

**REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO**

**MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE**



**SECRETARIAT GENERAL**

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

---

**Juillet 2012**

## TABLES DES MATIERES

Acronymes	4
Remerciement	6
Préface	7
Introduction	9
Chapitre I Généralités	11
1.1. Définition des concepts	11
1.2. Cadre de référence des normes	14
1.3. Des outils complémentaires	16
Chapitre II Principes généraux d'organisation et de fonctionnement de la zone de santé	17
2.1. La stratégie de renforcement du système de santé (SRSS)	17
2.2. Soins de Santé Primaires (SSP)	19
2.3. Le système de santé au niveau de la zone de santé	21
2.4. La participation communautaire	23
Chapitre III Normes de la structure de leadership intégré la Zone de Santé	24
3.1. Normes d'organisation	24
3.1.1. Mission de l'ECZ	24
3.1.2. Fonction de l'ECZ	24
3.2. Normes de fonctionnement de l'ECZ	26
3.2.1. Principes	26
3.2.2. Communication au sein de l'équipe	27
3.3. Normes d'activités de l'ECZ	27
3.4. Normes de composition de l'équipe cadre	28
Chapitre IV Les normes du centre de santé	29
4.1. Normes d'organisation	29
4.1.1. Fonction du centre santé	29
4.1.2. Les organes de gestion du centre de santé	29
4.1.2.1. L'équipe du centre	29
4.1.2.2. Le comité de développement de l'Aire de Santé (CODESA)	29
4.1.3. Les services au centre de santé	30
4.1.4. Relations du Centre de Santé avec les éléments du système de santé de l'aire de santé	31
4.1.5. Relations du centre de santé avec les autres structures de santé	31
4.1.6. Relation entre le centre de santé et des autres structures de santé de la zone de santé	31
4.1.7. Relation avec les partenaires	32
4.2. Normes de fonctionnement du centre de santé	32
4.3. Normes des activités	32
4.3.1. Contenu	33

4.3.1.1. Activités Préventives	33
4.3.1.2. Activités Curatives	33
4.3.1.3. Activités promotionnelles	33
4.3.1.4. Activités de réadaptation	34
4.3.1.5. Activités de gestion et de développement	34
4.3.1.6. Activités communautaires	34
4.4. Normes des ressources	35
4.4.1. Ressources humaines	35
4.4.2. Ressources financières	36
4.4.3. Ressources matérielles et équipement	36
4.4.4. Les Médicaments	37
4.4.5. Ressources immobilières	39
4.5. Normes de l'environnement	39
4.5.1. Environnement interne du centre de santé	39
4.5.1.1. L'eau courante	39
4.5.1.2. L'éclairage et l'énergie au centre de santé	39
4.5.1.3. Traiter les déchets solides	40
4.5.1.4. Traiter les déchets liquides	40
4.5.1.5. Latrines et douches au centre de santé	40
4.5.1.6. Protection contre la contamination	40
4.5.1.7. Protection contre les insectes nuisibles (mouches et moustiques)	40
4.5.1.8. Protection contre les bruits sonores	41
4.5.2. Environnement externe	41
Chapitre V. Normes de l'hôpital général de référence	42
5.1.1. Normes d'organisation	42
5.1.2. Fonctions de l'hôpital Général de référence	42
5.1.3. Services	42
5.1.4. Relation entre l'HGR avec les autres éléments de la ZS	42
5.1.4. 1. Relations interne entre différents services de l'HGR	42
5.1.4.2. Relations avec les autres structures de santé de la zone de santé	43
5.1.4.3. Relation avec la communauté	43
5.1.4.4. Relation avec les partenaires	43
5.1.5. Les Organes de gestion de l'HGR	44
5.1.5.1. L'ECZ	44
5.1.5.2. Le comité de direction	44
5.1.2. Normes des activités	44
5.1.3. Normes des fonctionnements	45
5.1.3.1. Les réunions du Comité de Direction	45
5.1.3.2. Les réunions de services	45
5.1.4. Normes de ressources	45
5.1.4.1. Ressources humaines	45
5.1.4.2. Ressources financière	47
5.1.4.3. Ressources matérielles et équipements	47

5.1.4.3.1. Classifications	48
5.1.4.3.2. Equipements standard d'un Hôpital Général de Référence	48
5.1.4.3.4. Médicaments et autres consommables médicaux	49
5.1.4. Normes structures de l'hôpital général de référence	49
5.1.5. Normes de l'environnement	49
5.1.5.1. Environnement interne de l'HGR	49
5.1.5.2. Protection contre les insectes nuisibles (mouches et moustiques)	50
5.1.5.3. L'Eau courante	50
5.1.5.4. L'éclairage et l'énergie à l'HGR	50
5.1.5.5. Traitement des déchets solides	50
5.1.5.6. Latrines et déchets liquides	50
5.1.5.7. Latrines et douches à l'HGR	50
5.1.5.7. Protection contre les bruits sonores	51
5.1.5.7. Prévention des insecticides et alimentations	51
5.1.5.2. Environnement externe	51
Chapitre VI. Normes de fonctionnalité de la zone de santé et types d'appuis	52
6.1. Normes de fonctionnalité et de performance d'une zone de santé	52
6.1.1. Zone de santé fonctionnelle	52
6.1.2. Zone de santé performance	53
6.2.2. Normes de ressources humaines pour le bureau	53
6.2.3. Normes de ressources financières	53
6.2.3.1. Ressources financières	53
6.2.3.2. Normes des ressources matérielles et équipement	54
6.2.3.3. Classification	54
6.2.3.4. Normes par rapport aux médicaments et autres consommables médicaux	55
Annexes	56
Annexe I Détails des activités du paquet complémentaires à l'HGR	56
Annexe II. Les examens de laboratoire a l'hôpital général de référence	61
Annexe III. Les normes structures au centre de la santé	66
Annexe IV Normes structures de l'hôpital Général de référence	67
Annexe V. Mesure d'hygiène et assainissement de l'HGR	71
Annexe VI Les Normes structures du bureau central de la zone de santé	72
Bibliographie	73

## 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
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

Conformément aux recommandations de la Revue annuelle 2010 du Ministère de la Santé Publique tenue à l'Hôtel Karavia de Lubumbashi du 12 au 15 octobre 2011, un atelier de révision des Normes de la Zone de Santé devrait être organisé pour l'actualisation des normes de la Zone de Santé. C'est dans ce cadre qu'il s'est tenu, au Centre Theresanium de Kintambo du 11 au 16 janvier 2012, un atelier de révision des normes d'organisation et de fonctionnalité de la Zone de Santé. Cet atelier qui avait connu la participation de 28 personnes comprenant les acteurs et partenaires du secteur de la santé, a permis de réviser la version 2009 du « **RECUEIL DES NORMES D'ORGANISATION ET DE FONCTIONNEMENT DES STRUCTURES SANITAIRES DE LA ZONE DE SANTE EN REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO** ».

C'est ainsi qu'au moment de la publication de cette deuxième édition, le Ministère de la Santé Publique exprime ses sincères remerciements à l'endroit de tous ceux qui ont participé à la réalisation de ce travail.

Je remercie d'abord les experts ayant participé à l'élaboration de la première édition du Recueil des normes publiée en 2009. Il s'agit en particulier de Dr LOKONGA NZEYAGE, Dr TSHEKE KOY, Dr Félix MINUKU, Dr MINZEMBA, Dr MANTSHUMBA, Dr Jean Bosco KAHINDO, Dr MUKENGESHAY, Dr MUKINAY, Dr Michel MULOHWE, Dr Bart CALLEWAERT, Dr Desmet MARTINUS, Dr KALAMBAY NTEMBWA, Dr SIMBI AHADI, Dr François Xavier N'SIESI, Dr Pierre LOKADI OTETE OPETHA, Dr Brigitte KINI, Dr EKWANZALA, Mme CHIRWISA, Dr Joachim MUBIALA, Dr Daniel VERNA, Dr NDAKALA, Dr Didier MULISHO, Dr DIANA, Dr Albert KALONDJI, Dr EPUMBA EPONDO, Mr 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 juillet 2012 au Centre Theresanium de Kintambo, dont certains étaient déjà retenus comme membres lors de l'élaboration de la première édition. Je citerai notamment Dr SESE YEMININGA, Dr LEMBISA, Dr Pierre SAMBU, Dr MAKAMBA MBONARIBA, Dr SALUMU SIYANGOLI, Dr Guylain KAYA MUTENDA, Dr José KUMUMANGI MALEKEA, Mr LUMBAYI ILUNGA, AG NGANDU KATALA KAKOLE, Dr ASSANI SALUBEZIA, Dr BUHENDWA KALIMBA, Dr FARAY ASSUMANY, Mr MASUGA MUSAFIRI, Phc MPELI LOMOKA, Dr Jean-Rigobert TSHIENDA, Dr PILI PILI HANGI, Dr Alain IYETI, Phc MBOYO, AG JM KAYUMBA LISAMBOLA, AG BOTULI, AG Gabriel LUMEMBO, AG MOFUMUNGI MAFA, Mme ILUNGA BINAMA, Mme Béatrice TSHIALA, Phc Germaine KIMBAMBU, Dr Mathieu KANDAL, Dr Yvette TSHIUNDOLELA.

Enfin, je voudrais particulièrement remercier l'UNICEF et l'IRC pour leur appui technique et financier qui a été très utile à la réalisation de ce travail.

**Dr Pierre LOKADI OTETE OPETHA**  
Secrétaire Général à la Santé

## PREFACE

Dans tout pays organisé, le système de santé est régi par des textes réglementaires qui fixent les dispositions organisationnelles, structurelles et fonctionnelles. Pendant longtemps, le système de santé de la République Démocratique du Congo a subi les conséquences du relâchement de l'autorité de l'Etat, de l'anarchie et du non respect des règles établies. Dans le souci de reconstruire le système de santé de notre pays, le Ministère de la Santé Publique a élaboré en 2006 la Stratégie de Renforcement du Système de Santé (SRSS) puis révisée en 2010.

L'adoption de la deuxième édition de la SRSS et du PNDS 2011-2015 par l'ensemble des partenaires du secteur de la santé, lors de la Revue annuelle 2009 tenue du 25 au 27 février 2010 au Centre CARITAS, a suscité des sentiments de satisfaction d'une part et d'anxiété d'autre part. Satisfaction puisque l'ensemble des acteurs du secteur de la santé disposent maintenant d'une stratégie et d'une vision communes sur la revitalisation du système de santé. Anxiété du fait que la SRSS profile non seulement une perspective quelque peu différente du paradigme dominant dans le secteur, mais aussi du fait que l'opérationnalisation de la SRSS exige un savoir-faire particulier et s'inscrit surtout dans une perspective à long terme qui ne cadre pas toujours avec la préoccupation de visibilité et de survie de certains acteurs.

L'axe principal de la stratégie est donc le développement des zones de santé comme un système à deux échelons (hôpital général de référence et centres de santé) sous la responsabilité de l'Equipe Cadre de la Zone. La mise en œuvre du processus de développement des Zones de Santé nécessite un certain nombre d'outils qui décrivent les usages communs, les règles, les caractéristiques de référence pour garantir un niveau d'ordre optimal dans le contexte de l'opérationnalisation de la stratégie. A cet effet, le Ministère de la Santé Publique vient de produire la deuxième édition du Recueil des Normes de la Zone de Santé ainsi que les directives de mise en œuvre. Dans le souci d'intégrer les spécificités liées à la situation des zones de santé militaires/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.

Ce Recueil des Normes de la Zone de Santé est une reforme de plusieurs documents traitant de normes, il a été enrichi par les réflexions des cadres et experts congolais ayant travaillé ou qui travaillent encore au Ministère de la Santé Publique, ou pour le compte des partenaires, ou encore pour leur propre compte.

Le contenu de différents chapitres est conçu avec flexibilité de manière à permettre aux acteurs du secteur de l'intégrer aisément dans l'exercice quotidien de leurs activités 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 , (iv) permettre la comparaison des résultats obtenus dans la mise en œuvre de différentes activités sur le terrain et, (v) 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 la SRSS.

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. Toutefois, il convient de souligner le caractère flexible de ce travail, qui, au fil de temps, subira des révisions en réponse aux réalités provenant du terrain. A ce stade, ces Normes de la Zone de Santé doivent être considérées comme un large consensus sur des hypothèses de travail destinées à être testées lors de la mise en œuvre du processus de développement des Zone de Santé.

C'est ainsi que cette édition intègre les réajustements d'ordre opérationnel sur base des résultats observés sur le terrain. La validation de ce document est donc à envisager au minimum dans le moyen terme pour s'assurer de l'adhésion des acteurs du terrain par rapport aux réajustements opérés.

**Dr Félix KABANGE NUMBI MUKWAMPA**  
Ministre de la Santé Publique

## INTRODUCTION

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

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

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

L'opérationnalisation de la SRSS et du PNDS 2011-2015 nécessite que soient élaborés ou finalisés un certain nombre d'outils parmi lesquels (i) les normes qui définissent les exigences à respecter; (ii) les directives qui présentent les principes généraux et les objectifs précis de chaque norme ; (iii) le manuel des procédures organisationnelles qui définissent les responsabilités de chacun à son poste de travail et (iv) les instructions qui elles, détaillent la manière d'accomplir des tâches spécifiques, ainsi que (v) le Plan d'Action opérationnel. Et, il est important de maintenir la cohérence entre ces différents outils et la SRSS pour une opérationnalisation satisfaisante

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

Le document des normes s'adresse ainsi à tous les acteurs qui sont impliqués dans le fonctionnement et l'organisation des zones de santé en vue d'améliorer la qualité des interventions.

Ce recueil de normes prend en compte les différentes spécificités des zones de santé.

Les documents des normes relatives à la lutte contre les principales maladies existant dans les programmes spécialisés du Ministère de la Santé Publique ont été pris en compte dans l'élaboration du présent recueil qui se concentre sur le PMA et le PCA.

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

Ce document renseigne sur : les principes généraux d'organisation et de fonctionnement de la zone de santé, les normes de la structure de leadership intégré de la zone de santé, les normes du centre de santé, les normes de l'Hôpital Général de Référence et les normes de fonctionnalité de la zone de santé ainsi que les types d'appui.

Il reprend enfin quatre annexes sur (i) le PCA détaillé, (ii) les examens de laboratoire à l'hôpital général de référence (iii) les interventions essentielles pour la santé de la mère et de l'enfant au CS et (iv) les normes structurales de l'HGR.

# CHAPITRE I : GENERALITES

## 1.1. DEFINITION DES CONCEPTS

### 1) La Zone de Santé (ZS)

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

### 2) 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 ".

### 3) 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.

### 4) 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.

### 5) 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 et DS), (viii) l'existence d'un appui à ces dernières.

## **6) 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.

## **7) 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).

## **8) 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.

## **9) 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.

## **10) 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.

## **11) Centre de Santé de Référence**

Toute structure de soins de santé qui, tout en remplissant les fonctions traditionnelles de Centre de Santé, réalise certaines activités relevant normalement de l'Hôpital Général de Référence. Il est tenu par un médecin ou tout au moins par un infirmier A1

## **12) Centre hospitalier**

Tout établissement privé de Soins 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 cinquante lits.

## **13) Hôpital**

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

#### **14) Hôpital Général de Référence**

Tout établissement de soins de santé qui a comme fonctions essentielles la dispensation des soins de santé et la prise en charge des cas référés. Il est responsabilisé par l'ECZS pour assurer le PCA dans la Zone de Santé.

#### **15) Poste de Santé**

Structure facultative de dispensation de soins de santé créée pour répondre à un besoin d'accessibilité pour la résolution des problèmes précis d'une population particulière dans une Aire de Santé.

#### **16) 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.

#### **17) 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.

#### **18) Appui global**

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

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

#### **19) Appui partiel.**

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

## **20) La 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 efficaces)

## **21) Le Plan National de Développement Sanitaire 2011-2015 (PNDS 2011-2015)**

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.

## **22) Accessibilité aux soins**

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

## **23) La 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<sup>1</sup>.

## **24) Le 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.

## **25) Le 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).

## **26) La politique sanitaire**

C'est l'ensemble des dispositions légales et réglementaires qui régissent l'administration des services de soins de santé.

### **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 :

---

<sup>1</sup> Manuel du Centre de santé, soins préventifs et promotionnels

- 1) 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.
- 2) 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 ;
- 3) 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.
- 4) Les recommandations de la Revue annuelle 2010 du Ministère de la Santé Publique tenue à l'Hôtel Karavia de Lubumbashi du 12 au 15 octobre 2011 ;
- 5) La réforme du secteur de la santé en cours ;
- 6) Tous les textes réglementaires régissant le système de santé de la RDC et fixant les dispositions organisationnelles, structurelles et fonctionnelles du secteur ;
- 7) La Loi-Cadre de la Santé, en instance de promulgation, 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.

- 8) 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 ;



- 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.

### 1.3. Des outils complémentaires :

Les présentes normes sont complétées par différents autres textes normatifs :

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

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

Ce chapitre traite des principes/concepts clés qui doivent être clairement compris dans l'organisation et le fonctionnement de la Zones de santé. Il s'agit du système de santé en RDC, des SSP, de la participation communautaire au niveau de la ZS. Et la stratégie de renforcement du système de santé.

### 2.1. LA 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.

Le travail au niveau de la Zone de santé est une priorité pour le développement d'un système de santé intégré à deux échelons (CS et HGR) piloté par l'Equipe Cadre de la Zone de Santé. Le développement des zones de santé comme toute activité organisée, doit répondre, comme le mentionne Mintzberg<sup>2</sup>, 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 :

#### **(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 travail 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 d'ordre intérieur de l'ECZ qui doit être approuvé par le Médecin Provincial, 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 dispose du personnel dont ils ont besoins en termes de quantité et de qualité conformément 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 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**

L'amélioration de la qualité des soins est le résultat de l'interaction entre plusieurs inputs qui contribuent à l'assurance qualité des soins offerts à la population parmi lesquels on peut citer: (i) directives claires sur les actes et gestes à poser par le personnel de santé notamment 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 des formations sanitaires (réhabilitation et entretien), (iii) la supervision formative périodique maintenant la compétence du personnel, (iv) l'intégration des soins curatifs et préventifs, (v) la mise en place d'un système d'information permettant l'évaluation de l'action des services hospitaliers et des centres de santé (système d'information hospitalière, etc.) ainsi que (vi) tous les éléments plus subjectifs tels que l'accueil et à l'écoute des usagers, etc.

## **(v) Participation communautaire**

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 cette forme 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.

## **2.2. SOINS DE SANTE PRIMAIRES (SSP)**

### **Définition**

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

### **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,.....).

### **Principes des SSP**

Les principes des SSP sont :

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

#### **a) La globalisation des soins**

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

### **b) L'intégration des soins**

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

### **c) La continuité des soins**

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

### **d) La rationalisation des services**

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

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

### **e) La déconcentration**

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

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

### **f) La décentralisation**

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

### **g) La pérennisation des services**

C'est la capacité de continuer l'action et de maintenir les résultats après le désengagement des partenaires.

## **2.3. LE SYSTEME DE SANTE AU NIVEAU DE LA ZONE DE SANTE**

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

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

### **Eléments du système de santé dans la ZS**

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

Parmi les structures de santé d'une ZS on distingue : les structures **obligatoires** et **les structures facultatives**.

Les structures sanitaires obligatoires sont : le Centre de Santé (CS).et l'Hôpital Général de Référence (HGR).

Les structures facultatives permettent de répondre aux exigences d'accessibilité géographique. Il s'agit du Centre de Santé de Référence (CSR) et du Poste de Santé (PS). Les circonstances d'implantation d'une structure facultative dans une ZS sont définies dans les directives d'application des normes d'organisation et de fonctionnement de la ZS.

Il existe des Zones de Santé spéciales, notamment les ZS militaires et de la Police. Celles-ci sont caractérisées par le fait que leurs structures de santé sont géographiquement localisées dans d'autres Zones de Santé.

**Le Bureau central de la Zone de Santé constitue la structure-cadre d'organisation et de fonctionnement 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.**

### **Les organes de gestion de la ZS**

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

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

## **L'Equipe cadre de la Zone de santé :**

C'est la structure du leadership intégrée au niveau de la Zone de santé. Elle est développée au chapitre 3.

## **Comité de gestion de la ZS**

### **Membres :**

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

Le Comité de gestion de la Zone de Santé est présidé par le Médecin Chef de Zone et se réunit mensuellement.

### **Attributions :**

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

## **Conseil d'administration de la ZS**

### **Membres :**

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

Le Conseil d'Administration est présidé par le Médecin Inspecteur Provincial et se réunit une fois par semestre.

### **Attributions :**

- Approuver les plans de la Zone de Santé et contrôler 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

## **2.4. LA PARTICIPATION COMMUNAUTAIRE**

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

### **Les avantages**

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

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

### **Les différents niveaux de participation**

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

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



## **CHAPITRE III : NORMES DE LA STRUCTURE DE LEADERSHIP INTEGRE 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)**.

#### **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 planification aussi bien du développement des services que des activités et des ressources, la prestation des soins , le développement des instructions ou stratégies spécifiques, la formation du personnel, la supervision et l'audit médical, la gestion des ressources,, la recherche opérationnelle, l'assurance qualité, la revue des dossiers hospitaliers et la coordination.

#### **Planification**

Chaque zone de santé doit disposer de :

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

#### **Prestation des soins**

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

**Elaboration des instructions ou stratégies spécifiques** pour le développement des services et des activités ainsi que des actes de prestation des soins, 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.

## **Formation du personnel**

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

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

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

## **Supervision et audit médical**

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

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

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

L'audit médical (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.

**Gestion des ressources**(humaines, financières, matérielles, ...), des médicaments et de l'information sanitaire

### **La 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.

### **Recherche opérationnelle**

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

## **Suivi et évaluation**

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

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

## **3.2. NORMES DE FONCTIONNEMENT DE L'ECZ**

### **3. 2.1. Principes**

Le fonctionnement de l'ECZ obéit aux principes suivants :

#### **Responsabilité**

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

#### **Redevabilité**

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

#### **Coordination**

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

#### **Intégration**

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

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

## Séparation des fonctions

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

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

### 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 doivent être régulières (hebdomadaire) afin d'éviter qu'elles ne soient programmées qu'en cas de problème ou de conflit.

### 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
- Formation continue,
- Supervision,
- Gestion du personnel,
- Gestion des ressources matérielles,
- Gestion des médicaments,
- Gestion des ressources financières,
- Activités de concertation et de coordination.

### 3.4. NORMES DE COMPOSITION DE L'EQUIPE CADRE

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

- Le profil de membres doit être déterminé par la nature des tâches à accomplir et la capacité à les réaliser.
- Il doit s'agir de personnes 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 et les infirmiers répondent mieux à ce profil.
- Chaque membre devra avoir aussi bien une responsabilité au niveau des services des soins que des activités de développement de la Zone.
- La prestation des soins fait appel à quatre fonctions qui doivent être intégrées pour éviter que la population de responsabilité de la zone de santé ne fasse 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, il est vivement souhaitable qu'une ECZ ne soit pléthorique Une ECZ composée **de 9 personnes** (Médecin Chef de Zone de Santé, Médecin Directeur de l'HGR, Directeur de Nursing, Administrateur Gestionnaire de la ZS, de l'infirmier Superviseur SSP de la Zone de santé, Pharmacien, le Technicien d'Assainissement, l'Animateur Communautaire et le Nutritionniste)est à même de travailler en harmonie.

L'ECZ est appuyée par un personnel d'appoint. (Secrétaire, chauffeur, Travailleur Ordinaire et sentinelle)

## **CHAPITRE IV : LES NORMES DU CENTRE DE SANTÉ**

### **4.1. NORMES D'ORGANISATION.**

Le Centre de santé est un établissement des soins de 1<sup>er</sup> échelon, responsable des activités de prestation des soins au niveau d'une aire de santé donnée.

#### **4.1.1. Fonctions du Centre de santé ;**

Les fonctions du centre de santé sont :

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

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

#### **4.1.2. 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 CODESA.

##### **4.1.2.1. 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.

##### **4.1.2.2. 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 micro 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.

### **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.

### **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 mandat de deux ans, renouvelable une fois. Le CODESA fonctionne suivant un règlement d'ordre intérieur établi.

#### **4.1.3. 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.

#### **4.1.4. Relations du CS avec les éléments du système de santé de l'Aire de santé.**

##### **Relations internes**

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

##### **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 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.

#### **4.1.5. 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.

#### **4.1.6. Relations entre le Centre de santé et les autres structures de santé de la ZS**

##### **Relations avec l'HGR**

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

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

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



## **Relations avec l'ECZ**

Il s'agit de relations administratives et fonctionnelles.

Les 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.

### **4.1.7. 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.

## **4.2.NORMES DE FONCTIONNEMENT DU CENTRE DE SANTE**

### **De l'horaire de travail au Centre de Sante**

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 Vendredi : 8 à 16 heures

Le Samedi de 8 à 12 heures

Le dimanche, jours fériés et en dehors des heures ci-haut, le travail est fonction des urgences

La maternité travaille 24/24H

### **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.

## **4.3. NORMES DES ACTIVITÉS**

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

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

### **4.3.1. 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.

#### **4.3.1.1. Activités préventives**

- Surveillance de la croissance et du développement des enfants de moins de 5 ans
- Consultations prénatales recentrées
- 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 à leur âge (Alzheimer, démence sénile etc.)
- Réhabilitation à base communautaire en self care

#### **4.3.1.2. Activités 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 par ACT
- Réhabilitation nutritionnelle et réhabilitation physique (kinésithérapie respiratoire...)
- Transfusion sanguine
- Traitement des séquelles des maladies invalidantes

#### **4.3.1.3. Activités promotionnelles**

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

- La promotion des préservatifs
- La promotion de l'assainissement du milieu
- La promotion de l'allaitement maternel exclusif
- La promotion de bonnes habitudes alimentaires, nutritionnelles et culinaires
- La promotion de l'utilisation du sel iodé
- La promotion du marketing social et distribution des 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

#### **4.3.1.4. 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

#### **4.3.1.5. 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 :

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

#### **4.3.1.6. Activités communautaires :**

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

Le paquet d'activités du niveau communautaire comprend :

- Mesures d'hygiène alimentaire,
- Captage, 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
- RBC pour personnes handicapés
- Récupération des perdus de vue
- Visite à domicile
- Prise en charge communautaire et familiale des PTA : Soins ambulatoires des PTA, accompagnement psycho social des PTA et PVV
- Suivi des projets communautaires
- Soins palliatifs à domiciles des maladies chroniques

## 4.4. NORMES DES RESSOURCES

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

#### 4.4.2. 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)

#### 4.4.3. Ressources matérielles et équipements.

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

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

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

- Immobilier (bâtiment du CS, bureau...)
- Matériel et outillage :
  - Matériel de laboratoire et de diagnostic : microscope, centrifugeuse, tensiomètre, stéthoscope...
  - Outillage : de menuiserie, de mécanique, de maçonnerie, brouettes, raclettes, machettes, pelles, seaux, brosses...
- Matériel de transport : vélos, moto, véhicule.

- Mobilier (chaises, tables, lits, brancards, étagères...)
- Matériel de bureau (calculatrice, machine à écrire,...)
- Agencements, aménagements et installations (téléphone, frigo, boîte isotherme, installations électriques et sanitaires, installation d'énergie solaire, citerne d'eau...)

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

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

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

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

#### **4.4.4. Les médicaments**

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

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

.

Par la sélection, on détermine quels médicaments doivent être 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.

#### **Sélection des médicaments,**

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

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

## Acquisition des médicaments

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

## Distribution des médicaments

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

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

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

## **Utilisation correcte des médicaments**

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

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

### **4.4.5. Ressources immobilières.**

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

## **4.5. NORMES DE L'ENVIRONNEMENT**

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

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

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

### **4.5.1. Environnement interne du CS**

#### **4.5.1.1. 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.

#### **4.5.1.2. 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...).



#### **4.5.1.3. Traiter les déchets solides**

Le CS doit disposer de :

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

#### **4.4.1.4. Traiter les déchets liquides**

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

#### **4.5.1.5. 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<sup>e</sup> âge).
- au moins deux douches propres branchées ou pas à une source d'alimentation d'eau courante.

#### **4.5.1.6. 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.

#### **4.5.1.7. 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.

#### 4.5.1.8. Protection contre les bruits sonores

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

#### 4.5.2. Environnement externe

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

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

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

## CHAPITRE V : NORMES DE L'HOPITAL GENERAL DE REFERENCE

### 5.1.1. NORMES D'ORGANISATION.

Un HGR est une structure de 2<sup>ème</sup> 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.

### 5.1.2. Fonctions de l'hôpital Général de référence

L'Hôpital Général de Référence a pour fonction :

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

### 5.1.3. Services

Au sein d'un Hôpital Général de Référence il existe les services suivants :

- Les services administratifs : Service d'accueil, Secrétariat, Comptabilité, archivage et bibliothèque,
- Les services médicaux de base : Pédiatrie, Gynécologie & Obstétrique, médecine interne et la 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,

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

#### 5.1.4.1. 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.

#### 5.1.4.2. Relations avec les autres structures de santé de la zone de santé.

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

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

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

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

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

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

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

#### 5.1.4.3. 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.

#### 5.1.4.4. 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.

## 5.1.5. Les organes de gestion de l'HGR

### 5.1.5.1. L'ECZ

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

### 5.1.5.2. 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 et a pour membres :

## 5.1. 2. NORMES DES ACTIVITÉS

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

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

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

Le Paquet Complémentaire d'Activités comprend des activités préventives, curatives et promotionnelles 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, financière, la recherche action et l'encadrement du personnel de la zone de santé).

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

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

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

L'imagerie médicale comprend:

- Radiographie (radioscopie)
- Echographie

La stérilisation du matériel

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

Les activités de réadaptation

- Kinésithérapie- Physiothérapie
- Appareillage orthopédique

### 5.1.3. NORMES DE FONCTIONNEMENT

#### 5.1.3.1. Les réunions du Comité de Direction (CODIR)

Les réunions du CODIR ont un caractère hebdomadaire.

#### 5.1.3.2. 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.

Les réunions du matin sont quotidiennes

### 5.1.4. NORMES DES RESSOURCES

#### 5.1.4.1. Ressources humaines

N°	Qualifications du Personnel	Nbre de lits par personnel de santé		HGR de 100 lits	HGR de 150 lits
		Min	Max		
I	<b>Professionnel de santé</b>				
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>			<b>71</b>	<b>102</b>
II	<b>Personnel administratif</b>				
	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/huisier	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>			<b>28</b>	<b>34</b>
II	<b>Personnel technique et logistique</b>				
	Electricien	100	200	1	2
	Menuisier	50	100	1	2
	Plombier	100	200	2	4
	<i>Sous total 3</i>			<b>4</b>	<b>8</b>
				103	144

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

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

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

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

- liste de paie
- besoin en personnel.
- Fiches de cotation annuelle

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

#### **5.1.4.2. 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

#### **5.1.4.3. Ressources matérielles et équipements**

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



#### 5.1.4.3.1. Classification :

- ✓ **Les fournitures** : sont des biens rapidement consommables, ex : les papiers, stylos, médicaments, réactifs,...
  
- ✓ **Les matériels et les équipements** : sont des biens qui durent plusieurs années sous la même forme et qu'il faut entretenir et renouveler.  
Généralement, les équipements sont classés sous les différentes rubriques suivantes :
  - Immobilier (bâtiments du CS, bureau...)
  - Matériel et outillage :
    - Matériel de laboratoire et de diagnostic : microscope, centrifugeuse, potence à VS, tensiomètre, stéthoscope...
    - Outillage : de menuiserie, de mécanique, de maçonnerie, brouettes, raclettes, machettes, pelles, seaux, brosses...
  - Matériel de transport : vélos, moto, véhicule.
  - Mobilier (chaises, tables, lits, brancards, étagères...)
  - Matériel de bureau (calculatrice, machine à écrire, ordinateurs, photocopieuse...)
  - Agencements, aménagements et installations (téléphone ou phonie, frigo, boîte isotherme, installations électriques et sanitaires, installation d'énergie solaire, citernes d'eau...)

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

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

Pour les immobiliers :

- Les titres de propriétés
- Les documents cadastraux

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

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

#### 5.1.4.3.3. Equipements standard d'un Hôpital Général de Référence

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

#### **5.1.4.3.4. Médicaments et autres consommables médicaux**

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

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

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

- le bon de commande de médicaments
- Le procès verbal de réception des produits
- Le registre de consommation journalière de médicaments essentiels
- La fiche d'inventaire
- Le tableau de bord de l'HGR
- Le rapport synthèse mensuel de gestion des médicaments
- La fiche de stock
- La fiche de contrôle de température
- Fiche de facturation
- Liste des médicaments essentiels de la RDC (révision 2011) a été publiée par le Ministère de la santé<sup>2</sup>.
- Liste des 13 pathologies prioritaires

#### **5.1.4. NORMES STRUCTURALES DE L'HÔPITAL GÉNÉRAL DE RÉFÉRENCE**

(Normes architecturales)

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

#### **5.1.5. NORMES DE L'ENVIRONNEMENT**

##### **5.1.5.1. Environnement interne de l'HGR**

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

On accordera une attention particulière à l'assainissement du milieu (désherbage, curage des égouts, ...). Il faut prévoir un incinérateur, des installations sanitaires hygiéniques, un système de drainage des eaux usées et de ruissellement et un système d'alimentation en eau potable, pavillons pour accompagnants, érection insuffisante de barrières aux endroits

---

<sup>2</sup>Voir liste nationale des médicaments essentiels, Ministère de la santé, OMS, septembre 2005.

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,.

#### **5.1.5.2. 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.

#### **5.1.5.3. 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)

#### **5.1.5.4. 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.

#### **5.1.5.5. Traitement 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.

#### **5.1.5.6. Traitement des déchets liquides**

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

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

#### **5.1.5.7. Latrines et douches à l'HGR**

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

Adaptation des latrines aux personnes à mobilité réduite

### **5.1.5.8. Protection contre les bruits sonores**

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

#### **5.1.5.1.9. 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.

#### **5.1.5.2. Environnement externe**

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

## CHAPITRE VI : 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

### 6.1. NORMES DE FONCTIONNALITE ET DE PERFORMANCE D'UNE ZONE DE SANTE

#### 6.1.1. Zone de santé fonctionnelle

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

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

#### **ECZ fonctionnelle:**

Une ECZ est dite fonctionnelle quand :

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

#### **Un HGR est fonctionnel** quand :

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

#### **Un Centre de Santé fonctionnel** doit avoir :

- une petite équipe d'infirmiers polyvalents et formés en 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 (COSA).

### 6.1.2. Zone de Santé performante

La performance d'une Zone de Santé est à distinguer de la fonctionnalité. Une Zone de Santé est dite performante quand elle réalise de façon durable un certain nombre de résultats par rapport aux objectifs fixés et aux attentes de la population bénéficiaire. Cette définition implique que la performance fait suite à la fonctionnalité et exclut tous les résultats aussi spectaculaires soient-ils qui s'obtiennent de fois en situation d'urgence.

### 6.2.2. Normes de ressources humaines pour le Bureau Central

N°	Qualifications du Personnel	Nombre
1.	Médecin Chef de Zone de Santé	1
2.	Pharmacien	1
3.	Le nutritionniste	1
4.	Administrateur-Gestionnaire	1
5.	Infirmiers superviseurs	3
6.	Secrétaire comptable	1
7.	Sentinelle	2
8.	Chauffeur	1
9.	Technicien d'Assainissement	1
10.	Animateur Communautaire	1
11.	Travailleur Ordinaire	2
	<b>Total</b>	15

### 6.2.3. Normes des ressources financières

#### 6.2.3.1. 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

### 6.2.3.2. Normes des Ressources matérielles et équipements

Les équipements 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 équipements sont des biens communs pour lesquels les usagers sont tenus à respecter et à faire respecter.

### 6.2.3.3. Classification :

- ✓ **Les fournitures** : sont des biens rapidement consommables, ex : les papiers, stylos, médicaments, réactifs,...
- ✓ **Les matériels et les équipements** : sont des biens qui durent plusieurs années sous la même forme et qu'il faut entretenir et renouveler. Généralement, les équipements sont classés sous les différentes rubriques suivantes :
  - Immobilier (bâtiments, bureau...)
  - Matériel et outillage : machettes, pelles, seaux, brosses...
  - Matériel de transport : vélos, moto, véhicule et pirogues
  - Mobilier (chaises, tables, lits, brancards, étagères...)
  - Matériel de bureau (calculatrice, machine à écrire, Kits informatiques, photocopieuse...)
  - Agencements, aménagements et installations (téléphone ou phonie, frigo, boîte isotherme, installations électriques et sanitaires, installation d'énergie solaire, citernes d'eau...)

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

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

Pour les immobiliers :

- Les titres de propriétés
- Les documents cadastraux

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

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

#### **6.2.3.4. Normes par rapport aux Médicaments et autres consommables médicaux**

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



## ANNEXES

- Annexe I : Détails des activités du paquet complémentaire a l'HGR.  
Annexe II : Les examens de laboratoire à l'Hôpital Général de Référence  
Annexe III : Les normes structurales du Centre de Santé  
Annexe IV : Les normes structurales de l'Hôpital Général de Référence  
ANNEXE V : Moyens d'hygiène et assainissement de l'HGR.  
Annexe VI : Normes architecturales structurales du Bureau Central de la ZS

### ANNEXE I : DETAILS DES ACTIVITES DU PAQUET COMPLEMENTAIRE A L'HGR.

#### 1. Activités curatives

##### (1) Consultations curatives

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

##### (2) Hospitalisation des malades

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

##### (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. 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 SMNE pour les détails
  
- Consultations pré-nuptiales :
  - o examens cliniques et complémentaires de dépistage (drépanocytose, IST...)
  - o conseils,
  - o référence éventuelle (pour dépistage syphilis, HIV...)

## **3. Activités promotionnelles**

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

## **4. Activités d'appui et autres**

### **(1) Gestion de l'information sanitaire hospitalière**

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

## **(2) Gestion des ressources humaines**

- Tenue à jour du répertoire du personnel (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**

- 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)

## **(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

#### **5. La formation et l'encadrement du personnel et des stagiaires**

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

## ANNEXE II : 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 Cati (Trypanosomes)		
		2	Hématologie	
				Dosage de l'Hb (Sahli)
Test d'Emmel				
Numération de GB				
Recherche de l'Hb au méta bisulfite de Na 2%				
Numération de GR				
Numération des plaquettes				
Numération des réticulocytes				
Vitesse de sédimentation				
Formule leucocytaire				
Temps de saignement (Duke)				
Temps de coagulation (Lee et White)				
Taux de prothrombine				
Groupe sanguin				
Test de compatibilité direct et indirect				
3	Bactériologie			
		LCR		
		Encre de chine (recherche de cryptocoques)		
		Coloration au May GrünwaldGiemsa		

		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
<b>4</b>	<b>Biochimie</b>	
	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
<b>5</b>	<b>Prélèvement, conservation et transport des échantillons</b>
<b>6</b>	<b>Conditionnement des échantillons</b>

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

<b>TESTS</b>	<b>TECHNIQUES</b>
<b>I. <u>SANG</u></b>  1) Hémoglobine 2) Numération des globules blancs 3) Formule leucocytaire 4) Goutte Epaisse 5) Recherche des hématies falciformes 6) Groupe sanguin ABO 7) Groupe rhésus 8) Test de compatibilité 9) Vitesse de sédimentation (VS) 10) Dépistage de la syphilis 11) Numération des plaquettes 12) Numération des réticulocytes 13) Recherche d'antigène HBS 14) Recherche d'antigène HCV	1. Colorimétrique 2. Türck 3. May-Grunwald Giemsa 4. Giemsa 5. Méta bisulfite 6. Méthode de Tille 7. Méthode de tille /tube 8. Tubes et test anti globuline à 34° 9. Wintergreen 10. RPR 11. Manuel (oxalate d'ammonium) 12. Manuel (Bleu de crésyl) brillant 13. Test rapide 14. Test rapide 15. Test rapide



<p>15) Dépistage VIH</p> <p>16) Hémoculture</p> <p>17) Analyses biochimiques</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bilirubine</li> <li>2. Transaminases</li> <li>3. Phosphatases alcalines</li> <li>4. Protéines totales</li> <li>5. Créatinine</li> <li>6. Glycémie</li> <li>7. Cholestérol</li> <li>8. Albumine</li> <li>9. Electrophorèse de protéines</li> </ol>	<p>16. Méthodes conventionnelles</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Méthode de Diazo</li> <li>2) Dimitrophénol</li> <li>3) Paramitrophénol</li> <li>4) Biuret</li> <li>5) Réaction de Jaffe</li> <li>6) Glucose oxydase</li> <li>7) Enzymatique</li> <li>8) Vert de Bromocrésol</li> </ol>
<p><b><u>2. L.C.R</u></b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Aspect</li> <li>2) Examen à frais</li> <li>3) Eléments</li> <li>4) Recherche des bactéries</li> <li>5) Culture bactérienne</li> <li>6) Recherche des B.K</li> <li>7) Recherche de cryptococcus</li> <li>8) Dosage des protéines</li> <li>9) Dosage de sucre</li> <li>10) Dosage des protéines</li> <li>11) Antibiogramme</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Visuel</li> <li>2. Examenmicroscopique direct</li> <li>3. Manuel (Turk)</li> <li>4. Coloration de gram</li> <li>5. Méthode conventionnelle</li> <li>6. Coloration de Ziehl –Nielsen</li> <li>7. Encre de chine</li> <li>8. Glucose oxydase</li> <li>9. Biuret</li> <li>10. Méthode de Diffusion</li> </ol>

### **3. SELLES**

1. Aspect
2. Examen à frais
3. Enrichissement
4. Culture bactérienne
5. Antibiogramme

### **4. Urines**

1. Sédiments pour recherches des parasites
2. Sédiments pour la recherche de bactéries
3. Test de grossesse

### **5. Crachats**

1. crachats pour B.K

### **6. Peau**

1. Grattage
2. Scarification pour recherche de B.H (Bacille Hansen)

### **7. Eaux**

- 1) Test au chlorure
- 2) Test au nitrate

1. Examen microscopique
2. Examen microscopique direct
3. Méthode au choix
4. Méthode conventionnelle

1. Examen microscopique direct
2. Coloration de gram
3. Bandelette ou agglutination sur lame (Latex).
4. Solution de Bénédict ou bandelette
5. Acide sulfosalicylique ou bandelette
6. Bandelette ou classique
7. Bandelette
8. Bandelette
9. Bandelette
10. Méthode conventionnelles
1. Coloration de ziehlNeelsen

1. KOH 10%
2. Ziehl –Neelsen

1. Méthode chimique
2. Méthode chimique

## ANNEXE III : LES NORMES STRUCTURALES DU CENTRE DE SANTE

### 1. Dimensions et configuration du Centre de Santé

Surface totale : 140 m<sup>2</sup> comprenant :

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

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 m<sup>2</sup> avec latrines et douches.

## **ANNEXE IV : LES NORMES STRUCTURALES DE L'HOPITAL GENERAL DE REFERENCE**

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

### **Service administratif**

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

### **Service de consultation externe**

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

### **Service de médecine interne**

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

### **Service de Pédiatrie**

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

## **Service de chirurgie**

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

## **Le bloc opératoire**

- 1 salle d'opération septique : 36 m<sup>2</sup>
- 1 salle d'opération aseptique + 1 salle de stérilisation : 36 m<sup>2</sup>
- 1 vestiaire pour médecin + toilette + douche: 20 m<sup>2</sup>
- 1 vestiaire pour infirmiers + toilette + douche : 30 m<sup>2</sup>
- 1 salle pour brossage des chirurgiens, avec réserve d'eau : 12 m<sup>2</sup>
- 1 salle pour instruments : 15 m<sup>2</sup>
- 1 bureau pour médecin : 12 m<sup>2</sup>
- 1 salle de réserve + local pour infirmiers: 20 m<sup>2</sup>
- 1 salle de réveil + salle des soins post opératoires: 30 m<sup>2</sup> (4 lits)
- 1 salle de stérilisation centrale : 48 m<sup>2</sup>

## **Service de gynéco obstétrique**

- 1 bureau pour l'infirmier : 15 m<sup>2</sup>
- 1 salle d'attente : 20 m<sup>2</sup>
- 1 salle de soins : 12 m<sup>2</sup>
- 1 salle de garde : 12 m<sup>2</sup> + toilette + douche
- 1 local de service + réserve : 20 m<sup>2</sup>
- 1 salle d'hospitalisation Gynécologie (200 lits) : 300 m<sup>2</sup>
- 4 toilettes + douches : 4X6 m<sup>2</sup>

## **La maternité**

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

**Le laboratoire : 15 m<sup>2</sup>**

**Le BCZ (si inclus dans l'HGR) : 30 m<sup>2</sup>**

## **La pharmacie**

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

## **Radiologie**

- Salle de radiologie : 25 m<sup>2</sup>
- Salle d'échographie + toilette: 20 m<sup>2</sup>
- Chambre noire : 10 m<sup>2</sup>
- Salle d'attente : 20 m<sup>2</sup>
- Bureau du technicien : 12 m<sup>2</sup>

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 m<sup>2</sup>
- 1 zone de travail : 30 m<sup>2</sup>
- 1 poste de raccommodage : 6 m<sup>2</sup>
- 1 lingerie aseptique : 20 m<sup>2</sup>
- 1 local de désinfection : 10 m<sup>2</sup>
- 1 salle de repassage : 10 m<sup>2</sup>
- 1 toilette : 6 m<sup>2</sup>
- 6 séchoirs à l'air libre : 6 X 30 m

## **La cuisine centrale**

- 1 Cuisine : 40 m<sup>2</sup>
- 1 plonge vaisselle : 20 m<sup>2</sup>
- 1 Magasin (avec congélateur) : 10 m<sup>2</sup>
- 1 réfectoire : 180 m<sup>2</sup>
- 1 bureau : 12 m<sup>2</sup>

**Incinérateur** : 2 modules

**Garage** : 48 m<sup>2</sup> avec bureau, atelier, magasin

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

### **Installation électrique :**

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

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

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

## ANNEXE V : 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 <sup>33</sup>
10	Source d'énergie	- Courant électrique, - Panneau solaire, - Groupe électrogène-	
11	Matériels d'entretien	-1 Kit/ service	



## **ANNEXE VI : LES NORMES STRUCTURALES DU BUREAU CENTRAL DE LA ZONE DE SANTE**

- 1 Bureau du Médecin Chef de Zone : 25 m<sup>2</sup>
- Bureau de l'AG : 20 m<sup>2</sup>
- Bureau des superviseurs : 30 m<sup>2</sup>
- Bureau du nutritionniste : 20 m<sup>2</sup>
- Secrétariat : 12 m<sup>2</sup>
- Salle de réunion et bibliothèque : 30 m<sup>2</sup>
- Réception : 20 m<sup>2</sup>
- Toilettes : 6 m<sup>2</sup>
- Pharmacie de la ZS : 20 m<sup>2</sup> (voir PNAM)
- Dépôt du BCZ : 20 m<sup>2</sup>
- Local de chaîne du froid : 9 m<sup>2</sup>

## BIBLIOGRAPHIE

1. Projet santé pour tous, Manuel du centre de santé Volume III, soins préventifs et promotionnels, 2<sup>ème</sup> édition 1995 ;
2. OMS. Peter Oakley, L'engagement communautaire pour le développement sanitaire, Analyse des principaux problèmes, 1989
3. Ministère de la santé, RDC, Normes sanitaires de la Zone de santé, Mai 2002.
4. OMS, Bureau régional pour l'Afrique Brazzaville, G.L. Monekoso, M.D., La Gestion sanitaire au niveau de District Directives de mise en œuvre, De la médiocrité à l'excellence dans les prestations sanitaires, septembre 1994.
5. Ministère de la santé, Direction des Soins de santé Primaires, Normes et directives de la Zone de santé, 2003 ;
6. Secrétariat général, Ministère de la santé Publique, Draft présenté par Dr Ndeumeni (Ph.D)/DEP MS, Normes sanitaires du Cameroun
7. Ministère de la santé, RDC. Politique Nationale de santé, 2001
8. Ministère de la santé, RDC. Plan Directeur de développement sanitaire (PDDS) , 19999
9. Ministère de la santé, RDC, Stratégie de Renforcement du système de santé (SRSS), 2006
10. K. A. Pangu. Santé Pour tous d'ici l'an 200 : c'est possible, expérience de planification et d'implantation des centres de santé dans la Zone de Santé de Kasongo au Zaïre, 1988 (Thèse de Doctorat).
11. H. Mintzberg Structure et dynamique des organisations. Éditions d'Organisation, 1982. 13<sup>ème</sup> tirage 2000.
12. Ministère de la santé, Programme national de lutte contre le VIH/SIDA, Prof NGO BEBE, Guide de gestion des programmes de santé, application au processus gestionnaire à la coordination des activités de lutte contre le VIH/SIDA
13. Ministère de la santé publique, Secrétariat Général, Stratégie de Renforcement du Système de Santé, deuxième édition, Mars 2010.
14. Ministère de la santé publique, Secrétariat Général, Plan National de Développement Sanitaire PNDS 2011 - 2015, Mars 2010.
15. 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.
16. Ministère de la santé publique, Secrétariat Général, Normes et Directives relatives aux soins obstétricaux Essentiels, septembre 2012
17. Ministère de la santé publique, Secrétariat Général, Normes et Directives relatives aux soins obstétricaux d'urgence, septembre 2012
18. Ministère de la santé publique, Secrétariat Général, Normes et Directives relatives aux soins essentiels et d'urgence au nouveau-né, septembre 2012
19. Ministère de la santé publique, Secrétariat Général, Normes et Directives relatives aux interventions de santé de l'enfant, septembre 2012
20. Normes et Directives relatives aux interventions de santé de la reproduction des adolescents et jeunes, septembre 2012
21. Ministère de la santé publique, Secrétariat Général, Normes et Directives relatives à la planification familiale, septembre 2012

22. 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
23. 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.