

REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO

MINISTERE DE LA SANTE

SECRETARIAT GENERAL

**RECUEIL DES NORMES D'ORGANISATION ET
DE FONCTIONNEMENT DE LA ZONE DE
SANTE**

Septembre 2009

TABLES DES MATIERES

TABLES DES MATIERES	ii
ACCRONYMES	iv
REMERCIEMENTS	vi
PREFACE	vii
INTRODUCTION.....	viii
CHAPITRE I : PRINCIPES GENERAUX D'ORGANISATION ET DE FONCTIONNEMENT DE LA ZONE DE SANTE	1
1.1. LA STRATEGIE DE RENFORCEMENT DU SYSTEME DE SANTE (SRSS).....	1
1.2. SOINS DE SANTE PRIMAIRES (SSP)	2
1.3. LE SYSTEME DE SANTE AU NIVEAU DE LA ZONE DE SANTE	4
1.4. LA PARTICIPATION COMMUNAUTAIRE	6
CHAPITRE II. : NORMES DE LA STRUCTURE DE LEADERSHIP INTEGRE DE LA ZONE DE SANTE.....	7
2.1. NORMES D'ORGANISATION.....	7
2.1.1. Mission de l'ECZ	7
2.1.2. Fonctions de l'ECZ :	7
2.2. NORMES DE FONCTIONNEMENT DE L'ECZ	8
2.2.1. Principes	8
2.2.2. Communication au sein de l'équipe.....	9
2.2.3. Cadre de travail	9
2.3. NORMES D'ACTIVITES DE L'ECZ.....	10
2.4. NORMES DE COMPOSITION DE L'EQUIPE CADRE	10
CHAPITRE III : LES NORMES DU CENTRE DE SANTÉ.....	11
3.1. NORMES D'ORGANISATION.....	11
3.1.1. Fonctions du Centre de santé ;	11
3.1.2. Services au Centre de Santé	11
3.1.3. Relations du CS avec les éléments du système de santé de l'Aire de santé.....	11
Les organes de gestion du centre de santé.....	12
3.1.6. Relation entre le Centre de santé et les autres structures de santé de la ZS	13
3.2. NORMES DES ACTIVITÉS	13
3.2.1. Contenu du PMA.....	13
3.3. NORMES DES RESSOURCES	15
3.3.1. Ressources humaines.....	15
3.3.2. Ressources financières	16
3.3.3. Ressources matérielles et équipements.	16
3.3.4. Les médicaments	17
3.3.5. Ressources immobilières.....	18
3.4. NORMES DE L'ENVIRONNEMENT	19
3.4.1. Environnement interne du CS	19
3.4.2. Environnement externe	20
CHAPITRE IV : NORMES DE L'HOPITAL GENERAL DE REFERENCE	22
4.1.1. NORMES D'ORGANISATION.....	22
4.1.1. Fonctions de l'hôpital Général de référence.....	22
4.1.2. Services	22
4.1.3. Relations entre l'HGR avec les autres éléments de la ZS.....	22
4.1.4. Les organes de gestion de l'HGR	23
4.2. NORMES DES ACTIVITÉS	24

4.3. NORMES DES RESSOURCES	24
4.3.1. Ressources humaines.....	24
4.3.2. Ressources financières	26
4.3.3. Ressources matérielles et équipements	26
4.3.4. Médicaments et autres consommables médicaux.....	27
4.4. NORMES STRUCTURALES DE L'HÔPITAL GÉNÉRAL DE RÉFÉRENCE	28
4.5. NORMES DE L'ENVIRONNEMENT	28
4.5.1. Environnement interne de l'HGR	28
4.5.2. Environnement externe	29
CHAPITRE V : NORMES DE FONCTIONNALITE DE LA ZONE DE SANTE ET TYPES D'APPUI	31
5.1. NORMES DE FONCTIONNALITE ET DE PERFORMANCE D'UNE ZONE DE SANTE	31
5.1.1. Zone de santé fonctionnelle.....	31
5.1.2. Zone de Santé performante	31
5.1.3. Classification des Zones de Santé	32
5.2. TYPES D'APPUI AUX ZONES DE SANTE.....	33
5.2.1. Appui global	33
5.2.2. Appui partiel.....	33
LES ANNEXES	34

ACCRONYMES

AG	: Administrateur Gestionnaire
BCZ	: Bureau Central de la Zone de santé
CA	: Conseil d'Administration
CDR	: Centrale de Distribution Régionale des médicaments
CODESA	: Comité de Développement de l'aire de Santé
COGE	: Comité de Gestion
COSA	: Comité de Santé
CS	: Centre de santé
CSR	: Centre de santé de référence
CV	: Curriculum Vitae
D6	: Diplômé d'Etat d'études Secondaires
ECZ	: Equipe Cadre de la Zone de Santé
G3	: Gradué (Diplôme)
HGR	: Hôpital Général de référence
HTA	: Hypertension Artérielle
IMD	: Inspection médicale de District
IPS	: Inspection Provinciale de la santé
KVA	: Kilo volt Ampère
L2	: Licencié (Diplôme)
MEG	: Médicaments Essentiels Générique
MII	: Moustiquaire imprégné d'Insecticide
NC	: Nouveau Cas
Nbre	: Nombre
PCA	: Paquet Complémentaire d'Activités
PEV	: Programme Elargi de Vaccination
PMA	: Paquet Minimum d'Activités
PNS	: Politique Nationale de la Santé
PP4	: Quatre ans post primaires (niveau d'études)
PS	: Poste de Santé
RAS	: Rien à Signaler
RDC	: République Démocratique du Congo
Rx	: Radiographie
SIDA	: Syndrome d'Immunodéficience Acquise
SRSS	: Stratégie de Renforcement du Système de Santé

SSP	: Soins de Santé Primaires
TRO	: Thérapie par réhydratation orale
Vit A	: Vitamine A
VS	: Vitesse de sédimentation
WC	: Water Closed (latrines)
ZS	: Zones de Santé

REMERCIEMENTS

Point n'est besoins de rappeler que conformément aux recommandations de la Revue annuelle 2005 du Ministère de la Santé, il s'était tenu du 17 au 18 Mai 2006, au Centre Catholique Nganda de Kintambo/Kinshasa, un atelier de consensus sur les Normes de la Zone de Santé. Cet atelier qui avait connu la participation d'au moins 84 personnes comprenant les acteurs et partenaires du secteur de la santé, a permis de produire ce document consensuel appelé « **RECUEIL DES NORMES DE LA ZONE DE SANTE** ». Ce document est une refonte de plusieurs documents traitant sur les normes, enrichie par les réflexions des experts qui travaillent au Ministère de la Santé, ou pour le compte des partenaires, ou encore pour leur propre compte.

C'est ainsi qu'au moment de la publication du Recueil des Normes de la Zone de Santé, le Ministère de la Santé exprime ses sincères remerciements à l'endroit de tous ceux qui ont contribué à la réalisation de ce travail.

Je voudrais particulièrement remercier l'OMS et la Coopération Belge pour leur appui technique et financier qui a été très utile à la réalisation de ce travail. Que l'UNICEF, l'USAID et la Délégation de l'Union Européenne, qui n'ont pas hésité à mettre leur expertise à la disposition du Ministère dans le but d'améliorer ce travail, trouvent ici l'expression de notre ma profonde gratitude.

Je remercie également tous les membres du Comité Technique chargé par la décision ministérielle n°012 du 23 mai 2006 à finaliser ce document. Il s'agit en particulier du Dr Pierre LOKADI du Cabinet du Ministre de la Santé ; Dr LOKONGA NZEYAGE de l'OMS ; Dr TSHEKE KOY du PS9FED/Kasaï Oriental ; Dr MINUKU de SANRU ; Dr MINZEMBA du BDOM/Kinshasa ; Dr MANTSHUMBA de la DDSSP ; Dr Jean Bosco KAHINDO du PS9FED/Nord Kivu ; Dr MUKENGESHAY du Programme National de Lutte contre l'Onchocercose ; Dr MUKINAY de l'IPS/District de la Gombe ; Dr Michel MULOHWI et Dr Bart CALLEWAERT de l'Union Européenne ; Dr Desmet MARTINUS de la Coopération Belge et Coordonnateur du Groupe Inter Bailleurs Santé ; Dr KALAMBAY NTEMBWA, Dr SIMBI AHADI et Dr François Xavier N'SIESI de la Direction d'Etudes et Planification.

Ma gratitude va aussi à l'endroit des autres experts qui se sont joints au Comité Technique pour la finalisation de ce document. Je pense principalement à Dr Brigitte KINI, Dr EKWANZALA et Mme CHIRWISA de l'OMS/RDC, Dr Joachim MUBIALA et Dr Daniel VERNA de l'UNICEF ; Dr NDAKALA de la Direction des SSP ; Dr Didier MULISHO de l'ONG HAFIA ; Dr DIANA de la GTZ ; Dr Albert KALONDJI de SANRU ; Dr EPUMBA EPONDO et Mr NUNGA MATADI de la DEP

Le Ministère de la Santé demande que ce document, fruit d'un travail ardu de plusieurs experts, soit effectivement utilisé pour la mise en œuvre de la Stratégie de Renforcement du Système de Santé. Ce recueil des normes remplace tous les autres documents des normes de la Zone de santé qui circulaient jusque là dans le pays. Désormais, il fait autorité comme document de référence pour l'opérationnalisation de la Stratégie et la conduite des interventions dans le secteur de la santé. Toutefois, il convient de souligner le caractère flexible de ce recueil, qui, au fil de temps, subira des révisions en réponse aux réalités inhérentes à l'opérationnalisation de la SRSS.

Le Secrétaire Général à la Santé

Dr C. MIAKA MIA BILENGE



PREFACE

Dans tout pays organisé, le système de santé est régi par des textes réglementaires qui fixent les dispositions organisationnelles, structurelles et pratiques. Pendant longtemps, au cours de ces dernières années, le système de santé de la République Démocratique du Congo a subi les conséquences du relâchement de l'autorité de l'Etat, de l'anarchie et du non respect des règles établies. Afin de reconstruire le système de santé de notre pays, le Ministère de la Santé vient d'élaborer la **Stratégie de Renforcement du Système de Santé (SRSS)**.

L'adoption de la SRSS par l'ensemble des partenaires du secteur de la santé, lors de la Revue annuelle tenue en février 2006 a suscité des sentiments de satisfaction et d'anxiété. Satisfaction puisque l'ensemble des acteurs du secteur de la santé disposent maintenant d'une stratégie et d'une vision communes sur la revitalisation du système de santé. Anxiété du fait que la SRSS profile une perspective quelque peu différente du paradigme dominant dans le secteur mais, aussi du fait que l'opérationnalisation de la SRSS exige non seulement un savoir-faire particulier mais s'inscrit surtout dans une perspective à long terme qui ne cadre pas toujours avec la préoccupation de visibilité et de survie de certains acteurs.

L'axe principal de la stratégie est donc le développement des zones de santé comme un système à deux échelons (hôpital général de référence et centres de santé) sous la responsabilité de l'Equipe Cadre de la Zone. La mise en œuvre du processus de développement des Zones de Santé nécessite un certain nombre d'outils qui décrivent les usages communs, les règles, les caractéristiques de référence pour garantir un niveau d'ordre optimal dans le contexte de l'opérationnalisation de la stratégie. A cet effet, le Ministère vient de produire le présent **Recueil des Normes de la Zone de Santé** ainsi que les directives de mise en œuvre. D'autres documents d'opérationnalisation seront également produits au fur et à mesure de la mise en œuvre du processus sur le terrain.

Ce Recueil des Normes de la Zone de Santé est une reforme de plusieurs documents traitant les normes, enrichie par les réflexions des cadres congolais qui travaillent au Ministère de la Santé, ou pour le compte des partenaires, ou encore pour leur propre compte.

Le contenu de différents chapitres est conçu avec flexibilité de manière à permettre aux acteurs du secteur de l'intégrer aisément dans leur exercice quotidien dans le but de : (i) standardiser le travail des acteurs sur le terrain, (ii) créer des conditions qui permettent à l'Etat d'assurer son rôle régulateur et de contrôle de différentes interventions au niveau de la ZS, (iii) constituer un cadre de référence pour la planification et l'affectation des ressources dans le système de santé et, (iv) permettre la comparaison des résultats obtenus dans la mise en œuvre de différentes activités sur le terrain.

Ainsi, le Ministère de la Santé demande que ce document, fruit d'un travail ardu de plusieurs experts, soit effectivement utilisé pour la mise en œuvre de la Stratégie de Renforcement du Système de Santé. Ce Recueil des Normes remplace donc tous les autres documents des normes de la Zone de Santé qui circulaient jusque là. Désormais, il fait autorité comme document de référence pour l'opérationnalisation de la Stratégie et la conduite des interventions dans le secteur de la santé. Toutefois, il convient de souligner le caractère flexible de ce travail, qui, au fil de temps, subira des révisions en réponse aux réalités provenant du terrain. A ce stade, ces Normes de la Zone de Santé doivent être considérées comme un large consensus sur des hypothèses de travail destinées à être testées lors de la mise en œuvre du processus de développement des Zone de Santé. Des réajustements restent donc possibles sur base des résultats de terrain. La validation de ce document est donc à envisager au minimum dans le moyen terme.



INTRODUCTION

La Politique Nationale de la Santé (PNS) de la République Démocratique du Congo (RDC) a été définie pour la première fois en 1984 et révisée en 2001 sur base des recommandations des Etats Généraux de la Santé tenus en décembre 1999. Elle fait suite à la souscription par notre pays aux déclarations internationales telles que: la déclaration d'Alma Ata sur les Soins de Santé Primaires en 1978, la Charte Africaine de développement sanitaire en 1980.

La PNS a pour but de promouvoir l'état de santé de la population congolaise en fournissant un paquet de soins de santé de qualité, globaux, intégrés et continus avec la participation de la communauté à la planification, la gestion des interventions et services de santé à travers des organes de gestion de la Zone de Santé, dans un contexte global de la lutte contre la pauvreté.

La PNS a comme stratégie les Soins de Santé Primaires pour atteindre son objectif social qui est « la Santé Pour Tous » en RDC. La PNS réaffirme la **Zone de Santé (ZS)** comme l'unité opérationnelle de sa mise en œuvre au sein du système de santé de la RDC. La ZS est une entité décentralisée, de planification et de mise en œuvre de la stratégie des Soins de Santé Primaires, bénéficiant de l'appui technique et logistique du niveau intermédiaire et fonctionnant conformément aux stratégies, directives et normes édictées par le niveau central du système de santé.

L'opérationnalisation de la SRSS nécessite que soient élaborés ou finalisés un certain nombre d'outils parmi lesquels : - les normes qui elles, définissent les exigences à respecter; - les directives qui présentent les principes généraux et les objectifs précis de chaque norme ; - le manuel des procédures organisationnelles qui définissent les responsabilités de chacun à son poste de travail et - les instructions qui elles, détaillent la manière d'accomplir des tâches spécifiques. Et, il est important de maintenir la cohérence entre ces différents outils et la SRSS pour une opérationnalisation satisfaisante

Les normes sont considérées comme des outils mis à la disposition des professionnels pour définir et mettre en œuvre les moyens, les méthodes ou les compétences nécessaires au développement des services et non une tentative de restreindre l'autonomie des professionnels. Elles sont des compromis qui permettent de satisfaire les éléments conceptuels de manière à rester compatibles avec la politique nationale de santé basée sur les SSP

L'objectif recherché est donc avant tout, de concentrer le savoir-faire existant pour le rendre accessible à un grand nombre, en précisant le sens des mots et des concepts utilisés

Le document des normes s'adresse ainsi à tous les partenaires qui sont préoccupés du fonctionnement et de l'organisation des zones de santé et qui doivent être capables de s'extraire de la logique bureaucratique des programmes pour introduire des changements de manière à améliorer l'efficacité et l'efficacité des services de santé dans une approche systémique.

Ces normes sont d'application progressive dans toutes les zones de santé en commençant par celles de haute potentialité au développement. L'application de ces normes devra permettre à la longue, la catégorisation des zones de santé et la revitalisation des ZS qui entrent en développement.

Le document comporte en son sein quelques éléments conceptuels de manière à faire comprendre à celui qui l'utilise les raisons qui sous-tendent les décisions prises sur les normes proposées.

L'adaptation des normes aux contraintes particulières doit être possible mais, devra se faire en respectant le rationnel ou l'esprit de la norme. Il est dès lors indispensable que se fasse la familiarisation des utilisateurs avec la diversité des impératifs et des conditions spécifiques qui sont à observer lors de l'application des concepts. L'étape de la familiarisation est d'autant plus importante que l'utilisation et l'application des normes sans discernement ou de façon mécaniste peut conduire à des dérives. Cette familiarisation est un préalable obligatoire avant toute action sur le terrain. Cette familiarisation peut se faire lors des sessions de formation des cadres des zones de santé en management des SSP.

Ce recueil de normes constitue le minimum nécessaire pour l'organisation et le fonctionnement d'une zone de santé. Ces normes, découlent d'une démarche scientifique plutôt que d'un état de fait dû à « ce qu'on a toujours fait ». L'orientation générale du document de recueil des normes est celle d'une gestion et organisation tournées vers les fonctions spécifiques des services : - **centre de santé**, lieu de premier contact et de synthèse de l'information pertinente pour la gestion des problèmes de santé de la population de responsabilité ; **hôpital général de référence**, structure d'appui technique aux CS ; **structure de leadership intégré**, lieu de coordination et d'intégration.

Des documents des normes relatives à la lutte contre les principales maladies existent auprès des programmes spécialisés du Ministère de la santé. Ils abordent des questions plus spécifiques qui ne peuvent être abordées dans le cadre de celui-ci. Ces documents normatifs sont ou doivent être complémentaires à ce recueil. De même, il convient de signaler qu'un autre document des normes spécifiques aux Zones de Santé Urbaines est envisageable pour gérer les particularités de celles-ci à savoir : (i) la médicalisation des structures de premier échelon des soins (CS), (ii) l'existence des Zones de Santé ayant en commun un Hôpital Général de Référence (HGR), (iii) la mission de l'Equipe Cadre de Zone du fait de la non existence d'Hôpitaux Généraux de Référence propres aux Zones de Santé dans certains cas, (iv) la définition de la population de responsabilité du fait des moyens de communication faciles et de la forte tendance par cette dernière de ne pas forcément utiliser les structures de santé de la Zone de Santé, (v) l'existence des Zones de Santé militaires et de police dont les structures de santé sont géographiquement logées dans d'autres Zones de Santé..

Un document de directives d'application des normes d'organisation et de fonctionnement de la Zone de Santé accompagnera ce recueil des normes.

Le recueil est structuré en cinq parties (chapitres), la première traite des principes généraux qui permettent d'établir un lien entre les normes proposées, la SRSS et les SSP en tant que partie de la politique sanitaire nationale ; la seconde traite des normes d'organisation et de fonctionnement de la structure de leadership intégré de la zone de santé, la troisième traite des normes du niveau de CS, la quatrième partie traite des normes du niveau de l'HGR et la cinquième partie traite des normes de fonctionnalité de la ZS et types d'appui.

CHAPITRE I : PRINCIPES GENERAUX D'ORGANISATION ET DE FONCTIONNEMENT DE LA ZONE DE SANTE

Ce chapitre traite des principes/ concepts clés qui doivent être clairement compris dans l'organisation et le fonctionnement de la Zones de santé. Il s'agit de la SRSS, les SSSP, le Système de santé et la participation communautaire au niveau de la ZS.

1.1. LA STRATEGIE DE RENFORCEMENT DU SYSTEME DE SANTE (SRSS)

La SRSS est un ensemble d'actions qui consistent à réorganiser l'ensemble du Système de Santé de manière à lui permettre à terme de couvrir l'ensemble de la population par des structures de santé qui offrent des soins de santé de base de qualité (globaux, continus, intégrés, efficaces et efficients)

La SRSS comprend six axes à savoir : (i) le Développement/revitalisation de la Zone de Santé, (ii) la Réorganisation du niveau central et intermédiaire, (iii) la Rationalisation du financement de la Santé, (iv)le Renforcement du partenariat intra et intersectoriel, (v) le Développement des Ressources Humaines pour la Santé (RHS), (vi) le Renforcement de la recherche sur les Systèmes de Santé.

Le travail au niveau de la Zone de santé est une priorité pour le développement d'un système de santé intégré à deux échelons (CS et HGR) piloté par l'Equipe Cadre de la Zone de Santé. Le développement des zones de santé comme toute activité organisée, doit répondre, comme le mentionne Mintzberg¹, à deux exigences fondamentales et contradictoires : la division du travail et la coordination des tâches pour l'accomplissement du travail.

Le Développement/revitalisation de la Zone de Santé se conçoit comme un processus dynamique qui consiste à rendre les structures de santé de la Zone de santé capables d'offrir des **services de santé** de qualité, déconcentrés, permanents, polyvalents et accessibles et des **soins de santé** de base qui répondent aux problèmes de santé essentiels de sa population avec la forte implication et l'autodétermination de celle-ci.

La revitalisation des Zones de santé passe par 5 sous axes suivants :

a) Développement du leadership intégré au niveau de la Zone de Santé.

C'est essentiellement la mise en place d'une équipe cadre de la Zone de Santé qui assure un certain nombre de fonctions garantissant le développement de la Zone de Santé. Il s'agit de fonctions médicales, de nursing, de gestion et de logistique.

b) Rationalisation du fonctionnement des structures de la Zone de Santé

Il s'agit de l'amélioration de la gestion administrative et technique des structures de santé.

c) Amélioration de la couverture sanitaire de la Zone de Santé.

Ce sous axe vise l'augmentation de l'accessibilité de la population aux services et soins de santé de qualité soit par implantation de nouvelles structures de santé soit

¹ H. Mintzberg Structure et dynamique des organisations. Éditions d'Organisation, 1982. 13^{ème} tirage 2000.

par la rationalisation du fonctionnement des structures existantes publiques ou privées en fonction d'un plan de couverture élaboré.

d) Amélioration de la qualité des soins

C'est la résultante d'un certain nombre des inputs qui contribuent à l'assurance qualité des soins offerts à la population à savoir : (i) la formation du personnel technique, la supervision, approvisionnement des structures en MEG et en matériel et équipements, l'amélioration des conditions de travail, ...

e) Participation communautaire

A travers ce sous axe, il est question de rechercher l'implication de la communauté dans la gestion efficace des services de santé et des de leurs problèmes de santé.

1.2. SOINS DE SANTE PRIMAIRES (SSP)

Définition

Ce sont des soins essentiels, fondés sur des méthodes et des techniques pratiques, scientifiquement valables et socialement acceptables, rendus universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté avec leur pleine participation et à un coût que la communauté et le pays puissent assumer à tous les stades de leur développement dans un esprit d'auto responsabilité et d'auto détermination.

Par « accessibilité aux soins », il faut entendre l'accessibilité géographique, économique et culturelle à l'ensemble d'individus ou des communautés. Par « pleine participation de la communauté dans un esprit d'auto responsabilité et d'autodétermination », il faut comprendre l'implication d'individus ou des communautés dans la prise de décision et la gestion effective des ressources et activités visant l'amélioration de son état de santé.

Composantes des SSP

Les SSP ont été définis en 8 composantes :

1. L'éducation concernant les problèmes de santé qui se posent ainsi que les méthodes de prévention et de lutte qui leur sont applicables (Education pour la santé) ;
2. La promotion de bonnes conditions alimentaire et nutritionnelle ;
3. L'approvisionnement suffisant en eau saine et les mesures d'assainissement de base ;
4. La protection maternelle et infantile y compris la planification familiale ;
5. La vaccination contre les grandes maladies infectieuses ;
6. La prévention et le contrôle des endémies locales ;
7. Le traitement des maladies et lésions courantes ;
8. La fourniture des médicaments essentiels,

En RDC, en plus de 8 définies à Alma-Ata, trois autres composantes ont été ajoutées. Il s'agit de :

9. management des SSP ;
10. formation continue du personnel de santé;
11. prise en charge des problèmes de santé mentale (délinquance juvénile, alcoolisme,.....).

Principes des SSP

Les principes des SSP sont :

(1) la globalisation des soins, (2) l'intégration des soins, (3) la continuité des soins, (4) la rationalisation des services, (5) la déconcentration des services, (6) la décentralisation des niveaux de décision, (7) la participation communautaire et (8) la pérennisation des services.

a) La globalisation des soins

La globalisation est l'approche qui vise à organiser des soins complets qui tiennent compte de toutes les dimensions humaines : physique, culturelle, sociale.

b) L'intégration des soins

Tous les types de soins (curatifs, préventifs, promotionnels et ré adaptatifs) doivent se faire dans le centre de santé, par une même équipe. Cela exige un personnel polyvalent, compétent et responsable au niveau du centre de santé.

c) La continuité des soins

Les soins ne doivent pas se limiter au seul moment de la consultation. Ils doivent continuer sans interruption jusqu'à l'épuisement du problème de santé qui a occasionné la consultation. La continuité implique également la mise en place d'un système de référence et contre référence. Les visites à domicile pertinentes constituent une composante de la continuité et de la globalité des soins.

d) La rationalisation des services

La rationalisation des services consiste à faire de sorte que les services de santé de base soient déployés équitablement là où les besoins se font sentir. Les ressources y afférentes devront être judicieusement réparties dans leur implantation et dans leur utilisation. De façon spécifique, il s'agira de:

- la limitation du nombre des médicaments à une liste minimale pour CS et pour HGR répondant aux problèmes de santé essentiels ;
- l'utilisation des guides standardisés ou arbres de décision (ordinogramme) pour améliorer la qualité de la prise en charge. Ce qui permet d'éviter les prescriptions abusives et des coûts inutiles pour les malades et les services de santé.

e) La déconcentration

Les services de santé doivent être plus proches de la population qu'ils sont appelés à prendre en charge (distance inférieure ou égale à 5 km pour les services curatifs de premier échelon). Tout en tenant compte de la concentration de la population et de l'utilisation des services, la répartition géographique judicieuse et rationnelle devra être observée lors de l'élaboration du plan de couverture et de la mise en place des unités des soins et des services de santé.

Un système d'orientation recours devra être opérationnel pour desservir la population de chaque zone de santé.

f) La décentralisation

La décentralisation de la gestion des services se fera par l'attribution de l'autonomie et du pouvoir de gestion des ressources disponibles au niveau de la zone de santé et de la mobilisation locale des ressources pour la santé.

g) La pérennisation des services

C'est la capacité de continuer l'action quand l'assistance extérieure a pris fin.

1.3. LE SYSTEME DE SANTE AU NIVEAU DE LA ZONE DE SANTE

Le système de santé au niveau de la Zone de santé, tire son essence de l'organisation du système de santé national en trois niveaux à savoir

- le niveau central avec un rôle normatif et régulateur
- le niveau intermédiaire jouant le rôle d'appui technique aux zones de santé. Il s'agit des Inspections Provinciales de la Santé et des Districts de sanitaire.²
- le niveau périphérique, c'est la Zone de santé. C'est le niveau de planification et d'opérationnalisation des activités des soins de santé primaires. Le pays est subdivisé en 515 Zones de Santé. L'existence d'une ZS est sanctionnée par un arrêté interministériel signé par le Ministre de l'Intérieur et celui de la santé. Pour les ZS militaires, l'arrêté interministériel est signé conjointement par le Ministre de la santé et son collègue de la défense.

Définition de la ZS

C'est une entité géographique bien délimitée (diamètre maximum 150 kms) contenue dans les limites d'un territoire ou d'une commune administratif, comprenant une population d'au moins 100.000 habitants (composée des communautés homogènes au point de vue socioculturelle) avec des services de santé à 2 échelons interdépendants (centres de santé au 1er échelon et un Hôpital Général de Référence (HGR) au 2ème échelon), sous la supervision d'une Equipe cadre de la Zone de santé.

La ZS est subdivisée en « Aires de santé ». Une aire de santé est une entité géographique délimitée, composée d'un ensemble de villages en milieu rural et/ou des rues en milieu urbain, établis selon des critères d'affinités sociodémographiques dont la taille de la population desservie est en moyenne de 10.000 habitants selon le milieu (rural ou urbain). Chaque Aire de santé est couverte par un Centre de Santé.

Eléments du système de santé dans de la ZS

Le système de santé au niveau de la Zone de Santé comprend les éléments suivants : (i) les individus, famille et communautés, (ii) la structure de santé de premier contact : le Centre de santé, (iii) le niveau de référence, l'hôpital général de référence.

Parmi les structures de santé d'une ZS on distingue : les structures **obligatoires** et **les structures facultatives**. Les structures sanitaires obligatoires sont : le Centre de Santé (CS) et l'Hôpital Général de Référence (HGR). Les structures facultatives permettent de répondre aux exigences d'accessibilité géographique. Il s'agit de Centre de Santé de Référence (CSR) et du Poste de Santé (PS). Les circonstances d'implantation d'une structure facultative dans une ZS sont définies dans les directives d'application des normes d'organisation et de fonctionnement de la ZS.

² En prévision de l'application de la constitution de la 3ème République qui prévoit dans les trois années à venir la subdivision du pays en 26 provinces, il y aura alors 26 IPS et probablement le nombre de district sera revu à la baisse

Les organes de gestion de la ZS

Prise dans son ensemble, la zone de santé compte un certain nombre de structures de gestion et de participation communautaire. On note celles qui sont directement liées à chacune de deux structures de prestation de soins- CS et HGR- et celles dites de gestion intégrée de toute la zone de santé

a) Les organes de gestion du Centre de santé (CS) et de l'HGR sont développés aux chapitres 3 et 4

b) Les organes de gestion de toute la zone de santé sont : l'Equipe cadre de la Zone de santé (ECZ), le comité de gestion de la ZS et le conseil d'Administration.

L'Equipe cadre de la Zone de santé :

C'est la structure du leadership intégrée au niveau de la Zone de santé, elle est développée au chapitre 2.

Comité de gestion de la ZS

Membres :

- Les membres de l'Equipe Cadre de la Zone de Santé,
- un représentant de l'autorité locale
- un représentant des Infirmiers Titulaires des Centres de Santé,
- un représentant des comités de santé
- les partenaires privés ou confessionnels qui ont des structures de santé (Hôpital, centres de santé) intégrées dans la Zone de Santé.

Le Comité de gestion de la Zone de Santé est présidé par le Médecin Chef de Zone.

Attributions :

- gestion des ressources de la Zone de Santé,
- préparation des dossiers et documents à soumettre au conseil d'administration de la zone de santé.

Conseil d'administration de la ZS

Membres :

- le Médecin Inspecteur,
- le Médecin Chef de Zone de Santé (Coordonnateur de l'ECZ)
- le représentant du propriétaire de l'HGR si ce dernier est privé,
- le chef de l'entité administrative (territoire/commune)
- le représentant de la population choisi parmi les membres des COSA,
- un représentant du personnel de la ZS élus parmi les chefs d'unités fonctionnelles (IT des CS ou chefs des services de l'HGR)
- un représentant de chaque intervenant qui apportent un appui permanent à la Zone de Santé.

Le Conseil d'Administration est présidé par le Médecin Inspecteur Provincial.

Attributions :

- Approuver les plans de la Zone de Santé et contrôler leur mise en oeuvre
- administrer l'ensemble des ressources humaines, financières et matérielles de la zone de santé,
- Contacter ou entériner la prise de contact avec les organismes extérieurs qui peuvent aider la ZS à fonctionner

- Harmoniser la collaboration des partenaires (publics et privés) intervenant dans la ZS

1.4. LA PARTICIPATION COMMUNAUTAIRE

Dans la déclaration d'Alma ATA de septembre 1978, les soins de santé primaires exigent et favorisent au maximum l'auto responsabilité de la collectivité et des individus ainsi que leur participation à l'organisation, au fonctionnement et au contrôle des soins de santé primaires en tirant le plus larges parties possibles des ressources locales, nationales et autres et favorisent à cette fin, par une éducation appropriée, l'aptitude des collectivités à participer.

Définition

La participation communautaire est essentiellement un processus par lequel les personnes, individuellement ou en groupe, exercent leur droit de jouer un rôle actif et direct dans le développement des services de santé appropriés, en garantissant les conditions d'une amélioration durable de la vie et en soutenant l'octroi aux communautés du pouvoir dans le développement global³.

Les avantages

La participation communautaire est un processus indispensable dont toutes les populations devraient pouvoir jouir. Elle permet aux communautés:

- de concevoir leur état de santé objectivement plutôt qu'avec fatalisme et les incite à la prise des mesures préventives ;
- d'investir la main d'œuvre, du temps, de l'argent et des matériaux dans des activités de promotion de la santé ; d'utiliser et d'entretenir les ouvrages qu'elles ont construites ;
- d'étendre les activités de prestation des soins à la périphérie ;
- de rendre efficace l'éducation sanitaire et d'intégrer les acquis dans leurs activités ;
- de promouvoir l'équité par le partage de responsabilité, la solidarité, la fourniture des services à ceux qui en ont le plus besoin ;
- de promouvoir l'autosuffisance communautaire ;

Les différents niveaux de participation

Il existe plusieurs degrés (niveaux) de participation communautaire. On trouve entre autres :

- participation marginale : la population utilise juste les services offerts.
- participation active ou participation substantielle : les populations participent activement à la détermination de leurs propres priorités à travers leur représentation au sein des organes de participation communautaire.

³ Manuel du Centre de santé, soins préventifs et promotionnels

CHAPITRE II. : NORMES DE LA STRUCTURE DE LEADERSHIP INTEGRE DE LA ZONE DE SANTE

2.1. NORMES D'ORGANISATION.

Le leadership intégré de la Zone de santé est assuré par **l'Equipe cadre de la Zone de santé (ECZ)**.

2.1.1. Mission de l'ECZ

L'ECZ a pour mission d'assurer le pilotage du développement de la zone de santé en tant que système intégré qui offre des soins de santé de qualité, globaux, continus et intégrés.

2.1.2. Fonctions de l'ECZ :

Les fonctions de responsabilité de l'Equipe Cadre de la ZS sont :, la planification aussi bien du développement des services que des activités et des ressources, la prestation des soins , le développement des instructions ou stratégies spécifiques, la formation du personnel, la supervision et l'audit médical, la gestion des ressources,, la recherche opérationnelle, l'assurance qualité, la revue des dossiers hospitaliers et la coordination.

Planification

Chaque zone de santé doit disposer de :

- Un plan de couverture qui indique le nombre d'aires de santé à couvrir et l'ordre chronologique pour l'implantation des CS.
- Un plan d'action qui articule des modifications à réaliser dans l'organisation et le fonctionnement des services pour une période de temps limitée à une année.
- Un budget prévisionnel qui traduit de façon explicite la manière dont les actions à réaliser pourrait être financée et des stratégies de financement du budget prévisionnel.

Prestation des soins

Les membres de l'ECZ doivent tous avoir une charge horaire de prestation de soins à l'hôpital général de Référence.

Elaboration des instructions ou stratégies spécifiques pour le développement des services et des activités ainsi que des actes de prestation des soins. Normalement, il ne devrait pas y avoir d'activité réalisée au niveau de la zone de santé qui ne soit couverte par une instruction écrite par l'ECZ.

Formation du personnel

La responsabilité de la formation du personnel de la zone de santé revient à la structure de leadership intégré (ECZ),

Les stages dans des services pilotes constituent la modalité la plus recommandée pour la formation du personnel

Supervision et audit médical

La supervision, considérée comme un processus de formation continue, requiert une relation de confiance entre le supervisé et le superviseur, basée sur la reconnaissance des compétences mutuelles et sur la reconnaissance du fait qu'il s'agit d'une délégation de l'équipe cadre.

Les conseils et les orientations données ne dépendent pas de l'arbitraire du superviseur mais bien du rationnel des instructions écrites. Les exigences en matière de supervision sont les suivantes :

- Instructions écrites,
- Responsabilisation des cadres pour la supervision pour une période relativement longue pour créer la relation de confiance,
- Exigence de supervision de toutes les activités déléguées.

L'audit médical (bed sensus, études des cas) s'effectue le plus souvent entre médecins, il constitue mieux une étape de supervision entre pairs qu'une évaluation. Il ne fait donc pas nécessairement partie des activités de la structure de leadership intégré qui doit, au moins, veiller à ce qu'il se fasse.

Gestion, spécialement la prise de décisions importantes

Les décisions d'une certaine importance se prennent en équipe. S'il n'y a pas consensus, il faut recourir aux mécanismes d'arbitrage en vigueur (textes réglementaires, règlements intérieurs). Dans d'autres circonstances, il peut être intéressant de laisser un membre prendre la responsabilité d'une décision qu'il propose et de lui demander une évaluation précise après un délai défini.

Si un membre de l'équipe est amené à prendre une décision urgente, il est important qu'il en **informe** l'équipe le plus rapidement possible (de préférence avant ou au cours de la prochaine réunion).

Recherche opérationnelle

Il s'agit aussi bien d'une étape d'évaluation naturelle à tout processus de gestion que d'une volonté particulière de fournir une rétro information aux stratégies nationales dans un processus de planification par la base.

Suivi et évaluation

L'ECZ a aussi la fonction de faire le suivi et d'évaluation des activités menées au sein de la zone de santé afin de mesurer le progrès. Ce dans ce cadre que s'inscrivent les activités de monitoring, de revue des dossiers, de développement du SNIS...

Toutes ces fonctions contribuent aux sous axes de la revitalisation de la zone de santé tels que définis dans la SRSS. Pour exercer ces fonctions, l'ECZ recourt à l'expertise au sein de la zone de santé et voire même de dehors de la Zone de santé.

2.2. NORMES DE FONCTIONNEMENT DE L'ECZ

2. 2.1. Principes

Le fonctionnement de l'ECZ obéit aux principes suivants :

Responsabilité

Les membres de l'ECZ ont la responsabilité sur l'ensemble des structures de la ZS (Il s'agit ici des responsabilités aussi bien au niveau de l'HGR que des CS).

Redevabilité

De même que l'ECZ a des responsabilités, elle est aussi redevable. Elle doit rendre compte de la gestion des activités auprès des organes de gestion de la ZS et des autorités hiérarchiques.

Coordination

Un certain nombre de fonctions de gestion (gestion des problèmes de santé des patients et de la communauté, gestion des différents services de la zone de santé) sont remplies par des cadres de compétence et de champs d'action différents. Leurs fonctions sont de ce fait interdépendantes et peuvent se renforcer mutuellement lorsqu'elles sont coordonnées. Une équipe rassemblant les différents cadres est ainsi le lieu naturel de cette **coordination**.

Intégration

Constituer une équipe est une solution pratique pour amener les différents cadres d'une zone de santé à comprendre et accepter le concept d'intégration (intégration des soins et intégration des échelons) dans la zone de santé. L'autorité d'une seule structure de leadership sur l'HGR et les CS permet d'envisager le redéploiement du personnel de l'hôpital vers les CS dans le cadre de l'extension de la couverture en CS.

Dans un but évident d'intégration, il y a intérêt de confier à chaque membre de l'équipe la responsabilité de services de santé. Il est souhaitable que chaque membre de l'équipe ait des responsabilités à la fois au premier et au deuxième échelon. .

Séparation des fonctions

Tout membre amené à intervenir dans un champ d'action dont il n'a pas la responsabilité ne le fait que par l'intermédiaire ou par délégation du responsable désigné. En particulier, seul le superviseur désigné pour une structure y fait une véritable supervision. Le responsable d'une quelconque expertise de la ZS n'y effectue que des évaluations sans intervention directe sur le changement des instructions par exemple. Il y a là une question importante d'autodiscipline et de communication, mais la reconnaissance de la cohérence de l'équipe au niveau de la zone de santé est à ce prix.

Il faut dans la mesure du possible veiller à ce que les fonctions de coordonnateur de la structure de leadership intégré (MCZ) et celle de direction de l'HGR soient assurées par des personnes différentes.

2.2.2. Communication au sein de l'équipe

La communication au sein de l'équipe cadre est ce qu'est l'huile dans un moteur. En effet, la communication aide l'ECZ à fonctionner sans heurts et à harmoniser l'effort collectif ;

Outre les contacts informels, les communications peuvent se faire par l'intermédiaire de documents et par la tenue des réunions. C'est à l'équipe de déterminer quel est le genre de documents à faire circuler. Si l'équipe produit elle-même des documents, il y a intérêt à mettre au point un système de classement pour faciliter l'accès à tous les membres.

Les réunions doivent être régulières afin d'éviter qu'elles ne soient programmées qu'en cas de problème ou de conflit.

2.2.3. Cadre de travail

Les activités de prestation des soins de l'ECZ se font au niveau de l'HGR et auprès des communautés. Tandis que pour les autres activités, le Bureau Central de la Zone de santé (BCZ) est le lieu de travail de l'ECZ. Il s'agit **d'un bâtiment ou à défaut une salle logé(e) au sein de l'HGR.**

2.3. NORMES D'ACTIVITES DE L'ECZ

Le **Paquet d'Activités de l'Equipe Cadre de la Zone de Santé** est un ensemble d'activités qui doivent être effectuées de façon concertée et programmée par ses membres. Ce Paquet comprend des activités administratives/managériales, techniques et cliniques. Il s'agit de :

- Activités cliniques de prestation des soins,
- Planification/Programmation/Budgétisation,
- Activités organisationnelles et administratives,
- Gestion de l'information
- Formation continue,
- Supervision,
- Gestion du personnel,
- Gestion des ressources matérielles,
- Gestion des médicaments,
- Gestion des ressources financières,
- Activités de concertation et de coordination.

2.4. NORMES DE COMPOSITION DE L'EQUIPE CADRE

La composition de l'équipe peut être variable, mais doit tenir compte des critères suivants :

- Le profil de membres doit être déterminé par la nature des tâches à accomplir et la capacité à les réaliser.
- Il doit s'agir de personnes capable de travailler en équipe et intéressées à la structuration dynamique d'une zone de santé fonctionnant comme un système de santé intégré.
- Il faut veiller à ce qu'il y ait un gradient de compétence (acquise par la qualification ou l'expérience) avec le personnel non membre de l'ECZ. Sinon, la supervision n'est plus acceptable.
- Les membres doivent posséder des compétences plus larges pour traduire en termes gestionnaires les observations relevées dans la prise en charge des malades. Les médecins et les infirmiers répondent mieux à ce profil.
- Chaque membre devra avoir aussi bien une responsabilité au niveau des services des soins que des activités de développement de la Zone.
- La prestation des soins fait appel à quatre fonctions qui doivent être intégrées pour éviter que la population de responsabilité de la zone de santé ne fasse de frais de leurs logiques antagonistes. Il s'agit des fonctions : **médicale, de nursing, administrative et d'appui logistique.**

Tenant compte de ces critères et dans le souci d'une bonne coordination, il est vivement souhaitable qu'une ECZ ne soit pléthorique Une ECZ composée **de 5 personnes** (Médecin Chef de Zone de Santé, Médecin Directeur de l'HGR, Directeur de Nursing, Administrateur Gestionnaire et l'infirmier Superviseur de la Zone de santé) **est à même de travailler avec l'harmonie.**

CHAPITRE III : LES NORMES DU CENTRE DE SANTÉ

3.1. NORMES D'ORGANISATION.

Le Centre de santé est un établissement des soins de 1^{er} échelon, responsable des activités de prestation des soins au niveau d'une aire de santé donnée.

3.1.1. Fonctions du Centre de santé ;

Les fonctions du centre de santé sont :

- Servir de lieu de déconcentration des services des soins de l'hôpital pour rapprocher les soins auprès des communautés
- Servir de structure de 1^{er} contact de la population avec le système de santé,
- Assurer la prise en charge de la population de l'aire en lui offrant un paquet minimum d'activités des soins selon les normes nationales;

Ceci étant, chaque AS doit avoir un centre de santé qui la dessert. Même l'aire où se trouve implantée l'HGR, doit avoir un CS. Ceci est d'autant important qu'il est nécessaire, de séparer les fonctions du premier et du deuxième échelon et de clarifier pour la population du rôle de chaque structure.

3.1.2. Services au Centre de Santé

Un centre de santé comprend les services suivants :

- La réception
- La consultation
- Les soins
- La maternité (total 5 lits, dont 2 lits de travail, 2 lits d'observation, 1 table d'accouchement)
- L'observation (total 2 lits)
- Le laboratoire
- La logistique et maintenance

Le centre de santé dessert une population de 10 000 habitants dans un rayon d'action maximum de 8 kms. Le Centre de santé doit couvrir une population suffisamment importante pour permettre : (i) la rentabilité minimale nécessaire à la poursuite des activités de base prévues, (ii) le développement de l'infrastructure et (iii) la périodicité nécessaire pour les supervisions.

3.1.3. Relations du CS avec les éléments du système de santé de l'Aire de santé.

Relations internes

Les activités au Centre de santé sont réalisées par un personnel polyvalent et intégré dont la caractéristique principale est le travail en équipe. Le travail en équipe implique la connaissance et la poursuite des objectifs communs, la circulation de l'information, la responsabilisation et la rédevabilité. L'équipe du CS se réunit au moins une fois par semaine.

Relation avec la communauté.

La communauté participe à l'action du Centre de santé en utilisant les services offerts et en participant à la gestion du CS à travers les organes de participation dont le comité de santé.

- L'utilisation des services

Le taux d'utilisation de 0,5 est le taux actuel auquel il faut tendre et qui devrait augmenter pour développer des soins de qualité et assurer la viabilité de la structure et un bon niveau de compétence du personnel.

- Participation communautaire

La participation communautaire a plusieurs formes telles que : la participation à la planification dans l'aire de santé (délimitation de l'aire de santé, choix du lieu d'implantation du centre de santé, etc.), la prise de responsabilité dans la recherche des solutions des propres problèmes de santé, la construction d'un centre de santé, la construction de la maison de l'infirmier, la gestion du CS, le paiement des services de santé.

L'organe de participation communautaire au centre de santé est le comité de santé. .

Comité de santé (COSA)

Il est composé d'une dizaine des membres dont l'IT et les élus parmi les leaders communautaires.

Ses attributions sont :

- participer à la planification, au suivi et évaluation des activités du centre de santé,
- participer à l'identification des besoins sanitaires de la population,
- cogérer les ressources du centre de santé,
- Participer aux réunions avec l'équipe de santé
- Organiser des travaux d'intérêt communautaire.

Le comité de santé est présidé par un membre élu pour un mandat de deux ans, renouvelable une fois. Le Comité de santé fonctionne suivant un règlement d'ordre intérieur établi. Il est représenté au comité de développement de l'Aire par son président.

Les organes de gestion du centre de santé

Les organes de gestion du centre de santé sont constitués par l'équipe du centre de santé et le comité de santé.

L'Equipe du Centre de santé

Elle est composée d'une petite équipe aux compétences polyvalentes, dont la composition est décrite ci-dessous. Elle travaille sous la coordination de l'Infirmier titulaire (IT). Elle est chargée par délégation de l'ECZ de la gestion quotidienne des activités et des services du centre de santé..

3.1.4 Relations du centre de santé avec les autres structures de santé de l'aire.

Les relations entre le centre de santé et les autres structures de l'aire sont définies et réglementées par l'ECZ dans le cadre des objectifs du plan de la Zone de santé.

Relations avec les Partenaires.

Les partenaires peuvent :

- Etre propriétaire d'un centre de santé
- Etre Gestionnaire d'un centre de santé
- Apporter un appui technique, matériel et financier au CS.

La gestion des relations du centre de santé avec partenaires est de la compétence de l'ECZ. Ces relations sont formalisées dans un cadre contractuel portant sur le développement du système dans sa globalité et non sur quelques indicateurs.

3.1.6. Relation entre le Centre de santé et les autres structures de santé de la ZS

Relations avec l'HGR

Les relations entre le CS et l'HGR sont d'ordre opérationnel. Il s'agit de la référence, de la contre référence, de la formation, de la supervision et du contrôle de qualité.

La référence est un mécanisme qui consiste à orienter les malades ou les personnes à risque du centre de santé vers l'Hôpital Général de Référence pour une prise en charge appropriée.

La contre – référence est un mécanisme qui consiste à retourner les malades ou les personnes à risque de l'Hôpital Général de référence (HGR), où ils ont reçu des soins appropriés vers le centre de santé qui les y a référés.

Relations avec l'ECZ

Il s'agit de relations administratives et fonctionnelles.

Les directives, les instructions techniques ainsi que la retro-information sont transmises par l'Equipe Cadre de la Zone de Santé vers les Centres de Santé. La mise en oeuvre de ces directives nécessite la formation et la supervision.

Le centre de santé remonte l'information sanitaire du centre de santé vers l'ECZ.

3.2. NORMES DES ACTIVITÉS

Le Paquet Minimum d'Activités du Centre de Santé se compose des activités communes à tous les CS du pays.. Il s'agit d'un ensemble d'activités qui une fois implantées dans un centre de Santé permettent d'absorber de nouvelles interventions sans violer les contraintes liées à l'organisation du travail, au financement et à la charge de travail du personnel du Centre de Santé.

Le Paquet Minimum d'Activités (PMA) s'exécute au centre de Santé qui est une structure de premier échelon. Il est conçu pour faciliter la planification sanitaire, la gestion rationnelle et l'équité dans l'allocation des ressources ainsi que l'évaluation des plans d'actions de la ZS

3.2.1. Contenu du PMA

Le PMA comprend des activités curatives, préventives, promotionnelles et d'appui et autres, dont les tâches sont déléguées à une équipe polyvalente d'infirmiers du centre de santé par

l'équipe cadre de la ZS et se font sous la supervision de celle-ci. Ces tâches sont standardisées sous forme d'instructions ou d'ordinogrammes.

3.2.1.1. Activités préventives

- Surveillance de la croissance et du développement des moins de 5 ans
- Consultations prénatales
- Consultations des naissances désirables (Planification familiale)
- Consultations Postnatales
- PEV

3.2.1.2. Activités curatives

- Soins curatifs
- Dépistage et traitement des maladies chroniques (Tuberculose, lèpre, HTA, diabète, SIDA, etc.)
- Réhabilitation nutritionnelle
- Petites interventions médicochirurgicales (petite chirurgie)
- Accouchements eutociques

3.2.1.3. Activités promotionnelles

Il s'agit d'activités pour la promotion des comportements favorables à la santé :

- La promotion des préservatifs
- La promotion de l'assainissement du milieu
- La promotion de l'allaitement maternel exclusif
- La promotion de bonnes habitudes alimentaires, nutritionnelles et culinaires
- La promotion de l'utilisation du sel iodé
- La promotion du marketing social et distribution des MII
- La promotion des latrines hygiéniques,
- L'allaitement exclusif au sein
- La thérapie par hydratation orale, etc.....
-

3.2.1.4. Activités de gestion et autres

- Gestion des ressources (humaines, matérielles et financières)
- Formation continue du personnel
- Encadrement des animateurs de santé (réunion, visites sur le terrain)
- Gestion de l'information sanitaire :

Certaines activités du centre de santé telles que l'administration d'ivermectine, la TRO, le traitement de la fièvre, l'administration de la Vit A, ...peuvent être prolongées dans la communauté mais demeurent de la responsabilité de l'équipe de santé. Ces activités ne sont pas à confondre avec les activités communautaires.

Activités communautaires :

On regroupe dans cette catégorie, l'ensemble d'activités menées par la communauté, bénéfiques à sa santé qui ne nécessitent pas forcément l'intervention de l'équipe du CS pour en assurer la qualité. Il ne s'agit pas d'un échelon des soins à proprement parler, mais il s'agit plutôt d'un ensemble des « connaissances et des pratiques » modernes et traditionnelles utilisée soit par une mère, soit par un membre de la communauté pour prévenir ou pour soulager les souffrances liées à une maladie. .

Le paquet d'activités du niveau communautaire comprend :

- Mesures d'hygiène alimentaire,

- Captage et aménagement des sources, des puits, adduction d'eau potable, traitement communautaire de l'eau,
- Lutte anti vectorielle : utilisation de la MII, piégeage des tsé-tsé
- l'allaitement maternel exclusif
- Prise en charge des Orphelins
- Le jardinage, la pisciculture, l'élevage,...

3.3. NORMES DES RESSOURCES

3.3.1. Ressources humaines

Les postes à pourvoir au sein du CS découlent des services normes en ressources humaines d'un centre de santé qui dessert 10 000 habitants, sont reprises dans le tableau suivant :

	Postes/Services	Qualification	Nombre
1	Consultations	Infirmier diplômé A1 ou A2	1
2	Soins	Infirmier diplômé A1 ou A2	1
3	Laboratoire	Technicien A2	1
4	Réception	D6	1
5	Logistique/maintenance	Sans qualification exigée	1
Total			5

Ces normes constituent une base autour de laquelle devrait se justifier toute unité supplémentaire et cela en fonction de l'augmentation de la charge du travail. On retient donc la fourchette d'un infirmier pour 5 000 habitants (hypothèse de travail)

Pour la continuité des activités et des services, le personnel du CS est appelé à travailler avec un **esprit d'équipe** dans un système de rotation de postes afin de minimiser la routine, la spécialisation et le blocage du travail en cas d'absence d'un membre de l'équipe.

En ce qui concerne le personnel d'appoint, tout dépend de la situation dans laquelle on se trouve. La participation communautaire et des fois, la proximité des logis des membres de l'équipe du centre de santé peut restreindre la pléthore en personnel qui comme on le sait, est une des causes de déficit au niveau du centre de santé. Ceci dit, l'analyse de la dotation en personnel doit se faire au cas par cas et doit prendre en compte un certain nombre de paramètres.

Les outils pour la gestion des ressources humaines au centre de santé sont :

- organigramme fonctionnel,
- liste nominative du personnel,
- description des postes
- horaire de travail/des activités
- registre de présence
- calendrier de congés/vacances
- fiche de congés,
- liste de paie

3.3.2. Ressources financières

Le développement d'un centre de Santé requiert de moyens financiers pour : le renouvellement des stocks des médicaments, des fournitures et consommables, l'entretien et le renouvellement du matériel et équipements, et pour les salaires du personnel. Les sources de financement pour un centre de santé sont de quatre ordres : (i) dotation budgétaire de l'Etat, (ii) apports de l'extérieur (de bailleurs de fonds...), (iii) contributions de la communauté et (iv) des ressources du secteur privé.

La gestion des ressources financières se fait selon une comptabilité simple, à double entrée, avec production d'un compte d'exploitation à la fin de chaque mois.

Le recouvrement des coûts est un principe consacré par la politique nationale tandis que la gratuité des soins n'est qu'exceptionnelle. Le mode de tarification recommandé au centre de santé **est la tarification forfaitaire par épisode maladie**. Le tarif des soins **est fixé avec la participation de la population** en tenant compte de sa capacité contributive. Le tarif est toujours affiché.

La gestion des ressources financières au centre de santé requiert les outils suivants :

- livre de caisse
- carnet de reçu
- facturier
- carnet de bons de retrait
- Rapport de trésorerie
- cahier de dépenses
- carnet de chèque le cas échéant
- Tarif
- Cahier de créances (dettes)

3.3.3. Ressources matérielles et équipements.

Les matériels et équipements constituent un volet essentiel dans le fonctionnement d'un centre de santé. Non seulement qu'il faut les rendre disponibles mais il est un devoir à ce niveau, d'en assurer un bon usage à travers une gestion rationnelle avec les soucis d'efficience et d'efficacité.

Les matériels et équipements du centre de santé élargissent de la liste de matériels et équipements de la Zone de santé. On distingue les fournitures et les matériels et équipements. **Les fournitures** sont des biens rapidement consommables, (ex : les papiers, stylos, médicaments, réactifs). Tandis que **les matériels et d'équipements** sont des biens qui durent plusieurs années sous la même forme et qu'il faut entretenir et renouveler.

Généralement, les équipements sont classés sous les différentes rubriques suivantes :

- Immobilier (bâtiment du CS, bureau...)
- Matériel et outillage :
 - Matériel de laboratoire et de diagnostic : microscope, centrifugeuse, tensiomètre, stéthoscope...
 - Outillage : de menuiserie, de mécanique, de maçonnerie, brouettes, raclettes, machettes, pelles, seaux, brosses...
- Matériel de transport : vélos, moto, véhicule.
- Mobilier (chaises, tables, lits, brancards, étagères...)
- Matériel de bureau (calculatrice, machine à écrire,...

- Agencements, aménagements et installations (téléphone, frigo, boîte isotherme, installations électriques et sanitaires, installation d'énergie solaire, citerne d'eau...)

Les outils requis pour la gestion des matériels et équipements au Centre de santé sont :

- Fiche technique,
- Fiche de maintenance préventive,
- Cahier d'inventaire
- Fiche de réquisition /facturation
- Bordereau de livraison
- Bon de commande

Le contrôle de la gestion des fournitures et matériels se fait :

- Par comparaison : entre le stock physique et de la fiche de stock
- Par inventaire (sur fiche d'inventaire),
- Par consommation mensuelle moyenne.

3.3.4. Les médicaments

Les médicaments utilisés aux CS émanent de la liste des médicaments essentiels de la ZS. Les médicaments essentiels sont les médicaments de base, de première nécessité qui couvrent les besoins de la majorité de la population en matière de soins de santé. Ils sont de qualité acceptable, de coûts aussi bas que possible et culturellement accessibles.

Par gestion des médicaments au CS, on entend l'ensemble de processus de sélection, acquisition, distribution et utilisation des médicaments qui constitue les étapes du cycle d'approvisionnement.

Par la sélection, on détermine quels médicaments doivent être disponibles et en quelle quantité,

Par l'acquisition, il faut planifier le financement, décider et faire l'achat des médicaments voulus en bonne quantité et qualité requise.

Par la distribution, il faut recevoir, stocker, gérer en stock et transporter les médicaments ;

Par l'utilisation, il faut considérer des aspects tels que le conditionnement, l'étiquetage des produits, la prescription, l'administration et la consommation des médicaments.

Sélection des médicaments,

On évalue les besoins par l'une de trois méthodes suivantes:

- évaluation basée sur la population,
- évaluation basée sur les services
- évaluation basée sur la consommation

Acquisition des médicaments

L'acquisition des médicaments au CS procède par l'achat et ou par donation. L'acquisition par achat se fait exclusivement par achat direct généralement au niveau de la CDR, à travers des mécanismes fixés par l'ECZ. De même, les dons sont réceptionnés par l'ECZ et redistribués au Centre de santé selon les besoins identifiés par l'ECZ.

Distribution des médicaments

La distribution des médicaments au CS comprend : la gestion de stock, le stockage et le transport des médicaments.

Une bonne gestion de stock des médicaments permet d'éviter de rupture de stock, de gaspillage ou de surplus de stock, des avaries et de péremption des médicaments. Les outils utilisés pour la gestion des stocks des médicaments au CS sont :

- feuille/cahier de réquisition
- cahier de stock
- facturier
- RUMMER
- Tarif
- Bordereau de livraison

Pour le stockage des médicaments, généralement le CS dispose d'un grand stock entreposé dans un magasin et d'un petit stock exposé dans la pharmacie du CS. Le magasin doit être un lieu sec, convenablement ventilé, à l'ombre et frais. Les médicaments y sont stockés par ordre alphabétique et y sortent en suivant les deux principes de gestion de :

- "First expired, first out": les médicaments à date de péremption plus proche sont les premiers à délivrer ;
- "First in, First out": premier entré, premier sorti.

Quelques médicaments tels que l'ergométrine (injection), l'insuline... sont conservés obligatoirement au frigo. De même, la conservation des vaccins exige un maintien rigoureux de la température intérieure du frigo entre 4 et 8°C. Le VPO et le VAR acceptent de température de congélation. Ces températures doivent être respectées aussi bien pendant la conservation, le transport qu'au cours de l'utilisation des vaccins.

Il existe deux méthodes possibles par lesquelles les médicaments arrivent au Centre de santé. Il s'agit soit du ramassage ou soit de livraison. Si la ZS ou la CDR achemine les médicaments vers les CS, il s'agit de livraison. Si le CS ramasse directement du dépôt auprès de la ZS ou de la CDR, il s'agit du ramassage. Dans l'un ou l'autre cas deux types de transport sont possibles : le transport public ou le transport spécial (vélos du CS, moto, ...ou à pied)

Utilisation correcte des médicaments

L'utilisation correcte des médicaments au CS, implique agir sur les cinq éléments clés suivant:

- Un diagnostic exact de la maladie
- Une prescription correcte et rationnelle sur base des ordinogrammes
- Une dispensation correcte
- Un conditionnement convenable
- Une utilisation correcte par le malade

3.3.5. Ressources immobilières.

Par ressources immobilières, on entend l'ensemble des bâtiments qui abrite les services du CS.

3.3.5.1. Dimensions et configuration

Surface totale : 140 m² comprenant :

- ✓ 1 bureau de l'infirmier titulaire : 12 m²
- ✓ 1 bureau de réception : 10 m²
- ✓ 1 salle de consultation : 15 m²
- ✓ 1 salle de traitement (pansements, injections, per os) : 12 m²

- ✓ 1 salle d'attente/véranda : 40 m²
- ✓ 1 salle d'observation : 10 m²
- ✓ 1 pharmacie + réserve : 10 m²
- ✓ 1 laboratoire : 10 m²
- ✓ 1 maternité : 22 m²

La hauteur sous plafond recommandée du bâtiment du CS est de 3 m dans les bureaux, les locaux de services. Elle est de 3,30 m dans la pharmacie.

Le patrimoine immobilier du CS doit avoir de titres de propriété avec l'ensemble de documents cadastraux établis conformément aux lois du pays. Il faut aussi rappeler un des principes de base des SSP : la population participe au choix du site d'implantation et contribue à la construction du CS.

3.3.5.2. Dépendances

Il faut en plus du bâtiment du CS, au moins une maison d'habitation pour le personnel. Une maison construite en matériaux locaux, de 60-80 m² avec latrines et douches.

3.4. NORMES DE L'ENVIRONNEMENT

L'hygiène et l'assainissement du centre de santé sont un facteur capital de la qualité des soins dispensés au Centre de santé. Le centre de santé doit refléter et prêcher par l'exemple les aspects d'hygiène et d'assainissement enseignés au cours des séances d'éducation sanitaire.

On doit veiller à ce que les déchets médicaux et autres puissent être correctement collectés et traités selon des procédés simples et efficaces.

On distingue des normes en rapport avec l'environnement interne et celles en rapport avec l'environnement externe au CS.

3.4.1. Environnement interne du CS

3.4.1.1. L'eau courante

Pour ses besoins de nettoyage, d'entretien et d'usage médical, le centre de santé doit avoir de l'eau courante en permanence. Il est soit branché au réseau public de distribution d'eau (milieu urbain), ou soit il dispose d'un puit ou d'une citerne munie d'un dispositif de captage d'eau de pluie.

3.4.1.2. L'éclairage et l'énergie au centre de santé

Pour la lumière et l'alimentation électrique de ses appareils, le centre de santé doit avoir une source d'énergie sûre. Il s'agit soit d'un branchement au réseau public ou privé de fourniture d'électricité, soit d'un groupe électrogène et ou d'énergie solaire. En alternative à ces différentes sources d'énergie, le CS doit disposer des lampes à kérosène ou autres (lampes tempêtes, lampes torches...).

3.4.1.3. Traiter les déchets solides

Le CS doit disposer de :

- Un incinérateur

- Un trou à ordures (couvert)
- Un trou à placenta (couvert)
- Des poubelles avec couvercles dans toutes les salles et dans la cours

3.4.1.4. Traiter les déchets liquides

Les eaux usées produites au CS sont collectées dans des canaux aménagés conduisant vers un puit perdu. L'eau de ruissellement est canalisée vers des collecteurs du réseau public. .

3.4.1.5. Latrines et douches au centre de santé

Le centre de santé doit avoir :

- au moins deux latrines tenues propres et couvertes (une pour les malades et une pour le personnel). Ces latrines sont soit sèches (VIP, turc) ou soit humides (avec chasse d'eau) branchées à une fosse septique.
- au moins deux douches propres branchées ou pas à une source d'alimentation d'eau courante

3.4.1.6. Protection contre la contamination

Le CS fait recourt aux mesures de précautions universelles suivantes :

- Le port de blouse blanche propre et autres tenues appropriées,
- Le port de gants à usage unique,
- Le port de masque et de bonnet,
- L'usage des seringues et aiguilles disposables à usage unique ;
- La stérilisation des matériels selon techniques recommandées.
- L'utilisation des crachoirs avec couvercles.

Le recours aux mesures médicales tel que le traitement prophylactique post exposition peuvent être envisagées en cas d'exposition avérée au sang contaminé au VIH/SIDA.

3.4.1.7. Protection contre les insectes nuisibles (mouches et moustiques)

- Toile anti moustique aux fenêtres et autres ouvertures du bâtiment du CS
- MII sur les lits d'observation des malades et de la maternité ;
- Les portes munies d'un dispositif à fermeture automatique
- Piège attrape-mouche.

3.4.1.8. Protection contre les bruits sonores

Le CS doit être construit dans un environnement calme sans bruit ni vibration.

3.4..2. Environnement externe

- Désherbage de la cours du CS
- Séchage des flasques d'eau
- Enclos/Clôture : pour empêcher la divagation des bêtes, des enfants dans la cours des installations

Le tableau suivant reprend quelques moyens d'hygiène et assainissement du CS :

N°	Moyens	Quantité	Dimensions	Types
1	Trou à placenta	1	Profondeur : 2,5m ; rayon : 1 m	
2	Trou à ordures	1	2m x 2m x 1,5m	
3	Latrines	2		fosse septique ou toilette VIP
4	Incinérateur	1	1,5 m x1 m	Four incinérateur
5	Douches	2	1,2 mx1, 5 m	
7	Réceptacles pour aiguilles			
8	Poubelles internes	1/unité d'activités	20 litres	Poubelles lavables et fermantes
	Poubelles externes	2	50-60 litres	Poubelles lavables et fermantes
9	Points d'eau	-1 robinet /unité d'activités si eau courante - fontaine/puits /citern e		
9	Source d'énergie	- Panneau solaire - Courant électrique, - Groupe électrogène		
10	Matériels d'entretien	Kit d'entretien	1	

CHAPITRE IV : NORMES DE L'HOPITAL GENERAL DE REFERENCE

4.1.1. NORMES D'ORGANISATION.

Un HGR est une structure de 2^{ème} échelon et obligatoire au sein d'une ZS. Il est situé dans une des aires de santé de la Zone de Santé. Dans cette aire, il doit y avoir un CS.

4.1.1. Fonctions de l'hôpital Général de référence

L'Hôpital Général de Référence a pour fonction :

- la dispensation des soins de santé de référence sous forme de **Paquet Complémentaire d'Activités**,
- l'enseignement et le recyclage des professionnels de santé,
- la recherche opérationnelle,
- le contrôle de qualité et l'encadrement des structures de santé de premier échelon (CS).

4.1.2. Services

Un hôpital Général de référence offre les services de base suivants :

- Les services médicaux de base : Pédiatrie, Gynécologie obstétrique, médecine interne et la chirurgie.
- Un service de diagnostic : laboratoire et l'imagerie médicale (radiologie, échographie.)
- Un service de réanimation et des soins intensifs,
- Une pharmacie interne.

La capacité d'accueil d'un hôpital Général de Référence est de 1 lit pour 1000 habitants, soit 100 lits pour une population de 100 000 habitants,

4.1.3. Relations entre l'HGR avec les autres éléments de la ZS.

4.1.3.1. Relations internes entre différents services de l'HGR

Sont des relations d'interaction, collaboration, de complémentarité et de travail en équipe où le rôle de chacun est clairement défini, dans le but de produire des soins de qualité. Le travail se fait dans l'ajustement mutuel et la supervision directe.

4.1.3.2. Relations avec les autres structures de santé de la zone de santé.

En général, les relations de l'HGR avec les autres structures de santé de la ZS sont d'ordre opérationnel :

- *L'hôpital est le lieu de formation et d'encadrement technique des équipes de CS.* En effet, le CS est la structure de déconcentration des services de prestation des soins de l'hôpital au sein de la communauté. La responsabilité de développement des soins au niveau des CS revient donc à l'Equipe cadre de la zone de santé (ECZ), qui de ce fait assure l'accompagnement technique à l'équipe des centres de santé à travers la formation, les stages et la supervision.

- *L'hôpital Général de référence assure la promotion et le contrôle de qualité des techniques des soins au sein de la ZS ; En effet, c'est au niveau de l'hôpital que se font les examens de contrôle de qualité de l'ensemble de techniques de prestation des soins des CS.*

- *La continuité des soins entre le CS (lieu de premier contact de la population avec le système de santé) et l'hôpital implique la référence et la contre référence.*

La référence est un mécanisme (outils de gestion et transport) qui consiste à orienter les malades ou les personnes à risque du centre de santé vers l'Hôpital Général de Référence pour une prise en charge appropriée.

La contre – référence est un mécanisme qui consiste à retourner les malades ou les personnes à risque de l'Hôpital Général de référence (HGR, hôpital provincial ou centre hospitalo-universitaire) où ils ont reçu des soins appropriés vers les structures qui les ont référés en vue de la poursuite des soins.

Ces relations sont formalisées par l'ECZ à travers des directives, des instructions, des circulaires administratives et des outils du système d'information sanitaire.

4.1.3.3. Relation avec la communauté.

La participation de la communauté à l'action sanitaire de l'hôpital peut prendre plusieurs formes telles que l'utilisation des services offerts par l'hôpital, la contribution et participation volontaire aux travaux d'entretien ou de construction de l'infrastructure. Des communautés organisées (confessions religieuses, les privés) peuvent être propriétaire d'un hôpital (hôpital privé) ou peuvent contractualiser avec l'Etat pour la gestion d'un HGR dont les règles de jeu sont réglementées dans le document d'approche contractuelle.

4.1.3.4. Relations avec les Partenaires.

Les partenaires sont soit propriétaire ou Gestionnaire de l'hôpital. Ils sont aussi ceux qui apportent un appui technique, matériel et financier à l'HGR.

Les relations entre l'hGR et partenaires sont formalisées à travers des textes contractuels.

4.1.4. Les' organes de gestion de l'HGR

4.1.4.1. L'ECZ

Elle traite de tous les problèmes de la zone de santé (HGR et CS). Cependant, elle confère par délégation, la gestion des affaires courantes - dans des limites bien définies- de l'HGR à un Comité de Direction .

4.1.4.2 Comité de direction

Il est présidé par le Médecin Directeur de l'Hôpital Général de Référence et a pour membres : le Médecin Directeur, le Médecin Chef de Staff médical, les responsables des différents services de l'Hôpital, l'Administrateur Gestionnaire et le Directeur de Nursing. Il a pour attribution d'assurer la gestion quotidienne de l'HGR dans des limites de ses attributions, de garantir la qualité des services et de veiller aux relations interservices.

4.2. NORMES DES ACTIVITÉS

L'hôpital Général offre les soins sous forme d'un paquet complémentaire d'activités.

Le Paquet Complémentaire d'Activités (PCA) désigne l'ensemble d'activités complémentaires au Paquet Minimum d'Activités (PMA) qui doivent être effectuées de manière continue au niveau de la structure de référence de la Zone de santé (Hôpital Général de Référence).

Le rôle du niveau de référence est d'assurer la continuité des soins aux malades qui requièrent un plateau technique non disponible au niveau du CS pour des raisons économiques, techniques et organisationnelles.

Le Paquet Complémentaire d'Activités comprend des activités préventives, curatives et promotionnelles qui sont organisées dans le cadre des services de médecine interne, de chirurgie, de gynécologie et obstétrique et de pédiatrie. A ces activités, on ajoute celles relatives à la gestion (Gestion de l'information sanitaire hospitalière, des ressources humaines, matérielles, financière, la recherche action et l'encadrement du personnel de la zone de santé).

Le Paquet Complémentaire d'activités se réalise avec un support varié parmi lequel on retient :

Les différents d'examens d'un laboratoire de référence sont (détails en annexe):

- Les examens de parasitologie
- Les examens hématologiques
- Les examens bactériologiques
- Les examens biochimiques

L'imagerie médicale comprend:

- Radiographie (radioscopie)
- Echographie

La stérilisation du matériel

- Lavage suivi de la désinfection, stérilisation à la vapeur (autoclave) ou stérilisation à la chaleur sèche (poupinelle)

Les activités de réadaptation

- Kinésithérapie,
- Physiothérapie

4.3. NORMES DES RESSOURCES

4.3.1. Ressources humaines

Pour un HGR de 100 lits desservant 100.000 habitants, les postes à pourvoir sont repris dans les tableaux suivants :

Personnel technique				
	Catégories	Nombre	Qualification	Fonction
1	Médecins	3	Docteur en médecine	Médecin (Chef de zone, Directeur de l'HGR, Chef de Staff)

2	Pharmacien	1	pharmacien	Pharmacien de l'HGR
3	Anesthésiste	1	Niveau A1	Responsable de réanimation
4	Administrateur gestionnaire	1	L2 ou G3	Responsable de la gestion administrative et financière
5	Directeur de nursing	1	Niveau A1	Chef du nursing
6	Infirmier	16	Infirmier A1/A2/A3	Administration des soins
7	Techniciens de laboratoire	2	Technicien A1/A2/A3	Chef de service
8	Technicien de radiologie	1	technicien A1/A2	Responsable du service
9	Kinésithérapeute	1	Technicien A1/A2	Responsable du service
10	Nutritionniste	1	G 3	Nutritionniste
Personnel d'appoint				
	Catégories	Nombre	Qualification	Fonction
1	Administratifs	3	Diplôme d'Etat des Humanités	Secrétaire, Comptable, caissier et statisticien
2	Chauffeur	1	D6-PP4	Conduite véhicule
3	Technicien de maintenance	1	A1 ou A2	Maintenance des équipements et électricité
4	Nettoyeurs et chargés de l'entretien	7	Sans qualification exigée	Propreté des locaux et bâtiments + buanderie + entretien de la cour
5	Huissier	1	PP4	Transmission courrier, accueil à l'entrée
6	Sentinelle	2	Sans qualification	Veilleur et chargé de sécurité des infrastructures et équipements
Total		43		

Une utilisation rationnelle des ressources humaines réparties de telle manière, est susceptible de garantir un travail de qualité. Le ratio de 1 agent par 2 lits d'hospitalisation occupé- dont 70% de professionnels de santé est une base recommandée pour la planification des effectifs dans un hôpital.

En plus des services de base (médecine, chirurgie, gynéco obstétrique, la pédiatrie et le laboratoire), l'hôpital général de référence peut développer en fonction de ressources disponibles, un certain nombre de services spécialisés (ophtalmologie, odontostomatologie, kinésithérapie, santé mentale etc....) qui peuvent exiger des effectifs spécialisés supplémentaires.

Pour gérer les ressources humaines, l'hôpital doit avoir les outils suivants :

- organigramme fonctionnel,
- liste nominative du personnel,
- description des postes
- horaire de travail/des activités
- registre de présence
- calendrier de congés/vacances
- fiche de congés,
- liste de paie
- besoin en personnel.
- Fiches de cotation annuelle

En plus de ces outils, l'hôpital constitue pour chaque agents un dossier complet comprenant, son CV, ses diplômes ou autres titres de qualification, les attestations requises (nationalité, bonne conduite vie et mœurs....) etc...

4.3.2. Ressources financières

Le développement de l'HGR requiert de moyens financiers importants, car au sein d'une ZS, l'HGR est la structure la plus importante et la plus coûteuse. Les sources de financement de l' HGR sont de quatre ordres :

- dotation budgétaire de l'Etat,
- financement extérieur (de bailleurs de fonds),
- contributions de la communauté
- ressources du secteur privé.

Le recouvrement des coûts des soins est un principe consacré par la politique nationale. La gratuité des soins est exceptionnelle. Le mode de tarification préférentiel à l'hôpital est le tarif forfaitaire.

La gestion des ressources financières à l'HGR , requiert les outils suivants :

- livre de caisse
- carnet de reçu
- facturier
- carnet de bons de retrait
- cahier de dépenses
- registre de trésorerie
- carnet de chèque le cas échéant
- Tarif
- Registre de créances.
- Logiciel de comptabilité
- Grand livre

4.3.3. Ressources matérielles et équipements

Les équipements constituent un volet essentiel dans le fonctionnement d'un HGR. Non seulement qu'il faut les rendre disponibles mais, il est un devoir à ce niveau, d'en assurer un bon usage pour une nette efficacité / efficience. Au sein d'un Hôpital, les équipements sont des biens communs pour lesquels les usagers sont tenus à respecter et à faire respecter.

4.3.3.1. Classification :

- ✓ **Les fournitures** : sont des biens rapidement consommables, ex : les papiers, stylos, médicaments, réactifs,...
- ✓ **Les matériels et les équipements** : sont des biens qui durent plusieurs années sous la même forme et qu'il faut entretenir et renouveler.
Généralement, les équipements sont classés sous les différentes rubriques suivantes :
 - Immobilier (bâtiments du CS, bureau...)
 - Matériel et outillage :
 - Matériel de laboratoire et de diagnostic : microscope, centrifugeuse, potence à VS, tensiomètre, stéthoscope...

- Outillage : de menuiserie, de mécanique, de maçonnerie, brouettes, raclettes, machettes, pelles, seaux, brosses...
- Matériel de transport : vélos, moto, véhicule.
- Mobilier (chaises, tables, lits, brancards, étagères...)
- Matériel de bureau (calculatrice, machine à écrire, ordinateurs, photocopieuse...)
- Agencements, aménagements et installations (téléphone ou phonie, frigo, boîte isotherme, installations électriques et sanitaires, installation d'énergie solaire, citernes d'eau...)

Les outils requis pour la gestion des matériels et équipements à l'HGR sont :

- Fiche des stocks
- Fiche de réquisition /facturation
- Fiche de mouvement
- Registre d'entrée
- Bordereau de livraison
- Bon de commande

Pour les immobiliers :

- Les titres de propriétés
- Les documents cadastraux

Le contrôle de la gestion des fournitures et matériels se fait :

- Par comparaison
- Par inventaire (fiche d'inventaire),
- Par consommation mensuelle moyenne.

4.3.3.2. Equipements standard d'un Hôpital Général de Référence

La Liste révisée en 2005 des équipements standard de l'HGR, a été publiée par le Ministère de la santé dans la brochure de liste nationale des médicaments essentiels.

4.3.4. Médicaments et autres consommables médicaux

Les médicaments demeurent une des composantes clés dans la production des soins de qualité. Par leur complexité et diversité, ils sont aussi considérés comme un couteau à double tranchant et des règles qui les régissent doivent être appliquées avec fermeté.

Le Ministère de la santé a mis au point la liste des médicaments essentiels pour la RD Congo. La classification de ces médicaments essentiels au niveau de l'Hôpital Général de Référence vise en grande partie, leur utilisation rationnelle et judicieuse pour une meilleure efficacité.

Les outils requis pour la gestion des médicaments à la pharmacie de l'HGR sont :

- le bon de commande de médicaments
- Le procès verbal de réception des produits
- Le registre de consommation journalière de médicaments essentiels
- La fiche d'inventaire
- Le tableau de bord de l'HGR
- Le rapport synthèse mensuel de gestion des médicaments
- La fiche de stock
- La fiche de contrôle de température
- Fiche de facturation

Liste des médicaments essentiels de la RDC (révision 2005) a été publiée par le Ministère de la santé⁴.

4.4. NORMES STRUCTURALES DE L'HÔPITAL GÉNÉRAL DE RÉFÉRENCE

Voir annexe IV

4.5. NORMES DE L'ENVIRONNEMENT

4.5.1. Environnement interne de l'HGR

Le milieu hospitalier est généralement caractérisé – surtout dans le milieu rural – par la pléthore d'accompagnants. Cette promiscuité avec ses corollaires - de même que les déchets hospitaliers - doit être maîtrisée afin de garantir à l'hôpital, un environnement sain dans lequel doit évoluer les patients admis.

On accordera une attention particulière à l'assainissement du milieu (désherbage, curage des égouts,). Il faut prévoir un incinérateur, des installations sanitaires hygiéniques, un système de drainage des eaux usées et de ruissellement et un système d'alimentation en eau potable, pavillons pour accompagnants, érection insuffisante de barrières aux endroits dangereux et aux nuisances sonores. Le site d'implantation de l'hôpital doit être sain (milieu non pollué), le terrain doit être assez spacieux pour permettre une extension éventuelle et relié au réseau routier existant,.

4.5.1.1. Protection contre les insectes nuisibles (mouches et moustiques)

- Toile anti moustique aux fenêtres et autres ouvertures du bâtiment de l'HGR
- MII sur les lits d'hospitalisation des malades et de la maternité ;
- Les portes munies d'un dispositif à fermeture automatique
- Piège attrape-mouche dans les salles.

4.5.1.2. L'eau courante

Pour ses besoins de nettoyage, d'entretien et d'usage médical, l'HGR doit avoir de l'eau courante en permanence. Il est soit branché au réseau public de distribution d'eau (milieu urbain), ou soit il dispose d'un puit ou d'une citerne alimentée par captage des eaux (eaux de pluie ou d'un forage avec puit avec pompe immergée)

4.5.1.3. L'éclairage et l'énergie à l'HGR

Pour la lumière et l'alimentation électrique de ses appareils, l'HGR doit avoir une source d'énergie stable. Il s'agit soit d'un branchement au réseau public ou privé de fourniture d'électricité, soit d'un groupe électrogène et ou d'un dispositif solaire adapté.

4.5.1.4. Traitement des déchets solides

L'HGR doit disposer de :

- Un incinérateur
- Un trou à ordures (couvert)
- Un trou à placenta (couvert)

⁴ Voir liste nationale des médicaments essentiels, Ministère de la santé, OMS, septembre 2005.

- Des poubelles avec couvercles dans toutes les salles et dans la cour.

4.5.1.5. Traitement des déchets liquides

Les eaux usées produites à l'HGR doivent être collectées dans des canaux aménagés conduisant vers un puit perdu. L'eau de ruissellement est canalisée vers des collecteurs du réseau public. .

Le terrain de l'hôpital ne doit pas être trop accidenté et la déclivité doit dépasser 10% pour faciliter un bon drainage des eaux usées et de ruissellement

4.5.1.6. Latrines et douches à l'HGR

L'HGR doit disposer des douches et latrines propres réservées à chaque service (voir tableau ci-dessous)

4.5.1.7. Protection contre les bruits sonores

L'HGR doit être implanté dans une zone d'accalmie, à l'abri de la circulation intense et loin des sources de vibration.

4.5.1.8. Prévention des Incendies et alimentation électrique

En milieu rural, il faut prévoir un périmètre d'au moins 25 m autour des bâtiments afin de prévenir l'incendie. En milieu urbain, placer des extincteurs aux endroits stratégiques, placer des issues de secours, prévoir les menuiseries résistant au feu, les circuits électriques doivent être protégés avec les fusibles adaptés. Les fils électriques doivent être bien isolés et les câbles électriques doivent être des sections conformes aux charges.

4.5.2. Environnement externe

- Désherbage de la cours de l'HGR
- Séchage des flasques d'eau
- Enclos/Clôture : pour empêcher la divagation des bêtes, des enfants dans la cours des installations

Le tableau suivant reprend quelques moyens d'hygiène et assainissement de l'HGR .

N°	Moyens	Quantité	Dimensions
1	Trou à placenta	1	Profondeur : 2,5m ; rayon : 1m
2	Trou à ordures	1	2mx2mx1, 5m
3	Latrines	3/ service	
4	Incinérateur	1	1,5mx1m
5	Douches	3/ services	1,2 mx1, 5m
6	Trou à aiguilles	1 / services des soins	
	Réceptacles pour aiguilles /lames usagées		
7	Poubelles internes	-1 / salle	20 litres
	Poubelles extérieures	-2/ services	60 litres
8	Points d'eau	-1/ salle	
9	Château d'eau de réserve		10 m ³³
10	Source d'énergie	- Courant électrique, - Panneau solaire, - Groupe électrogène-	
11	Matériels d'entretien	-1 Kit/ service	

CHAPITRE V : NORMES DE FONCTIONNALITE DE LA ZONE DE SANTE ET TYPES D'APPUI

Sont traités dans ce chapitre : les **normes de fonctionnalité d'une ZS et les types d'appuis**

5.1. NORMES DE FONCTIONNALITE ET DE PERFORMANCE D'UNE ZONE DE SANTE

5.1.1. Zone de santé fonctionnelle

On entend par Zone de Santé fonctionnelle, une Zone de Santé qui présente des conditions minimales pour une offre des soins de santé de qualité (intégrés, globaux, continus, efficaces et efficients). Les conditions de fonctionnalité sont réunies dans une Zone de Santé quand celle-ci dispose d'une **ECZ fonctionnelle**, d'un **Hôpital Général de Référence fonctionnel** et d'**au moins deux centres de Santé fonctionnels**.

La fonctionnalité d'une Zone de Santé peut être quantifiée, c'est-à-dire qu'une Zone de Santé peut être fonctionnelle à 40, à 60 ou à 80% par exemple.

ECZ fonctionnelle :

Une ECZ est dite fonctionnelle quand :

- les membres qui la composent sont formés ou recyclés en SSP,
- les organes de gestion de la ZS sont mis en place et tiennent des réunions,
- un local propre (BCZ) qui de préférence est situé au sein de l'HGR
- des supports du système national d'information sanitaire sont disponibles et à jour,
- des outils de gestion à jour avec instructions ;

Un HGR est fonctionnel quand :

- les membres de l'équipe de direction formée en SSP,
- des ressources humaines, matérielles, financières et les infrastructures sont conformes aux normes,
- il offre un Paquet Complémentaire d'Activités de soins de référence (médecine interne, pédiatrie, gynéco obstétrique, chirurgie et un service de diagnostic comprenant un laboratoire, une radiologie, échographie)
- il offre un service de réanimation/soins intensifs
- il dispose d'une pharmacie interne avec médicaments essentiels et génériques
- il dispose des outils de gestion à jour.

Un Centre de Santé fonctionnel doit avoir :

- une petite équipe d'infirmiers polyvalents et formés en SSP,
- des ressources humaines, matérielles, financières et les infrastructures répondant aux normes,
- un Paquet Minimum d'Activités de soins
- une pharmacie interne avec médicaments essentiels et génériques,
- des outils de gestion,
- un Comité de Santé (COSA).

5.1.2. Zone de Santé performante

La performance d'une Zone de Santé est à distinguer de la fonctionnalité. Une Zone de Santé est dite performante quand elle réalise de façon durable un certain nombre de résultats par rapport aux objectifs fixés et aux attentes de la population bénéficiaire. Cette

définition implique que la performance fait suite à la fonctionnalité et exclut tous les résultats aussi spectaculaires soient-ils qui s'obtiennent de fois en situation d'urgence.

5.1.3. Classification des Zones de Santé

On distingue trois groupes des Zones de Santé : (i) les Zones de Santé en urgence, (ii) les Zones de Santé en transition et (iii) les Zones de Santé en développement.

(i) Zones de Santé en urgence

Les Zones de Santé en urgence sont celles dans lesquelles persistent des conflits armés et /ou tribaux ou qui sont victimes des catastrophes naturelles (éruptions volcaniques, tremblements de terre, etc.). Ces dernières font partie d'une entité spéciale traitée par les organisations spécialisées dans des situations d'urgence et qui propose un paquet d'activités communément appelé " humanitaire ".

(ii) Zones de Santé en transition

Les Zones de Santé en transition sont celles qui sortent des conflits armés et/ou tribaux ou d'une catastrophe naturelle et qui sont caractérisées par une absence ou une timide reprise de l'activité socioéconomique et de développement.

(iii) Zones de Santé en Développement

Les Zones de Santé en développement sont des Zones de santé stables sur le plan sécuritaire et dans lesquelles ou dans les environs desquelles existe une activité socioéconomique. Dans cette catégorie, on distingue les Zones de Santé à **potentiel élevé au développement** et les **Zones de santé à faible potentiel au développement**.

Les principaux critères qui permettent de catégoriser les Zones de Santé par rapport à leur potentiel au développement sont : (i) la taille de sa population, (ii) la présence d'un Hôpital Général de Référence, (iii) la présence ou non d'au moins deux centres de santé (iv) l'existence dans la Zone de Santé d'un appui global.

Zone de Santé à potentiel élevé au développement.

Une Zone de Santé est dite à haute potentialité au développement lorsqu'elle réunit les principaux critères de classification, c'est-à-dire : (i) elle couvre une population d'au moins 100 000 habitants, (ii) elle dispose d'un Hôpital Général de Référence (fonctionnels), (iii) elle dispose d'au moins deux Centres de Santé (fonctionnels), (iv) elle dispose d'un appui global en cours.

D'autres critères de valeur plutôt secondaire peuvent être utilisés pour discriminer deux ou plusieurs Zones de Santé à potentiel élevé au développement en cas de besoin. Il s'agit de (v) l'existence d'une pathologie particulière dans la Zone de Santé, (vi) de la fonctionnalité de l'HGR, (vii) de l'accessibilité à la Zone de Santé à partir des structures d'encadrement (IPS et IMD), (viii) l'existence d'un appui à ces dernières.

Zone de Santé à faible potentiel au développement

Une Zone de Santé est à faible potentiel au développement lorsqu'elle ne satisfait pas à l'un ou l'autre de quatre principaux critères ci-dessus.

Les Paquets d'Activités des Zones de santé en urgence et en transition ne sont pas développés dans le cadre de ce document.

5.2. TYPES D'APPUIS AUX ZONES DE SANTE

En RDC, de nombreux partenaires s'engagent aux côtés de l'Etat pour apporter leurs contributions au développement de la ZS. Ces contributions sont soit matérielles, financières, en services et expertises techniques, assistance technique etc.... L'ensemble de ces contributions ou assistance, est appelé « appuis ».

Il existe deux types d'appuis aux Zones de Santé : les appuis globaux et les appuis partiels.

5.2.1. Appui global

On entend par appui global toute assistance destinée au **développement de la ZS** et qui présente les caractéristiques suivantes :

- ✓ **Etendue de l'appui:**
Il assure la couverture de deux échelons de la Zone de Santé et couvre au moins 80 % de la population de la Zone de Santé.
- ✓ **Contenu de l'appui:**
Un appui global couvre les besoins pour une offre de PMA dans les Centres de Santé, de Paquet Complémentaire d'Activités au niveau de l'Hôpital Général de Référence et des activités de l'Equipe Cadre de la Zone de Santé.
- ✓ **Durée de l'appui:**
Un appui global doit avoir au minimum une durée de quatre ans, temps jugé nécessaire pour pouvoir amorcer le développement d'une Zone de Santé.
- ✓ **Coûts**
Le coût total de l'appui doit correspondre à au moins 3\$/habitant par an (pour le fonctionnement) durant le temps requis.

A la lumière de ces critères, il est évident que l'appui global à une Zone de santé nécessite des ressources financières importantes et qu'il est nécessaire qu'il y ait complémentarité entre deux ou plusieurs partenaires (public, privé lucratif, confessionnel, ONGs nationales et internationales, etc.)

5.2.2. Appui partiel.

Est dit appui partiel, tout appui qui ne remplit pas l'un ou l'autre critère cités ci-dessus.

LES ANNEXES

Annexe I : Paquet Complémentaire d'Activités (détails)

Annexe II : Les examens de labo à l'Hôpital Général de Référence

Annexe III : Les interventions essentielles pour la santé de la mère et de l'enfant au Centre
de santé

Annexe IV : Les normes structurales de l'Hôpital Général de Référence

ANNEXE I:

DETAILS DES ACTIVITES DU PAQUET COMPLEMENTAIRE A L'HGR.

1. Activités curatives**(1) Consultations curatives**

- Assurer les consultations curatives des cas référés par les Centres de santé ;
- Suivre en ambulatoire les malades non hospitalisés ;
- Assurer les contre références vers les CS ;
- Assurer les références vers le niveau tertiaire si nécessaire ;

(2) Hospitalisation des malades

- Orienter les malades vers les services indiqués (de gynécologie obstétrique et maternité, pédiatrie, médecine interne, ou chirurgie) ;
- Assurer le traitement (administration des médicaments, perfusion, transfusion, sondages,...) ;
- Assurer le nursing ;
- Assurer le suivi des malades hospitalisés ;
- Assurer les contre références vers les CS ;
- Assurer les références vers le niveau tertiaire en cas de nécessité ;

(3) Soins intensifs et urgences

- Assurer la réanimation des malades (massage, aspiration des sécrétions, oxygénation.....)
- Administrer le traitement (administration des médicaments, perfusion, transfusion, sondages...),
- Soins de nursing ;
- Assurer le monitoring des fonctions vitales,
- Orienter les malades vers les services indiqués,

(4) Soins chirurgicaux de référence :

- Anesthésie : locale, régionale, rachidienne, générale
- Interventions chirurgicales mineures ;
- Interventions chirurgicales majeures ;
- Soins pré, per et post opératoires.

(5) Prise en charge des accouchements des grossesses (référées ou pas)

- Surveiller le travail (installation et monitoring du partogramme),
- Conduire l'accouchement,
- Assurer les soins au nouveau-né,

(6) Réhabilitation nutritionnelle thérapeutique**(7) Laboratoire de référence**

Les différents examens d'un laboratoire de référence sont détaillés en annexe III.

(8) Imagerie médicale

- Radiographie
- Echographie

(9) Stérilisation du matériel

- Lavage suivi de désinfection, stérilisation à la vapeur ou stérilisation à la chaleur sèche.

(10) Pharmacie interne

- Gestion de stock
- Tenue des outils de gestion
- Préparation et conditionnement des produits pharmaceutiques.

(11) Sécurité transfusionnelle.

- Recrutement de donneurs de sang,
- Conservation du sang selon les instructions.
- Interrogatoire, Examen clinique
- Prélèvement de sang
- Conservation du sang
- Tests donneurs : Hémoglobine, groupage sanguin, dépistage de HIV dépistage d'hépatite B (si endémie recherche trypanosome)
- Tests receveur : groupage, test compatibilité direct et indirect
- Transfusion.

(12) Activités de réadaptation

- Kinésithérapie,
- Physiothérapie,
- Appareillage.

2. Activités préventives

- Consultations des cas référés
- Soins préventifs aux femmes enceintes au cours de la CPN
- Consultations prénatales des grossesses à risque aux mères
- Soins préventifs aux nouveaux-nés en post-partum immédiat
 - vaccination à la maternité : BCG et Polio 0 aux nouveaux-nés ;
 - soins des yeux (au Nitrate d'argent...)
- promotion de l'allaitement maternel exclusif
- Vaccination à la maternité : VAT aux mères
- Planification familiale :
 - o contraception orale et injectable
 - o pose d'implant ou de DIU
 - o ligature tubaire
 - o vasectomie
- Consultations pré-nuptiales :
 - o examens cliniques et complémentaires de dépistage (SS, IST...)
 - o conseils,
 - o référence éventuelle (pour dépistage syphilis, HIV...)

3. Activités promotionnelles

- communication pour le changement de comportement (CCC) aux malades et à leurs familles
- appui psychosocial (santé mentale, SIDA,)
- Elimination et destruction du matériel souillé de l'Hôpital

4. Activités d'appui et autres

(1) Gestion de l'information sanitaire hospitalière

- Collecte des données d'activités,
- Traitement et organisation des données,
- Analyse des données et prise locale de décision,

- Rétro information et prise de décision,
- Rédaction des rapports périodiques d'activités (hebdomadaires, mensuels, trimestriels, etc.),
- Transmission des rapports à la hiérarchie,
- Gestion des archives de la documentation ;

(2) Gestion des ressources humaines

- Tenue à jour du répertoire du personnel
- Détermination des besoins en personnel
- Recrutement du personnel contractuel
- Affectation du personnel aux postes de travail selon les normes
- Organisation du temps de travail
- Participation à la gestion des carrières du personnel

(3) Gestion des ressources matérielles

- Inventaire permanent de l'existant (fiche d'inventaire)
- Approvisionnement (commande, réception, stockage, distribution) en médicaments, vaccins, contraceptifs et consommables et dispositifs médicaux
- Tenue correcte des outils de gestion (fiches de stocks, bon de commande, bordereau de livraison, facture, et livre journal, bon de sortie)
- Organisation des transports (déplacements et évacuations), communications et autres logistiques
- Organisation de la buanderie
- Organisation de l'alimentation des malades
- Entretien des équipements, infrastructures et matériel

(4) Gestion des ressources financières

- Elaboration du budget
- Exécution du budget
- Recouvrement des coûts
- Mobilisation de financement
- Contrôle interne de la gestion

(5) Recherche-action

- Identification des thèmes de recherche
- Participation à l'élaboration des protocoles de recherche
- participation à la réalisation des activités de recherche
- diffusion des résultats
- Exploitation des résultats pour la résolution des problèmes
- Diffusion des résultats

5. La formation et l'encadrement du personnel et des élèves et étudiants stagiaires

- Formation pratique
- Stage pratique
- Tours de salle
- Conférences scientifiques,
- Supervision interne.

ANNEXE II :

LES EXAMENS DE LABORATOIRE DE REFERENCE

N°	SERVICE	ACTIVITES
1	Parasitologie	
		Selles à l'état frais
		Selles colorées au lugol
		Selles après concentration
		Selles après coloration
		Recherche du sang occulte
		Goutte Epaisse
		Goutte fraîche (Micro filaires sanguicoles)
		Sédiment urinaire (recherche de schistosomes,)
		Test de Wood(Trypanosomes)
		Test de Cati (Trypanosomes)
2	Hématologie	
		Dosage de l'Hb (Sahli)
		Test d'Emmel
		Numération de GB
		Recherche de l'Hb au méta bisulfite de Na 2%
		Numération de GR
		Numération des plaquettes
		Numération des réticulocytes
		Vitesse de sédimentation
		Formule leucocytaire
		Temps de saignement (Duke)
		Temps de coagulation (Lee et White)
		Taux de prothrombine
		Groupe sanguin
		Test de compatibilité direct et indirect
3	Bactériologie	
	LCR	Numération cellulaire
		Encre de chine (recherche de cryptocoques)
		Coloration au May Grünwald Giemsa
		Coloration Gram
		Culture et Antibiogramme
	Expectoration	Ziehl Neelsen
		Culture et Antibiogramme classique
	Selles	Examen à frais
		Examen après coloration
		Enrichissement
		Culture et Antibiogramme
	Urines	Numération des bactéries /ml
	PV, PU, autres prélèvements	Coloration Gram, Bacille de Hansen
		Culture et Antibiogramme
	Eaux	Test au chlorure
		Test au nitrate

	Immuno-sérologie	Test rapide HIV
		RPR (recherche de syphilis)
		TPHA (recherche de syphilis)
		Tests immunologiques de grossesse (urines)
		Tests d'hépatite B
4	Biochimie	
	Sang	Glycémie
		Fer sérique
		Electrophorèse de l'Hb
		Electrophorèse de protéines
		Créatinine
		Urée
		Bilirubine totale
		Bilirubine directe et indirecte
		Transaminases (GOT, GPT)
	LCR	Dosage du glucose dans le LCR
		Dosage des protéines dans le LCR
	Urines	Dosage de l'albumine dans les urines
		Dosage du glucose dans les urines
		Dosage de sels et pigments biliaires
		Dosage des corps cétoniques
		Rivalta
		Ionogramme
		Cholestérol
		Amylases
		Lipides
		Capacité de fixation du fer
		Phosphatases alcalines et acides
		G6PD
5	Prélèvement, conservation et transport des échantillons	
6	Conditionnement des échantillons	

ANNEXES III :

**INTERVENTIONS ESSENTIELLES POUR LA SANTE DE LA MERE, DU NOUVEAU-NE
ET DE L'ENFANT**

CENTRE DE SANTE/ MATERNITE**1. Activités Préventives :****Consultations des naissances désirables**

- Planification familiale
- Prévention des grossesses précoces avant l'âge de 18 ans et des grossesses non désirées ou trop rapprochées
- Prévention des accouchements hors institution
- Prévention et prise en charge du VIH et des IST

Consultations prénatales

- Vaccination antitétanique : VAT
- CPN recentrée avec administration de fer acide folique et TPI
- Identification des complications de la grossesse
- Référence pour complications
- Prévention de la TME (PTME+)
- Dépistage et traitement de la syphilis
- Détection des infections urinaires
- Promotion de l'allaitement maternel exclusif
- Promotion de la MII
- Déparasitage

Consultations Postnatales

- PEC des complications du post-partum et référence,
- Prévention de la TME (PTME+)
- Soins essentiels du NN: (maintien au chaud, AME dans l'heure, Hygiène des yeux et du cordon)
- Soins spéciaux pour le BB de faible poids (méthode kangourou, alimentation assistée)
- Prise en charge de la pneumonie du nouveau né
- Soins néonataux d'urgence (asphyxie, prématurité, ictère, infections)
- Supplémentation en Vitamine A et en fer folate

Consultation préscolaire

- Surveillance de la croissance et du développement des moins de 5 ans
- Vaccination: PEV de routine, y inclus hépatite B
- Supplémentation en micro-nutriments (vitamine A)
- Promotion de la Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide (MII), SRO
- Prévention de la TME (PTME+)
- Promotion de l'allaitement maternel exclusif
- Promotion de l'alimentation de complément approprié
- Dépistage de la malnutrition
- Déparasitage
- Promotion des pratiques familiales et communautaires clés favorables à la survie et au développement de l'enfant

2. Activités curatives :

Mère

- Identification et PEC des complications de la grossesse, y compris avortement et - violences sexuelles faites à la femme
- Référence pour complications
- Soins après avortement (SAA) par AMIU (Aspiration Manuelle Intra-utérine par le vide)
- Dépistage et traitement de la syphilis et des infections urinaires
- Soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base (SONUB)
- PEC des complications du post-partum et référence,

Accouchements eutociques

- Accouchement assisté par un personnel qualifié
- Soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base (SONUB)
- Prévention de la TME (PTME+)
- Soins essentiels du NN: (maintien au chaud, AME dans l'heure, Hygiène des yeux et du cordon)
- Réanimation du Nné
- Prévention et prise en charge de l'hypothermie (Méthode kangourou)
- PEC active du 3^{ème} stade de l'accouchement pour prévenir et traiter les hémorragies du post-partum (injection de 10 UI d'ocytocine en IM)

Nouveau-né

- Prise en charge de la pneumonie du nouveau né
- Soins néonataux d'urgence (asphyxie, prématurité, ictère, infections)
- Alimentation assistée

Enfant

- Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant : IRA, diarrhée, rougeole, paludisme, malnutrition
- Prise en charge clinique pédiatrique du VIH/SIDA
- Administration du Zinc pendant des épisodes de diarrhée

Réhabilitation Nutritionnelle

- Dépistage de la malnutrition ((Mesures anthropométriques) et prise en charge de la malnutrition
- Vérification statut vaccinal et en vitamine A
- Vaccination de routine et Supplémentation en Vit A, Zinc...
- Alimentation Thérapeutique et/ou Supplémentaire
- Education nutritionnelle : Actions Essentiels en Nutrition (conseils sur la poursuite de l'allaitement maternel dans l'heure, exclusif pendant 6 mois et continu jusqu'à 2 ans...)

HOPITAL GENERAL DE REFERENCE

- Prise en charge des complications sévères des grossesses éclampsie, travail prématuré, ...)
- PTME et traitement aux ARV
- Soins obstétricaux et néonataux d'urgence y compris les césariennes, transfusion sécurisée
- Réanimation et prise en charge de l'hypothermie

- PEC des complications sévères du post-partum
- PEC des complications sévères du nouveau-né
- Prise en charge pédiatrique du VIH/SIDA
- Prise en charge des enfants atteints d'infection grave et de malnutrition sévère
- Prise en charge des traumatismes graves dus aux violences sexuelles et des fistules obstétricales

AU NIVEAU COMMUNAUTAIRE :

- Promotion des pratiques familiales et communautaires clés favorables à la santé et au développement de la mère et de l'enfant (NAC/PCIME-C)
- Prise en charge communautaire des maladies de l'enfant : diarrhée, pneumonie, paludisme et malnutrition par les ménages et les sites des soins communautaires
- Utilisation des MII
- Allaitement maternel exclusif
- Promotion de l'hygiène des mains et de l'eau de boisson
- Assainissement intra et péri domiciliaire
- Prévention des violences faites à la femme
- Prévention des avortements provoqués
- Préparation à l'accouchement
- Prévention du VIH SIDA

ANNEXE IV
LES NORMES STRUCTURALES DE L'HOPITAL GENERAL DE REFERENCE

Dimensions utiles des bâtiments, (configuration pour un hôpital de 100 lits pour 100 000 habitants)

Service administratif

- Bureau du Médecin Directeur : 25 m²
- Bureau de l'AG : 20 m²
- Secrétariat : 12 m²
- Comptabilité : 12 m²
- Caisse : 10 m²
- Salle de réunion et bibliothèque : 30 m²
- Salle d'attente, réception : 20 m²
- Toilettes : 6 m²
- Services de consultation externe

Service de consultation externe

- Salle de consultation (1 ou 2) : 15 m²
- Salle de réception : 12 m²
- Hall d'attente : 25 m²

Service de médecine interne

- 1 bureau pour l'infirmier : 15 m²
- 1 salle d'attente : 20 m²
- 1 salle de soins : 12 m²
- 1 salle de garde : 12m² + toilette + douche
- 1 local de service + réserve : 20 m²
- 1 salle d'hospitalisation (30 lits) : 180 m²
- 1 toilette : 6 m²

Service de Pédiatrie

- 1 bureau pour l'infirmier : 15 m²
- 1 salle d'attente : 20 m²
- 1 salle de soins : 12 m²
- 1 salle de garde : 12m² + toilette + douche
- 1 local de service + réserve : 20 m²
- 1 salle d'hospitalisation (30 lits) : 180 m²
- 1 salle pour prématurés avec anti chambre : 22 m²
- 1 toilette : 6 m²

Service de chirurgie

- 1 bureau pour l'infirmier : 15 m²
- 1 salle d'attente : 20 m²
- 1 salle de soins : 12 m²
- 1 salle de garde : 12 m² + toilette + douche
- 1 local de service + réserve : 20 m²
- 1 salle d'hospitalisation (20 lits) : 240 m²
- 1 toilette : 6 m²

Le bloc opératoire

- 1 salle d'opération septique : 36 m²
- 1 salle d'opération aseptique 1 salle de stérilisation : 36 m²
- 1 vestiaire pour médecin + toilette + douche: 20 m²
- 1 vestiaire pour infirmiers + toilette + douche : 30 m²
- 1 salle pour brossage des chirurgiens, avec réserve d'eau : 12 m²
- 1 salle pour instruments : 15 m²
- 1 bureau pour médecin : 12 m²
- 1 salle de réserve + local pour infirmiers: 20 m²
- 1 salle de réveil + salle des soins post opératoires: 30 m² (4 lits)
- 1 salle de stérilisation centrale : 48 m²

Service de gynéco obstétrique

- 1 bureau pour l'infirmier : 15 m²
- 1 salle d'attente : 20 m²
- 1 salle de soins : 12 m²
- 1 salle de garde : 12 m² + toilette + douche
- 1 local de service + réserve : 20 m²
- 1 salle d'hospitalisation Gynécologie (200 lits) : 300 m²
- 1 toilette : 6 m²

La maternité

- salles de travail : 2 x 18 m²
- 1 salle d'accouchement : 40m²
- 1 salle de bain + WC : 6 m²
- 1 salle de post partum : 18 m²
- Un bureau pour accoucheuse
- Un salle de garde (pour accoucheuse) : 12 m²
- Un magasin : 10 m²
- Toilettes : 2x 6m²
- Douches : 2x 6m²

Le laboratoire : 15 m²

Le BCZ (si inclus dans l'HGR) : 30 m²

La pharmacie

- 1 officine : 20 m²
- 1 salle de préparation : 12 m²
- 1 bureau : 12 m²
- 1 toilette : 6 m²
- Dépôt : 30 m²

Radiologie

- Salle de radiologie : 25 m²
- Salle d'échographie + toilette: 20 m²
- Chambre noire : 10 m²
- Salle d'attente : 20 m²
- Bureau du technicien : 12 m²

La salle de radiologie doit être suffisamment éloignée des zones très fréquentées, le tube à RX doit être orienté vers le côté opposé à l'accès de la salle d'examen ; l'épaisseur des murs dans les installations radiologiques doit être l'équivalent de 2 mm de plomb de blindage ou un mur de béton d'épaisseur de 20 cm.

Buanderie

- 1 lingerie septique : 20 m²
- 1 zone de travail : 30 m²
- 1 poste de raccommodage : 6 m²
- 1 lingerie aseptique : 20 m²
- 1 local de désinfection : 10 m²
- 1 salle de repassage : 10 m²
- 1 toilette : 6 m²

La cuisine centrale

- 1 Cuisine : 40 m²
- 1 plonge vaisselle : 20 m²
- 1 Magasin (avec congélateur) : 10 m²
- 1 réfectoire : 180 m²
- 1 bureau : 12 m²

Incinérateur : 2 modules

Garage : 48 m² avec bureau, atelier, magasin

Responsabilité décennale : l'entrepreneur est responsable de la solidité des ouvrages construits pendant dix ans (ordonnance 74-007 du 10 juillet 1974).

Installation électrique :

- Courant triphasé 240-380 V + neutre + terre 30 à minimum
- Groupe électrogène 50 KVA
- Panneau solaire

Le site d'implantation des structures de santé doit être sain (milieu non pollué), dans une zone d'accalmie, à l'abri de la circulation intense et loin des sources de vibration. Le terrain doit être assez spacieux pour permettre une extension éventuelle. Le site doit être relié au réseau routier existant, le terrain ne doit pas être trop accidenté et la déclivité doit dépasser 10% pour faciliter un bon drainage des eaux usées et de ruissellement.

L'axe du bâtiment doit être orienté de préférence dans le sens Est-ouest ; les fenêtres doivent être orientées dans le sens Nord-Sud, direction favorable aux vents dominants. Les zones aseptiques doivent être séparées des zones septiques.

BIBLIOGRAPHIE

1. Projet santé pour tous, Manuel du centre de santé Volume III, soins préventifs et promotionnels, 2^{ème} édition 1995 ;
2. OMS. Peter Oakley, L'engagement communautaire pour le développement sanitaire, Analyse des principaux problèmes, 1989
3. Ministère de la santé, RDC, Normes sanitaires de la Zone de santé, Mai 2002.
4. OMS, Bureau régional pour l'Afrique Brazzaville, G.L. Monekosso, M.D., La Gestion sanitaire au niveau de District , Directives de mise en œuvre, De la médiocrité à l'excellence dans les prestations sanitaires, septembre 1994.
5. Ministère de la santé, Direction des Soins de santé Primaires, Normes et directives de la Zone de santé, 2003 ;
6. Secrétariat général, Ministère de la santé Publique, Draft présenté par Dr Ndeumeni (Ph.D)/DEP MS, Normes sanitaires du Cameroun
7. Ministère de la santé, RDC. Politique Nationale de santé, 2001
8. Ministère de la santé, RDC. Plan Directeur de développement sanitaire (PDDS) , 19999
9. Ministère de la santé, RDC, Stratégie de Renforcement du système de santé (SRSS), 2006
10. K. A. Pangu. Santé Pour tous d'ici l'an 200 : c'est possible, expérience de planification et d'implantation des centres de santé dans la Zone de Santé de Kasongo au Zaïre, 1988 (Thèse de Doctorat).
11. H. Mintzberg Structure et dynamique des organisations. Éditions d'Organisation, 1982. 13^{ème} tirage 2000.
12. Ministère de la santé, Programme national de lutte contre le VIH/SIDA, Prof NGO BEBE, Guide de gestion des programmes de santé, application au processus gestionnaire à la coordination des activités de lutte contre le VIH/SIDA