

**REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO
MINISTERE DE LA SANTE**



SECRETARIAT GENERAL

**RECUEIL DES NORMES DE CREATION,
D'ORGANISATION ET DE
FONCTIONNEMENT DES STRUCTURES
DE LA ZONE DE SANTE EN REPUBLIQUE
DEMOCRATIQUE DU CONGO**

Edition Octobre 2019

Tables des matières

ACRONYMES.....	4
REMERCIEMENTS.....	6
PREFACE	8
INTRODUCTION.....	10
CHAPITRE I : GENERALITES (CONSIDERATIONS GENERALES)	12
1.1. DEFINITION DES CONCEPTS	12
CHAPITRE II : PRINCIPES FONDAMENTAUX DE CREATION,D'ORGANISATION ET DE FONCTIONNEMENT DE LA ZONE DE SANTE.....	19
2.1. SYSTEME DE SANTE EN RDC.....	19
2.2. SOINS DE SANTE PRIMAIRES (SSP)	20
2.2.1. Définition.....	20
2.2.2. Composantes des SSP	20
2.2.3. Principes des SSP	21
2.3. PRINCIPES FONDAMENTAUX ET CRITERES CLES DE CREATION D'UNE ZONE DE SANTE.....	22
2.3.1. PRINCIPES FONDAMENTAUX DE CREATION D'UNE ZS	22
2.3.2. CRITERES CLES DE CREATION ET RATTACHEMENT D'UNE ZS.....	26
2.4. PROCESSUS DE DEVELOPPEMENT DE LA ZONE DE SANTE	27
1) Zones de Santé en urgence	28
2) Zones de Santé en transition.....	28
3) Zones de Santé en Développement.....	28
a.Zone de Santé à potentiel élevé au développement.	28
b. Zone de Santé à faible potentiel au développement	29
2.5. STRATEGIE DE RENFORCEMENT DU SYSTEME DE SANTE (SRSS)	29
(i) Développement du leadership intégré au niveau de la ZS.....	29
(ii) Rationalisation du fonctionnement des structures de santé	30
(iii) Amélioration de la couverture sanitaire de la ZS.....	30
(iv) Amélioration de la qualité des soins et des services	30
(v) Participation communautaire	31
2.6. SYSTEME DE SANTE AU NIVEAU DE LA ZONE DE SANTE	32
2.7. NORMES DE FONCTIONNALITE DE LA ZONE DE SANTE ET TYPES D'APPUIS 33	
2.7.1. NORMES DE FONCTIONNALITE ET DE PERFORMANCE D'UNE ZONE DE SANTE.....	33
2.7.1.1. Zone de santé fonctionnelle	33
2.7.1.2. Equipe Cadre de la Zone de santé fonctionnelle.....	33
2.7.1.3. Un Hôpital Général de Référence fonctionnel	33
2.7.1.4. Un Centre de Santé fonctionnel.....	33
2.7.1.5. Zone de Santé performante.....	34
2.7.2. BUREAU CENTRAL DE LA ZONE DE SANTE.....	34
2.7.2.1. NORMES DE FONCTIONNEMENT DU BCZS	34
2.7.2.2. NORMES DE COMPOSITION DU BCZS	34
2.7.2.3. NORMES STRUCTURALES DU BCZS	45
2.7.2.4. NORMES DES RESSOURCES	45
2.7.2.4.1. Ressources financières	45
2.7.2.4.2. Normes des Ressources matérielles, équipements et fournitures	46

2.7.2.5. Normes par rapport aux Médicaments, consommables médicaux et autres intrants spécifiques.....	47
2.7.2.6. Normes des Matériels roulants et navigants :	47
2.7.3. L'HOPITAL GENERAL DE REFERENCE	47
2.7.3.1. NORMES D'ORGANISATION DE L'HGR	47
2.7.3.1.1. Fonctions de l'hôpital Général de Référence	48
2.7.3.1.2. Services	48
2.7.3.1.4. Relations entre l'HGR avec les autres structures de la ZS.	49
2.7.3.1.5. Les organes de gestion de l'HGR.....	50
2.7.3.2. NORMES DE FONCTIONNEMENT DE L'HGR	50
2.7.3.3. NORMES D'ACTIVITES DE L'HGR	51
2.7.3.4. NORMES DES RESSOURCES DE L'HGR	60
2.7.3.4.1. Ressources humaines	60
2.7.3.4.2. Ressources financières	62
2.7.3.4.3. Ressources matérielles et équipements	62
2.7.3.4.4. Médicaments, consommables médicaux et autres intrants spécifiques	64
II. 5. NORMES STRUCTURALES DE L'HGR	64
2.7.3.6. NORMES DE L'ENVIRONNEMENT DE L'HGR	68
1. Environnement interne de l'HGR.....	68
2. Environnement externe.....	70
2.7.3.7. DETAILS DES ACTIVITES DU PAQUET COMPLEMENTAIRE A L'HGR.	72
2.7.3.9. Normes de la formation continue dans les hôpitaux	77
LES EXAMENS DE LABORATOIRE A L'HOPITAL GENERAL DE REFERENCE	78
PAQUET MINIMUM D'ACTIVITES POUR LE LABORATOIRE DE L'HOPITAL GENERAL DE REFERENCE (HGR)	81
2.7.4. LE CENTRE DE SANTE DE REFERENCE	83
2.7.4.1. NORMES D'ORGANISATION DU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE (CSR) ..	83
2.7.5. LE CENTRE DE SANTE	83
2.7.5.1. Normes d'organisation du CS	83
2.7.5.1.1. Fonctions du Centre de santé.....	83
2.7.5.1.2. Les organes de gestion du centre de santé	83
2.7.5.1.3. Les services au Centre de Santé.....	85
2.7.5.1.4. Relations du CS avec les éléments du système de santé de l'Aire de santé..	85
2.7.5.1.6. Relations entre le Centre de santé et les autres structures de santé de la ZS	86
2.7.5.2. NORMES DE FONCTIONNEMENT DU CS	87
2.7.5.3. NORMES D'ACTIVITES DU CS	87
Contenu du PMA.....	88
2.7.5.4. NORMES DE RESSOURCES DU CENTRE DE SANTE	91
2.7.5.4.1. Ressources humaines	91
2.7.5.4.2. Ressources financières	92
2.7.5.4.3. Ressources matérielles, équipements et fournitures.....	92
2.7.5.5. Les médicaments.....	93
2.7.5.6. Ressources immobilières.	95
2.7.5.7. NORMES STRUCTURALES D'UN CENTRE DE SANTE	96
2.7.5.8. NORMES ENVIRONNEMENTALES DU CS	96
1. Environnement interne du CS.....	97
2. Environnement externe.....	98
2.7.6. LE POSTE DE SANTE	100

CHAP. III. NORMES DES STRUCTURES FONCTIONNELLES DE GESTION DE LA ZS	100
III.1. LE COMITE LOCAL DE PILOTAGE DE LA ZS (CLPZ)	100
Membres :	100
Attributions :	100
III. 2. LE CONSEIL DE GESTION DE LA ZS (COGE)	101
III.3. EQUIPE CADRE DE LA ZONE DE SANTE	101
3.1. NORMES D'ORGANISATION.	101
3.1.1. Mission de l'ECZ	101
3.1.2. Fonctions de l'ECZ	101
3.2. NORMES DE FONCTIONNEMENT DE L'ECZ	104
3. 2.1. Principes	104
3.2.2. Communication au sein de l'équipe	105
3.3. NORMES D'ACTIVITES DE L'ECZ	106
3.4. NORMES DE COMPOSITION DE L'EQUIPE CADRE	106
BIBLIOGRAPHIE	108
1.2. Cadre de référence des normes	110
1.3. Des outils complémentaires :	111

ACRONYMES

AG	: Administrateur Gestionnaire
BCZS	: Bureau Central de la Zone de Santé
CA	: Conseil d'Administration
CAC	: Cellule d'Animation Communautaire
CDR	: Centrale de Distribution Régionale des médicaments
CLPZ	: Conseil Local de Pilotage de la Zone de Santé
CODESA	: Comité de Développement de l'aire de Santé
CODIR	: Comité de Direction de l'Hôpital Général de Référence
COGE	: Comité de Gestion
CS	: Centre de Santé
CSR	: Centre de Santé de Référence
CV	: Curriculum Vitae
D6	: Diplômé d'Etat d'études Secondaires
DPS	: Division Provinciale de la Santé
ECZ	: Equipe Cadre de la Zone de Santé
ECP	: Equipe Cadre Provinciale
G3	: Gradué (Diplôme)
HGR	: Hôpital Général de référence
HTA	: Hypertension Artérielle
KVA	: Kilo Volt-Ampère
L2	: Licencié (Diplôme)
MEG	: Médicaments Essentiels Génériques
MII	: Moustiquaire imprégné d'Insecticide à longue durée d'action
NC	: Nouveau Cas
Nbre	: Nombre
PCA	: Paquet Complémentaire d'Activités
PEV	: Programme Elargi de Vaccination
PMA	: Paquet Minimum d'Activités
PNDS	: Plan National de Développement Sanitaire
PNS	: Politique Nationale de la Santé
PP4	: Diplômé de quatre ans post-primaires (niveau d'études)
PS	: Poste de Santé

PTA	: Personnes du Troisième Age
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
SNIS	: Système National d'Information sanitaire
TDR	: Termes de Référence
TRO	: Thérapie par réhydratation orale
Vit A	: Vitamine A
VS	: Vitesse de sédimentation
WC	: Water Close (latrines)
ZS	: Zone de Santé

REMERCIEMENTS

Au moment de la publication de cette troisième édition du Recueil des normes de création, de fonctionnement et d'organisation des structures sanitaires de la Zone de Santé, le Ministère de la Santé exprime ses sincères remerciements à l'endroit de tous ceux qui ont participé à la réalisation de ce travail depuis la première édition jusqu'à ce jour.

Il s'agit en particulier de Dr Jean Pierre LOKONGA NZEYABE, Dr Cosmas TSHEKE KOY, Dr Félix MINUKU, Dr MINZEMBA, Dr Jean Caurent MANTSHUMBA BIKETE , Dr Jean Bosco KAHINDO, Dr Blanchard MUKENGESHAY KUPA , Dr Nestor MUKINAY DINZAL, Dr Michel MULOHWE , Dr Bart CALLEWAERT, Dr Desmet MARTINUS, Dr Hyppolite KALAMBAY NTEMBWA, Dr SIMBI AHADI , Dr François Xavier N'SIESI , Dr Pierre LOKADI OTETE OPETHA , Dr Brigitte KINI NSIKU, Dr EKWANZALA, Mme CHIRWISA , Dr Joachim MUBIALA , Dr Daniel VERNA, Dr Jean Paul NDAKALA YUMA , Dr Didier MULISHO, Dr DIANA , Dr Albert KALONDJI, Dr Jean Bertin EPUMBA EPONDO, Mr Raph NUNGA MATADI, tous désignés à l'époque comme Experts membres du Comité Technique chargé de la finalisation du recueil des normes de la Zone de Santé et ceux qui se sont joints à eux.

Ma reconnaissance va ensuite à l'endroit des autres experts qui ont contribué à l'actualisation de cette édition en février 2019 à l'Hôtel EN VRAC de Mont Ngafula, dont certains étaient déjà retenus comme participants lors de l'élaboration de la première ou deuxième édition. Je citerai, à titre d'ajouts, les autres participants notamment Dr Claude SESE YEMININGA, Dr Rigobert LEMBISA, Dr Pierre SAMBU, Dr Salomon SALUMU SIYANGOLI, Dr Guylain KAYA MUTENDA, Dr José KUMUMANGI MALEKEA, Mr Jean Paul LUMBAYI ILUNGA, AG Paul NGANDU KATALA KAKOLE, Dr Theodore ASSANI SALUBEZIA, Dr BUHENDWA KALIMBA, Dr Daniel FARAY ASSUMANY, Mr Willy MASUGA MUSAFIRI, Phc MPELI LOMOKA, Dr Jean-Rigobert TSHIENDA, Dr Paul PILI PILI HANGI, Dr Alain IYETI MBOKO, Phc MBOYO, AG Jean Marie KAYUMBA LISAMBOLA, AG BOTULI, AG Gabriel LUMEMBO, AG Jean Léon MOFUMUNGI MAFA, Mme Stéphanie ILUNGA BINAMA, Mme Béatrice TSHIALA, Phc Germaine KIMBAMBU NSIANGANI, Dr Matthieu KANDAL A KARUMB, Dr Yvette TSHUND'OLELA APAMATO, Dr Body ILONGA BOMPOKO, Dr Narcisse TONA TSALA PHUNA, AG MBAYO ILUNGA, Dr Elie MUTOMBO, Dr Léon TSHIABUAT, Dr Christian SIBOKO BOLAMBA, Dr Edow BOLAMBA, Dr Jean KANOWA, AG Jean-Marie Célestin NGILO ZAGBALI et AG Egide BONKONDI parmi eux les regrettés Dr Audace MAKAMBA MBONARIBA, Dr Thierry BUALUTI NYANGI, Dr MUNDOSA et

d'autres qui se sont ajoutés à la liste des experts ayant contribué dans ce précieux document.

Enfin, je voudrais particulièrement remercier respectivement l'UNICEF, l'IRC et l'OMS pour leur appui technique et financier qui a été très utile à la réalisation de 3 éditions de ce recueil des normes de création, d'organisation et de fonctionnement des structures sanitaires de la Zone de Santé. Qu'ils trouvent ici l'expression de notre gratitude.

Dr YUMA RAMAZANI Sylvain
Secrétaire Général à la Santé

PREFACE

Le système de santé dans tout pays est régi par des textes légaux et réglementaires qui fixent les dispositions organisationnelles, structurelles et fonctionnelles. Ces textes légaux et réglementaires sont susceptibles d'actualisation en fonction de l'évolution du contexte et de l'évaluation de la mise en œuvre. En fait la législation sanitaire Congolaise avait jadis (De l'époque coloniale vers les années 1990), généré l'organisation et le fonctionnement d'un système de santé efficace et performant, ayant permis non seulement, une bonne prise en charge de divers problèmes de santé de la population, l'éradication et ou le contrôle de certaines maladies endémiques sévissant au pays, mais aussi le rayonnement des prestations des services de santé au-delà de la zone d'attraction nationale. Dès lors, le système de santé de notre pays a connu un dysfonctionnement à tous les niveaux, entraînant la contre-performance des services et des prestations des soins de santé.

En vue de pallier aux conséquences de l'inadaptation des normes au contexte actuel de décentralisation dans le secteur de la santé telles que préconisées par la constitution en vigueur, le Ministère de la Santé a élaboré un certain nombre des documents dont la SRSS en 2006, revisitée en 2010 et les normes d'organisation et fonctionnement de la Zone de Santé de 2012 restées inédites. A ce jour, la Réforme de l'administration publique, en particulier du secteur de la santé, en cours d'exécution exige, au vue des réalités du terrain, la revisitation même des normes existantes. En outre, elle donne lieu à des innovations telles que l'inspection générale de la santé (IGS).

Ce recueil est une actualisation des Normes de la Zone de Santé, prenant en compte des évidences qui remontent du terrain. Le contenu de différents chapitres est simplifié 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 Publique demande que ce document, fruit d'un travail fouillé 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.

Dr ETENI LONGONDO

Ministre d'Etat, Ministre de la Santé

INTRODUCTION

Le Ministère de la Santé, par l'entremise de la Direction des Soins de Santé Primaires, a organisé du 12 au 16 février 2019 un atelier d'actualisation du recueil des normes de création, d'organisation et de fonctionnement des structures sanitaires de la zone de santé avec le financement de l'OMS.

Cet atelier a connu la participation des experts du Ministère de la Santé, de la société civile ainsi que ceux d'autres organismes impliqués dans le secteur de la santé.

Dans le déroulement de ces travaux ledit atelier s'est focalisé essentiellement sur la révision du précédent recueil des normes d'organisation et de fonctionnement de la zone de santé de 2012 issu de l'actualisation de celui de 2009, suivant la recommandation de la revue annuelle 2010 du Ministère du Ministère de la santé, mais resté inédit jusqu'à ce jour.

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. À cet effet, le Ministère de la Santé publique vient de produire la troisième édition du Recueil des Normes de création, d'organisation et de fonctionnement des structures sanitaires de la zone de santé ainsi que les directives de mise en œuvre. Dans l'optique d'intégrer les spécificités liées à la situation des zones de santé militaires, de la police et urbaines, les participants à l'atelier d'actualisation de cette édition se sont fait le devoir de les intégrer dans les réflexions. D'autres documents d'opérationnalisation seront également produits au fur et à mesure de la mise en œuvre du processus sur le terrain.

Le contenu de différents chapitres est conçu avec flexibilité de manière à permettre aux acteurs du secteur de l'intégrer aisément dans l'exercice quotidien de leurs activités dans le but de :

1. Standardiser le travail des acteurs sur le terrain,
2. Créer des conditions qui permettent à l'État d'assurer son rôle régulateur et de contrôle de différentes interventions au niveau de la ZS,
3. Constituer un cadre de référence pour la planification et l'affectation des ressources dans le système de santé,
4. Permettre la comparaison des résultats obtenus dans la mise en œuvre de différentes activités sur le terrain et
5. De réorienter le tir dans le sens de la vision de la SRSS chaque fois qu'il y a nécessité dans le but de se conformer à la politique sanitaire nationale qui repose sur les SSP.

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, pourrait faire l'objet 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 zones de santé.

CHAPITRE I : GENERALITES (CONSIDERATIONS GENERALES)

- Missions
- Attributions ;
- Organisation de la ZS et ;
- Modalités de fonctionnement de ses bureaux.

1.1. DEFINITION DES CONCEPTS

1) La Zone de Santé (ZS) :

C'est une circonscription sanitaire incluse dans les limites territoriales d'une province et créée en fonction des données démographiques et géographiques fixes.

C'est une entité géographique bien délimitée contenue dans les limites d'un territoire ou d'une commune administrative, comprenant une population d'au moins 100.000 habitants au milieu rural et d'au moins 200 000 habitants en milieu urbain 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.

2) 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).

3) Zone de Santé performante :

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.

4) Zone de Santé spéciale :

Il s'agit d'une ZS militaire ou de la Police. Celles-ci sont caractérisées par le fait que leurs structures de santé sont géographiquement localisées dans d'autres Zones de Santé.

5) Zone de Santé Urbaine :

Une ZS dont la population globale réside en milieu urbain.

6) Zone de Santé Rurale :

Une ZS dont la population globale réside en milieu rural.

7) Zone de Santé Urbano-rurale :

Une ZS dont une partie de la population réside en milieu urbaine et une autre partie en milieu rural ou les banlieux de la ville.

8) Aire 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.

9) Centre de Santé :

Toute structure publique de soins de santé périphérique tenue au moins par un infirmier A2 et dont la mission est de dispenser les soins de santé intégrés de bonne qualité à une population d'une aire géographique de santé délimitée.

10) Centre de Santé de Référence :

Est un établissement de soins de santé de base qui tout en remplissant les fonctions traditionnelle de CS, réalise certaines activités relevant normalement de l'hôpital général de référence. Il couvre au moins 30.000 habitants en milieu rural et au moins 50.000 en milieu urbain, il a une capacité de 15-50 lits, ses activités sont curatives, préventives et promotionnelles, en outre il fait la chirurgie et a un service de réadaptation. Il est tenu par un médecin ou tout au moins par un infirmier A1.

11) Hôpital :

Un établissement de soins de santé du niveau de l'Hôpital Général de Référence mais qui ne joue pas le rôle de référence.

12) Poste de Santé :

Toute structure de dispensation de soins de santé créée en fonction du plan de couverture de la ZS pour répondre à un besoin d'accessibilité afin de résoudre des problèmes précis d'une population particulière dans une Aire de Santé.

13) Etablissement de soins de Santé:

Toute structure ayant pour mission de produire des services de soins de santé. Ils sont soit publics soit privés.

14) Cabinet médical:

Tout établissement de soins essentiellement curatifs, tenu par un médecin disposant de 2 lits d'observation.

15) Centre hospitalier :

Tout établissement de soins privé essentiellement curatifs comprenant au moins quatre principaux services de médecine, et qui peut en plus offrir les services d'autres spécialités. Il a une capacité de plus de 50 lits. Il est tenu par un médecin.

16) Centre médical :

Tout établissement de soins curatifs, préventifs et promotionnels du secteur privé. Il est tenu par un infirmier A2 ou A1 et ayant une capacité d'au plus 10 lits.

17) Clinique :

Tout établissement de soins privés, offrant des soins curatifs et préventifs du domaine d'une spécialité particulière tenu au moins par un spécialiste correspondant. Elle a une capacité ne dépassant pas 50 lits.

18) Hôpital Général:

Tout établissement de soins de santé du niveau de l'Hôpital Général de Référence mais qui ne joue pas le rôle de référence. Il a une capacité ne dépassant pas 100 lits.

19) Hôpital National:

Un établissement de soins qui comprend tous les services des institutions du niveau intermédiaire et toutes les autres spécialités notamment l'oto-rhino-laryngologie, l'ophtalmologie, la dermatologie, la neuro-chirurgie, la chirurgie cardiaqueet dessert tout le pays. Sa capacité est de plus de 500 lits.

20) Hôpital Général de Référence:

Est un établissement de soins de santé de deuxième échelon qui a comme fonction essentielle la dispensation de soins de santé sous forme de paquet complémentaire d'activités. Il comprend les quatre services de base notamment : la médecine interne, la chirurgie, la gynécologie-obstétrique, la pédiatrie y compris les services médico-techniques tels que : le laboratoire, l'imagerie, la pharmacie interne etc....

Il constitue un centre pour :

- 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

Il couvre une population de 100.000 à 150.000 habitants, il a une capacité d'au moins 100 lits.

21) Hôpital Provincial:

Est un établissement des soins de référence secondaire destiné à assurer la continuité de soins aux structures de base (HGR).

Il requiert un plateau technique plus élevé que celui de l'HGR dans les zones de santé pour des raisons économiques, techniques, et organisationnelles.

Il assure :

A. Les soins curatifs et de réadaptation

A.1 Soins curatifs

- Médecine interne spécialisée : cardiologie, pneumologie, gastro-entérologie, hématologie, néphrologie, oncologie, diabétologie,
- orthopédique, chirurgie plastique,
- Unité d'anesthésie et réanimation,
- Pédiatrie spécialisée : soins intensifs, néonatalogie, consultation pédiatrique spécialisée,
- Gynécologie obstétrique : prise en charge des complications majeures, accouchements dystociques, prise en charge de stérilité,
- Autres services spécialisés : ophtalmologie, O.R.L, stomatologie, dermatologie.

A.2. Soins de réadaptation

A.2.1.Service de Kinésithérapie / consultation / Evaluation générale des patients :

- Unité de neuropédiatrie /ludothérapie
- Unité de neuroadulte
- Unité de périnéalogie
- Unité de rééducation traumatique
- Unité de rééducation à la marche
- Unité de rééducation sous eau / piscine de rééducation.

A.2.2. Atelier orthopédique et unité de lunetterie

- Unité des prothèses
- Unité des orthèses
- Unité des chaussures orthopédique
- Unité des tricycles et fauteuils roulants

B. Pharmacie interne

Préparation et production locales des médicaments, vente des médicaments et autres intrants spécifiques.

C. Services de spécialité technico-médicale

- Laboratoire avec analyse santé publique ;
- Bactériologie avec culture et antibiogramme ;
- hématologie ;
- Sérologie et biochimie ;
- Imagerie médicale.

Il couvre la population d'une ou plusieurs provinces (2.000.000 à 8.000.000 hab). Il a une capacité de 250 à 500 lits.

22) Hôpital spécialisé:

Tout établissement de soins de santé d'utilité publique doté d'une autonomie de gestion et- de décision et dont la mission consiste à dispenser les soins de santé relevant des pathologies spécifiques. Sont classés dans cette catégorie, notamment les Hôpitaux psychiatriques, les Centres de rééducation pour personnes vivant avec handicap. Il couvre la population nationale et sa capacité est de plus de 150 lits.

23) Hôpital universitaire:

Tout établissement de soins de niveau tertiaire qui constitue un laboratoire d'une Faculté de médecine à laquelle il est rattaché pour tous les aspects de formation des professionnels de santé et de recherche biomédicale. Il comprend tous les services d'une institution du niveau provincial, il a une capacité de plus de 500 lits et sa population est nationale.

24) Polyclinique :

Est un établissement de soins curatif et préventif du secteur privé ayant en son sein deux ou plusieurs spécialités correspondantes, dont la capacité d'accueil ne dépasse pas 50 lits. Elle est tenue par un médecin spécialiste.

25) Partenaire :

Toute personne physique ou morale qui participe activement avec l'Etat dans le développement de la Santé soit par l'administration de soins de santé soit par des apports humains, matériels, techniques ou financiers soit par des actions de mobilisation et de sensibilisation de la communauté.

26) Système National de Santé :

Ensemble ordonné et cohérent d'institutions de santé ayant des missions spécifiques chacune et qui produisent des services de management et/ou des prestations de soins de santé pour la population.

27) Appui global :

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

a. Etendue de l'appui:

Il assure la couverture des deux échelons de la Zone de Santé et couvre au moins 80 % de la population de la Zone de Santé.

b. 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.

c. 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.

d. Coûts :

Le coût total de l'appui doit correspondre à au moins 3\$/habitant par an (pour le fonctionnement) durant le temps requis.

28) Appui partiel :

Tout appui qui ne remplit pas l'un ou l'autre critère d'appui global.

29) Stratégie de Renforcement du Système de Santé (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).

30) Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) :

Le PNDS est le plan de mise en œuvre de la Stratégie de Renforcement du Système de Santé (SRSS) adoptée comme contribution du secteur de santé aux efforts de lutte contre la pauvreté.

31) Accessibilité aux soins :

Elle comprend l'accessibilité géographique, économique et culturelle de l'ensemble d'individus ou des communautés.

32) Participation communautaire :

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 global.

33) Paquet Minimum d'Activités (PMA) :

Le Paquet Minimum d'Activités du Centre de Santé est 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. Il se compose des activités communes à tous les CS du pays.

34) Paquet Complémentaire d'Activités (PCA) :

Le Paquet Complémentaire d'Activités est 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).

35) Politique sanitaire :

La politique sanitaire consiste à fixer collectivement des caps pour donner à chacun les moyens de se soigner, et de rester en bonne santé le plus longtemps possible. De manière générale, le terme de "politiques de santé" désigne les politiques publiques des Etats, ou des autres échelons de décisions politiques. C'est l'ensemble des dispositions légales et réglementaires qui régissent l'administration des services de soins de santé.

36) Normes :

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. Une norme technique est un référentiel publié par un organisme de normalisation officiellement agréé par un État via une organisation nationale de standardisation.

37) Couverture Sanitaire Universelle(CSU)

C'est la mise en place d'un système en matière de santé qui permet à tous les individus aient accès aux services de santé sans encourir de difficultés financières. Elle est fondée sur les principes d'équité, d'assurance qualité des soins et de protection financière pour tous.

CHAPITRE II : PRINCIPES FONDAMENTAUX DE CREATION, D'ORGANISATION ET DE FONCTIONNEMENT DE LA ZONE DE SANTE

Ce chapitre traite des principes/concepts clés qui doivent être clairement compris dans la création, l'organisation et le fonctionnement de la Zone de santé. Il s'agit (i) du système de santé en RDC, (ii) des Soins de Santé Primaires(SSP), (iii) des principes et critères de création d'une ZS, (iv) de la participation communautaire, (v) de la stratégie de renforcement du système de santé et (vi) du système de santé au niveau de la ZS.

2.1. SYSTEME DE SANTE EN RDC

Le Ministère de la Santé Publique est structuré en 3 niveaux, à savoir : le niveau central, le niveau provincial et le niveau périphérique ou opérationnel.

Le niveau central

Ce niveau est en pleine réforme administrative. Ainsi, le nouveau cadre organique prévoit de passer de 13 à 9 Directions. La réforme en cours prévoit aussi de regrouper certains programmes spécialisés et d'en transformer d'autres en services spécialisés.

Le niveau provincial

Le niveau provincial est composé du Ministre Provincial en charge de la Santé, d'une Division Provinciale de la Santé, d'une Inspection Provinciale de la Santé, de l'hôpital provincial et des autres structures sanitaires à vocation provinciale. La décentralisation confère aux provinces les attributions exclusives d'organisation et de gestion des soins de santé primaires.

Les Divisions Provinciales de la Santé (DPS) sont des structures décentralisées placées sous la tutelle des Ministres Provinciaux ayant la santé dans leurs attributions. Elles assurent le rôle d'encadrement technique, le suivi et la traduction des directives, stratégies, politiques sous forme d'instructions pour faciliter la mise en œuvre des actions au niveau des Zones de Santé.

Les Inspections Provinciales de Santé (IPS) sont des structures déconcentrées qui exercent les fonctions de contrôle et d'inspection au niveau provincial, sous la tutelle du Gouverneur de Province. Elles assurent l'inspection et le contrôle des établissements des soins, pharmaceutiques et de science de la santé.

D'autres services provinciaux sont les Hôpitaux Provinciaux, les Laboratoires provinciaux et les Centrales de Distribution Régionale des Médicaments. Ils assurent les soins de santé de référence secondaire et l'appui des zones de santé dans leurs domaines spécifiques.

Le niveau opérationnel

La mise en œuvre de la Stratégie de SSP, 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.

2.2. SOINS DE SANTE PRIMAIRES (SSP)

2.2.1. 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.

2.2.2. Composantes des SSP

Les SSP ont été définis en 8 composantes à Alma-Ata:

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 ces 8 composantes, trois autres ont été ajoutées. Il s'agit de :

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

2.2.3. 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, ré adaptatifs et soins palliatifs) 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, on parlera de la rationalisation des prescriptions.
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 et de maintenir les résultats après le désengagement des partenaires.

2.3. PRINCIPES FONDAMENTAUX ET CRITERES CLES DE CREATION D'UNE ZONE DE SANTE

La création, l'organisation et le fonctionnement de la zone de santé sont portées par un arrêté du Ministre ayant la santé publique dans ses attributions.

2.3.1. PRINCIPES FONDAMENTAUX DE CREATION D'UNE ZS

Les principes fondamentaux de création d'une ZS, au nombre de 19, sont définis et développés dans les lignes suivantes :

1. L'appui Budgétaire à la ZS

L'appui budgétaire à la ZS est indispensable et doit être garanti par l'Etat congolais, les provinces et les ETD. Cet appui doit être fonction de :

- Poids démographique, tenant compte des coûts des soins par habitant et par an ;
- La capacité de l'HGR ;
- Nombre d'AS avec CS fonctionnels ;
- Nombre des structures sanitaires à construire et ou à réhabiliter/équiper (BCZS, HGR, CSR, CS, PS...) ;
- Besoins exprimés en maintenance des infrastructures et équipements (dispositif médical) ;

- Effectif du personnel de la ZS ;
- Besoins exprimés en MEG, consommables et autres intrants spécifiques ;
- Besoins en matériels requis (roulants, de communication...) ;
- Besoins exprimés dans le plan de contingence de la ZS (survenue des épidémies et catastrophes).

2. La stabilité des membres des ECZS et leur dépendance administrative

La stabilité des membres des ECZS requiert leur maintien en place pour une durée minimale de 3 ans.

La question de la dépendance administrative et technique est réglée dans les détails conformément aux textes légaux et réglementaires qui régissent la gestion de la carrière des fonctionnaires des services publics de l'Etat, notamment le statut de personnel des carrières des services publics de l'Etat et ses mesures d'application. La dépendance administrative est sous la tutelle de la fonction publique provinciale, secteur de la santé entendu par contre la dépendance technique des membres de l'ECZS relève de la DPS.

3. Le recrutement et l'affectation des professionnels de santé dans les ZS

Le recrutement du personnel médical est de la compétence exclusive du niveau central tandis que son affectation dans la ZS relève de la compétence exclusive du Gouverneur sur proposition du comité provincial de pilotage.

A l'instar du personnel médical, les professionnels de santé ci-après : pharmacien, chirurgien-dentiste, administrateur gestionnaire A1 et L2, biologiste médical, imagiste médical, kinésithérapeute sont recrutés au niveau central et mis à la disposition du Gouverneur de province pour leur affectation.

Quant aux autres professionnels de santé, leur recrutement et affectation dans les ZS relève de la compétence du Gouverneur de province sur proposition du comité de pilotage.

4. Les limites géographiques à correspondre avec l'entité dotée d'une personnalité juridique(provinces ou ETD)

Les limites géographiques de la ZS doivent être contenues dans celles de l'entité politico-administrative de son emplacement.

5. Le plan de développement des ZS

Le plan de développement de la ZS fait partie intégrante de celui de l'entité politico-administrative de son emplacement.

6. La pression démographique et la masse critique

Devant la pression démographique et la masse critique, les solutions à envisager sont, (i) soit celle d'augmenter le seuil de la population de responsabilité d'une ZS, (ii) soit de créer une nouvelle ZS dans le strict respect des normes de création.

7. Les relations hiérarchiques et fonctionnelles

7. a. Les relations hiérarchiques

Tenant compte de la donne de la décentralisation, il n'existe plus de relations hiérarchiques entre les niveaux central et provincial.

Au niveau des entités territoriales décentralisées, le Gouverneur de la province, en vertu du principe de dédoublement fonctionnel et en sa qualité du représentant du Chef de l'Etat, est le Chef hiérarchique de toutes les entités déconcentrées et décentralisées de sa juridiction.

Les responsables de toutes les autres entités déconcentrées sont des représentants du Gouverneur dans leurs ressorts respectifs et, par conséquent, jouissent de la prérogative de préséance par rapport aux autorités des entités décentralisées.

7. b. Les relations fonctionnelles

Il existe entre les niveaux central et provincial, des relations fonctionnelles (collaboration) à travers les organes ou mécanismes appropriés.

Il en est de même en ce qui concerne les rapports entre les autorités des entités décentralisées et celles de la ZS.

Il existe des mécanismes de collaboration entre les niveaux central (CNP-SS) et provincial(CPP) ces relations fonctionnelles, mais également entre les autorités des entités décentralisées et celles de la ZS (Comité Local de Pilotage de la ZS : CLPZ).

8. L'équité et le genre

La ZS est créée pour assurer une distribution équitable des soins en tenant compte de différentes catégories socio-culturelles et de types de milieux (urbain et/ou rural). Cela doit se faire en respectant le genre.

9. L'accessibilité des services et des soins

Les services et les soins de la ZS doivent être accessibles à la population desservie du point de vue géographique, financier (coût abordable) et culturel (acceptabilité).

10. La disponibilité des services et des soins

Les services et les soins doivent être permanents et ouverts aux usagers sans interruption (continus).

11. La rationalisation/cohérence des services

Les services doivent être organisés de manière à répondre aux besoins de santé de la population sans duplication des ressources, en respectant le fonctionnement normal de la ZS.

12. L'amélioration continue de la qualité des soins et des services de santé

Le respect des plateaux techniques minima, avec un personnel qualifié, des intrants appropriés et dans un environnement adéquat en veillant sur l'innocuité et la satisfaction des usagers. La RDC a mis en place une stratégie de mise en œuvre de la Démarche Qualité Intégrée(DQI) pour assurer l'amélioration continue de la qualité et l'accréditation des structures.

13. Le respect des droits des malades et des usagers des services

Tous les droits dévolus aux malades doivent être respectés, notamment le droit aux soins diligents et de qualité, le droit à un environnement des soins qui assure la confidentialité...

14. La promotion de la participation communautaire

La sensibilisation de la population à prendre une part active à toutes les phases de développement des services (planification, mobilisation des ressources, gestion des interventions sanitaires...) doit se réaliser dans le strict respect des textes légaux, réglementaires et des normes de prestation établies.

15. La redevabilité

La ZS a l'obligation de rendre compte de sa gestion et des résultats sanitaires aussi bien à l'autorité hiérarchique qu'à la population qu'elle dessert.

16. Le leadership

La ZS doit être dirigée par une équipe pluridisciplinaire dont l'animateur principal justifie d'une expérience minimale en soins cliniques et une capacité minimale en management des SSP.

17. La gestion axée sur le résultat (GAR)

La gestion de toutes les structures sanitaires de la ZS doit se faire en visant l'atteinte des résultats escomptés.

18. L'efficacité et l'efficience dans la gestion

La ZS doit être gérée avec pour objectif ultime d'atteindre les résultats à moindre coût.

19. La pérennisation des services et la continuité des soins

La pérennisation de services créés dans la ZS doit être le maître mot de l'équipe cadre pour assurer la continuité des soins.

2.3.2. CRITERES CLES DE CREATION ET RATTACHEMENT D'UNE ZS

1. La création et/ou le rattachement de la ZS répond aux critères ci-dessous définis.

Critères	Création	rattachement
1. Importance démographique , selon le nombre de population déterminés en milieu rural et ou urbain	Variable selon l'importance de la population : -milieu rural -milieu urbain/ urbano-rural	
2. Situation géographique : l'emplacement de la ZS dans un espace géographique délimité	Contenue dans les limites d'un territoire ou d'une ETD	Sur le plan administratif, le rattachement de la ZS à une entité donnée relève de sa localisation dans celle-ci.
3. Viabilité économique et financière	Celle-ci repose sur les facteurs ci-après : -aux plans économique et financier : • possibilités de bénéficier des subventions et autres dotations ; • importance des revenus moyens de la population susceptible de garantir l'autofinancement à travers l'achat des services offerts ; • possibilité de développement des activités génératrices des revenus (AGR) ; -possibilité de développement des mécanismes de mutualisation.	La capacité économique et financière de l'entité de rattachement est susceptible de garantir le développement harmonieux de la ZS, d'où son rattachement technique à l'entité décentralisée (la province : DPS)
4. Existence d'un HGR ou toute autre structure susceptible d'être muée en HGR , condition sine qua non	HGR construit et répondant aux normes ou toute autre structure sanitaire existante et pouvant être transformée en HGR	

2. Les autres critères (rayons d'action, infrastructure, structure sous tutelle)

Les autres critères relatifs au rayon d'action, à l'infrastructure et la tutelle sont les suivants :

- L'accessibilité géographique ;
- Les distances de séparation entre structures ;
- La densité de la population de responsabilité (forte ou faible, mais éparpillée) ;
- La conformité des infrastructures aux normes sanitaires (plan architectural type, emplacement, orientation des bâtiments, matériaux de construction, dimensionnement des locaux, équipement et gestion des déchets).

3. L'évolution de l'utilisation des services de 2003-2018

La détermination de l'utilisation des services de 2003-2018 est fonction d'enquêtes appropriées. L'actualisation des normes tiendra effectivement compte de l'évolution de l'utilisation des services.

2.4. PROCESSUS DE DEVELOPPEMENT DE LA ZONE DE SANTE

Le développement des zones de santé regroupe l'ensemble d'actions que se propose de mener l'Équipe Cadre de la Zone de Santé (ECZ) pour améliorer la réponse globale de la Zone de Santé aux problèmes de santé de la population. Le fonctionnement d'une zone de santé est évalué par rapport à la mise en place d'une structure de leadership intégré, les structures de prestation de soins (CS et HGR) dans l'esprit de complémentarité et l'opérationnalisation des organes de gestion intégrée (Comité de Gestion et Conseil Local de Pilotage de la Zone de Santé).

Le processus de développement des zones de santé s'adresse aux trois volets d'organisation et fonctionnement des zones de santé :

- Le développement de la structure de leadership intégré pour apporter des solutions aux problèmes managériaux de la zone de santé, et l'accompagnement de ces formations sanitaires sur base d'un gradient de compétences avec une attention sur l'amélioration de la qualité des soins et des services.
- L'amélioration de la couverture sanitaire de la ZS notamment la rationalisation de l'offre des services du PCA à l'HGR, le découpage de la zone de santé en aires de santé et l'implantation progressive des paquets d'activités dans les centres de santé ;
- Le renforcement de la dynamique communautaire en vue de l'interaction entre les responsables sanitaires et la population de responsabilité pour la prise en charge des problèmes des communautés.

Le processus de développement des zones de santé est consigné dans le Plan de développement des Zones de Santé (PDZS) qui est un plan stratégique quinquennal d'investissement au sein de la zone de santé. Ce plan met un focus sur l'amélioration de la couverture en infrastructures répondant aux normes, l'extension progressive de la couverture des interventions (incluant les questions de renforcement des capacités des ressources humaines, la dotation en équipements et l'approvisionnement en médicaments etc.) et l'amélioration de l'interaction entre l'hôpital Général de Référence et les structures de première ligne.

Ce processus permet de distinguer essentiellement 5 types de ZS, à savoir :
Les ZS en urgence, en transition, en développement, à potentiel élevé au développement et à faible potentiel au développement.

1) 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 ".

2) 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.

3) 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.

a. 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 (fonctionnel), (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 (DPS), (viii) l'existence d'un appui à ces dernières.

b. 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.

2.5. STRATEGIE DE RENFORCEMENT DU SYSTEME DE SANTE (SRSS)

La SRSS comprend 6 axes, à savoir :

(i) le développement/la revitalisation de la Zone de Santé et la correction des distorsions induites à ce niveau, (ii) le renforcement de la gouvernance et du leadership, (iii) le développement des ressources humaines pour la santé, (iv) la réforme du secteur du médicament, (v) la réforme du financement de la santé, (vi) le renforcement de la collaboration intra et inter sectorielle.

La Zone de Santé est découpée en aires de santé (AS) et chaque AS a un centre 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, 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 Mintzberg², 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.

Le présent recueil traite essentiellement les aspects concernant le premier axe, à savoir le développement/revitalisation de la Zone de Santé. Toutefois, les autres axes de la SRSS, dont l'ampleur va au-delà de la ZS, mais qui sont des conditions nécessaires au développement de celles-ci, doivent également être pris en compte au niveau local.

L'axe développement/revitalisation de la Zone de Santé comprend les 5 sous -axes suivants. Il s'agit de :

(i) le développement du leadership intégré au niveau de la ZS

Le développement du leadership intégré consistera à réaliser un certain nombre d'actions parmi lesquelles on peut citer (i) la désignation des membres de l'ECZ parmi le personnel qui travaille dans la ZS, (ii) l'organisation des formations communes pour tous les membres de l'ECZ, (iii) la définition des responsabilités tant verticales qu'horizontales de chacun des membres de l'équipe, (iv) l'élaboration du calendrier de travail pour l'ensemble de l'équipe et qui inclut les responsabilités de chaque membre

tant au niveau de l'hôpital général qu'au niveau des centres de santé , (v) la mise en place d'un système de paiement des primes/salaires qui encouragent l'esprit d'équipe et l'atteinte des résultats, (vi) l'élaboration d'un règlement intérieur de l'ECZ qui doit être approuvé par le Chef de Division Provinciale de la Santé, etc.

(ii) Rationalisation du fonctionnement des structures de santé

Il s'agit de l'amélioration de la gestion administrative et technique des structures de santé. Elle permet d'améliorer la gestion tant administrative (personnel, finances, logistique, etc.) que technique (introduction des ordinogrammes, amélioration de la gestion des intrants non salariaux, établissement des critères de référence et contre référence, tarification, etc.).

La rationalisation des ressources humaines fera en sorte que l'HGR et le CS disposent du personnel dont ils ont besoins en termes de quantité et de qualité conformément à la charge de travail. Au niveau des structures, elle permettra l'intégration de l'hôpital dans le système de santé de la zone, etc. et d'assurer de façon harmonieuse le PMA dans les CS, le PCA dans les hôpitaux.

(iii) Amélioration de la couverture sanitaire de la ZS

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

(iv) Amélioration de la qualité des soins et des services

L'amélioration de la qualité des soins est le résultat de l'interaction entre plusieurs inputs, qui contribuent à l'assurance qualité des soins et des services offerts à la population, parmi lesquels on peut citer: (i) directives claires sur la **Standardisation des Soins** à travers les ordinogrammes des soins au Centre de Santé et les Guides Cliniques et Thérapeutiques à l'HGR (notamment les actes et gestes à poser par le personnel de santé sur la prise en charge ou la référence des tuberculeux, du paludisme compliqué grave, des hémorragies gravidiques, la prescription d'antibiotiques, etc). (ii) l'approvisionnement régulier en intrants non salariaux, et en particulier en médicaments essentiels, l'équipement adéquat et la maintenance régulière aussi bien préventive que curative des formations sanitaires et des équipements (réhabilitation et entretien), (iii) la **Supervision Intégrée** périodique maintenant la compétence du personnel, (iv) l'intégration des soins curatifs et préventifs, (v) **la mise en place d'un système d'information sanitaire permettant l'évaluation de l'action des services hospitaliers et des centres de santé (système d'information hospitalière, enquête satisfaction des prestataires etc.)** ainsi que (vi) tous les éléments plus subjectifs tels que

l'accueil et l'écoute des usagers(enquête satisfaction des usagers et accompagnants), (vii) l'évaluation et l'amélioration progressive de la qualité des soins et des services à travers la **Démarche Qualité Intégrée** (DQI) qui évalue la qualité et met en place un plan d'amélioration sur base des normes relatives à la qualité pour tous les 7 piliers du système de santé(infrastructures, matériels et équipements ; ressources humaines pour la santé ; prestations de soins et de services ; médicaments, consommables et autres intrants spécifiques ; gouvernance, leadership et partenariat ; financement de la santé ; information sanitaire).

(v) Participation communautaire

Dans la déclaration d'Alma ATA de septembre 1978 réaffirmée 40 ans après dans la déclaration d'ASTANA 2018, 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 les 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.

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. Cette implication peut avoir plusieurs formes : adhésion du patient (nécessaire à l'efficacité des soins) à des actions plus importantes et plus visibles telles la participation à la décision avec les professionnels de santé, l'apport des ressources en fonction des besoins et des moyens dont elle dispose et ce mode de participation peut prendre plusieurs formes allant jusqu'à la construction des Centres de Santé, en passant bien entendu par le paiement des actes médicaux.

5. a. Les avantages de la participation communautaire

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.

5. b. Les différents niveaux de participation

Il existe deux degrés de participation communautaire, à savoir ;

- 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.

2.6. 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 ou national ayant un rôle normatif, régulateur et de contrôle.
- le niveau intermédiaire ou provincial jouant le rôle d'appui technique aux zones de santé et de contrôle. Il s'agit des Divisions Provinciales de la Santé(DPS) et des Inspections Provinciales de la Santé(IPS).
- le niveau périphérique ou opérationnel, 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 516 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 ou de la police, l'arrêté interministériel est signé conjointement par le Ministre de la santé et son collègue de la défense ou de l'intérieur.
- Ces ZS spéciales sont caractérisées par le fait que leurs structures de santé sont géographiquement localisées dans d'autres Zones de Santé. Pour besoin d'efficacité et de bons résultats dans l'amélioration de la qualité des soins et des services dans ces ZS spéciales, les membres des structures sanitaires doivent être impliqués dans la planification, la formation, le suivi, la supervision, l'évaluation etc... réalisés au niveau des zones de localisation et rendre compte à leur hiérarchie.

La Zone de Santé comprend **cinq structures organiques**, à savoir :

- Le Bureau Central de la Zone de Santé(BCZS),
 - l'Hôpital Général de Référence (HGR),
 - le Centre de Santé de Référence(CSR),
 - le Centre de Santé(CS) et
 - le Poste de Santé(PS).
- Les individus, les familles et les communautés sont les éléments constitutifs de la population de la ZS.

2.7. NORMES DE FONCTIONNALITE DE LA ZONE DE SANTE ET TYPES D'APPUIS

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

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

2.7.1.1. 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 efficaces). 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.

2.7.1.2. Equipe Cadre de la Zone de santé fonctionnelle

Une ECZ est dite fonctionnelle quand :

- les membres qui la composent sont formés ou recyclés en Management des SSP,
- les organes de gestion de la ZS sont mis en place et tiennent des réunions,
- elle dispose d'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,
- Elle dispose des outils de gestion qui sont à jour avec instructions ;

2.7.1.3. Un Hôpital Général de Référence est fonctionnel si (s'il) :

- les membres de l'équipe de direction sont formés en Management hospitalier et Management des SSP,
- les ressources humaines, matérielles, financières et les infrastructures sont conformes aux normes,
- 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),
- offre un service de réanimation/soins intensifs,
- dispose d'une pharmacie interne avec médicaments essentiels et génériques,
- dispose des outils de gestion à jour.

2.7.1.4. Un Centre de Santé fonctionnel est celui qui a :

- une petite équipe d'infirmiers polyvalents et formés en Management des 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 développement de l'Aire de Santé (CODESA).

2.7.1.5. 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.

2.7.2. BUREAU CENTRAL DE LA ZONE DE SANTE

Le Bureau central de la Zone de Santé constitue la structure de coordination (planification, mise en œuvre, suivi et évaluation) des activités de la zone de santé. Il est situé soit au sein de l'Hôpital Général de Référence, soit en dehors de celui-ci mais à l'intérieur de la zone de santé.

2.7.2.1. NORMES DE FONCTIONNEMENT DU BCZS

2.7.2.1.1. De l'horaire de travail au Bureau Central de la ZS

Sur base de la réglementation de travail en vigueur en République Démocratique du Congo, l'horaire de travail au BCZS se présente de la manière suivante :

- De Lundi à Vendredi : 7h30 à 15h30 heures
- Le Samedi de 7h30 à 12 heures

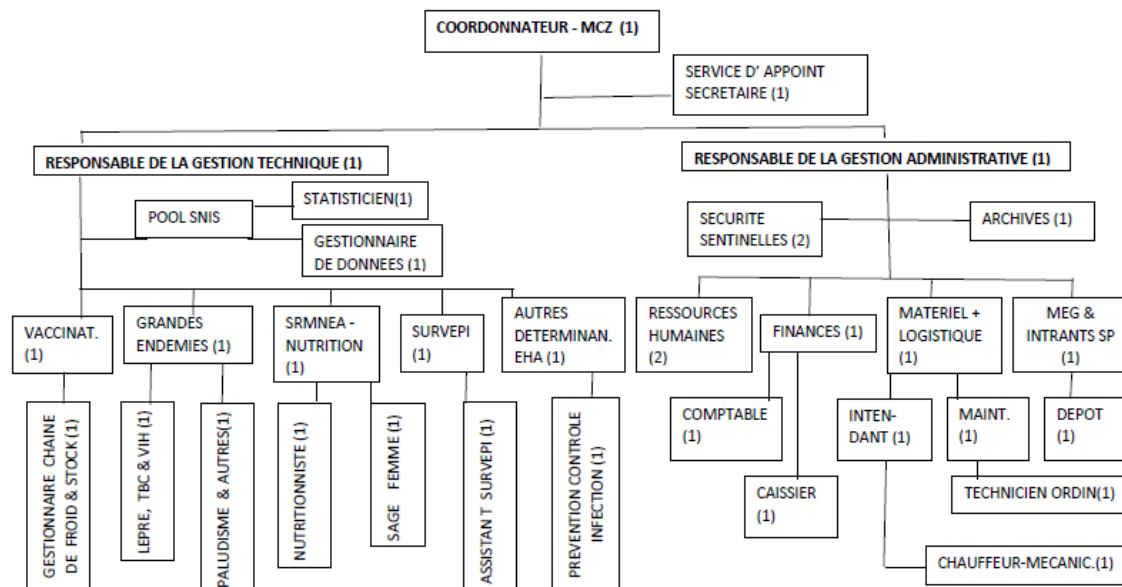
2.7.2.2. NORMES DE COMPOSITION DU BCZS

L'effectif du personnel varie entre 20 et 35 cadres et agents en fonction de l'organigramme et selon le niveau de développement de la ZS. Etant donné la nécessité de faire une bonne supervision, la notion de profil et de gradient de compétence est très importante à prendre en compte. Le référentiel de compétences aide à la description des postes selon l'organigramme.

Le BCZS comporte 2 entités, l'une technique et l'autre administrative. Ces 2 entités sont dotées en personnel répondant au profil pour appuyer le coordonnateur de la ZS(MCZ) dans la coordination des activités de celle-ci.

A. ORGANIGRAMME

Le Bureau Central de la Zone de Santé (BCZS) doit se doter d'un organigramme dont le schéma est ci-dessous.



Animateur communautaire : 1

B. CATEGORIES DE RESSOURCES HUMAINES AU BCZS

Tableau de catégories, nombre, qualification et fonction du personnel travaillant au BCZS

I. Entité technique				
	Catégories	Nombre	Qualification	Fonction
1	Médecin	1	Docteur en médecine avec spécialisation en Santé Publique	Médecin Chef et Coordonnateur de Zone de Santé
2	Médecin	1	Docteur en médecine avec spécialisation en Santé Publique	Médecin Responsable de l'entité technique)
3	Pharmacien	1	Diplômé en pharmacie	Chargé de la gestion des MEG, consommables, autres intrants spécifiques, et de la chaîne de froid.
4	Infirmier Superviseur SSP 1	1	Infirmier A1/A2	Chargé de la vaccination
5	Infirmier Superviseur SSP 2	1	Infirmier A1/A2	Chargé des Grandes endémies
6	Infirmier	1	Infirmier A2	Chargé de Lèpre, tuberculose, VIH
7	Infirmier	1	Infirmier A2	Chargé des autres pathologies
8	Infirmier Superviseur SSP 3	1	Infirmier A1/A2	Chargé de SRMNEA + Nutrition
9	Infirmier	1	Infirmier A2	Chargé de SRMNEA
10	Nutritionniste	1	Nutritionniste G3	Chargé de nutrition
11	Infirmier Superviseur SSP 4	1	Infirmier A1/A2	Chargé de la surveillance épidémiologique
12	Infirmier	1	Infirmier A2	Assistant au Chargé de la surveillance épidémiologique
13	Infirmier Superviseur SSP 5	1	Infirmier A1/A2	Chargé de l'EHA et autres déterminants de la santé
14	Infirmier	1	Infirmier A2	Assistant chargé de la Prévention et Contrôle de l'Infection(PCI)
15	Assistant en Pharmacie	1	Assistant en pharmacie A2	Chargé de dépôt
16	Animateur communautaire	1	Diplômé d'Etat ou assimilé	Chargé de la participation communautaire

Pool SNIS				
1	Statisticien	1	Statisticien	Chargé de Statistiques
2	Gestionnaire de données	1	Informaticien G3	Chargé de la base de données
		18		
II. Entité Administrative				
1	Administrateur gestionnaire Titulaire	1	L2 avec spécialisation en Santé Publique	Administrateur gestionnaire Titulaire Responsable de la gestion administrative et financière
2	Administrateur gestionnaire 1	1	AGIS A1	Administrateur gestionnaire Chargé des RH
3	Assistant chargé de la Gestion des RH	1	AGIS A1	Assistant chargé de la Gestion des RH
4	Administrateur gestionnaire 2	1	AGIS A1	Administrateur gestionnaire Responsable de la gestion financière
5	Assistant chargé de la Comptabilité	1	Comptable	Responsable de la gestion comptable
6	Assistant chargé de la Caisse	1	Caissier	Responsable de la caisse
7	Administrateur gestionnaire 3	1	AGIS A1	Administrateur gestionnaire Responsable de la gestion matérielle et logistique
8	Intendant	1	Graduat en techniques appliquées	Chargé de la gestion des infrastructures, matériels, matériels roulants, carburants, fournitures
9	Chauffeur	1	Chauffeur Mécanicien	Conduite véhicule
10	Technicien de Maintenance	1	Technicien A1/A2	Maintenance des équipements et électricité
11	Technicien Ordinaire	1	Sans qualification	Travaux de désherbage et autres dans la cour
Personnel d'appoint				
1	Secrétaire	1	Diplômé en secrétariat	Chargé de la gestion et la correspondance
2	Chargé des archives	1	Diplôme d'Etat des Humanités	Chargé de la gestion des archives
3	Nettoyeur chargé de l'entretien	1	Sans qualification	Propreté des locaux et bâtiments,
4	Huissier	1	PP4	Transmission courrier, accueil à l'entrée
5	Sentinelle	2	Sans qualification	Veilleur et chargé de sécurité des infrastructures et équipements
		17		
Total		35		

C. LA MISSION, LES ATTRIBUTIONS, L'ORGANISATION ET LES MODALITES DE FONCTIONNEMENT DU BCZS

La mission, les attributions, l'organisation et les modalités de fonctionnement du Bureau Central de la Zone de Santé sont déterminées par l'Arrêté du Ministre ayant la Santé dans ses attributions.

Le tableau ci-dessous résume le paquet d'activités du BCZS :

Fonctions	Tâches ou activités
Planification	- Elaborer le plan de développement de la zone de santé sanitaire - Elaborer le PAO de la ZS - Encadrer l'élaboration du plan d'Etablissement Hospitalier - Encadrer l'élaboration des plans d'action des CS - Encadrer l'élaboration des plans d'action communautaire
Supervision	- Assurer une supervision mensuelle formative, globale, technique et intégrée dans chaque FOSA de la zone de santé - Participer avec les spécialistes de la DPS à la supervision Trimestrielle du personnel de l'hôpital de zone pour favoriser l'intégration des soins de santé primaires entre le premier et le deuxième niveau de soins
Gestion des ressources	
Gestion des Ressources Humaines	- Tenir à jour du répertoire du personnel (liste déclarative) - Tenir les dossiers administratifs des agents - Déterminer les besoins en personnel - Recruter du personnel contractuel - Mettre en service du personnel aux postes de travail selon les profils et compétences - Mettre en place du personnel aux postes de travail selon les profils et compétences - Organiser le temps de travail - Participer à la gestion des carrières du personnel Etc.

Gestion des Ressources matérielles et Médicaments	Ressources Matérielles : - Appliquer les principes de la logistique des ressources dans la ZS (Chaine logistique : SIGL) - 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 - Mettre en place le système de maintenance préventive et curative - Produire le rapport d'utilisation Médicaments : - Analyser le profil de morbidité de la ZS - Identifier les principaux problèmes de sante de la ZS - Etablir la liste standard des médicaments de la ZS - S'assurer que les données logistiques essentiels pour chaque formation sanitaire sont disponibles et enregistrés dans DHIS2 - Identifier dans chaque structure les causes de rupture, les risques de rupture et de péremption - Visualiser les indicateurs d'alerte GAS pour chaque produit dans info Med. RDC - Proposer des actions notamment les
--	---

	commandes d'urgence, la réallocation, le stockage, le rappel de lot et la sécurisation des produits hors d'usage - Collecter les données de prévision de quantification des besoins et la gestion des commandes - Evaluer la tenue des outils de gestion dans les formations sanitaires à l'aide de l'outil IMAT - Superviser la gestion des médicaments dans les FOSA - Produire le rapport mensuel
--	--

Information Sanitaire	- Assurer l'approvisionnement des FOSA en outils de gestion (registre et canevas Collecte des données d'activités, - Encodage des données dans le plateforme de gestion de l'information sanitaire - 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
------------------------------	--

Ressources financières	- Elaborer le budget - Exécuter le budget - Analyser le Recouvrement des coûts pour toutes les structures de la ZS - Mobiliser les financements pour toutes les structures de la ZS - Contrôler la gestion interne - Tenir la comptabilité (Bilans, Tableau de Formation des Résultats [TFR], Compte X d'exploitation) - Contrôler la caisse - Elaborer et transmettre le rapport financier mensuel a DPS et veiller à l'équilibre financier - S'assurer que les barrières financières pour l'accès aux soins dans les CS soient minimales - Analyser mensuellement le rapport financier de l'hôpital et l'inclure dans le rapport financier de la zone de santé sanitaire
Espace	- Elaborer une carte de la zone de sante (aire géographique, économique et sociale - Organiser l'espace de travail selon l'approche 5 S (trier, ranger, nettoyer, structurer, discipliner)
Temps	- Utiliser les outils de planification du temps (agenda, calendrier) - Régir l'emploi du temps et du travail des membres du BCZ

Coordination	- Organiser la coordination des activités des partenaires et l'intégration de leurs activités dans le plan de développement sanitaire et/ou le plan d'action de la zone de santé - Fournir aux CS un rapport de feedback sur toutes les activités de santé dans la zone sanitaire - Organiser au niveau de l'ECZS les réunions techniques et administratives - Transmettre à la DPS et aux administrations territoriales/communales un rapport consolidé mensuel des activités et événements au niveau de la zone de santé sanitaire - Organiser les réunions du comité local de pilotage des interventions en santé
Formation	- Evaluer les besoins en formation du personnel des CS - Elaborer un plan de formation incluant tous les thèmes nécessaires à la réalisation d'un travail de qualité dans toutes les structures - Evaluer trimestriellement le niveau d'exécution de plan de formation - Coordonner les formations du personnel de santé avec la direction de l'hôpital - Organiser avec la DPS au niveau provincial des formations et recyclages pour le personnel de l'ECZS - Elaborer la cartographie des intervenants
Appui à l'offre de services	- Cordonner le PMA au niveau des CS - Coordonner le PCA au niveau du HGR - Coordonner le paquet d'intervention au niveau de la communauté - Coordonner la référence contre-référence
Référence et contre-référence (offre de services)	- Analyser les critères de référence appliqués dans les CS et dépister des 'références ratées' - Discuter avec l'équipe de soins de chaque CS les problèmes rencontrés; analyser les contre-références - Analyser avec les superviseurs du DPS le fonctionnement du système au niveau de l'hôpital; donner du feedback venant des CS (informations reçu pendant les supervisions) - Analyser et discuter les problèmes observés et chercher des solutions avec les autorités communales et le DPS

Implication communautaire	- Intégrer dans le PAO les activités des sites de soins communautaires et assurer le suivi auprès des IT - Dialoguer avec l'équipe des CS et avec les membres du CODESA sur tous les aspects de fonctionnement du CS - Dialoguer avec les membres du CODESA sur le fonctionnement du CODESA; donner du feedback sur leurs rapports de réunions - Analyser avec les cadres de l'hôpital comment améliorer la transparence de la gestion vis-à-vis de la communauté - Entretenir des contacts réguliers avec les présidents des CODESA et organiser une réunion trimestrielle à leur intention - Organiser le réseau des acteurs communautaires œuvrant dans la zone sanitaire - Effectuer le suivi et l'évaluation des activités des acteurs communautaires
Suivi-évaluation	- Elaborer le cadre de suivi-évaluation en référence aux indicateurs du PNDS/PPDS/PDZS - Définir le rythme/fréquence de l'évaluation - Organiser le suivi-évaluation
Qualité des Soins et des services	- Former les cadres et les prestataires des soins et services sur la Démarche Qualité Intégrée(DQI) - Mettre en place des Equipes d'Evaluation et d'Amélioration de la Qualité(EEAQ) - Evaluer régulièrement la qualité des soins et des services - Proposer les noms des structures performantes pour leur accréditation par l'autorité - Réaliser les enquêtes satisfaction des patients/accompagnants et de prestataires - Promouvoir les interviews de sortie des malades, l'exploitation de la boîte à suggestions pour améliorer les services offerts
Recherche opérationnelle	- Identifier des thèmes de recherche - Participer à l'élaboration des protocoles de recherche - Participer à la réalisation des activités de recherche - Exploiter des résultats pour la résolution des problèmes - Diffuser des résultats

2.7.2.3. NORMES STRUCTURALES DU BCZS

Surface totale : 366 m² comprenant :

✓ Bureau du Médecin Chef de Zone	: 20 m ²
✓ Bureau du Médecin Responsable de la gestion technique	: 15 m ²
✓ Bureau de l'AG Responsable de la gestion administrative	: 15 m ²
✓ Bureau du Superviseur Vaccination et ses adjoints	: 15 m ²
✓ Bureau du Superviseur Grandes endémies et ses adjoints	: 20 m ²
✓ Bureau du Superviseur SRMNEA-NUT et ses adjoints	: 20 m ²
✓ Bureau du Superviseur Surveillance épidémiologique et son adjoint	: 15 m ²
✓ Bureau du Superviseur Autres déterminants et son adjoint PCI	: 15 m ²
✓ Bureau du Superviseur RH et son adjoint	: 15 m ²
✓ Bureau du Chargé des finances et son adjoint Comptable	: 15 m ²
✓ Bureau du Cassier	: 12 m ²
✓ Bureau du Chargé des matériels, logistique, intendant et chauffeur	: 30 m ²
✓ Bureau du Chargé des MEG et autres intrants/ son adjoint Dépôt	: 15 m ²
✓ Bureau du secrétaire et réception	: 12 m ²
✓ Bureau du Chargé des archives	: 12 m ²
✓ Bureau du pool SNIS (statisticien et gestionnaire données)	: 15 m ²
✓ Salle de réunions et bibliothèque	: 30 m ²
✓ Local des sentinelles	: 10 m ²
✓ Installations sanitaires (Toilettes et douches)	: 6 m ²
✓ Dépôt pharmaceutique et intrants spécifiques de la ZS	: 30 m ²
✓ Dépôt du BCZ	: 20 m ²
✓ Local de chaîne du froid	: 9 m ²

2.7.2.4. NORMES DES RESSOURCES

2.7.2.4.1. Ressources financières

Le développement de la Zone de Santé requiert des moyens financiers importants. Les sources de financement de la Zone de Santé sont de quatre ordres :

- Dotation budgétaire de l'Etat,
- Financement extérieur (de bailleurs de fonds),
- Recettes administratives
- Dons et legs.

La gestion des ressources financières à la Zone de Santé, requiert les outils suivants :

- Livre de caisse
- Carnet de reçus
- 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

2.7.2.4.2. Normes des Ressources matérielles, équipements et fournitures

Les matérielles, équipements et fournitures constituent un volet essentiel dans le fonctionnement d'un Bureau Central. Non seulement qu'il faut les rendre disponibles mais, il est un devoir à ce niveau, d'en assurer la gestion rationnelle et efficiente. Au sein d'un Bureau Central, les matérielles, équipements et fournitures sont des biens communs pour lesquels les usagers sont tenus à respecter et à faire respecter.

a. 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.

Les matériels, équipements et fournitures ci-après sont nécessaires pour permettre à l'ECZS de bien mener sa mission :

- Mobilier de bureau : chaises, tables, étagères, armoires,...
- Equipements de bureau : kit informatique, classeurs, perforateurs, agrafeuses, calculatrice, ...
- Matériel de chaîne de froid : réfrigérateurs, congélateurs, boîte isotherme, glacières, accumulateurs, ...
- Matériel de communication : internet, téléphone, radio phonie, mégaphone,...
- Matériel roulant : vélos, moto, véhicule, pirogues, moteur hors-bord, ...
- Matériel d'entretien : machettes, pelles, seaux, lave-mains, brosses, sécheurs, pulvérisateurs, ...
- Sources d'énergie : courant électrique, kit solaire, groupe électrogène,...
- Autres : palette, citerne d'eau,...

Les outils requis pour la gestion des matériels et équipements à l'HGR sont : se référer à l'arrêté ministériel N°004/1250/CAB/MIN/S/004/CAJ/OWE/2017 du 17 septembre 2017 portant standardisation des outils de gestion dans les établissements de soins en République Démocratique du Congo.

Pour les immobiliers :

- Les titres de propriétés
- Les documents cadastraux

La gestion des matériels, équipements et fournitures se fait moyennant :

- La fiche de stock
- La fiche de consommation
- La fiche d'entretien

2.7.2.5. Normes par rapport aux Médicaments, consommables médicaux et autres intrants spécifiques

Les médicaments demeurent une des composantes clés dans la production des soins de qualité. Le Ministère de la santé a mis au point la liste des médicaments essentiels pour la RD Congo. L'idéal est de disposer un dépôt zonal devant servir de structure d'approvisionnement en médicaments pour les formations sanitaires.

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

2.7.2.6. Normes des Matériels roulants et navigants :

- 1 véhicule du Staff (Coordonnateur, Responsable technique, Responsable administratif)
- 1 véhicule pour les courses de service et la supervision
- 10 motos

Pour les Zones de santé riveraines, il faut les doter en Hors-bord et faciliter l'acquisition de la pirogue/la coque.

2.7.3. L'HOPITAL GENERAL DE REFERENCE

2.7.3.1. NORMES D'ORGANISATION DE L'HGR

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.

2.7.3.1.1. 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(PCA)**,
- 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, CSR, PS).

2.7.3.1.2. Services

Au sein d'un Hôpital Général de Référence, il existe :

- Les services administratifs :(Service d'accueil, Secrétariat, Comptabilité, archivage et bibliothèque),
- Les services médicaux de base : Pédiatrie, Gynécologie & Obstétrique, médecine interne et chirurgie
- Service d'urgences et réanimation
- Les services médico-techniques : banque de sang, dentisterie, Kinésithérapie et appareillage orthopédique, Nutrition, Ophtalmologie, ORL, Pharmacie, Laboratoire, imagerie médicale (radiologie, échographie.)...
- Services généraux: buanderie, maintenance, menuiserie, électrification, logistique, Morgue...

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,

2.7.3.1.3. Planification

L'HGR doit disposer de :

1. Un Projet d'Etablissement Hospitalier(PEH)
2. Un Plan d'Actions Opérationnel (PAO) décliné en Plan de Travail Trimestriel (PTT)
3. Un Budget Prévisionnel

2.7.3.1.4. Relations entre l'HGR avec les autres structures de la ZS.

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.

2. Relations avec les autres structures sanitaires de la zone de santé.

En général, les relations de l'HGR avec les autres structures sanitaires 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 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.

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. 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.

2.7.3.1.5. Les organes de gestion de l'HGR

1. Le Conseil de gestion de l'HGR

Elle traite de tous les problèmes de l'HGR. Cependant, il confère par délégation, la gestion des affaires courantes - dans des limites bien définies- de l'HGR à un Comité de Direction.

2. Le Comité de direction

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

2.7.3.2. NORMES DE FONCTIONNEMENT DE L'HGR

A. De l'horaire de travail l'HGR

Sur base de la réglementation de travail en vigueur en République Démocratique du Congo, le service à l'HGR est permanent, cela implique un système de roulement du personnel pour assurer un fonctionnement 24h/24.

B. Mécanismes de communication à l'HGR

B.1. Les réunions du Comité de Direction (CODIR)

Les réunions du CODIR sont hebdomadaires et doivent être sanctionnées par des comptes-rendus ou Procès verbaux archivés.

B.2. Les réunions de service

Les réunions des différents services sont hebdomadaires (Services médicaux et médico-techniques et administratifs) et sont présidées par le Chef de service.

En outre, les réunions techniques de l'HGR se tiennent chaque jour le matin et y participent tous les membres du staff médical, le nursing et les administratifs (rapports de garde, etc).

Une réunion de validation de données est tenue chaque mois avant de transmettre les données au BCZS. Les audits cliniques et des décès sont également réalisés. L'équipe d'évaluation et d'amélioration de la qualité (EEAQ de l'HGR) fait mensuellement son auto-évaluation avant de bénéficier d'une évaluation externe conduite par l'EEAQ du BCZS ou accompagnée par la DPS de façon trimestrielle.

2.7.3.3. NORMES D'ACTIVITES DE L'HGR

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

2 .7.3.3.1. Le Paquet Complémentaire d'Activités (PCA)

Il 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 et de réadaptation 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, financières, la recherche-action et l'encadrement du personnel de la zone de santé).

Le tableau ci-dessous résume le PCA à l'HGR :

SERVICES	ACTIVITES
1. Consultation externe	- 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. Soins pré-référentiels vers le niveau tertiaire en cas de nécessité ; 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,
3. Hospitalisation	- 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 ;
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 et des grossesses (référées)	- Surveiller le travail (installation et monitoring du partogramme), - Conduire l'accouchement, - Assurer les soins au nouveau-né,
6 Réhabilitation nutritionnelle thérapeutique	- PEC de la malnutrition, PEC nutritionnelle des maladies métaboliques (Diabète, hypertension, goutte...)
7 Laboratoire	- Les examens de parasitologie - Les examens hématologiques - Les examens bactériologiques - Les examens biochimiques

8. L'imagerie médicale	- Radiographie (radioscopie) - Echographie
9. La stérilisation du matériel	- Lavage suivi de la désinfection, stérilisation à la vapeur (autoclave) ou stérilisation à la chaleur sèche (Poupinel)
10 La Prévention et le Contrôle de l'Infection (PCI)	- La mise en place du comité Hygiène et salubrité Publique - Assurer la disponibilité de l'eau et de l'énergie - Assurer la disponibilité de l'eau et de l'énergie - Assurer l'hygiène de l'environnement : - Système de triage/Isolement et référencement - Etablir un système de surveillance des patients hospitalisés - Promouvoir l'hygiène des mains : - Promouvoir l'usage des équipements de protection individuelle de base par le personnel - Promouvoir l'usage des équipements de protection individuelle de base par le personnel - Décontamination du matériel réutilisable - La gestion des déchets des soins : - La recherche active dans les FOSA - Disponibilité des supports de communication - La dimension de la communication à tenir compte pendant les interventions - Evaluation des risques de contamination pour le personnel de santé: - Approche en ceinture: Cerclage ou anneau
11. Pharmacie	- Gestion de stock - Tenue des outils de gestion - Préparation et conditionnement des produits pharmaceutiques.
12. Sécurité transfusionnelle	- Recrutement de donneurs de sang, - Conservation du sang selon les instructions. - Interrogatoire, Examen clinique - Prélèvement de sang - Tests donneurs : Hémoglobine ; groupage sanguin ; dépistage de HIV ; syphilis ; dépistage d'hépatite B (si endémie recherche trypanosome) - Tests receveur : groupage, test compatibilité direct et indirect - Transfusion.
13. Activités de réadaptation	- Kinésithérapie-Physiothérapie, - Appareillage.
14. Activités Préventives	- Soins préventifs de référence aux femmes enceintes au cours de la CPNr - Consultations prénatales des grossesses à risque aux mères

	- Soins préventifs aux Nouveaux-Nés en post-partum immédiat : soins du cordon ombilical, soins des yeux (au Nitrate d'argent...), vaccination à la maternité : BCG et Polio 0 aux Nouveaux-Nés ; promotion de l'allaitement maternel exclusif - Planification familiale : - o ligature tubaire - o vasectomie - o Se référer aux normes SRMNEA pour les détails - Consultations prénuptiales : - o examens cliniques et complémentaires de dépistage (drépanocytose, IST...) - o conseils, - o référence éventuelle (pour dépistage syphilis, HIV...)
15. 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 ;
16. Gestion des ressources humaines	- Tenue à jour du répertoire du personnel (liste déclarative) - Tenue des dossiers administratifs des agents - Détermination des besoins en personnel - Recrutement du personnel contractuel - Mise en service du personnel aux postes de travail selon les profils et compétences - Mise en place du personnel aux postes de travail selon les profils et compétences - Organisation du temps de travail - Participation à la gestion des carrières du personnel
17. 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

18.Gestion des services généraux	- Organisation de la buanderie - Organisation de la restauration des malades - Entretien et réparation des équipements, infrastructures et matériel - Organisation du service de jardinage - Organisation du service de la morgue - Organisation de l'incinération - Organisation de service de sécurité - Organisation de service d'eau courante (château d'eau, citernes, évacuation des eaux usées)
19.Gestion des ressources financières	- Elaboration du budget - Exécution du budget - Recouvrement des coûts - Mobilisation des financements - Contrôle interne de la gestion - Tenue de la comptabilité (Bilans, Tableau de Formation des Résultats [TFR], Compte d'exploitation) - Contrôle de la caisse
20.Qualité des soins et des services	- Former les cadres et les prestataires des soins et services sur la Démarche Qualité Intégrée(DQI) - Mettre en place des Equipes d'Evaluation et d'Amélioration de la Qualité(EEAQ) - Evaluer régulièrement la qualité des soins et des services - Promouvoir les interviews de sortie des malades, l'exploitation de la boîte à suggestions pour améliorer les services offerts
21.Recherche-action	- Identification des thèmes de recherche - Participation à l'élaboration des protocoles de recherche - Participation à la réalisation des activités de recherche - Exploitation des résultats pour la résolution des problèmes - Diffusion des résultats
22.La formation et l'encadrement du personnel et des stagiaires	- Formation continue sous forme de : stage pratique, stage professionnel et/ou de perfectionnement, recyclage, supervisions formatives - Formation pratique - Tours de salle - Conférences scientifiques, - Supervision interne. - Encadrement des stagiaires

2.7.3.3.2. La Prévention et le Contrôle de l'infection (PCI)

La Prévention et contrôle de l'infection est un ensemble des mesures à observer en vue de :

- Rompre la chaîne de transmission d'une maladie donnée
- Réduire le risque de contracter une infection nosocomiale, qui est une infection acquise à l'hôpital ou dans un établissement des soins par un patient admis pour une raison ou une autre, chez qui cette infection n'était ni présente ni en incubation au moment de l'admission.

La PCI est constituée principalement des précautions standards et des précautions complémentaires ou basées sur la transmission.

2.7.3.3.2.1. Normes et directives relatives aux précautions standards

Les précautions standards sont un ensemble de mesures visant à réduire le risque de transmission croisée des agents infectieux entre soignant, soigné et environnement, ou par exposition à un produit biologique d'origine humaine (sang, sécrétions, excréta...).

Elles constituent un socle de pratiques de base s'intégrant dans toute stratégie de prévention des infections associées aux soins (IAS) et de maîtrise de la diffusion des bactéries résistantes aux antibiotiques en d'autres termes la Résistance Antimicrobienne (RAM). Elles contribuent à la sécurité des soins (soignant/soigné) lors de la prise en charge d'un patient.

Les précautions standards s'imposent pour tous, par tous, partout et en tout temps afin d'éviter la transmission des germes des patients à patients, des patients aux personnels, du personnel aux patients et du personnel aux personnels ainsi qu'à l'environnement.

2.7.3.3.2.2. Les composantes des précautions standards

Six composantes des précautions standards sont requises:

1. *Hygiène des mains (lavage et désinfection des mains) ;*

L'Hygiène des mains est l'ensemble des méthodes utilisées ayant pour but de rendre les mains propres et saines.

Toute formation sanitaire doit disposer au moins de quatre stations d'hygiène des mains fonctionnelle à tous les points de soins à l'extérieur comme à l'intérieur à moins de 5 mètres des latrines (Salle de soins, salle d'accouchement, laboratoire, cour/toilettes/patients).

Chaque point d'entrée de la FOSA doit disposer d'une station de lavage des mains fonctionnelle.

Deux types d'hygiène des mains doivent être appliqués au niveau de la FOSA à savoir :

1.1. **Lavage des mains**

- Le lavage simple des mains avec de l'eau propre et du savon ;
- Le lavage hygiénique des mains avec un savon antiseptique;
- Le lavage chirurgical : c'est un lavage intensif de la main avec une brosse, de l'avant-bras jusqu'au coude avec un savon antiseptique suivi de la désinfection des mains.

1.2. **Désinfection des mains**

- La désinfection simple des mains : c'est la friction des mains avec une solution hydro alcoolique (SHA);
- La désinfection chirurgicale : c'est un lavage intensif de la main avec une brosse et un savon doux, de l'avant-bras jusqu'au coude suivi d'une double désinfection avec une solution hydro alcoolique ;

1.3. **Moments de lavage des mains**

Moments d'hygiène des mains dans les FOSA (OMS 2010)

- Avant de toucher le patient
- Avant de poser un geste aseptique
- Après un risque d'exposition à un liquide biologique
- Après avoir touché un patient
- Après avoir touché l'environnement d'un patient

Moments généraux d'hygiène des mains

a). Avant :

- De préparer de la nourriture.
- De manger.
- De nourrir bébé

b). Après :

- Avoir soufflé votre nez, toussé.
- Avoir enlevé l'équipement de protection individuelle.
- Le nettoyage.
- La manipulation des déchets.
- Avoir utilisé les toilettes.

c). Autres indications :

- A la prise et à la fin du service;
- Avant et après le contact direct avec chaque patient;
- Après tout contact avec les déchets biomédicaux;
- Avant et après avoir utilisé des gants;

- Après avoir retiré le masque et les EPI;
- Avant et/ou après certains gestes de la vie courante (manger, utiliser les toilettes, se moucher, tousser...).

2. Équipements de protection individuelle (EPI) :

Les EPI désignent les mesures barrières suivantes : port de gants, protection du visage (masque/ lunettes), protection de la tenue. Utilisés seuls ou en association.

Les EPI protègent les professionnels de santé du risque d'exposition à des microorganismes lors des contacts avec les muqueuses, la peau lésée, y en cas de contact ou risque de contact/projection/aérosolisation de produit biologique d'origine humaine.

Prérequis : porter une tenue professionnelle propre, adaptée et dédiée à l'activité pratiquée.

3. Hygiène respiratoire :

- Toute formation sanitaire doit encourager les usagers de tousser et éternuer en se couvrant la bouche et le nez avec un papier mouchoir et le jeter dans une poubelle, de tousser ou éternuer dans le pli de son coude ou le haut de son bras, si on ne possède pas de papier mouchoir;
- Éviter de tousser et d'éternuer dans sa main ou librement sans obstruction. Se laver les mains après avoir toussé et éternué ;

4. Prévention des accidents avec exposition au sang ou tout produit biologique d'origine humaine :

Pour les soins utilisant un objet perforant :

- Ne pas recapuchonner, ne pas plier ou casser, ne pas désadapter à la main ;
- Si usage unique : jeter immédiatement après usage dans un conteneur pour objets perforants adapté, situé au plus près du soin, sans dépose intermédiaire, y compris lors de l'utilisation de matériel sécurisé ;
- Si réutilisable : manipuler le matériel avec précaution et procéder rapidement à son nettoyage et sa désinfection.

5. Gestion des excréta ;

Pour les activités de gestion des excréta :

- Porter des équipements de protection individuelle de manière adaptée (port de gants de soins, protection de la tenue) et respecter l'hygiène des mains lors de la gestion des excréta (urines, selles, vomissures).
- Éviter les procédures manuelles de vidange et d'entretien des contenants et proscrire leur rinçage (ni douche, ni douchette) en raison du risque d'aérosolisation.

6. Gestion de l'environnement (dispositif médical, linge, déchet...).

- Manipuler avec des équipements de protection individuelle adaptés tout matériel (dispositif médical, linge, déchet...) visiblement souillé ou potentiellement contaminé par du sang ou tout autre produit biologique d'origine humaine.
- Matériel ou dispositif médical réutilisable : avant utilisation, vérifier que le matériel a subi une procédure d'entretien appropriée au niveau requis (non critique, semi-critique, critique), et après utilisation, nettoyer et/ou désinfecter le matériel avec une procédure appropriée.
- Procéder au nettoyage et/ou à la désinfection de l'environnement proche du patient (table de chevet, adaptable, lit...), des surfaces fréquemment utilisées (poignées de porte, sanitaires...) ainsi que des locaux (sols, surfaces) selon des procédures et fréquences adaptées.
- Linge sale et déchets : évacuer au plus près du soin dans un sac fermé et selon la filière adaptée.

2.7.3.3.2.3. Normes relatives au port des Equipement de Protection Individuelle (EPI)

- Toute formation sanitaire doit disposer des EPI en quantité suffisante et bien entretenus pouvant correctement protéger les patients, les soignants et ses vêtements civils en vue de réduire le risque de contamination.
- Le port des équipements de protection individuelle est obligatoire dans la FOSA pour :
 - Toutes les personnes qui offrent des soins directs aux malades (médecins, infirmiers, accoucheuses,...);
 - Toutes les personnes chargées du nettoyage de la zone d'isolement, du lavage des matériels à réutiliser, de la manutention des objets et des matériels/équipements contaminés, du recueillement et du traitement des déchets infectieux des malades suspects (technicien de surface,...);
 - Tous les membres du personnel de laboratoire qui manipulent des prélèvements et des liquides corporels provenant de malades.
 - Et chaque fois que cela est nécessaire

Notons que les détails sur la prévention et contrôle de l'infection sont repris dans le document des « NORMES ET DIRECTIVES RELATIVES AUX SERVICES DE BASE LIES A L'EAU, L'HYGIENE ET L'ASSAINISSEMENT DANS LES FORMATIONS SANITAIRES EN R.D. CONGO » produit par la Direction de l'Hygiène et Salubrité Publique.

2.7.3.3.3. Les activités de réadaptation

- Kinésithérapie- Physiothérapie
- Appareillage orthopédique

2.7.3.4. NORMES DES RESSOURCES DE L'HGR

2.7.3.4.1. Ressources humaines

N°	Qualifications du Personnel	Nb de lits par personnel de santé		HGR de 100 lits	HGR de 150 lits
		Min	Max		
I	Professionnel de santé				
1	Médecin	25	50	6	8
2	Chirurgien Dentiste	100	200	1	2
3	Pharmacien	100	200	2	3
5	Infirmiers A1 ou L2	25	50	4	6
6	Infirmier A2	10	20	10	15
7	Infirmier A3	10	20	10	15
8	Infirmière Accoucheuse A1, A2, A3	15	30	7	10
9	Biologiste médical	100	200	2	2
10	Technicien Labo A1, A2	25	100	4	6
12	Kinésithérapeute A1	100	200	5	7
13	Nutritionniste A1	100	200	2	4
14	Technicien Radio A1	50	100	2	3
15	Anesthésiste A1	50	100	2	3
16	Assistant en pharmacie A2	50	200	4	3
17	Administrateur Gestionnaire L2	100	200	2	3
18	Administrateur Gestionnaire A1	100	200	4	6
	Technicien d'Assainissement A2	100	200	4	6
	<i>Sous total 1</i>			71	102
II	Personnel administratif				
	Secrétaire	50	100	1	1
	Comptable	50	100	1	2
	Caissier	50	100	1	1
	Statisticien et archivage	100	200	1	1
	Agent de facturation	100	200	1	1
	Réceptionniste	100	200	2	2
	Chauffeur et Chauffeur mécanicien	50	100	2	2
	Personnel de la buanderie	50	50	3	3
	Personnel de la morgue	50	100	1	2
	Agents de sécurité	50	100	2	3
	Cuisinier	50	100	1	2
	Commis/huissier	100	200	1	2
	Manœuvre	20	20	5	5

	Garçon et fille de salle/Techniciens de surface	5	0	6	8
	<i>Sous total 1</i>			28	34
II	Personnel technique et logistique				
	Electricien	100	200	1	2
	Menuisier	50	100	1	2
	Plombier	100	200	2	4
	<i>Sous total 3</i>			4	8
				103	144

Une utilisation rationnelle des ressources humaines réparties de telle manière, est susceptible de garantir un travail de qualité. Dans l'effectif du personnel, il faut tenir compte de 70% de professionnels de santé et 30% pour les administratifs. Cette répartition est une recommandation 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 déclarative du personnel,
- dossier physique du personnel,
- description des postes,
- horaire de travail/des activités/grille de roulement,
- 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...

2.7.3.4.2. 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

2.7.3.4.3. Ressources matérielles et équipements

Les matériels et équipements sont des outils importants pour la prestation des services des soins, ils sont définis dans la liste de matériels et équipements de la Zone de santé. On distingue les fournitures des matériels et équipements.

Les fournitures sont des biens rapidement consommables, (ex : les papiers, stylos, médicaments, réactifs). Tandis que **les matériels et 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 :

- Matériel Médical : microscope, glucomètre, balance, pèse personne, centrifugeuse, tensiomètre, stéthoscope,...
- Imagerie médicale : échographe, appareils de radiologie,...

- Matériel d'entretien : brouettes, raclettes, machettes, pelles, seaux, brosse...
- Matériel roulant : ambulance, vélos, moto,.
- Mobilier : chaises, tables, lits, brancards, étagères...
- Matériel de bureau : ordinateur, calculatrice, machine à écrire, agrafeuse, perforateur,...
- Matériel chaîne de froid : , frigo, boîte isotherme, ,
- Matériel de communication : téléphone, radio phonie, ...
- Sources d'énergie : Kit solaire, groupe électrogène, éolienne,
- Autres : citerne d'eau, ...

Les outils requis pour la gestion des matériels et équipements à l'HGR sont : se référer à l'arrêté ministériel N°004/1250/CAB/MIN/S/004/CAJ/OWE/2017 du 17 septembre 2017 portant standardisation des outils de gestion dans les établissements de soins en République Démocratique du Congo.

Les immobiliers :

Les hôpitaux de l'Etat doivent avoir les documents suivants pour leur fonctionnement:

- Les titres de propriétés
- La convention de cession en gestion
- Les documents cadastraux

Les hôpitaux privés doivent avoir les documents suivants pour leur fonctionnement:

- La convention d'intégration pour les structures privées
- L'autorisation d'ouverture
- Le contrat de bail

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

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

3. Equipements standard d'un Hôpital Général de Référence

La Liste des équipements standards de l'HGR, a été révisée en 2003 avec l'appui des Partenaires Techniques et Financiers du Ministère de la santé dans le cadre du projet PESS.

4. Médicaments, consommables médicaux et autres intrants spécifiques

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 2018) a été publiée par le Ministère de la santé¹.
- Liste des 13 pathologies prioritaires

II. 5. NORMES STRUCTURALES DE L'HGR

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

Service administratif

- Bureau du Médecin Directeur :	25 m ²
- Bureau de l'AG :	20 m ²
- Bureau du Directeur de Nursing :	20 m ²
- Bureau du Médecin-chef de Staff :	20 m ²
- Secrétariat :	12 m ²
- Comptabilité :	12 m ²
- Caisse :	10 m ²
- Salle de réunion et bibliothèque :	30 m ²
- Salle d'attente, réception :	20 m ²
- Toilettes :	6 m ²

¹Voir liste nationale des médicaments essentiels, Ministère de la santé, OMS, septembre 2018

Service de consultation externe

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

Service de médecine interne

- 1 bureau pour l'infirmier :	15 m ²
- 1 salle d'attente :	20 m ²
- 1 salle de soins :	12 m ²
- 1 salle de garde + toilette + douche:	12m ²
- 1 local de service + réserve :	20 m ²
- 2 salles d'hospitalisation femmes et hommes (30 lits) :	180 m ²
- 2 toilettes femmes et hommes:	6 m ²

Service de Pédiatrie

- 1 bureau pour l'infirmier :	15 m ²
- 1 salle d'attente :	20 m ²
- 1 salle de soins :	12 m ²
- 1 salle de garde+ toilette + douche :	12m ²
- 1 local de service + réserve :	20 m ²
- 1 salle d'hospitalisation (30 lits) :	180 m ²
- 1 salle pour prématurés avec anti chambre :	22 m ²
- 1 toilette :	6 m ²

Service de chirurgie

- 1 bureau pour l'infirmier :	15 m ²
- 1 salle d'attente :	20 m ²
- 1 salle de soins :	12 m ²
- 1 salle de garde + toilette + douche:	12 m ²
- 1 local de service + réserve :	20 m ²
- 2 salles d'hospitalisation femmes et hommes (20 lits) :	240 m ²
- 2 toilettes femmes et hommes :	6 m ²

Le bloc opératoire

- 1 salle d'opération septique :	36 m ²
- 1 salle d'opération aseptique + 1 salle de stérilisation :	36 m ²
- 1 vestiaire pour médecin + toilette + douche:	20 m ²
- 1 vestiaire pour infirmiers + toilette + douche :	30 m ²
- 1 salle pour brossage des chirurgiens, avec réserve d'eau :	12 m ²
- 1 salle pour instruments :	15 m ²

- 1 bureau pour médecin :	12 m ²
- 1 salle de réserve + local pour infirmiers :	20 m ²
- 1 salle de réveil + salle des soins post opératoires (4 lits):	30 m ²
- 1 salle de stérilisation centrale :	48 m ²

Service de gynéco obstétrique

- 1 bureau pour l'infirmier :	15 m ²
- 1 salle d'attente :	20 m ²
- 1 salle de soins :	12 m ²
- 1 salle de garde+ toilette + douche :	12 m ²
- 1 local de service + réserve :	20 m ²
- 1 salle d'hospitalisation Gynécologie (100 lits) :	200 m ²
- 4 toilettes + 4 douches :	6 m ²

La maternité

- 2 salles de travail :	36 m ²
- 1 salle d'accouchement :	40 m ²
- 1 salle de bain + WC :	6 m ²
- 1 salle de post partum :	18 m ²
- Un bureau pour accoucheuses :	10 m ²
- Un salle de garde (pour accoucheuses) :	12 m ²
- Un magasin :	10 m ²
- 2 Toilettes :	12 m ²
- 2 Douches :	12 m ²

Le laboratoire : 15 m²

Le BCZ (si inclus dans l'HGR) : **356 m²** se référer aux dimensions reprises ci-haut

La pharmacie

- 1 officine :	20 m ²
- 1 salle de préparation :	12 m ²
- 1 bureau :	12 m ²
- 1 toilette :	6 m ²
- Dépôt :	30 m ²

Radiologie

- Salle de radiologie + toilette et vestiaire :	25 m ²
- Salle d'échographie + toilette:	20 m ²
- Chambre noire :	10 m ²
- Salle d'attente :	20 m ²

- 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
- 6 séchoirs à l'air libre : 6 X 30 m

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 avec bureau, atelier, magasin: 48 m²

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

Matériels roulants :

- 1 ambulance
- 1 véhicule pour les courses de service
- 2 motos

Installation électrique :

- Courant triphasé 240-380 V + neutre + terre 30 à minimum
- Groupe électrogène (capacité dépendant de la charge)
- Kit 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.

Tout HGR dans son architecture doit prévoir les rampes d'entrée aux bâtiments et des latrines adaptées pour personnes à mobilité réduite.

2.7.3.6. NORMES DE L'ENVIRONNEMENT DE L'HGR

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.

2. 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.

3. 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. 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.

5. Le Comité d'hygiène

5.1. Traitement et élimination totale des déchets solides

L'HGR 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 cour.

5.2. Traitement et élimination totale 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.

5.3. Latrines et douches à l'HGR

L'HGR doit disposer des douches et latrines propres réservées à chaque service aussi bien pour les hommes que pour les femmes (voir tableau ci-dessous). Adaptation des latrines aux personnes à mobilité réduite.

5.4. Protection contre les nuisances sonores

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

5.5. 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.

6. 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

6.1. 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 ³
10	Source d'énergie	- Courant électrique, - Panneau solaire, - Groupe électrogène	
11	Matériels d'entretien	-1 Kit/ service	

Matériels d'entretien

- Brouettes
- Râteaux
- Coupe-coupe
- Balaies
- Seaux
- Raclettes
- Bêches...
- Tondeuse

- Sécateurs
- Bottes
- Combinaisons
- Gants
- Pulvérisateurs

Matériels de sécurité contre les incendies

- Extincteurs
- Alarmes

2.7.3.7. DETAILS DES ACTIVITES DU PAQUET COMPLEMENTAIRE A L'HGR.

2.7.3.7.1. 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 ;

(3) Assurer les références vers le niveau tertiaire en cas de nécessité ; 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 (PEC de la malnutrition, PEC nutritionnelle des maladies métaboliques (Diabète, hypertension, goutte...)

(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

- 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.

2.7.3.7.2. Activités préventives

- Consultations des cas référés (à mettre au curatif)
- Soins préventifs de référence aux femmes enceintes au cours de la CPNr
- Consultations prénatales des grossesses à risque aux mères
- Soins préventifs aux Nouveaux-Nés en post-partum immédiat : soins du cordon ombilical, soins des yeux (au Nitrate d'argent...), vaccination à la maternité : BCG et Polio 0 aux Nouveaux-Nés ;
- promotion de l'allaitement maternel exclusif
- Planification familiale :
 - o ligature tubaire
 - o vasectomie
 - o Se référer aux normes SRMNEA pour les détails
- Consultations prénuptiales :
 - o examens cliniques et complémentaires de dépistage (drépanocytose, IST...)
 - o conseils,
 - o référence éventuelle (pour dépistage syphilis, HIV...)

2.7.3.7.3. Activités promotionnelles

- Communication pour le Changement de Comportement Social(CCCS) aux malades et à leurs familles
- Appui psychosocial (santé mentale, SIDA,...)
- Elimination et destruction du matériel souillé de l'Hôpital

2.7.3.7.4. 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 (liste déclarative)
- Tenue des dossiers administratifs des agents
- Détermination des besoins en personnel
- Recrutement du personnel contractuel
- Mise en service du personnel aux postes de travail selon les profils et compétences
- Mise en place du personnel aux postes de travail selon les profils et compétences
- 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

(4) Gestion des services généraux

- Entretien et réparation des équipements, infrastructures et matériel
- Organisation :
 - de la buanderie
 - de la restauration des malades
 - du service de jardinage
 - du service de la morgue
 - de l'incinération
 - de service de sécurité
 - de service d'eau courante (château d'eau, citernes, évacuation des eaux usées)

(5) Gestion des ressources financières

- Elaboration du budget
- Exécution du budget
- Recouvrement des coûts
- Mobilisation des financements
- Contrôle interne de la gestion
- Tenue de la comptabilité (Bilans, Tableau de Formation des Résultats [TFR], Compte d'exploitation)
- Contrôle de la caisse

(6) Recherche-action

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

2.7.3.8. La formation et l'encadrement du personnel et des stagiaires

- Formation continue sous forme de : stage pratique, stage professionnel et/ou de perfectionnement, recyclage, supervisions formatives
- Formation pratique
- Tours de salle
- Conférences scientifiques,
- Supervision interne.

2.7.3.9. Normes de la formation continue dans les hôpitaux

Selon la politique nationale du Ministère de la Santé sur la Formation Continue, la formation est un droit pour tout travailleur et un devoir pour tout employeur. Le financement de la formation continue est à charge de toutes les Parties Prenantes (le trésor public, les bénéficiaires, les établissements privés et publics en particulier, les PTF). Ces derniers doivent contribuer pour l'organisation des formations sur toute l'étendue du territoire national.

- 1. Toute structure sanitaire devra renforcer la planification des activités de Formation Continue à travers la disponibilité et la mise à jour des documents suivants :**
 - Le plan stratégique de Formation Continue ;
 - Les plans opérationnels de Formation Continue (pluriannuel et annuel).
- 2. Toutes les étapes décrites par le Système de Formation Continue doivent être prises en compte c-à-d :**
 - La détermination des besoins en formation
 - L'élaboration du Plan de formation
 - La programmation conjointe de formation
 - La mise en œuvre de la formation
 - Le suivi et évaluation post formation
- 3. Recyclage continu des encadreurs de stage et des formateurs**

En ce qui concerne l'encadrement des stagiaires

1. Les encadreurs de stage doivent être disponibles dans les structures sanitaires
2. Pour une bonne qualité d'encadrement, un encadreur doit assurer l'encadrement de 3 à 6 stagiaires

Les frais de stage devront tenir compte de la réglementation du Ministère de la Santé. Les hôpitaux doivent éviter la pléthore des stagiaires par catégories par rapport aux encadrateurs pour que les stages soient de qualité. Les directives appropriées doivent être élaborées à cet effet.

LES EXAMENS DE LABORATOIRE A L'HOPITAL GENERAL 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 CATT (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	ZiehlNeelsen
		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	

**PAQUET MINIMUM D'ACTIVITES POUR LE LABORATOIRE DE L'HOPITAL GENERAL
DE REFERENCE (HGR)**

TESTS	TECHNIQUES
1. SANG	
Hémoglobine (Hb)	Colorimétrique
Numération des globules blancs (GB)	Türck
Formule leucocytaire (FL)	May-Grunwald Giemsa
Goutte épaisse(GE)	Giemsa
Recherche des hématies falciformes	Méta bisulfite
Groupe sanguin ABO	Méthode de Tille
Facteur Rhésus	Méthode de tille /tube
Test de compatibilité	Tubes et test anti globuline à 34°
Vitesse de sédimentation(VS)	Wintergreen
Dépistage de la syphilis	RPR
Numération des plaquettes	Manuel (oxalate d'ammonium)
Numération des réticulocytes	Manuel (Bleu de crésyl) brillant
Recherche d'antigènes HBS	Test rapide
Recherche d'antigènes HCV	Test rapide
Dépistage VIH	Test rapide
Hémoculture	Méthodes conventionnelles
Analyses biochimiques :	
Bilirubine	Méthode de Diazo
Transaminases	Dimitrophénol
Phosphatases alcalines	Paramitrophénol
Protéines totales	Biuret
Créatinine	Réaction de Jaffe
Glycémie	Glucose oxydase
Cholestérol	Enzymatique
Albumine	Vert de Bromocrésol
Electrophorèse de protéines	
2. LIQUIDE CEPHALO-RACHIDIEN (LCR)	
Aspect	Visuel
Examen à frais	Examen microscopique direct

Eléments	Manuel (Turk)
Recherche des bactéries	Coloration de gram
Culture bactérienne	Méthode conventionnelle
Recherche des B.K	Coloration de Ziehl –Nielsen
Recherche de cryptococcus	Encre de chine
Dosage des protéines	Glucose oxydase
Dosage de sucre	Biuret
Dosage des protéines	Méthode de Diffusion
Antibiogramme	
3. SELLES	
Aspect	Examen microscopique
Examen à frais	Examen microscopique direct
Enrichissement	Méthode au choix
Culture bactérienne	Méthode conventionnelle
Antibiogramme	
4. URINES	
Sédiments pour recherches des parasites	Examen microscopique direct
Sédiments pour la recherche de bactéries	Coloration de gram
Test de grossesse	Bandelette ou agglutination sur lame (Latex).
	Solution de Bénédict ou bandelette
	Bandelette ou classique
	Méthodes conventionnelles
5. CRACHAT	
Crachat pour Bacilles de Koch(BK)	Coloration de Ziehl-Neelsen
6. PEAU	
Grattage	KOH 10%
Scarification pour recherche de B.H (Bacille Hansen)	Ziehl –Neelsen
7. EAUX	
Test au chlorure	Méthode chimique
Test au nitrate	Méthode chimique

2.7.4. LE CENTRE DE SANTE DE REFERENCE

2.7.4.1. NORMES D'ORGANISATION DU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE (CSR)

Un CSR est une structure de 1^{ère} échelon au sein d'une ZS comme tout autre CS mais qui, en plus du PMA, a intégré quelques activités PCA. Il est situé dans l'une des aires de santé de la Zone de Santé pour assurer la référence en attendant qu'il évolue vers un HGR si les conditions et la population le permettent. Son implantation est décidée lors la réunion du Conseil de gestion de la ZS et est basée sur le plan de couverture de la ZS où il n'y a pas d'HGR. Sa création est consécutive au besoin d'accessibilité géographique dans la lutte contre la mortalité maternelle et infantile, leur nombre dans une ZS dépend de l'absence de l'HGR et doit être remplacé par celui-ci selon les normes.

2.7.5. LE CENTRE DE SANTE

2.7.5.1. Normes d'organisation du CS

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. Il est tenu par un infirmier du niveau A1 ou A2 qui a sous sa responsabilité une population bien définie.

2.7.5.1.1. Fonctions du Centre de santé

Les fonctions du centre de santé sont :

- 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;
- Servir de lieu de déconcentration des services des soins de l'hôpital pour rapprocher les soins auprès des communautés.

Ceci étant, **chaque Aire de Santé 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.

2.7.5.1.2. 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 développement de l'Aire de Santé (CODESA).

1. L'Equipe du Centre de santé

Elle est composée d'un personnel de santé 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 prestations des soins au Centre de Santé.

2. Le Comité de Développement de l'Aire de Santé (CODESA)

L'organe de participation communautaire au centre de santé est le comité de santé. Il est composé d'une dizaine des membres dont l'IT et les élus parmi les leaders communautaires.

Le CODESA est un organe de participation communautaire, représentatif de tous les villages/rues de l'aire de santé. Il est multisectoriel et multidisciplinaire de par sa composition. Il représente la voix de la population.

Il est le Partenaire de l'équipe du CS et des intervenants dans l'aire de santé dont les membres sont dotés des capacités de planifier, de cogérer et de mobiliser les ressources locales pour la revitalisation des services de santé, mais également dans le renforcement des capacités des communautés dans la mobilisation de ressources locales.

2.1. Composition du CODESA.

Le CODESA est composé des présidents de chaque CAC. En plus de ces membres, il faut associer 3 délégués de la société civile.

2.2. Champ d'action du CODESA.

L'ensemble de villages et/ou de rues constituant l'aire de santé.

Ses attributions sont :

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

Le CODESA est présidé par un membre élu pour un mandant de deux ans, renouvelable une fois. Le CODESA fonctionne suivant un règlement d'ordre intérieur établi.

2.7.5.1.3. Les 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 5000 à 10 000 habitants dans un rayon d'action maximum de 8 à 15 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.

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

1. 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 redevabilité. L'équipe du CS se réunit au moins une fois par semaine.

2. Relations 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 développement de l'aire 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.

2.7.5.1.5. Relations du centre de santé avec les autres structures de santé de l'Aire de Santé

Les relations entre le Centre de Santé et les autres structures médico - sanitaires (étatiques ou privés) de l'aire de Santé sont définies et réglementées par l'ECZ dans le cadre des objectifs du plan de la Zone de santé.

2.7.5.1.6. Relations entre le Centre de santé et les autres structures de santé de la ZS

1. 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.

2. Relations avec l'ECZ

Il s'agit de relations administratives et fonctionnelles. Les Centres de Santé reçoivent des directives, instructions techniques ainsi que la retro-information par l'Equipe Cadre de la Zone de Santé. La mise en œuvre de ces directives nécessite la formation et la supervision.

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

2.7.5.1.7. 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.

2.7.5.2. NORMES DE FONCTIONNEMENT DU CS

A. De l'horaire de travail au Centre de Santé

Sur base de la réglementation de travail en vigueur en République Démocratique du Congo, l'horaire de travail au Centre de Santé se présente de la manière suivante :

De Lundi à Samedi : le CS ouvre de 8 à 16 heures, en outre un roulement de garde est établi chaque mois pour couvrir le travail à partir de 16h à 8h le lendemain.

Le dimanche et les jours fériés sont également couverts par le roulement de garde. La maternité fonctionne 24h/24.

B. Des outils de gestion du personnel :

- organigramme fonctionnel,
- liste déclarative du personnel,
- dossier physique du personnel,
- description des postes,
- horaire de travail/des activités/grille de roulement,
- registre de présence,
- calendrier de congés/vacances,

C. Du fonctionnement du CODESA

Le fonctionnement du CODESA dépend de l'élaboration de son micro-plan, de la qualité du soutien technique par le Bureau Central de la Zone De Santé et de l'équipe du centre de santé ainsi que de la capacité de mobilisation de ressources locales.

Le CODESA se réunit mensuellement avec l'équipe du centre de santé et transmet son rapport d'activités au Bureau Central de la zone de santé.

2.7.5.3. NORMES D'ACTIVITES DU CS

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

Contenu du PMA

Le PMA comprend des activités curatives, préventives, promotionnelles, de réadaptation, d'appui et de développement, 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.

Le tableau ci-dessous reprend le PMA d'un CS :

Services	Prestations Curatives
Consultations curatives	- Soins curatifs y compris la PCIME, la prise en charge des IST - Dépistage et traitement des maladies chroniques (HTA, diabète, SIDA, Trypanosomiase africaine humaine, tuberculose, infirmités et PTA etc.) - Petites interventions médicochirurgicales (petite chirurgie) - Accouchements eutociques - Traitement du paludisme simple selon la PN - Réhabilitation nutritionnelle et réhabilitation physique (kinésithérapie respiratoire...) - Transfusion sanguine - Traitement des séquelles des maladies invalidantes
Observation	Surveillance des malades sous traitement
Laboratoire	Examen du sang : Test de Diagnostic Rapide TDR, Hémoglobine, test rapide HIV, selles frais, numération globulaire, Test d'Emmel, Sédiment urinaire et VS
Pharmacie	Gestion du stock de médicaments
	Officine pour la vente de médicaments
Services préventifs	- Surveillance de la croissance et du développement des enfants de moins de 5 ans - Consultations prénatales recentrées - Traitement Présomptif Intermittent (TPI) - Planification familiale - Consultations Postnatales - Vaccination - Administration de zinc et mebendazole - Supplémentation en vitamine A

	- Dépistage des infirmités - Dépistage et Conseil Initié par le prestataire (DCIP) - Dépistage des maladies chroniques (lèpre, tuberculose...) - La prophylaxie au cotrimoxazole - Dépistage et protection spécifique des PTA (dépistage des maladies chroniques liées a leur âge (Alzheimer, démence sénile etc.) - Réhabilitation à base communautaire en self care
	Prestations de promotion de la santé
Services promotionnels	- 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 MIILD - La promotion de l'utilisation des latrines hygiéniques, - Lutte contre les maladies diarrhéiques et autres - Promotion des attitudes positives au regard de la stigmatisation des personnes handicapées et autres catégories
Activités de réadaptation	- Détection des cas pour une référence précoce et/ ou prise en charge des cas d'infirmité (audiologie, kinésithérapie, mobilité et orientation, acuité visuel,...) - Prise en charge des PTA. - Traitement des maladies chroniques spécifiques liées a cet âge : démence sénile
Activités de gestion et de développement	- Gestion des ressources (humaines, matérielles et financières), des médicaments... - Formation continue du personnel - Planification, supervision des activités communautaires - Monitoring des interventions dans l'Aire de Santé

	- Encadrement des animateurs de santé (réunions, visites sur le terrain) - Gestion de l'information sanitaire - Gestion des ressources (humaines, matérielles et financières), des médicaments... - Formation continue du personnel - Planification, supervision des activités communautaires - Monitoring des interventions dans l'Aire de Santé - Encadrement des animateurs de santé (réunions, visites sur le terrain)
Activités communautaires : <i>On regroupe dans cette catégorie, l'ensemble d'activités menées par la communauté, bénéfiques à sa santé qui sont pratiquées par la communauté, mais elles nécessitent forcément l'intervention et la supervision 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 utilisées soit par une mère, soit par un membre de la communauté pour prévenir ou pour soulager les souffrances liées à une maladie avant d'atteindre le Centre de santé. Dans cette optique, il y a obligation de se conformer aux prescrits de la Loi sur l'exercice de l'art de guérir qui est réglementé en RDC</i>	▪ Mesures d'hygiène alimentaire, ▪ Captage, aménagement et entretien 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,... ▪ PCIME Communautaire ▪ Réhabilitation à Base Communautaire(RBC) pour personnes handicapés ▪ Récupération des perdus de vue ▪ Visite à domicile ▪ Prise en charge communautaire et familiale des Personnes de Troisième Age(PTA) : Soins ambulatoires des PTA, accompagnement psycho social des PTA et PVV ▪ Suivi des projets communautaires ▪ Soins palliatifs à domiciles des maladies chroniques

2.7.5.4. NORMES DE RESSOURCES DU CENTRE DE SANTE

2.7.5.4.1. Ressources humaines

Les postes à pourvoir au sein du CS découlent des normes en ressources humaines d'un centre de santé qui dessert 5000 à 10 000 habitants. Elles sont reprises dans le tableau suivant :

N°	Postes/Services	Qualification	Nombre	
			CS Rural	CS Urbain
1	Consultations	Infirmier diplômé A1 ou A2	2	4
2	Soins	Infirmier diplômé A1 ou A2	2	4
3	Laboratoire	Technicien A2	1- 2	2
4	Réception	D6	1	1
5	Logistique/maintenance	Sans qualification exigée	1	1
6	Accoucheuses		2	4
Total			8 - 10	15 - 16

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 déclarative du personnel,
- dossier physique du personnel
- description des postes

- horaire de travail/des activités/ grille de roulement
- registre de présence
- calendrier de congés/vacances
- fiche de congés,
- liste de paie

4.2. 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)

2.7.5.4.3. Ressources matérielles, équipements et fournitures.

Les matériels, équipements et fournitures sont des outils importants pour la prestation des services des soins. Ils sont définis dans la liste de matériels et équipements de la Zone de santé. On distingue les fournitures des 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 matériels et équipements sont classés sous les différentes rubriques suivantes :

- Matériel Médical : microscope, glucomètre, balance, pèse-personne, centrifugeuse, tensiomètre, stéthoscope...
- Matériel d'entretien : brouettes, raclettes, machettes, pelles, seaux, brosses, coupe-coupe...
- Matériel roulant : vélos, moto,.
- Mobilier : chaises, tables, lits, brancards, étagères...
- Matériel de bureau : Ordinateur, calculatrice, machine à écrire, agrafeuse, perforateur ...
- Matériel chaîne de froid : frigo, boîte isotherme.
- Matériel de communication : téléphone, radiophonie, mégaphone...
- Sources d'énergie : courant électrique, Kit solaire, groupe électrogène, éolienne ...
- Autres : citerne d'eau ...

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

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

La gestion des matériels, équipements et fournitures se fait au moyen de :

- La fiche de stock
- La fiche de consommation
- La fiche d'entretien

2.7.5.4.4. Matériels roulants :

Le besoin minimum pour un Centre de Santé est de :

- 1 moto
- 3 vélos

2.7.5.5. 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 disponible 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.

2.7.5.5.1. 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

2.7.5.5.2. 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.

2.7.5.5.3. 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 et PV de réception

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 thérapeutique et alphabétique et y sortent en suivant les deux principes de gestion de:

- "First expired, first out" (FEFO): les médicaments à date de péremption plus proche sont les premiers à délivrer ;
- "First in, First out" (FIFO): 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)

2.7.5.5.4. Utilisation correcte des médicaments (usage des ordinogrammes)

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

2.7.5.6. Ressources immobilières.

Par ressources immobilières, on entend l'ensemble des bâtiments qui abritent les services du CS. Les détails sont repris en annexe.

Pour les immobiliers :

Les centres de santé de l'Etat doivent avoir les documents suivants pour leur fonctionnement:

- Les titres de propriétés
- La convention de cession en gestion
- Les documents cadastraux

Les structures de soins privées doivent avoir les documents suivants pour leur fonctionnement:

- La convention d'intégration pour les structures privées
- L'autorisation d'ouverture
- Le contrat de bail

2.7.5.7. NORMES STRUCTURALES D'UN CENTRE DE SANTE

1. Dimensions et configuration du Centre de Santé

Surface totale : 140 m² comprenant :

✓ 1 bureau de l'infirmier titulaire	: 12 m ²
✓ 1 bureau de réception	: 10 m ²
✓ 1 salle de consultation	: 15 m ²
✓ 1 salle de traitement (pansements, injections, per os)	: 12 m ²
✓ 1 salle d'attente/véranda	: 40 m ²
✓ 1 salle d'observation	: 10 m ²
✓ 1 pharmacie + réserve	: 10 m ²
✓ 1 laboratoire	: 10 m ²
✓ 1 maternité	: 22 m ²

Tout CS dans son architecture doit prévoir les rampes d'entrée aux bâtiments et des latrines adaptés pour personnes à mobilité réduite.

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.

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.

2.7.5.8. NORMES ENVIRONNEMENTALES DU CS

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.

1. Environnement interne du CS

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.

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...).

1.3. Traitement et élimination totale des 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

1.4. Traitement et élimination totale des 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. .

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 et doit être adaptés aux personnes à mobilité réduite (personnes handicapés et 3^e âge).

- au moins deux douches propres branchées ou pas à une source d'alimentation en eau courante.

1.6. Protection contre la contamination

Le CS fait recours aux mesures de précautions universelles suivantes :

- Le port de blouse blanche propre et autre 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.

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.

1.8. Prévention et Contrôle de l'Infection/ WASH

Les mêmes mesures de précautions universelles que celles à l'HGR doivent être observés.

1.9. Protection contre les nuisances sonores

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

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

1.1. Matériels d'entretien

- Brouettes
- Râteaux
- Coupe-coupe
- Balaies

- Seaux
- Raclettes
- Bêches...
- Tondeuse
- Sécateurs
- Bottes
- Combinaisons
- Gants
- Poubelles

1.2. Matériels de sécurité contre les incendies

- Extincteurs
- Alarmes

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	
6	Réceptacles pour aiguilles	Selon le besoin		Universel
7	Poubelles internes	1/unité d'activités	20 litres	Poubelles lavables et fermantes
8	Poubelles externes	2	50-60 litres	Poubelles lavables et fermantes
9	Points d'eau	-1 robinet /unité d'activités si eau courante - fontaine/ puits /citerne		
10	Source d'énergie	- Kit solaire - Courant électrique, - Groupe électrogène		
11	Matériels d'entretien	Kit d'entretien	1	

2.7.6. LE POSTE DE SANTE

Le Poste de santé est une structure se trouvant dans une aire de santé dont la population de responsabilité est gérée par l'Infirmier Titulaire du CS de l'aire. Il est tenu par un infirmier formé et qualifié. Son implantation est décidée à la réunion du Conseil de gestion de la ZS et est basée sur le plan de couverture de la ZS où il n'y a pas de CS et est appelé à évoluer vers le CS.

CHAP. III. NORMES DES STRUCTURES FONCTIONNELLES DE GESTION DE LA ZS

L'actuel recueil de normes fixe comme structures fonctionnelles de gestion d'une ZS rattachées aux structures organiques ci-haut décrites :

- Le Comité Local de Pilotage (CLPZ)
- Le Conseil de gestion (COGE)
- L'Equipe Cadre de la Zone de Santé (ECZ)

III.1. LE COMITE LOCAL DE PILOTAGE DE LA ZS (CLPZ)

Membres :

- le Chef de Division Provinciale de la Santé,
- le Médecin Chef de Zone de Santé (Coordonnateur de l'ECZ)
- le représentant du propriétaire de l'HGR si ce dernier est privé ou confessionnel,
- le chef de l'entité administrative (territoire/commune)
- le représentant de la population choisi parmi les membres des CODESA,
- 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 apporte un appui permanent à la Zone de Santé.

Le Comité Local de Pilotage de la ZS est présidé par le Chef de Division Provinciale de la Santé et se réunit une fois le semestre. Le CLPZ doit être doté d'un Règlement d'Ordre Intérieur. Il est possible d'avoir des invités à la réunion du CLPZ.

Attributions :

- Approuver les plans de la Zone de Santé et assurer le suivi de leur mise en œuvre,
- 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.

III. 2. LE CONSEIL DE GESTION DE LA ZS (COGE)

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 d'une façon rotative,
- un représentant des Comités de Développement des Aires de Santé(CODESA) rotatif
- 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 et se réunit mensuellement, avec des Procès Verbaux archivés.

Attributions :

- Gérer les ressources de la Zone de Santé,
- Préparer les dossiers et documents à soumettre au comité local de pilotage de la zone de santé.

III.3. EQUIPE CADRE DE LA ZONE DE SANTE

3.1. NORMES D'ORGANISATION.

Le leadership intégré de la Zone de santé est assuré par **l'Equipe cadre de la Zone de santé (ECZ)**. L'ECZ s'occupe de la gestion courante de la ZS.

3.1.1. 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.

3.1.2. Fonctions de l'ECZ

Les fonctions de responsabilité de l'Equipe Cadre de la ZS sont :

- la coordination,
- 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 des soins et des services,
- la revue des dossiers hospitaliers

1. 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 pourraient être financées et des stratégies de financement du budget prévisionnel.
- Un plan de développement de la ZS validé lors de la réunion du Comité Local de Pilotage de la Zone de Santé (CLPZ).

2. Prestation des soins

Les membres de l'ECZ doivent **tous** avoir une charge horaire de prestation de soins et de services à l'Hôpital Général de Référence.

3. Elaboration des instructions ou stratégies spécifiques

Pour le développement des services et des activités ainsi que des actes de prestation des soins, y compris la promotion des mutuelles de santé. 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.

4. 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 continue du personnel.

En plus, l'ECZ doit veiller à la qualité de la formation de base dans les ITM/IEM de la Zone de Santé.

5. 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 dans les normes et directives nationales de supervision intégrée. Les exigences en matière de supervision sont les suivantes :

- Instructions écrites (TDR, Plans de supervision, Canevas de supervision, canevas de rapport synthèse, grilles d'observation, une fiche d'évaluation de la qualité de la supervision...),
- 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,
- Exigence de l'implication des spécialistes (ayant un gradient de compétence supérieur) dans la supervision de la pratique médicale de médecins des hôpitaux.

L'audit médical (bedsensus, 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.

5. Gestion des ressources (humaines, financières, matérielles, ...), des médicaments, consommables, autres intrants spécifiques et de l'information sanitaire. Pour ce faire et dans le souci de conformité, il faudra utiliser les outils de gestion standardisés édictés par le Ministère de la Santé.

6. Prise de décisions importantes

Les décisions se prennent en équipe. S'il n'y a pas consensus, il faut recourir aux mécanismes d'arbitrage en vigueur (textes règlementaires, 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 par un rapport circonstancié (de préférence avant ou au cours de la prochaine réunion), en vue d'être débattue.

7. 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.

8. Suivi et évaluation

L'ECZ a aussi la fonction de faire le suivi et l'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, d'évaluation de la qualité de soins et de services...

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 voire en dehors de la Zone de santé.

3.2. NORMES DE FONCTIONNEMENT DE L'ECZ

3. 2.1. Principes

Le fonctionnement de l'ECZ obéit aux principes suivants :

1. 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 CSR, CS et PS).

2. 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.

3. 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**.

4. 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. .

5. 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.

3.2.2. Communication au sein de l'équipe

La communication au sein de l'équipe cadre est d'une importance capitale. 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 sont hebdomadaires afin d'éviter qu'elles ne soient programmées qu'en cas de problème ou de conflit. Néanmoins en cas de nécessité, une réunion extraordinaire peut-être convoquée. Les réunions doivent se dérouler dans un timing raisonnable ne dépassant pas 2 heures maximum.

Il importe de souligner que toutes les réunions de l'ECZ doivent faire l'objet de comptes-rendus ou Procès verbaux établis en bonne et due forme, rendus disponibles à tous les membres de l'ECZ et archivés.

Les relations sont fonctionnelles et de collaboration entre les membres de l'ECZ.

3.3. 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 sanitaire,
- Formation continue,
- Supervision intégrée,
- Gestion du personnel,
- Gestion des ressources matérielles,
- Gestion des médicaments, consommables et autres intrants spécifiques,
- Gestion des ressources financières,
- Activités de concertation et de coordination,
- Evaluation de la qualité de soins et de services (EEAQ),
- Suivi et évaluation des activités,
- Recherche opérationnelle,
- Archivage.

3.4. NORMES DE COMPOSITION DE L'EQUIPE CADRE

L'équipe est composée de **6 membres**, cette composition tient 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 capables 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, administrateur gestionnaires 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 pour les médecins et les infirmiers, et les compétences de gestion pour les administrateurs gestionnaires.
- 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 les 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.

Une ECZ est composée **de 6 membres sur les 20-35 personnes qui travaillent dont 4 du BCZS et 2 venant de l'HGR**

Membres de l'ECZ				
	Catégories	Nombre	Qualification	Fonction
1	Médecin	1	Docteur en médecine avec spécialisation en Santé Publique	Médecin Chef de Zone de Santé
2	Médecin ou autre	1	Diplômé en sciences de la Santé avec spécialisation en Santé Publique	Responsable de l'entité technique
3	Administrateur gestionnaire	1	L2 avec spécialisation en Santé Publique	Administrateur gestionnaire Titulaire Responsable de la gestion administrative et financière
4	Médecin	1	Docteur en médecine	Médecin Directeur de l'HGR
5	Directeur de nursing	1	Niveau A1 ou L2	Chef de nursing à l'HGR
6	Pharmacien	1	Diplômé en Pharmacie L2	Responsable de la gestion des MEG et autres intrants spécifiques
Total		6		

Cette équipe est à même de travailler en harmonie, **dans des situations exceptionnelles de certains BCZS n'ayant pas un pharmacien, celui de l'HGR fera partie de l'ECZ.**

BIBLIOGRAPHIE

1. Déclaration d'ASTANA de 2018 sur les Soins de Santé Primaires ;
2. Constitution de la République Démocratique du Congo 18 février 2006 ;
3. Loi N°18/035 du 13 décembre 2018 fixant les principes fondamentaux relatifs à l'organisation de la santé publique ;
4. Arrêté portant organisation et fonctionnement de Conseil de Gestion dans les FOSA ;
5. Projet santé pour tous, Manuel du centre de santé Volume III, soins préventifs et promotionnels, 2^{ème} édition 1995 ;
6. OMS. Peter Oakley, L'engagement communautaire pour le développement sanitaire, Analyse des principaux problèmes, 1989
7. Ministère de la santé, RDC, Normes sanitaires de la Zone de santé, Mai 2002.
8. 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.
9. Ministère de la santé, Direction des Soins de santé Primaires, Normes et directives de la Zone de santé, 2003 ;
10. Secrétariat général, Ministère de la santé Publique, Draft présenté par Dr Ndeumeni (Ph.D)/DEP MS, Normes sanitaires du Cameroun
11. Ministère de la santé, RDC. Politique Nationale de santé, 2001
12. Ministère de la santé, RDC. Plan Directeur de développement sanitaire (PDDS) , 1999
13. Ministère de la santé, RDC, Stratégie de Renforcement du système de santé (SRSS), 2006
14. 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).
15. H. Mintzberg Structure et dynamique des organisations. Éditions d'Organisation, 1982. 13^{ème} tirage 2000.
16. 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
17. Ministère de la santé publique, Secrétariat Général, Stratégie de Renforcement du Système de Santé, deuxième édition, Mars 2010.
18. Ministère de la santé publique, Secrétariat Général, Plan National de Développement Sanitaire PNDS 2011 - 2015, Mars 2010.
19. Ministère de la santé publique, Secrétariat Général, Direction de Développement de Soins de Santé Primaires, Normes et Directives d'opérationnalisation de la SRSS, Juillet 2010.
20. Ministère de la santé publique, Secrétariat Général, Normes et Directives relatives aux soins obstétricaux Essentiels, septembre 2012
21. Ministère de la santé publique, Secrétariat Général, Normes et Directives relatives aux soins obstétricaux d'urgence, septembre 2012

22. Ministère de la santé publique, Secrétariat Général, Normes et Directives relatives aux soins essentiels et d'urgence au nouveau-né, septembre 2012
23. Ministère de la santé publique, Secrétariat Général, Normes et Directives relatives aux interventions de santé de l'enfant, septembre 2012
24. Normes et Directives relatives aux interventions de santé de la reproduction des adolescents et jeunes, septembre 2012
25. Ministère de la santé publique, Secrétariat Général, Normes et Directives relatives à la planification familiale, septembre 2012
26. Ministère de la santé publique, Secrétariat Général, Normes et Directives relatives à la prise en charge médicale des victimes/survivants de violence sexuelle, septembre 2012
27. Ministère de la santé publique, Secrétariat Général, Normes et Directives relatives aux interventions à base communautaire pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, septembre 2012.
28. Ministère de la santé publique, Secrétariat Général, Normes et Directives nationales de Supervision Intégrée, Septembre 2016.
29. Ministère de la santé publique, Secrétariat Général, Stratégie de mise en œuvre de la Démarche Qualité Intégrée(DQI), Septembre 2016.
30. Ministère de la santé publique, Secrétariat Général, Guides cliniques et thérapeutiques à l'usage des prestataires des Hôpitaux Généraux de Référence, Mars 2016.
31. Ministère de la santé publique, Secrétariat Général, Plan National de Développement Sanitaire PNDS 2016 - 2020, 2016.
32. Ministère de la santé publique, Secrétariat Général, Normes de la formation continue, ...
33. Ministère de la santé publique, Secrétariat Général, Ordinogrammes des Soins au Centre de Santé, juillet 2017.
34. Ministère de la santé publique, Secrétariat Général, Plan National de Développement Sanitaire PNDS 2019 - 2022, 2018.
35. Ministère de la santé publique, Secrétariat Général, Arrêté Ministériel N°004/1250/CAB/MIN/S/004/CAJ/OWE/2017 du 17 septembre 2017 portant standardisation des outils de gestion dans les établissements de soins en République Démocratique du Congo, 2017.

1.2. Cadre de référence des normes

Document de référence pour l'opérationnalisation de la Stratégie et la conduite des interventions dans le secteur de la santé, le cadre de référence des normes puisent son fondement sur ce qui suit :

- 1) La Constitution de la RDC du 18 février 2006, spécialement à son article 47 proclamant le droit à la santé, restant ainsi logique avec les principes humanitaires qui gouvernent sa société et avec les normes du droit international en matière de la santé.

La même Constitution a en outre énoncé les principes de la délégation et du partage des pouvoirs entre le niveau central et les provinces, entre les provinces et les entités décentralisées dans le but notamment de rapprocher l'administration des administrés et les malades des centres de décision et de distribution des soins de santé auxquels ils ont droit ;

Dans ses articles 202, 203 et 204, cette même Constitution ainsi que des lois organiques précisent que les matières relatives au secteur de la Santé Publique sont, soit de la compétence exclusive du pouvoir central, soit de la compétence concurrente du pouvoir central et des provinces, soit de la compétence exclusive des provinces ;

- 2) La Loi N°18/035 du 13 décembre 2018 fixant les principes fondamentaux relatifs à l'organisation de la Santé Publique en RDC, définissant le droit à la Santé comme un droit fondamental du citoyen et un devoir de l'Etat. Elle porte les dispositions relatives au système national de santé en République Démocratique du Congo et fixe les principes fondamentaux et les règles d'organisation et de fonctionnement des structures de santé.

- 3) La Politique Nationale de la Santé (PNS) de la République Démocratique du Congo (RDC) 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 repose sur la SRSS, basée elle-même sur les Soins de Santé Primaires. Elle 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.

- 4) La Stratégie de Renforcement du Système de Santé (SRSS 2006 puis 2010) dont l'axe principal est 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;
- 5) Le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS 2011-2015) qui s'articule sur **quatre axes stratégiques**: a) le développement de la zone de santé, b) l'appui au développement de la zone de santé, c) le renforcement du

- leadership et de la gouvernance dans le secteur et d) le renforcement de la collaboration inter sectorielle.
- 6) Le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS 2016-2020) revu et corrigé par Le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS 2019-2022) avec ses 3 axes stratégiques
 - 7) La réforme du secteur de la santé en cours ;
 - 8) Tous les textes réglementaires régissant le système de santé de la RDC et fixant les dispositions organisationnelles, structurelles et fonctionnelles du secteur ;
 - 9) La loi organique n° 08/012 du 30 juillet 2008 portant principes fondamentaux relatifs à la libre administration des provinces et des lois organiques n° 08/015 du 07 octobre 2008 portant modalités d'organisation et de fonctionnement de la Conférence des Gouverneurs et n° 08/016 du 07 octobre 2008 portant composition, organisation et fonctionnement des Entités Décentralisées et leurs rapports avec l'Etat et les Provinces ;
 - 10) La souscription de la République Démocratique du Congo, sur le plan international, à la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme, à la Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé, à l'objectif social de la Santé pour Tous, aux Résolutions de la Conférence Internationale d'Alma Ata de 1978 sur les Soins de Santé Primaires, à la Charte Africaine de Développement Sanitaire de 1980 ainsi qu'à la Déclaration des Chefs d'Etat et de Gouvernement de l'Organisation de l'Unité Africaine sur la Santé, à la Déclaration de Paris et à la Déclaration d'Accra sur les soins de santé primaires et les systèmes de santé en Afrique comme base de développement.
 - 11) La politique mondiale de la « **Santé pour Tous et par Tous** » en RDC, laquelle se base sur la prise en compte des besoins sanitaires des Communautés nationales dans leur diversité ;
 - 12) L'adhésion de la RDC au Partenariat International pour la Santé (IHP+) reconnaissant les efforts entrepris dans le pays en vue de renforcer le système de santé comme préalable à la réalisation durable des objectifs du millénaire pour le développement (OMD) et d'autres objectifs de santé d'une part et elle permet de réduire en amont le risque de fragmentation de l'aide internationale et donc, celle des prestations dans nos Zones de Santé, d'autre part.
 - 13) La Déclaration d'ASTANA de 2018 sur les Soins de Santé Primaires

1.3. Des outils complémentaires :

Les présentes normes sont complétées par différents autres textes normatifs, notamment :

- Normes spécifiques
- Directives,

- Manuels des procédures,
- Instructions administratives et opérationnelles,
- Mémoire d'entente
- Contrats de performance
- Etc