup>26</sup> Les jeunes collaborateurs peuvent progresser dans leur carrière hospitalière aussi longtemps que leurs aînés les jugent aptes et disposés à « prendre leurs marques » dans l'environnement de travail de l'hôpital.

### **Maintenir des liens constructifs avec les autorités nationales**

Tout au long de son histoire, l'hôpital de Lacor s'est efforcé de maintenir des relations amicales et constructives avec les autorités sanitaires nationales. C'est ainsi qu'il a traversé les époques sans être inquiété, y compris sous le difficile régime d'Idi Amin. Lorsque le gouvernement actuel est arrivé au pouvoir, l'hôpital a immédiatement répondu à son objectif politique d'intégrer les prestataires de santé PSBL dans le système national de santé et d'en faire des membres actifs. L'hôpital applique les règles et les procédures édictées par les pouvoirs publics et remplit ses obligations légales.

Le personnel est bien conscient de faire partie du système national de santé et s'enorgueillit de son apport, qualifié d'essentiel au bien-être de la population ougandaise. Il ne ménage toutefois pas ses critiques à l'égard du secteur public de la santé et se considère professionnellement en avance sur son pendant public. Le fait que 14 infirmiers et infirmières aient récemment quitté l'hôpital pour rejoindre le système national de santé les confirme dans l'idée que leurs compétences professionnelles sont très recherchées. Ce mélange d'intégration et de concurrence avec le système national de santé continue d'influencer le comportement et les performances de l'hôpital. Il y a eu suffisamment « d'espace » jusqu'ici pour combiner les deux. Mais le départ des infirmiers et infirmières confirme ce que disait le Dr Corti : Lacor doit être meilleur que les autres centres de soins pour obtenir ou garder les ressources dont il a besoin.

### **Devenir une organisation autodidacte**

La biographie des Corti comme les entrevues que nous avons menées montrent que l'hôpital a toujours été un lieu d'ouverture et d'échange. Toute forme de dogmatisme religieux ou de rejet des idées nouvelles y est proscrite.<sup>27</sup> Cette ouverture a récemment amené l'hôpital à organiser trois séminaires de stratégie à propos de son avenir. Vu la hausse des charges consécutive à la réforme de la santé et à la crise de l'Ébola, la direction et le conseil d'administration avaient besoin d'en savoir plus sur le fonctionnement économique de l'hôpital et de discuter avec les parties prenantes des options stratégiques à envisager pour la refonte de l'organisation. Pour le premier séminaire, en 2002, des études ont été effectuées par l'Université des martyrs à Nkozi, dans le district de Mpigi (St Mary's Hospital, 2002). Deux autres séminaires ont suivi en 2003 et 2004, et d'autres sont prévus. Ces séminaires ont permis de faciliter la communication interne et la transparence (un aspect tenu pour acquis par le personnel). Mais surtout, ils ont permis à l'hôpital d'expliquer au monde extérieur qu'il ne réalisait pas de bénéfices (contrairement à ce que prétendent souvent les politiciens et les collectivités locales). Tous nos répondants considèrent que ces séminaires ont renforcé la crédibilité de l'hôpital, amélioré les relations avec les parties prenantes et favorisé l'apprentissage interne.

#### **Notes**

- 25 On dit de Lacor que c'est un des rares hôpitaux du pays à être ouvert 24 heures sur 24.
- 26 C'est le Dr Lucille Teasdale qui est à l'origine de ce précepte du « patient d'abord ». Elle pouvait apparemment se montrer très dure envers le personnel qui ne se comportait pas de manière professionnelle, mais on l'adorait pour son authentique souci du bien-être des patients. Plusieurs répondants considèrent ce précepte et son intégration dans la philosophie du travail de l'hôpital comme le chef-d'œuvre du Dr Teasdale.
- 27 Comme l'a expliqué l'un des répondants : « Les Corti ont élaboré une philosophie du travail fondée sur le labeur, l'honnêteté, le fait de ne pas transiger avec les problèmes du patient, les bonnes relations, la camaraderie, être près des gens. La prière, en revanche, n'était pas une priorité. »

S'instruire de l'analyse et du diagnostic est un besoin sans doute plus évident pour une organisation médicale que pour d'autres. La direction a donc suggéré que ce réflexe quotidien des médecins s'applique également à l'organisation. Pour comprendre les causes d'une maladie, il faut faire des recherches et apprendre, nous a dit un membre du personnel.

Enfin, pour que l'hôpital puisse offrir le meilleur service possible, il fallait impérativement qu'il s'imprègne des idées et des nouvelles connaissances médicales des internes et de l'AT extérieure. Le fait de travailler avec une AT étrangère apparaît comme un élément stratégique. Le recrutement de médecins spécialistes et de volontaires permet à l'hôpital de se tenir au courant des avancées et des dernières nouveautés en médecine. La plupart des membres de l'AT sont recrutés pour une durée limitée et pour des postes de spécialité bien précis.

#### **Maillage et partage pour favoriser l'épanouissement professionnel**

Dans cet esprit d'ouverture à l'apprentissage, l'hôpital a noué des liens avec les facultés de médecine de Kampala et de Mbarara (cf. ci-après) ainsi qu'avec des hôpitaux et des centres de recherche à l'étranger. Il a également accordé une grande importance au maillage et au partage des connaissances en Ouganda, dès lors que le réseau des anciens hôpitaux missionnaires a commencé à énoncer ses préoccupations. Ce souci constant de l'échange et du maillage, singulièrement au travers du BMCU, est considéré comme essentiel pour le fonctionnement durable de l'hôpital.

#### **« Ougandanisation » graduelle du leadership**

Le lancement du programme d'internat dans les années '80s a donné le coup d'envoi du transfert du leadership de Lacor à des Ougandais. Depuis, de jeunes médecins ayant démontré qu'ils pouvaient assumer des responsabilités ont été intégrés à la direction. Le décès du dauphin désigné du Dr Corti lors de la crise de l'Ébola a néanmoins prouvé que la réussite d'une opération aussi complexe ne tenait qu'à un fil, tant les capacités sont comptées. La restructuration de l'organisation qui s'en est suivie visait à confier des postes de leadership à de jeunes médecins, à leur faire assumer progressivement des tâches de gestion, sous la houlette du directeur

actuel. Mais cette approche du renforcement des capacités demande du temps, celui de constituer le pool des ressources humaines nécessaires. Le conseil d'administration soutient à fond cette démarche, sachant pertinemment que l'AT étrangère sera nécessaire pour cogérer l'hôpital durant quelques années encore.

#### **Muer le conseil d'administration en un instrument efficace**

La formalisation de l'hôpital de Lacor dans le début des années '90 passait également par la mise en place d'un conseil d'administration opérationnel, au sein duquel pourraient être cooptées des personnes dévouées, ayant une stature régionale. Il fallait à tout prix éviter toute « politisation ». L'organisation voulait mettre en place un conseil d'administration compétent et efficace, qui pourrait assumer progressivement les missions de supervision et prendre des décisions cohérentes en fonction de certaines normes et règles.<sup>28</sup> Le conseil d'administration a prouvé sa capacité à agir et à prendre des décisions parfois difficiles, comme le licenciement de 68 membres du personnel après le séminaire de 2002,<sup>29</sup> mais il doit encore acquérir de la maturité pour mieux orienter le personnel de direction. L'ajout récent d'administrateurs exécutifs est perçu comme un pas important vers une meilleure compréhension et une meilleure interaction entre le personnel et le conseil d'administration.

#### **Collecte de fonds extérieurs**

La collecte de fonds extérieurs a toujours été essentielle au fonctionnement de l'hôpital : par le passé, le manque de subsides nationaux ne lui laissait pas le choix. Avec l'introduction de la réforme de la santé et d'un pot commun du secteur de la santé, le financement extérieur est devenu plus nécessaire encore. Les séminaires de 2002 et de 2003 ont bien fait comprendre que la collecte de fonds serait essentielle à la survie de l'organisation tant que la paix et la stabilité ne seraient pas revenues dans la région. Comme il y a peu de chance de voir le Ministère de la santé accroître ses subsides dans un avenir proche,<sup>30</sup> l'hôpital n'a pas d'autre choix que d'intensifier ses activités de collecte de fonds et celles de la Fondation Corti, que gèrent un groupe de

---

#### Notes

<sup>28</sup> Bien que les statuts prévoient la création d'un conseil hospitalier pour représenter les intérêts des parties prenantes, ce conseil n'a pas été créé jusqu'ici. Les séminaires de stratégie devraient en principe faciliter le repérage des parties prenantes qui devraient y siéger.

<sup>29</sup> L'hôpital a dû licencier 68 collaborateurs pour réduire ses charges après la crise de l'Ébola.

volontaires et la fille des Corti, Dominique. Des efforts sont en cours pour enseigner à certains membres du personnel l'ABC des tractations avec les organismes bailleurs.

## 7 Compétences collectives émergentes

Dans les sections précédentes, nous avons examiné le fonctionnement interne de l'hôpital de Lacor, et la façon dont il s'est positionné dans un environnement souvent difficile face à diverses parties prenantes, interventions et zones d'intérêt. Au fil des ans, un ensemble de stratégies implicites aura structuré et guidé le processus de changement endogène. Bien que cet élément d'information soit important pour comprendre la gestion, la stratégie et le contexte plus large dans lequel opère l'organisation, il ne rend pas compte des compétences collectives sous-jacentes qui ont permis à cette même organisation de fonctionner et de rester performante à travers les époques.

De nombreux éléments prouvent que l'hôpital répond aux demandes de ses parties prenantes et que ses compétences collectives lui permettent de fournir des services de haute qualité technique. Il y arrive grâce à un ensemble complexe de compétences collectives essentielles, en continuelle mutation - parfois étroitement liées, parfois en tension, voire en conflits les unes avec les autres. Comme dans la plupart des organisations, ces compétences collectives s'échelonnent du plus matériel au plus immatériel. Dans le cas de Lacor, on s'aperçoit qu'un mélange harmonieux de ces compétences collectives s'est mis en place - certaines ayant pris le temps de mûrir, d'autres ayant fait leur apparition suite à de récents changements dans l'environnement local ou opérationnel. Il est encore trop tôt pour dire si toutes ces compétences collectives resteront intactes à l'avenir.

Certaines d'entre elles sont fragiles, d'autres profondément ancrées dans l'organisation, mais toutes ont été essentielles au cours des 15 dernières années ; il y a donc de bonnes raisons de croire qu'elles le seront encore à l'avenir.

Il ressort de notre analyse que les efforts collectifs ont donné naissance à cinq compétences collectives de base, qui sont toutes corrélées et d'importance égale et donc difficile à hiérarchiser.

### La compétence collective d'adaptation et de changement

D'après la vision générale du Dr Corti, le principe fondamental de l'hôpital est de réagir aux demandes de ses parties prenantes. Cet authentique souci a obligé l'hôpital à s'ouvrir davantage, à acquérir des connaissances, à tirer les leçons de son expérience et à les appliquer. Tout conservatisme qui voudrait que l'on se cramponne aux dogmes, aux vieilles habitudes ou aux procédures et structures existantes lui est étranger ; dans le cas contraire, il aurait été entraîné dans une spirale descendante, qui lui aurait fait perdre des patients et de l'efficacité, comme ce fut le cas pour d'autres anciens hôpitaux missionnaires d'Ouganda.<sup>31</sup> Des « capteurs » internes ont évité que cela ne lui arrive. Il s'est en revanche doté de mécanismes internes de détection des besoins de changement et de contrôle interne, notamment par le biais de séminaires de stratégie ou de réunions hebdomadaires par département, qui font désormais partie intégrante de son fonctionnement.

### Reconstitution de l'organisation

Ce qui fait notamment la force de l'hôpital tout au long de son histoire, c'est son aptitude à se ménager un réservoir de ressources humaines. Ce réservoir lui permet de fonctionner en douceur, mais surtout, de mettre en place un noyau de 15 collaborateurs (sur 520) qui sont les piliers de l'organisation. Éparpillés sur tout l'hôpital à différents niveaux hiérarchiques, les membres de ce groupe assurent la cohésion de l'organisation. Ils sont considérés comme les « gardiens du temple », d'une certaine philosophie du travail et jouent un rôle important en repérant parmi les nouveaux collaborateurs ceux qui respecteront les valeurs et l'éthique de l'hôpital. Ces évaluations se font dans le cadre des procédures officielles d'appréciation, mais occupent aussi une

#### Notes

30 En fait, le gouvernement ne peut se payer le niveau de services fourni par l'hôpital. Pour des raisons macro-économiques, le Ministère des finances et le FMI ont plafonné le financement que les bailleurs peuvent attribuer à l'économie nationale et, par voie de conséquence, à chaque secteur, y compris celui de la santé.

31 D'après un observateur, au cours des cinq dernières années la plupart des hôpitaux catholiques ougandais ont inversé cette tendance à la baisse.

place importante dans les discussions informelles sur le comportement d'un postulant et la possession des qualités requises pour faire partie de l'organisation.

L'importance accordée à la reconstitution de l'organisation transparaît également dans son budget, comme nous l'avons déjà dit. Quelque 11% du budget de fonctionnement sont en effet alloués à la formation intra muros et à des formations complémentaires extra muros. Cette possibilité est offerte au personnel en conjonction avec un ensemble d'incitants afin de favoriser l'évolution de carrière et l'épanouissement du personnel dans le respect de règles écrites telles que le guide de l'emploi. Bien que Lacor se soit doté d'un système de fonctionnement qui permette à l'organisation de se reconstituer, la crise de l'Ébola et les possibilités alléchantes qui s'offrent au personnel médical qualifié sur le marché du travail ont obligé l'hôpital à faire évoluer et à affiner constamment son système. Recruter et conserver les « bonnes » personnes aux postes cruciaux sera l'un des principaux enjeux de son avenir.

### Assimilation des valeurs

D'après l'ensemble de nos répondants, on doit surtout aux Corti d'avoir défini un corpus de valeurs qui continuent de marquer le raisonnement et les comportements du personnel de l'hôpital. L'hôpital a en outre acquis une certaine compétence collective de transmission de ces valeurs à la génération suivante, et d'assimilation de ces valeurs dans son fonctionnement quotidien. Bien entendu, ce processus d'assimilation est fragmenté, non structuré et intervient principalement sur le lieu de travail, par la puissance de l'exemple (le dévouement au travail), et par des réunions régulières du personnel. Il est soutenu par un ensemble complexe et clairement défini de mesures d'incitation et par un mode de gestion qui vise à partager les responsabilités et, dans la mesure du possible, à impliquer le personnel à tous les niveaux (une démarche dans le droit fil du précepte de subsidiarité de l'Église catholique). Reste à voir si l'hôpital sera en mesure de pérenniser cette assimilation des valeurs. Les membres du personnel sont toutefois bien conscients d'avoir l'avenir de l'organisation entre leurs mains et considèrent la transmission des valeurs à la nouvelle génération comme leur plus gros challenge.

### Auto-évaluation et autorégulation

Bien que l'hôpital doive rendre compte de ses dépenses aux bailleurs et au gouvernement, aucune agence ni instance extérieure ne lui imposent de projet ou de processus précis. Les décisions stratégiques et opérationnelles se prennent au sein de l'organisation en fonction de sa propre vision et des besoins des patients. Cette prise en main de sa propre destinée a d'ailleurs favorisé l'éclosion d'une culture d'auto-évaluation et d'autorégulation relativement cohérente au sein de l'hôpital.

Au plan institutionnel, la direction et le conseil d'administration ont tous deux démontré leur capacité à prendre des initiatives, à suivre les progrès et à prendre des décisions difficiles lorsque les circonstances l'exigeaient.<sup>32</sup> Au niveau des groupes et des individus, plusieurs signes témoignent de l'apparition et de l'assimilation d'une culture d'identification des problèmes et d'autorégulation. Cela s'explique par le partage des responsabilités dans tous les aspects de l'organisation (principe de subsidiarité) et c'est de là qu'interviennent l'appropriation, l'engagement et le dévouement - le souci « du patient d'abord ». Des systèmes de contrôle complètent ce processus d'autorégulation, bien que l'accent soit mis sur la résolution des problèmes par le groupe ou par l'individu, les systèmes de contrôle n'entrant en jeu que si nécessaire.

### Établissement de réseaux et collecte de renseignements

Enfin, l'hôpital a développé au fil du temps deux compétences collectives étroitement liées, la collecte et la mise en réseau des renseignements, qui lui ont permis de s'adapter avec succès aux changements de gouvernements et à de profonds remaniements du système de santé.

La compétence collective de mise en réseau et de développement de liens avec le gouvernement national, les parties prenantes et les bailleurs extérieurs s'est avérée cruciale pour la survie de l'hôpital. Ses relations locales ont permis au Dr Corti de trouver de jeunes médecins prometteurs dans la région. Le déclenchement de la guerre civile au milieu des années '80 a considérablement accru la demande de services médicaux et contraint l'hôpi-

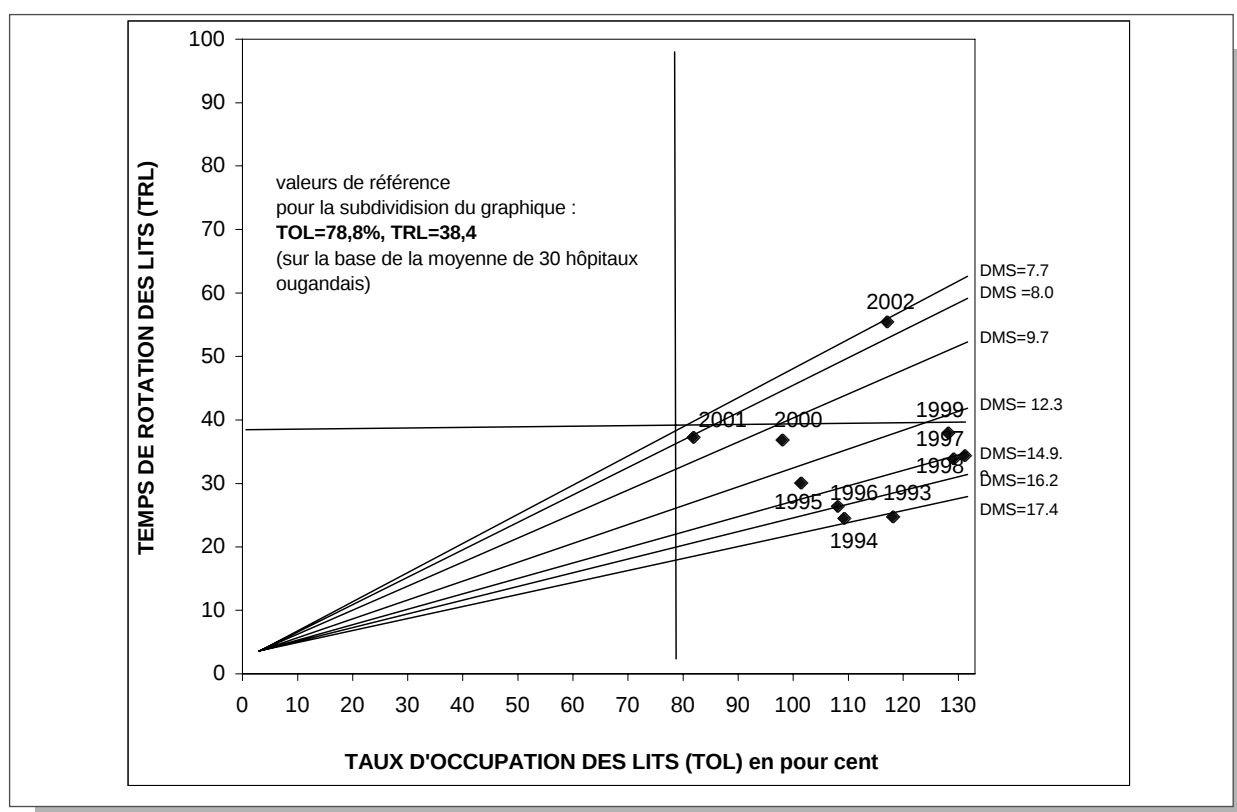
#### Notes

<sup>32</sup> La direction a souvent prouvé son aptitude à réagir et à prendre des décisions stratégiques. Après le séminaire de 2002, c'est néanmoins le conseil d'administration qui a repris cette mission à son compte et qui a agi au nom de l'institution sur des questions aussi essentielles que les licenciements de personnel.

tal à établir un vaste réseau de contacts avec les organismes bailleurs afin de satisfaire ses besoins financiers. La recherche de fonds au travers d'intenses contacts avec le monde extérieur reste une des principales tâches de la direction.<sup>33</sup> Cette approche du travail en réseau s'est mise en place dans les années '90, lorsque des échanges politiques ont eu lieu entre le BMCU, d'autres prestataires de services sans but lucratif et le Ministère de la santé. Un des principaux résultats de ce processus aura été la reconnaissance des anciens hôpitaux missionnaires comme acteurs essentiels du système de santé ougandais. Les séminaires de 2002 et de 2003 ont également permis de multiplier les contacts et les échanges stratégiques avec les parties prenantes.

Deuxièmement, l'hôpital a développé une compétence collective de détection, d'analyse et d'absorption des « changements d'époque ». Il fallait impérativement « garder tous ses sens en éveil » avant et pendant l'introduction de la réforme de la santé du gouvernement Museveni dans les années '90, lorsque feu le Dr Lukwiya partait à la « pêche aux renseignements politiques » pour le compte de l'hôpital.<sup>34</sup> Aujourd'hui encore, les membres du personnel conservent cette attitude d'ouverture et de collecte d'informations et ont de nombreuses occasions d'échanger et de confronter leurs points de vue avec d'autres intervenants gouvernementaux et non gouvernementaux du système de santé.

Figure 3. Performance de l'hôpital de Lacor, 1993-2002. DMS = durée moyenne de séjour.



#### Notes

- 33 L'hôpital sait y faire pour ce qui est d'établir des contacts en Ouganda même. Pour la collecte de fonds, en revanche, la direction et le conseil d'administration savent qu'un effort particulier devra être déployé pour veiller à ce que le personnel local acquière plus de connaissances et d'expérience en matière d'interaction avec les bailleurs de fonds.
- 34 Les répondants disent que c'est la brillante intelligence du Dr Lukwiya conjuguée à sa formation scolaire en Ouganda qui lui ont permis de pressentir le changement bien avant les autres membres de la direction. Le personnel adhère fortement à sa vision du rôle des anciens hôpitaux missionnaires dans le système de santé ougandais lorsque le nouveau directeur est arrivé.

Source: Accorsi et al. (2002).

## 8 Performance

L'hôpital de Lacor accepte une charge de travail qui dépasse les attentes. Ce qui ne l'a jamais empêché d'être très efficace, hormis une courte baisse de régime durant la crise de l'Ébola en 2000. Dans cette section, nous allons voir les facteurs qui expliquent la performance globale de l'hôpital et nous émettrons quelques hypothèses sur les facteurs internes qui expliquent sa « résilience », c'est-à-dire cette faculté de rebond, de récupération après une épreuve.

### 1. Performance globale

Les statistiques montrent que les performances de l'hôpital se situent au-dessus de la moyenne depuis 1997 (voyez la Figure 3) et que les taux de létalité de certaines maladies ont baissé (voyez la Figure 2). Par rapport à d'autres prestataires de santé PSBL ougandais, Lacor parvient à se hisser au-dessus de la moyenne pour des indicateurs tels que le nombre d'admissions ou de consultations, alors que la quote-part versée par les usagers est de 30% inférieure à la moyenne nationale. Le total des dépenses par production unitaire est également inférieur à la moyenne (chiffres collationnés par le BMCU au St Mary's Hospital en 2002). Le recrutement de personnel et l'achat de nouveau matériel durant la crise de l'Ébola ont entraîné une hausse des dépenses et une chute brutale de la productivité du personnel en 2000 ; celle-ci a néanmoins commencé à remonter, puis à dépasser la moyenne sectorielle après que des mesures d'économie aient été prises en 2002 (Murru et al., 2003).

Un rapport conjoint du Ministère de la santé et de KPMG (1998) qui analyse le rôle, la structure et la gestion des hôpitaux régionaux de recours confirme ce bon niveau de performance de l'hôpital. Ce rapport conclut que quatre hôpitaux associatifs, dont celui de Lacor, sont plus aptes à devenir hôpitaux de recours que les hôpitaux publics.<sup>35</sup>

Les preuves de la contribution de Lacor au développement général du système de santé ougandais ou de son rôle comme animateur du changement ne sont pas de nature scientifique. D'après nos répon-

dants, l'hôpital a été un des chefs de file du dialogue politique qui s'est instauré dans les années '90 ; c'est également lui qui a édicté des normes et des procédures (dans son guide de l'emploi) qui ont ensuite été reprises par les autres prestataires de santé PSBL. Le BMCU considère les séminaires récemment organisés à Lacor comme un modèle dont les autres hôpitaux ougandais devraient s'inspirer. Enfin, bon nombre de médecins et autre personnel soignant formés à Lacor ont été recrutés par d'autres organismes publics de santé après avoir quitté l'hôpital.

Autre indicateur de performance de l'hôpital, sa compétence collective d'adaptation face à la crise de l'Ébola et de récupération après celle-ci. L'Ébola était bien plus qu'une simple épidémie : elle a frappé l'organisation en plein cœur et failli détruire ce qui avait mis des années à se construire pas à pas. Le choc a été terrible : en quelque mois, près de 3% du personnel y a laissé la vie, dont des infirmières et des infirmiers qualifiés et expérimentés ainsi que le successeur désigné du Dr Corti à la tête de l'hôpital. Après cette crise, on risquait de voir se créer un clivage entre les « héros » (la centaine de soignants qui s'étaient portés volontaires pour traiter l'épidémie) et le reste du personnel, mais grâce à une gestion attentive, l'hôpital s'est remis de cette épreuve et a retrouvé son dynamisme.<sup>36</sup> Le personnel voulait perpétuer et assumer l'héritage ; l'épidémie avait en effet mobilisé des ressources et des énergies insoupçonnées. Personne n'a démissionné et des collaborateurs plus jeunes ont repris les postes de leurs collègues décédés.<sup>37</sup>

#### Notes

35 Cette recommandation n'a jamais été appliquée. Primo, parce qu'elle était inacceptable pour le Ministère de la santé, dont la politique prévoit que les hôpitaux de recours doivent être propriété de l'État. Secundo, parce que deux de ces hôpitaux - dont Lacor - ne tenaient pas à assumer cette fonction. Lacor a fait valoir qu'il y avait déjà un hôpital de recours à proximité et qu'il se considérait comme un prestataire de santé dont les fonctions s'inscrivent en complément de celles des hôpitaux publics.

36 Les volontaires n'ont bénéficié d'aucune gratification particulière, que ce soit sous la forme de compensation financière ou de promotion. Tout le personnel a par la suite été traité sur un pied d'égalité.

37 Ce fut une décision difficile pour certains, qui ne se sentaient pas suffisamment qualifiés pour reprendre des postes à haute responsabilité. Mais comme l'a dit un des répondants « ... les victimes avaient porté la croix à notre place, et nous voulions faire quelque chose en retour, étant donné qu'ils étaient morts pour nous. »

## 2. Éléments moteurs de la performance

Qu'est-ce qui fait que cette machine hospitalière « tourne rond » malgré les épreuves et les reculs ? Une première analyse des éléments considérés dans les sections précédentes nous permet de dégager cinq ingrédients que nous allons à présent détailler.

### Un leadership pragmatique

Pour arriver à une démarche axée sur la demande et les besoins du patient, la direction a dû faire preuve de pragmatisme et d'un esprit d'entreprise. C'est le Dr Piero Corti qui a instillé cette mentalité dans l'organisation et qui a montré comment la mettre en œuvre. Ce pragmatisme se voit aujourd'hui à l'institutionnalisation croissante de l'hôpital, à son intégration dans le système national de santé, à sa capacité de prendre des décisions stratégiques pénibles pour rester compétitif. À l'image de milliers d'autres analyses portant sur des organisations ayant réussi leur développement, cette étude de cas prouve qu'un leadership exemplaire et extraordinaire constitue un ingrédient capital. L'hôpital a su créer un espace pour entretenir ce leadership et pour laisser la possibilité aux nouveaux membres de la direction ou du conseil d'administration de prendre des décisions. Mais le leadership n'explique pas, à lui seul, les bonnes performances d'une organisation.

### Une culture institutionnelle et un système de valeurs

Au fil du temps, l'hôpital a dû développer, ajuster et harmoniser plusieurs compétences collectives. Nos répondants ont maintes fois évoqué le système de valeurs internes de l'hôpital, inspiré des valeurs morales du Dr Lucille Teasdale, elles-mêmes pétries d'humanisme catholique et ancrées dans un environnement catholique. Arc-bouté sur son système de valeurs, Lacor est manifestement une institution capable d'édicter ses propres normes, ses règles de fonctionnement et son éthique. Il a contribué non seulement au mieux-être de la population locale, mais à l'amélioration des normes et des services sanitaires de tout le pays. Cette culture institutionnelle est également empreinte de la volonté de travailler dur, et même très dur chaque fois que c'est nécessaire.

### Une ligne de conduite plutôt que des stratégies explicites

Les compétences collectives de l'hôpital ont évolué avec le temps, mais restent fidèles au principe de base du Dr Corti : offrir le meilleur service possible au plus grand nombre et au moindre coût. Un principe magnifique, qui permet à des individus mus par toutes sortes de considérations humanitaires, religieuses ou professionnelles de travailler d'abord côte à côte, puis en équipe, et finalement comme un seul homme. Inspirés par une vision humanitaire et chrétienne, l'engagement des Corti tout au long de leur vie et leur foi en l'épanouissement de chacun ont certainement contribué à créer un environnement propice à l'éclosion de ces compétences collectives.

Si des stratégies apparaissent en filigrane dès les origines, jamais la direction ni le conseil d'administration n'ont essayé de les définir ou de les formuler de manière explicite. À l'évidence, les stratégies n'étaient pas nécessaires à l'époque.<sup>38</sup> Les Corti, et plus particulièrement le Dr Piero Corti, se faisaient une idée très précise de l'organisation qu'ils voulaient créer, sans toutefois savoir très précisément comment ils allaient y parvenir.<sup>39</sup> Mais ils ont su parfaitement exploiter les opportunités qui s'offraient à eux, en embauchant des individus prometteurs ou en participant aux débats sur la réforme du secteur de la santé qui ont amené l'hôpital à s'intégrer dans le système national.

### Professionnalisme médical et légitimité

Le fonctionnement de l'hôpital s'articule autour de ses services médicaux remarquables et de son aptitude à reconstituer des compétences personnelles et professionnelles qui sont très demandées dans la région. L'augmentation constante du nombre des patients et le fait qu'ils préfèrent se rendre à Lacor plutôt que dans un autre service de santé sont révélateurs. Les diverses mesures d'incitation proposées au personnel et le principe de subsidiarité, qui répartit les responsabilités sur l'ensemble de l'organisation, favorisent tous deux le professionnalisme. C'est comme cela que Lacor est devenu un centre national et régional d'excellence.

#### Notes

<sup>38</sup> L'institutionnalisation progressive de l'hôpital a toutefois amené son conseil d'administration à envisager, à partir d'une discussion interne, la formulation d'une stratégie sur la future réorientation de l'organisation.

<sup>39</sup> Cela nous a été indirectement confirmé par la fille des Corti, lorsqu'elle nous a dit : « l'hôpital a sans doute dépassé les attentes de mon père ».

Ce remarquable niveau de professionnalisme a conféré à Lacor une forme de légitimité que ni la dictature d'Idi Amin, ni l'Armée de résistance du Seigneur (LRA) n'ont pu ignorer ni détruire. À la fin des années '80, le nouveau gouvernement de Museveni a fait de Lacor une institution clé de la future réforme du système national de santé. Cette forte légitimité a cimenté l'organisation et son personnel, renforcé son identité autour d'une finalité commune, fait prendre conscience que la réputation de l'hôpital surclassait celle des autres, et qu'il fallait maintenir les compétences collectives complexes décrites précédemment.

### Le dévouement

La détermination du personnel et des membres du conseil d'administration à contribuer au succès de l'hôpital est un autre élément moteur de sa performance. Les membres du personnel sont fidèles à l'organisation et restent en poste durant de nombreuses années. Une forme d'appropriation de l'hôpital par son personnel s'est développée, bien qu'elle ait été mise à rude épreuve après la crise de l'Ébola. Au cours des entrevues, les membres du personnel et du conseil d'administration nous ont dit être motivés par le désir de venir en aide à leur population, les Acholi.

Les contacts informels, la dynamique de groupe et les relations privées entre les intervenants contribuent largement à façonner ce dévouement. À l'époque des Corti, l'organisation était très informelle. On discutait des problèmes médicaux et de gestion le soir, autour d'une tasse de thé ; le conseil d'administration n'existait que sur papier et n'influait pas la ligne de conduite de l'organisation. Les choses ont manifestement changé, quoique la nouvelle génération en charge de la direction continue d'attacher beaucoup d'importance au côté informel. À force de travailler dans un contexte difficile, dans le stress permanent et avec peu d'occasions de se distraire ou de se détendre, l'équipe s'est soudée et tente de relever les défis du quotidien.

### « L'apprentissage tacite » serait-il le phénomène sous-jacent qui explique les capacités ?

Une forme d'apprentissage particulière s'est-elle développée au fil des ans, qui aurait contribué à perpétuer ce schéma de résilience, d'adaptation et

de haute performance ? Comme nous l'avons vu dans la section 6, l'hôpital est une organisation autodidacte. Mais cette stratégie implicite, pour importante qu'elle soit, n'explique pas tout : quelque chose de plus profond semble propulser l'organisation. N'appelons pas cela de l'apprentissage organisationnel, car ce terme général est souvent associé à un processus délibéré, initié par la direction ou quelques figures de proue de l'organisation. Parlons plutôt d'apprentissage « implicite », ou « tacite » comme on dit en science de l'organisation (Nonaka et Takeuchi, 1995), pour décrire cette connaissance impossible à codifier, cette information « silencieuse » qui imprègne et sous-tend chaque geste du personnel. Au sein d'une organisation, cette connaissance peut se transmettre par l'observation et par la pratique, par l'apprentissage sur le tas, ou par des interactions sociales entre la connaissance tacite et le savoir explicite.<sup>40</sup> Certains observateurs religieux y verront un don divin. Mais notre propos n'est ni d'engendrer du mystère ni de créer une légende, mais bien d'examiner attentivement les processus qui sous-tendent la cause. Difficile d'appréhender ou de définir un processus au sein duquel diverses composantes s'articulent en une capacité générale. Mais on trouve partout des traces de cet apprentissage tacite - échange, ouverture, auto-évaluation ou réflexion sur les valeurs. Plusieurs facteurs ont présidé à l'avènement de cet apprentissage tacite. Sans vouloir être exhaustif, citons la survenance répétée « d'événements dramatiques » extérieurs qui ont forcé l'hôpital à s'adapter et à réagir. D'une certaine façon, l'hôpital a été propulsé par des vagues de changement et son personnel a assimilé la nécessité de s'y adapter.

Vient ensuite la question de « l'espace » qui a permis à ce processus d'apprentissage de se déployer et à l'hôpital d'acquérir son autonomie et sa légitimité. L'absence d'autres prestataires de santé dans la région a donné à tous ceux qui éprouvaient de la curiosité professionnelle ou souhaitaient acquérir de nouvelles compétences l'occasion d'expérimenter, de faire des essais et d'apprendre sur le tas.

Il convient pour finir de mentionner la « spiritualité », qui constitue le socle moral. La présence et les divers apports de l'Église catholique ont structuré la

#### Notes

- 40 Alors que les ouvrages associent généralement « l'apprentissage tacite » à un apprentissage individuel, nous l'employons ici pour nous référer à un processus collectif. Cette remarque fera probablement l'objet d'un débat dans la mesure où elle ne peut être étayée par les constats de notre étude. Voyez, à titre de lecture complémentaire, Durrance (1988).

spiritualité de Lacor dès son origine. Ce cadre spirituel était explicite, mais pas dogmatique ; il a inspiré un ensemble de règles, de règlements et un sens de la sécurité qui a permis de surmonter les moments difficiles. Ce cadre était propice à l'éclosion d'une communauté unie par un système de valeurs partagées qui facilitait les échanges, l'action et l'apprentissage collectifs.

## 9 Derniers commentaires

Il y a incontestablement dans ce cas matière à réflexion et à discussion entre les parties prenantes de Lacor et dans l'ensemble de la communauté politique en charge de la santé et de la prévention des conflits dans des environnements déstabilisés. Cette section soulève quelques problèmes et questions qui méritent plus ample discussion.

### Problèmes pour l'hôpital de Lacor

Cette étude de cas s'est polarisée sur les forces de l'hôpital, ses réalisations et les raisons qui expliquent sa performance au-dessus de la moyenne. Plusieurs raisons portent à croire que l'hôpital est différent des autres prestataires de santé ougandais, comme nous l'a dit un des membres du conseil d'administration. Mais les membres du personnel comme du conseil d'administration connaissent parfaitement les faiblesses de leur organisation et les défis qui l'attendent. Le niveau de performance est sans conteste au-dessus de la moyenne, mais d'immenses efforts devront être accomplis pour maintenir ce niveau et justifier les attentes projetées sur l'institution.

Premièrement, la constitution et la reconstitution des ressources humaines doit faire l'objet d'une attention permanente. Les entrevues nous ont bien montré que Lacor devait impérativement renforcer les capacités locales en gestion et en administration générales, et en particulier la capacité de compréhension du monde de la collecte de fonds et du tra-

vail avec les agences de développement. Pour maintenir le niveau actuel de ses prestations de santé, Lacor n'aura d'autre choix que de solliciter des financements supplémentaires auprès des agences extérieures et il en ira ainsi tant que la situation économique de l'Ouganda restera exécrable et que le gouvernement ne pourra augmenter les subsides octroyés aux prestataires de santé.

Deuxièmement, le conseil d'administration doit être davantage associé au contrôle et à la co-définition des orientations de Lacor. Si la situation financière ne s'améliore pas, certaines questions cruciales devront être abordées, comme de savoir dans quelle mesure l'hôpital peut maintenir sa démarche en faveur des pauvres (augmenter la quote-part versée par les usagers ?), quelle est sa capacité de réaction face aux nouveaux problèmes et jusqu'à quel point il peut se substituer au système national de santé (Lacor peut-il continuer à offrir une gamme de services aussi large ?). Il faudrait en outre préciser sa future place dans le système national de santé face à la concurrence croissante d'autres prestataires de santé de la région.

Troisièmement, il faut poursuivre l'intégration des valeurs et de la culture institutionnelle dans des systèmes de gestion et de fonctionnement plus formel, au risque éventuellement de réglementer, de bureaucratiser et d'étouffer le sens de l'initiative personnelle. Cela revient finalement à ménager un espace qui perpétue les valeurs de base mais en y apportant des modifications là où c'est nécessaire en fonction des changements de circonstances. Pour l'instant, chaque membre du personnel transmet son savoir et sa mentalité aux nouveaux arrivants, mais l'hôpital ne s'est pas encore penché sur la question des « valeurs » d'un point de vue institutionnel. Le risque serait que la jeune génération n'ait plus conscience des origines de l'hôpital et qu'elle adopte une mentalité qui porte préjudice au bon fonctionnement futur de l'hôpital.<sup>41</sup>

Ces grandes questions devront être abordées, mais de nombreux signes ont montré que l'hôpital était capable de réagir face aux crises et de mobiliser des ressources insoupçonnées, comme lors de la tragédie de l'Ébola. Il ne fait aucun doute que cette épidémie a renforcé l'hôpital sur le plan de la confiance

### Notes

<sup>41</sup> Les membres du personnel que nous avons interviewés pour notre étude ont jugé l'exercice très positif et proposé de l'élargir à d'autres collaborateurs. Cette proposition a été discutée après le séminaire de stratégie de 2004 et a abouti à un plan qui explorera le système de valeurs et favorisera une prise de conscience et un apprentissage plus larges en 2004-2005. Ce plan sera mis en œuvre par du personnel et des étudiants de l'Université de Nkozi.

et de l'image de soi. Pour reprendre les paroles d'un jeune médecin : « Nous avons compris que nous avons combattu en première ligne. Nous avons retrouvé notre fierté car nous avons gagné la bataille. Nous nous sommes rendu compte que nous avons accompli ce qu'aucun autre hôpital au monde n'avait accompli avant nous. Nous avons alors su que si nous avons pu faire face à l'Ébola, nous pourrions surmonter n'importe quelle autre crise. »

Il revient désormais au conseil d'administration, au BMCU et au Ministère de la santé de tirer parti de ce regain de confiance du personnel de l'hôpital, et de veiller à ce que la jeune génération acquière l'expérience de gestion et la maturité nécessaires pour envisager les choses sur un plan systémique plus large, et soit prête à prendre la relève.

### Questions pour le gouvernement et les organismes bailleurs

Cette étude de cas analyse les éléments de changement, de capacité et de performance d'une organisation dont l'environnement est volatile et tourmenté par des conflits. Nous avons délibérément exclu de notre recherche toute prise en compte des effets des politiques nationales de santé (accent mis sur la santé préventive, rôle d'un hôpital dans un environnement instable, conséquences pour l'ensemble du secteur de l'expansion non planifiée d'un centre médical dans une région reculée, etc.). Si l'hôpital s'était inscrit dans une politique nationale de santé structurée et planifiée, il n'aurait probablement jamais été situé dans un coin reculé de la partie septentrionale de l'Ouganda.<sup>42</sup> C'est précisément cette absence de structures réglementaires, conjuguée à la disponibilité d'un « espace », qui a permis à l'organisation de renforcer ses capacités et de devenir performante. L'isolement aura finalement favorisé l'excellence. Une excellence qui profite à l'ensemble du secteur sanitaire ougandais.

Ce cas permet aussi d'aborder une autre question politique âprement débattue : le recours à l'assistance technique (AT) pour combler les lacunes stratégiques. Lacor montre que le recours à l'AT peut être profitable pour une organisation tant que les décisions relatives à l'affectation des ressources se fondent sur un plan d'ensemble ou sur une stratégie

(implicite) définie par le leadership. Il montre aussi que certaines agences donatrices ont soutenu l'hôpital en le protégeant des vicissitudes de son environnement extérieur sans pour autant s'imposer dans les prises de décisions.

Enfin, notre étude ouvre quelques pistes de discussion sur les politiques d'appui aux régions fragiles. Même si certains penseront que cette structure est trop lourde ou trop coûteuse pour le système de santé ougandais, nous estimons pour notre part que ce cas démontre l'importance stratégique d'un créneau d'activité tel que celui choisi par Lacor dans la prévention des conflits. L'appui fourni à ce type d'activité ne doit évidemment pas hypothéquer les objectifs communs du système national de santé. La direction de Lacor adhère d'ailleurs à ce postulat et convient que le Ministère de la santé ne puisse financer plus de 16% de son budget sur le pot commun de la santé constitué par les bailleurs extérieurs. Mais en étant en première ligne du combat contre la misère, le désespoir et le terrorisme, l'hôpital peut contribuer à ramener la paix dans une région instable. Au bout du compte, l'appui fourni à ce type de projet pourrait s'avérer bien moins coûteux et, qui sait, nettement plus efficace que l'envoi de troupes nationales ou internationales pour régler les conflits.

Le créneau d'activité choisi par Lacor peut également apporter une lueur d'espoir à une zone qui ne connaît que la dévastation. Comme le montre l'analyse de l'impact économique de Lacor sur sa région, diverses activités économiques gravitent autour de l'environnement immédiat de l'hôpital. Celui-ci a également influencé la santé publique - avec la stabilisation du VIH/sida - et apporte une contribution modeste, mais essentielle à la réalisation des objectifs du millénaire pour le développement dans une région à laquelle bien peu d'autres organisations ont effectivement accès.

Au vu de toutes ces questions, on peut se demander comment le FMI parvient à justifier son adhésion au strict plafonnement du financement d'un secteur aussi crucial que la santé. Cette politique, aussi bonne soit-elle pour le pays, manque de souplesse pour aborder des questions cruciales en matière de prévention

### Notes

<sup>42</sup> Pure spéculation, bien entendu. Mais les ressources étant tellement rares en Ouganda, on peut s'attendre à ce qu'un établissement de santé de cette taille et de cette complexité se situe dans une zone à plus forte densité de population où il pourrait servir d'hôpital de recours pour d'autres établissements moins bien équipés.

des conflits. Plutôt que de limiter les flux de financement dans un secteur donné, et dans l'ensemble de l'économie nationale, on ferait mieux de voir dans quelle mesure une certaine flexibilité pourrait être aménagée pour dépasser les limites draconiennes fixées par le FMI et le gouvernement dans le secteur de la santé, sans prélever ces fonds sur d'autres lignes budgétaires nationales. Une enveloppe supplémentaire pour le financement d'activités d'intérêt stratégique permettrait sans doute d'éviter une aggravation de la situation dans des districts comme celui de Gulu, aggravation qui, à son tour, pourrait précipiter le déclin économique et social de l'ensemble du pays. Cette étude de cas suscite la réflexion ; elle n'a pas la prétention d'apporter des réponses à toutes les questions complexes qu'elle soulève. Il faudrait plus de connaissances, plus d'échanges et plus d'apprentissage et que les milieux politiques en tiennent compte dans leur agenda.

## Épilogue

Au moment où nous mettons la dernière main au texte de ce rapport, le gouvernement ougandais a publié un communiqué qui pourrait avoir de lourdes répercussions sur le fonctionnement de tous les prestataires de santé PSBL ougandais, y compris l'hôpital de Lacor. Dans le budget annuel présenté au parlement au début du mois de juin 2004, le volet santé prévoit en effet une hausse de 25% des salaires des fonctionnaires de la santé,<sup>43</sup> sans accroître parallèlement les allocations budgétaires des prestataires de santé PSBL. Le gouvernement entend par ailleurs poursuivre comme prévu le recrutement de travailleurs de la santé.

Dans un document de position préparé en vue de la réunion du groupe de travail du secteur de la santé (26 avril 2004), les trois bureaux médicaux PSBL ougandais esquisaient les grandes lignes du scénario catastrophe qui semble se concrétiser :

- Une augmentation substantielle des salaires du secteur public, sans compensation équivalente des prestataires de santé PSBL provoquerait certainement un exode massif du personnel qualifié vers le service national de santé.
- Les prestataires de services PSBL fournissent près de 30% des services de santé en Ouganda. S'ils devaient être amenés à contrer cette évolution par une augmentation de la quote-part versée par les usagers, cela aurait des répercussions extrêmement négatives sur la politique favorable aux pauvres de l'Ouganda.
- Depuis que le Ministère de la santé a créé en 1997/98 le bureau de la politique de santé public-privé, le développement des partenariats de santé public-privé entre le Ministère les prestataires de services PSBL et leurs bureaux ont été prometteurs. La crédibilité de ces partenariats est désormais gravement menacée. Le Ministère a annoncé son intention d'augmenter les salaires via les médias plutôt que par le biais des structures de partenariat existantes. Il a également élaboré son budget sans consulter les bureaux, malgré les efforts répétés de ces derniers pour se faire entendre.

Pour l'hôpital de Lacor, qui se trouve dans une des parties les plus pauvres du pays, il serait inimaginable d'augmenter la quote-part versée par les usagers au point de compenser les intentions néfastes du gouvernement. La population de cette région déjà fortement défavorisée est appelée à souffrir davantage, que ce soit à cause de l'augmentation de la quote-part versée par les usagers, par l'apport de services moins nombreux (moins qualifiés) ou - comme le suggère le scénario catastrophe - par la fermeture de certaines unités de l'hôpital. Comble de l'ironie, des organisations comme Lacor, qui ont survécu à la guerre, aux épidémies et à la mort, risquent de se voir handicapées par une décision budgétaire irréfléchie.

L'histoire de Lacor est également porteuse d'un message pour la communauté du développement international. Ces dernières années, les partenaires de développement ont de plus en plus confié leur financement des services sociaux au gouvernement ougandais, aux dépens de l'appui direct aux projets de certaines institutions. Ce cas de rupture évidente du dialogue sur les partenariats public-privé, qui sont une composante essentielle des approches sectorielles ou d'autres mécanismes d'appui budgétaire centrés sur la pauvreté, révèle toute la fragilité de ces concepts. Ce qui soulève immédiatement plusieurs questions : les partenaires de développement ont-ils un plan de secours si les choses tournent mal ? Quelle attitude adopteront-ils à l'égard des gouvernements qui n'associent pas pleinement les acteurs non étatiques au processus de développement, contrairement à leurs engagements internationaux (rappelons que le gouvernement ougandais est signataire de l'accord de partenariat UE-ACP)<sup>44</sup> ?

Enfin, les ONG ougandaises vont devoir déterminer si leurs stratégies de collaboration, de conception et de montage de coalitions pour assurer leur accès au dialogue politique ont été suffisamment ciblées et sophistiquées.

### Notes

<sup>43</sup> Sur la base du peu d'informations fournies jusqu'ici par le Ministère de la santé, les bureaux médicaux PSBL prévoient une augmentation de minimum 25%. En réalité, ce pourrait être bien plus. Ces bureaux sont le Bureau médical catholique ougandais (BMCU), le Bureau médical protestant ougandais (BMPU) et le Bureau médical musulman ougandais (BMMU).

<sup>44</sup> Pour un résumé de l'accord de partenariat entre l'Union européenne et les pays d'Afrique, des Caraïbes et du Pacifique, voyez l'Infokit Cotonou, ECDPM, janvier 2001 ([www.ecdpm.org](http://www.ecdpm.org)).

## Annexe I : Fiche technique de l'hôpital de Lacor

Vue d'ensemble des services, des résultats, des effectifs, des quotes-parts versées par les usagers et de la pertinence sociale de l'hôpital de Lacor (réali-

sée par la direction en juillet 2003).

St Mary's Hospital Lacor est un complexe formé de trois grands ensembles :

| L'hôpital                                                                                                                                     | La formation                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Les centres de soins périphériques de Pabo et d'Opit                                                                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Diagnostic hospitalier et soins curatifs</li> <li>- Activités de soins de santé primaires</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- EInfirmiers non qualifiés</li> <li>- Infirmiers diplômés</li> <li>- Auxiliaires infirmiers (situation novembre 2003)</li> <li>- Assistants de laboratoire</li> <li>- Assistants en anesthésie (rotations de l'hôpital RR de Gulu)</li> <li>- Médecins internes</li> <li>- Radiographie (rotations de l'hôpital de Mulago)</li> <li>- Étudiants de 3<sup>ème</sup> cycle (rotations de l'université de Mbarara)</li> <li>- Étudiants de 3<sup>ème</sup> cycle de l'Université des martyrs d'Ouganda (recherche opérationnelle)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Premier diagnostic et services curatifs</li> <li>- Soins de santé primaires</li> </ul> |

### Éventail des services

L'hôpital dispose de 474 lits, répartis comme suit :

|                          |     |                            |            |
|--------------------------|-----|----------------------------|------------|
| Médecine générale        | 85  | Obstétrique et gynécologie | 65         |
| Pavillon des tuberculeux | 30  | Chirurgie 1                | 62         |
| Pédiatrie générale       | 106 | Chirurgie 2                | 63         |
| Isolement                | 20  | Soins intensifs            | 6          |
| Nutrition                | 40  | <b>Total</b>               | <b>474</b> |

### Services cliniques et d'appui

Urgences (24/24 heures)  
 Consultations adultes (6 jours par semaine)  
 Clinique pour les moins de 5 ans (7/7 jours)  
 Clinique prénatale (5 jours par semaine)  
 Clinique sida et prévention de la transmission verticale du HIV (deux fois par semaine)  
 Clinique chirurgicale (deux fois par semaine)  
 Clinique obstétrique et gynécologique (quotidien)  
 Clinique dentaire (6 jours par semaine)  
 Chirurgie orale  
 Fistules vésico-vaginales  
 Laboratoire clinique, sérologie, banque du sang, microbiologie  
 Anesthésie et soins intensifs  
 Radiographie, ultrasons, radiologie par produits de contraste  
 Endoscopie, bronchoscopie  
 Kinésithérapie  
 Pharmacie et production de fluides intraveineux  
 Morgue réfrigérée

Cliniques de proximité  
 Programme de soins de santé de proximité  
 Santé à l'école  
 Vaccinations dans les unités statiques et par les équipes mobiles  
 Éducation à la santé  
 Tests volontaires de dépistage du VIH  
 Site de surveillance pour le VIH  
 Assistance psycho-sociologique  
 Dossiers médicaux  
 Unité de recherche et de documentation  
 Blanchisserie automatique  
 Tailleur  
 Incinérateur  
 Usine de traitement des eaux usées  
 Atelier technique  
 Atelier de construction  
 Unité de transport  
 Centrale électrique

**Résultats des services (exercice clôturé au 30 juin 2003)****Patients admis**

|                 |        |               |
|-----------------|--------|---------------|
| Hôpital         | 28,925 |               |
| Centres de soin | 2,626  |               |
| <b>Total</b>    |        | <b>31,551</b> |

**Soins ambulatoires**

|                 |         |                |
|-----------------|---------|----------------|
| Hôpital         | 173,226 |                |
| Centres de soin | 40,282  |                |
| <b>Total</b>    |         | <b>213,508</b> |

---

|                                                        |  |                |
|--------------------------------------------------------|--|----------------|
| <b>Total des patients hospitalisés et ambulatoires</b> |  | <b>245,059</b> |
|--------------------------------------------------------|--|----------------|

---

**Services choisis**

|                                   |         |                 |       |
|-----------------------------------|---------|-----------------|-------|
| Grosses opérations                | 3,626   | Accouchements   | 1,625 |
| Examens aux rayons X et ultrasons | 34,512  | Césariennes     | 249   |
| Examens de laboratoire            | 208,412 | Soins dentaires | 4,285 |

**Étudiants ayant obtenu leur qualification durant l'exercice clôturé au 30 juin 2003**

|                              |           |
|------------------------------|-----------|
| Médecins internes            | 6         |
| Infirmiers / infirmières     | 60        |
| Assistant(e)s de laboratoire | 9         |
| <b>Total</b>                 | <b>75</b> |

**Groupes vulnérables**

Sur l'ensemble de la population qui se rend à l'hôpital et dans les centres de soins, 52% sont des enfants de moins de 6 ans, et environ 82% sont des femmes et des enfants.

**Frais d'hôpital (situation : mai 2002)**

Plus de 80% des frais facturés par Lacor sont subventionnés. Pour l'exercice fiscal en cours, la quote-part versée par les usagers ne devrait pas dépasser 17% des charges de l'hôpital. Pour améliorer l'accès aux soins de santé, l'hôpital applique des montants forfaitaires, qui couvrent les examens et les médicaments. Il n'y a pas de limite de temps à l'occupation d'un lit. L'hôpital de Lacor applique des tarifs réduits dans les unités de soins de moindre importance qu'il soutient, afin d'inciter la population à s'y rendre, avec une intervention de l'utilisateur purement symbolique pour le traitement des enfants et des femmes enceintes.

**Effectifs (juin 2003, personnel expatrié inclus)**

|                                    |            |
|------------------------------------|------------|
| Médecins                           | 31         |
| Personnel infirmier et paramédical | 195        |
| Personnel d'appui                  | 316        |
| <b>Total</b>                       | <b>542</b> |

**Pertinence sociale**

Lacor propose à la population locale un large éventail de services de santé à des prix abordables et subventionnés. Le flot constant des patients et les rapports des spécialistes en recherche sociale confirment combien ces services sont nécessaires et appréciés. L'hôpital effectue ou promeut des recherches sur les aspects cliniques ou de gestion des prestations de santé et contribue ainsi à l'épanouissement de l'ensemble du système de santé. Il propose divers programmes de formation qui permettent de résoudre le problème de manque de personnel qualifié dans le secteur de la santé, et à des jeunes gens du crû d'acquérir une qualification professionnelle. L'hôpital emploie beaucoup de monde et par le biais de ses achats locaux, injecte des sommes importantes dans l'économie d'une des régions les plus déshéritées du pays. Celle-ci bénéficie en outre d'importants financements étrangers uniquement par l'entremise de l'hôpital, car ces fonds d'origine privée n'auraient jamais atteint un endroit comme Gulu. En résumé, cette activité hospitalière contribue à la stabilité sociale, au développement et à l'allègement de la pauvreté dans une région qui a longtemps souffert des effets de l'insécurité et qui n'a donc profité qu'accessoirement de l'essor économique général du pays.

## Annexe II : Personnes interviewées

**Sœur supérieure Grace Abeja**, Technicienne en radiographie, Service radiographie de l'hôpital de Lacor, Gulu

**Sœur Angioletta Apio Anyai**, Chef de l'unité pédiatrie de l'hôpital de Lacor, Gulu

**Dr Bruno Corrado**, Directeur de l'hôpital de Lacor, Gulu

**Dr Dominique Corti**, Présidente de la Fondation Corti, Milan

**Frère Elio Croce**, Directeur des services techniques de l'hôpital de Lacor, Gulu

**Dr Isaac Alidria Ezati**, Chirurgien à l'hôpital de Mulago, Kampala

**Galdino Okello**, Juge à la Cour d'appel de l'Ouganda, Kampala, et membre du conseil d'administration de l'hôpital de Lacor

**Dr Daniele Giusti**, Secrétaire exécutif du Bureau médical catholique ougandais, Kampala

**Sœur Among Millie**, Infirmière chef à l'hôpital de Lacor, Gulu

**M. Pier Paul Ocaya**, Secrétaire de l'hôpital de Lacor / Coordinateur diocésain des questions de santé, Gulu

**Mgr John Baptist Odama**, Archevêque de Gulu et président du conseil d'administration de l'hôpital de Lacor (brève rencontre uniquement)

**Dr Emintone Ayella Odong**, Chef adjoint des services médicaux de l'hôpital de Lacor

**Dr Cyprian Opira**, Directeur adjoint de l'hôpital de Lacor

**M. V. Opio Lukone**, Secrétaire permanent du Cabinet du Président et membre du conseil d'administration de l'hôpital de Lacor

**Dr Martin Ogwang**, Chef des services médicaux à l'hôpital de Lacor

**M. Cesareo Omona**, Portier à l'hôpital de Lacor

## Annexe III : Conseil d'administration de l'hôpital de Lacor

### Composition

Président : l'Archevêque de Gulu

#### Membres émérites (à titre personnel)

- Le Secrétaire permanent du Cabinet du Président, Kampala
- Un Juge à la Cour d'appel de l'Ouganda, Kampala
- Un missionnaire combonien et l'ancien Administrateur de l'hôpital de Lacor, aujourd'hui retraité
- Le coordinateur diocésain des questions de santé
- Un représentant de la Fondation Corti (Italie)
- Un représentant de la coopération italienne
- Le Chef adjoint des services médicaux
- Le Responsable de l'administration

#### Membres exécutifs

- Le Directeur
- Le Directeur adjoint
- Le Chef des services médicaux
- Le Chef adjoint des services médicaux
- Le Responsable de l'administration

Sur un plan juridique, l'hôpital de Lacor est un organisme privé ; la législation ougandaise n'exige pas la présence d'un membre du gouvernement parmi les administrateurs. Officiellement, c'est le président du conseil d'administration qui désigne les nouveaux membres ; ceux-ci sont cooptés.

## Bibliographie

- Accorsi, S. et al. 2002. *Dealing with competing demands and limited resources: Analysis of 11 years of activities of Lacor Hospital*, Gulu (1992-2002) in the context of war, population displacement, poverty, Ebola and HIV/AIDS epidemics, Istituto Superiore di Sanità, Rome, Italy; Lacor Hospital, Gulu, Uganda.
- Alfred, D. and L. Adaktar. 2002. 'Recurrent costs and sources of finance of Lacor Hospital', in: St Mary's Hospital. *The Challenge of Sustainability in Lacor Hospital*, Workshop held at Lacor Hospital, Gulu, 18 May 2002.
- Arseneault, M. 1997. *Un rêve pour la vie, une biographie de Lucille Teasdale et Piero Corti*, Editions Libre Expression : Montréal (Québec).
- Bausch, D. 2001. 'The Ebola Virus ... and the challenges to health research in Africa', in: *United Nations Chronicle*, online edition, volume XXXVIII, no. 2, Department of Public Information.
- Croce, E. 2001. *Più forte di Ebola, Diario dall'epidemia in Uganda*, Edizioni Ares: Milano.
- Durrance, B. 1988. 'Some explicit thoughts on tacit learning', *Training & Development*, 52(12): 24-29.
- Giusti, D. 2002. 'The challenge of sustainability in Lacor Hospital: External context and prospective analysis', in: St Mary's Hospital. 2002. *The Challenge of Sustainability in Lacor Hospital*, Workshop held at Lacor Hospital, Gulu, 18 May 2002.
- Giusti, D., P. Lochoro, J. Odaga and E. Maniple. 2004. 'Pro-poor health services: The Catholic health network in Uganda', *Development Outreach*, World Bank Institute, March 2004.
- Lifton, D. 2003. 'Northern Uganda's brutal war: Murder, rape, abductions and mutilations in the name of the ten commandments', *Pambazuka News*, no. 130, October 2003.
- Ministry of Health/KPMG. 1998. *The Role, Structure and Management of Regional Referral Hospitals*, Final report, Republic of Uganda, 10 December 1998.
- Morgan, P. 2003a. Draft background paper on methodology, DAC study on capacities, change and performance, ECDPM, Mimeo.
- Morgan, P. 2003b. *Building Capabilities for Performance*, OECS/ESDU Case, ECDPM (draft).
- Murru, M. et al. 2003. *Costing health services in Lacor Hospital*, draft, July 2003, mimeo.
- Nonaka, I. and H. Takeuchi. 1995. *The Knowledge-creating Company*. Oxford University Press.
- St Mary's Hospital. 2002. *The Challenge of Sustainability in Lacor Hospital*, Workshop held at Lacor Hospital, Gulu, 18 May 2002.
- St Mary's Hospital. 2001. *Employment Manual*, Lacor.
- St Mary's Hospital Lacor, Statute, 16 February 1998 (amended 8 February 2003).
- Stoneburner, R.L. and D. Low-Beer. 2004. 'Population-level HIV declines and behavioral risk avoidance in Uganda', *Science*, vol. 304, p.30.
- The Economist, 'Uganda's child rebels - Thou shalt not kill', 6 September 2003.
- Ugandan Catholic Medical Bureau (UCMB). 2000. Workshop Report, *Catholic Health Services in Uganda, Faithfulness to the Mission in the Third Millennium: Challenges and Perspectives*, 14-16 March 2000, St Augustin Institute, Nsambya - Kampala.
- Uganda Martyrs' University. 2003. *Cost Analysis of St Mary's Hospital Lacor 2001/2002* (Executive Summary), Department of Health Services, Faculty of Business Administration and Management, July 2003.
- Uganda Martyrs' University. 2003. *The Economic Impact of Lacor Hospital on the Surrounding Community* (Executive Summary), Department of Health Services, Faculty of Business Administration and Management, July 2003, mimeo.
- Whitney, D. and A. Troston-Bloom. 2003. *The Power of Appreciative Inquiry: A Practical Guide to Positive Change*, Berret-Koehler Publishers.

**Le Centre européen de gestion des politiques de développement (ECDPM) vise à améliorer la coopération internationale entre l'Europe et les pays d'Afrique, des Caraïbes et du Pacifique (ACP).**

Cette fondation indépendante créée en 1986, a un objectif double :

- renforcer les capacités des acteurs publics et privés des pays ACP et d'autres pays moins avancés ; et
- améliorer la coopération entre les partenaires du développement européens et de la région ACP.

Le Centre met l'accent sur **quatre thèmes** étroitement liés :

- Politique de développement et action extérieure de l'UE
- Coopération économique et commerciale ACP-UE
- Partenariats multiacteurs et gouvernance
- Coopération au développement et capacités

Le Centre coopère avec d'autres organismes et dispose d'un réseau de collaborateurs en Europe et dans les pays ACP. Les connaissances, les idées et l'expérience tirées du dialogue, du travail en réseau, des recherches et consultations sur le terrain, sont largement partagées avec les publics cibles des pays ACP et de l'UE grâce à des conférences internationales, à des réunions d'experts, aux médias électroniques et à diverses publications.

**Centre Européen de gestion des  
politiques de développement (ECDPM)**

Onze Lieve Vrouweplein 21  
NL-6211 HE Maastricht, Pays-Bas  
Tél +31-(0)43-350 29 00  
Fax +31-(0)43-350 29 02  
info@ecdpm.org www.ecdpm.org

**Fondazione Piero e Lucille Corti**

Via N. Torriani, 6  
I-20122 Milano, Italie  
Tél +39-02-67076722  
milano.sede@fondazioneplcorti.it  
www.lacorhospital.org

La présente étude a été réalisée par l'ECDPM dans le cadre d'une étude du CAD de l'OCDE intitulée **Capacité, changement et performance**. Une fois cette étude réalisée, la Fondation Piero et Lucille Corti a financé la publication du présent rapport ainsi que la participation de son auteur à un séminaire de stratégie à l'hôpital de Lacor en 2004. La traduction de cette étude a été financée par l'Organisation internationale de la Francophonie.



ORGANISATION  
INTERNATIONALE DE  
LA FRANCOPHONIE

Les résultats de cette étude, des rapports intérimaires ainsi que les explications méthodologiques peuvent être consultés sur la site [www.ecdpm.org/dcc/capacitystudy](http://www.ecdpm.org/dcc/capacitystudy). Pour plus d'information, veuillez contacter Mme Heather Baser ([hb@ecdpm.org](mailto:hb@ecdpm.org)).

ISSN 1571-7577