

MINISTERE DE LA SANTE

SECRETARIAT GENERAL

CELLULE D'APPUI A LA DECENTRA-
LISATION DU SYSTEME SANITAIRE

03 B.P. : 7009 - OUAGADOUGOU 03
TEL. : 50.33.26.13

BURKINA FASO

Unité - Progrès - Justice

**FORMATION DES MEDECINS
EN GESTION
DES DISTRICTS SANITAIRES**

MODULE 2 :

**ORGANISATION DES SERVICES
DE SANTE
DANS LE DISTRICT SANITAIRE**

COMITE DE REVISION

N° D'ORDRE	NOM ET PRENOM	SERVICE
1.	ALASSANE Abdoulaye	DEP
2.	BADOLO Ousmane	DLM/SSE
3.	BANGAGNE Yemdame	DRS Cascades
4.	COMBARY Patrice Ali	DRS Centre Ouest
5.	COULIBALY Boubacar	DRH/Santé
6.	COULIBALY Norbert	DRS Centre Est
7.	DEMBELE Mathurin	DLM/PNT
8.	DIPAMA Sylvain	DRS Centre Nord
9.	DJIGUEMDE Amédée Prosper	DRS Est
10.	KARA Daniel	CADSS
11.	MEDA Z. Clément	DS Orodara
12.	NACOULMA S. Daniel	UNICEF
13.	OUILI Saïdou	CADSS
14.	OUOBA Henri	CADSS
15.	SANON Aurélien Jean	DEP
16.	SANOUE Georgette	CADSS
17.	SANOUE Marie Joseph	CMLS / Santé
18.	SOMBIE B. Michel	CAB /MS
19.	SOMDA N. Paul	IGSS
20.	SOME T. Romaric	DEP
21.	SOURA Yorba	DSF
22.	TRAORE Abdoulaye	UFR/SDS
23.	YONLI Lamoudi	CADSS
24.	ZOMBRE D. Sosthène	OMS / BFA

SECRETARIAT

- Mme KARAMA Karidja

TABLE DES MATIERES

COMITE DE REVISION	2
OBJECTIFS	6
INTRODUCTION	7
CHAPITRE I : GENERALITES	8
1.1. Historique.....	8
1.1.1. Organisation sanitaire sous l'ère coloniale	8
1.1.2. Lutte contre les endemies et organisation des soins	8
1.1.3. L'héritage colonial	9
1.1.4. Alma Ata et les soins de santé primaires.....	9
1.2. Notion de système de santé	11
1.2.1. Approche systémique	11
Objectifs de l'approche systémique	11
1.2.2. Définitions de : système, analyse des systèmes, modèle conceptuel.....	11
1.2.3. Système de santé	12
1.2.4. Evolution du système de santé au Burkina Faso.....	13
1.2.4.1 <i>Organisation sanitaire de l'indépendance à la Programmation Sanitaire Nationale (PSN) en 1978</i>	14
1.2.4.2 <i>Organisation sanitaire de la PSN à nos jours</i>	14
1.3. Interaction entre services de santé et population : l'interface	15
1.3.1. L'hospitalocentrisme	17
1.3.2. Les agents de santé	17
1.3.3. Les équipes mobiles	18
1.3.4. Le dispensaire "du généraliste"	18
CHAPITRE II : LE SYSTEME DE SANTE DE DISTRICT	20
2.1 Définition du district sanitaire.....	20
2.2. Le district : unité opérationnelle du système de santé	21
2.2.1 Caractéristiques du district sanitaire	22
2.2.1.1 <i>La population "participative" de "responsabilité"</i>	22
2.2.1.2 <i>Le service de santé, sous-système</i>	22
2.3 Le District sanitaire : un système de santé intégré	23
2.3.1 Définition du système intégré	23
2.3.2 Justification du système intégré :	24
2.3.3 Conséquences et contraintes du système intégré :	24
2.4 Le premier échelon : le réseau de centres de santé.....	28
2.4.1. Définition du centre de santé	28
2.4.2 Caractéristiques du centre de santé	28
2.4.2.1 <i>Offre de soins</i>	31
2.4.2.2. <i>Conditions structurelles du centre de santé</i>	31

2.4.3	Eléments caractérisant le fonctionnement d'un centre de santé	33
2.4.3.1	<i>Les intrants</i>	33
2.4.3.2	<i>Le processus</i>	34
2.4.3.3	<i>Résultats du centre de santé : le paquet minimum d'activités (PMA)</i>	35
2.4.4.	Activités administratives et gestionnaires du centre de santé	43
2.4.5.	Développement des centres de santé	44
2.4.6	Conditions d'ouverture d'un centre de santé	46
2.5.	Le deuxième échelon : l'hôpital de district	47
2.5.1.	Définition de l'hôpital de district	47
2.5.2.	Justification de l'hôpital de district	48
2.5.2.1	<i>Par rapport à la demande</i>	48
2.5.2.2	<i>Par rapport au besoin</i>	49
2.5.2.3	<i>Par rapport à l'offre de soins</i>	52
2.5.3.	Rôle de l'hôpital de district	54
2.5.4.	Organisation de l'hôpital de district	59
2.5.5.	Activités de l'hôpital de district	62
2.5.6	Eléments d'appréciation de la performance de l'hôpital	64
2.5.6.1	<i>Indicateurs classiques d'hospitalisation</i>	65
2.5.6.2	<i>Audit médical</i>	67
2.5.6.3	<i>Indicateurs de la référence /contre référence</i>	68
2.6	L'Equipe Cadre de District	68
2.6.1	Définition de l'équipe cadre de district	68
2.6.2	Fonctions et rôle de l'Equipe Cadre de District (ECD)	70
2.6.3	Modèles d'organisation de l'Equipe Cadre de District	74
2.6.4	Etablissement des priorités et extension de la couverture dans un district	78
2.6.4.1	<i>Etablissement des priorités</i>	78
2.6.4.2	<i>Formation du personnel du district</i>	84
2.6.4.3	<i>Rationalisation des ressources du district</i>	86
2.6.4.4	<i>Rationalisation des activités :</i>	86
2.6.4.5	<i>Extension de la couverture</i>	90
CHAPITRE III : EVALUATION DU FONCTIONNEMENT ET DE LA PERFORMANCE DES		
DISTRICTS SANITAIRES		99
3.1.	Objectifs de l'évaluation	99
3.2.	Domaines de l'évaluation	99
3.3.	Evaluation du fonctionnement	100
3.3.1	Domaines	100
3.3.2.	Critères de fonctionnement d'un district sanitaire	101
3.3.3.	Grilles d'appréciation du fonctionnement d'un district sanitaire	102
3.4.	Evaluation de la performance d'un district sanitaire	102
3.4.1.	Domaines	102

3.4.2. Indicateurs de performance.....	103
3.4.3. Grille d'appréciation de la performance des districts sanitaires	103
3.5. Méthodologies et sources de vérification	104
3.6. Conclusion	106
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	107
ANNEXES	109
ANNEXE 1 : EVALUATION DU FONCTIONNEMENT ET DE LA PERFORMANCE DES DISTRICTS SANITAIRES.....	110
ANNEXE 2 : GRILLES D'APPRECIATION DU FONCTIONNEMENT D'UN DISTRICT SANITAIRE	111
ANNEXE 3 : GRILLE D'APPRECIATION DE LA PERFORMANCE D'UN DISTRICT SANITAIRE .	115
ANNEXE 4 : TABLEAUX RECAPITULATIFS DE NOTATION	119

OBJECTIFS

Objectif général

A la fin de la formation, les participants doivent être capables d'expliquer les éléments d'organisation des services de santé sur la base de l'approche district sanitaire.

Objectifs d'apprentissage

- Décrire l'évolution des stratégies de mise en œuvre des soins de santé primaires
- Expliquer la notion d'interface entre la communauté et les services de santé ;
- Expliquer le concept du système de santé intégré ;
- Décrire le rôle et le fonctionnement du premier échelon ;
- Décrire le rôle et le fonctionnement du deuxième échelon ;
- Définir l'Equipe Cadre de District ;
- Décrire le rôle et les fonctions de l'équipe cadre de district ;
- Décrire les axes de développement du district sanitaire ;
- Utiliser le guide national d'évaluation du fonctionnement et de la performance des districts sanitaires.

INTRODUCTION

Chaque jour, la vie d'innombrables personnes dépend de l'organisation du système de santé. Mais :

- que faut-il faire pour avoir un bon système de santé ?
- qu'est-ce qui le rend équitable ?
- comment savoir si un système de santé est aussi performant qu'il devrait l'être ?

Autant de questions qui ont amené plusieurs pays à organiser leurs services de santé sur la base de modèles souvent proposés par des auteurs issus d'écoles diverses.

Les systèmes de santé ont connu des réformes profondes depuis la rencontre d'Alma Ata sur les soins de santé primaires en 1978 et celle d'Hararé en 1987 sur le district sanitaire.

Quelque soit le système de santé, l'objectif ultime est d'améliorer l'état de la santé des populations par une offre de soins de qualité à la majeure partie des communautés.

L'organisation du système de santé basé sur le district sanitaire semble répondre mieux à cet objectif surtout pour les pays en développement.

CHAPITRE I : GENERALITES

1.1. Historique

Les systèmes de soins de santé en Afrique se sont distingués depuis le début du siècle par leur caractère institutionnel et par l'initiative des pouvoirs publics. La crise financière des systèmes de soins en Afrique a conduit à une remise en cause du modèle de développement sanitaire à la conférence d'Alma Ata. Après une décennie d'expérimentations diverses, la tendance dominante en ce moment est celle d'une décentralisation vers le niveau des districts avec une organisation des soins en deux échelons.

1.1.1. Organisation sanitaire sous l'ère coloniale

La médecine « moderne » qui est un système parmi tant d'autres, a d'emblée eu un caractère institutionnel fortement identifié à l'autorité coloniale.

Pour des raisons évidentes, les premiers efforts d'organisation sanitaire ont eu comme cadre les villes et les comptoirs commerciaux en général sur l'initiative des autorités coloniales.

Ainsi, pour les pouvoirs coloniaux et locaux et pour la population elle-même, le dispensateur de soins (agent de santé) n'officialait pas pour lui-même mais était identifié comme faisant partie de la structure du pouvoir colonial.

1.1.2. Lutte contre les endémies et organisation des soins

Avant la première guerre mondiale, les structures médicales se limitaient en grande partie aux soins pour les troupes et cadres européens et ensuite aux collaborateurs indigènes : soldats, fonctionnaires, personnel.

Progressivement la nécessité de remédier à la détérioration de la situation sanitaire des populations indigènes s'est imposée et la demande de soins de santé de type européen allait grandissant. La réponse à cette demande avait une importance politique. Cette prise de conscience allait de pair avec l'identification d'un certain nombre de maladies infectieuses comme problèmes importants individuels et vulnérables (malaria, pian, variole et trypanosomiase) qui étaient des grandes endémies contre lesquelles il fallait des programmes verticaux de lutte.

Entre temps, la demande en soins curatifs devenait croissante et nécessitait le renforcement des équipements sanitaires urbains d'abord et ensuite la création d'un réseau de dispensaires et hôpitaux de brousse en milieu rural.

1.1.3. L'héritage colonial

Au moment des indépendances, trois types d'éléments sur le plan sanitaire coexistaient, à savoir :

- Les services verticaux, structurés selon le modèle militaire constitué d'équipes mobiles destinées à lutter contre les épidémies ;
- Une infrastructure hospitalière relativement sophistiquée, surtout dans les villes où l'administration coloniale gérait l'hygiène du milieu ;
- Un réseau de dispensaires gouvernementaux, para-étatiques, missionnaires philanthropes, liés à des entreprises commerciales ou à l'inverse tout un dispositif sous équipé avec une insuffisance de coordination des activités.

1.1.4. Alma Ata et les soins de santé primaires

Dans les années 70, les budgets de la santé des pays africains ont chuté, tandis que le nombre de personnels à payer augmentait. Des problèmes d'entretien des infrastructures (hôpitaux) se posaient et les nouveaux investissements étaient très limités : le secteur de la santé entrait dans une période de crise.

C'est dans ce contexte que l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a eu l'argument pour opérer un changement radical par la redéfinition :

- des groupes cibles et les activités prioritaires ;
- du rôle de la politique sanitaire et de la participation de la population dans le processus de développement.

Mais dans le milieu de la technocratie internationale, on n'arrivait pas à s'accorder sur l'interprétation à donner à la déclaration de Alma Ata. Chaque intervenant la mettra en œuvre souvent en la réduisant à quelques aspects particuliers.

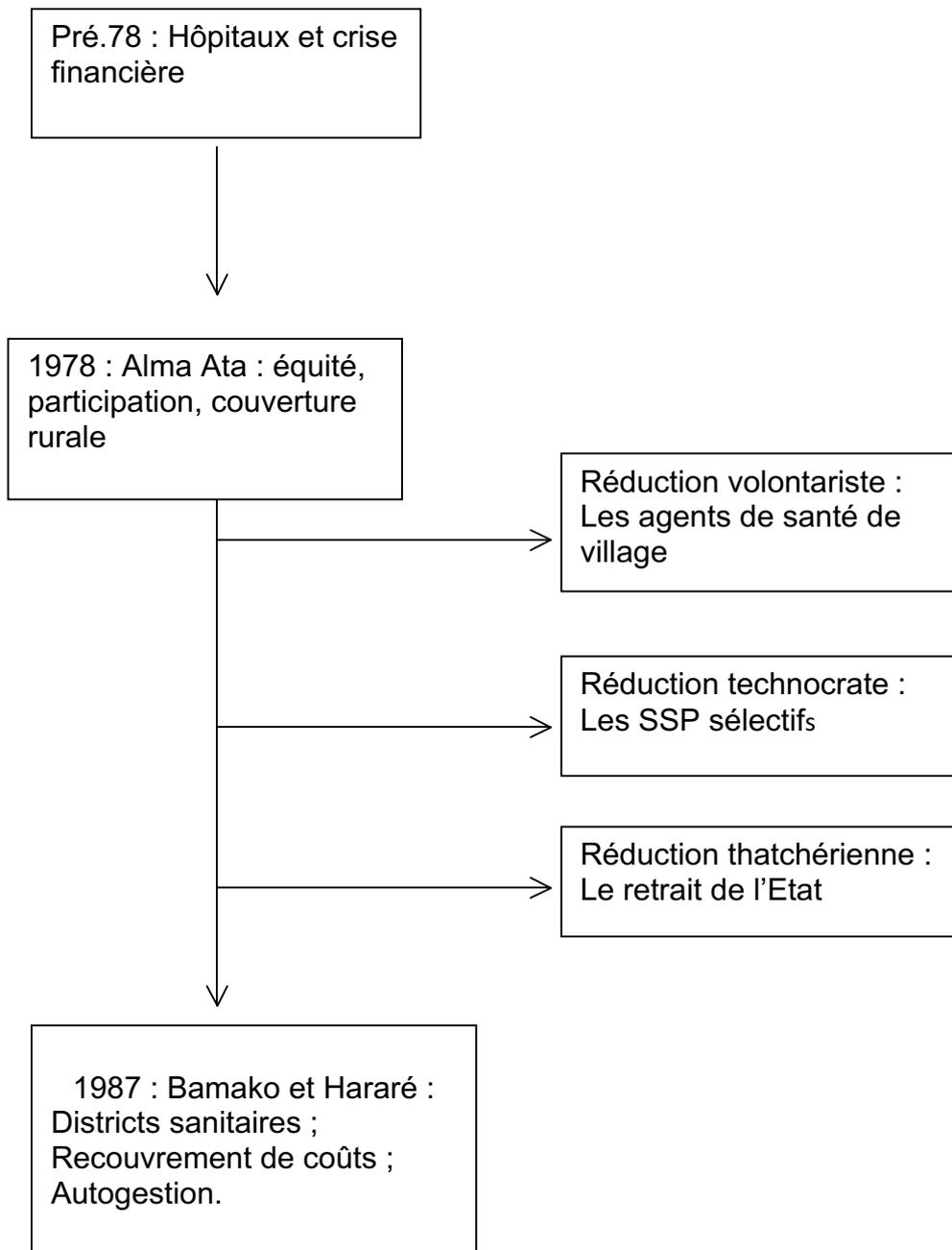


Figure n°1 : Evolution d'Alma Ata à Bamako et Hararé

1.2. Notion de système de santé

1.2.1. Approche systémique

Le secteur de la santé fait partie des secteurs sociaux. Son étude nécessite par conséquent le recours aux méthodes des sciences sociales. En plus de l'approche systémique, l'approche sociologique est largement utilisée en santé publique¹.

Cette approche découle de la théorie des systèmes et de la cybernétique², études développées dans les milieux scientifiques depuis la fin du premier quart du XXème siècle et qui ont permis de progresser considérablement dans l'analyse et la compréhension des phénomènes de société.

Objectifs de l'approche systémique

L'approche systémique permet de recueillir des informations qui vont permettre la prise de décision dans un environnement complexe : l'information scientifique et la prise de décision sont donc les deux objectifs principaux de cette méthode qui est la meilleure actuellement pour les responsables de la planification, de la gestion, de la surveillance et de l'évaluation des *programmes basés sur la communauté (donc non-verticaux)* sur lesquels peuvent s'exercer au fur et à mesure des contrôles ou des modifications.

1.2.2. Définitions de : système, analyse des systèmes, modèle conceptuel

Le **Système** est un ensemble coordonné et dynamique comportant divers éléments reliés entre eux et qui interagissent, pouvant entraîner de ce fait une modification progressive de ce système.

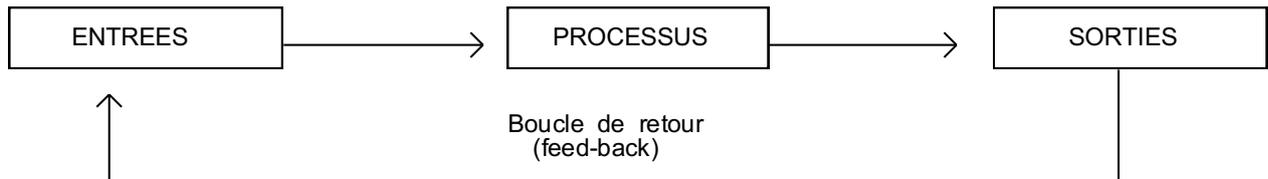
Par "**analyse des systèmes**", on entend toute analyse formelle visant à « suggérer » une voie d'action par l'examen systématique des objectifs, coûts, efficacité et risques de différentes politiques ou stratégies possibles et, au cas où elles se révéleraient inadéquates, à en élaborer d'autres. *C'est une manière d'aborder ou de considérer des problèmes complexes de choix dans des conditions d'incertitude;...*³

¹ Madeleine Crawitz - Méthodes des sciences sociales - 9e édition - pg 378 Editions Dalloz - Paris 1993.

² Encyclopaedia Universalis - Corpus vol. 6 pg 994 - Paris 1990.

³ In : Grundy & Reynke - Recherche en organisation sanitaire et techniques de management, Cahiers de Santé Publique n° 51, pg 19, OMS, Genève 1973.

Le **modèle conceptuel** est la "traduction graphique et mathématique" d'un système abstrait qui permet de visualiser les éléments, leurs liaisons et de signaler par des vecteurs l'orientation des échanges (flux). L'emploi de ce modèle permet de décrire le système et de projeter son évolution.



Les systèmes peuvent être étudiés soit isolément (systèmes fermés), soit dans un cadre plus complexe (systèmes ouverts), ou encore fractionnés en sous-systèmes isolés ou interdépendants.

1.2.3. Système de santé

Le Système de santé peut être défini largement comme le tout cohérent de nombreux éléments interdépendants, tant sectoriels qu'intersectoriels, ainsi, que la collectivité elle-même, qui produisent un effet combiné sur la santé de la population."⁴

" Le système de santé est un bon exemple de système conçu et commandé par l'homme pour la réalisation d'une finalité humaine et mettant en oeuvre à la fois des ressources humaines et des ressources matérielles. Comme d'autres systèmes sociaux, il permet une liberté de choix entre différentes lignes d'action qui, en modifiant sa structure et ses fonctions, modifieront son fonctionnement de manière que les sorties (outputs) correspondent mieux aux objectifs prédéterminés"⁵.

⁴ In : Kleczkowski, Ellig & Smith : Appui des systèmes de santé aux soins de santé primaires. Cahier de santé publique N° 80, OMS, Genève 1985.

⁵ In : Kleczkowski, Ellig & Smith : Appui des systèmes de santé aux soins de santé primaires. Cahiers de Santé Publique N° 80, OMS, Genève 1985.

Un modèle simple représentant le système - santé est le suivant ⁶ :

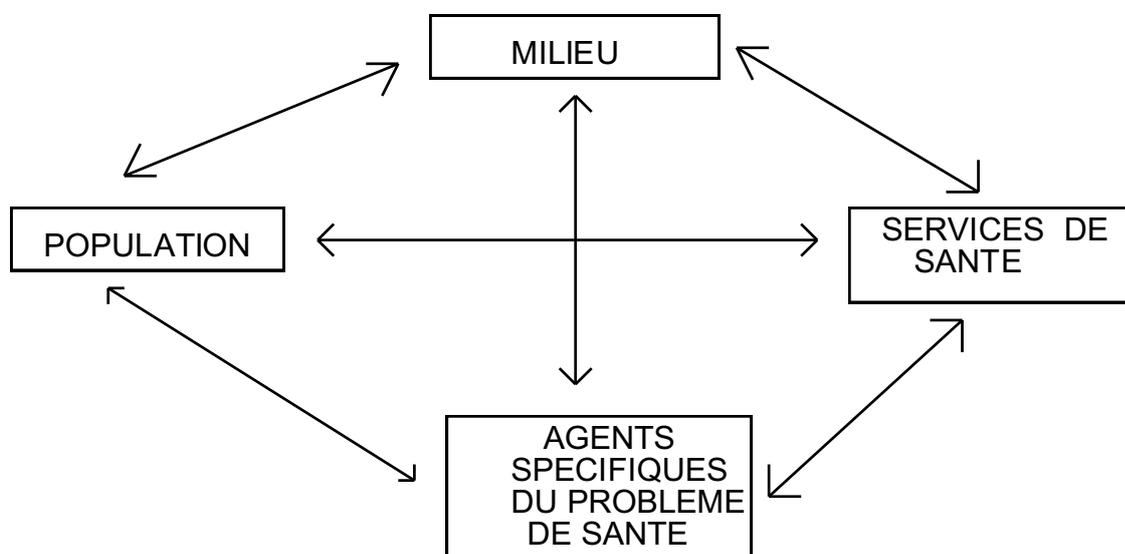


Figure n°2 : Modèle représentant un système de santé

L'Etat de santé est la résultante d'un système complexe d'interrelations. Ici, le système réel met quatre composantes en relation :

- la population ;
- les agents spécifiques du problème de santé ;
- le milieu ;
- et les services de santé.

1.2.4. Evolution du système de santé au Burkina Faso

L'introduction de la médecine moderne dans les colonies correspond à la période qu'il convient d'appeler celle de la lutte contre les grandes endémies. Ce fut l'ère des équipes mobiles d'hygiène publique et de prophylaxie.

La nécessité d'avoir une main d'œuvre en bonne santé a été aussi une des raisons de la mise en place des services mobiles de lutte contre les grandes endémies telles que la trypanosomiase et la lèpre. Les succès remportés dans cette lutte ont vite fait de transformer les équipes mobiles en structures fixes. L'organisation de ces structures était faite en secteurs sanitaires (secteur n°1, n°2, n°3, n°4, etc).

⁶ In : Grundy & Reynke - Recherche en organisation sanitaire et techniques de management, Cahier de Santé Publique N° 51, page 19, OMS, Genève 1973.

1.2.4.1 Organisation sanitaire de l'indépendance à la Programmation Sanitaire Nationale (PSN) en 1978

A l'accession du pays à l'indépendance en 1960, les structures fixes de la période coloniale ont fait place à des formations hospitalières construites sans planification au préalable ; chaque secteur sanitaire eut sa structure hospitalière ; des médecins africains et des auxiliaires médicaux furent formés pour faire face à des nouveaux besoins en matière de santé.

En 1974, avec la création des départements, les structures hospitalières des secteurs sanitaires devinrent des hôpitaux départementaux à l'exception des hôpitaux de Ouagadougou et de Bobo-Dioulasso qui avaient des statuts spécifiques.

1.2.4.2 Organisation sanitaire de la PSN à nos jours

L'organisation du système de santé au Burkina Faso a connu depuis la fin des années 1980 un ensemble de réformes au titre desquelles, on peut citer :

- La création de onze (11) directions départementales de la santé puis de trente (30) directions provinciales de la santé ;
- La réorganisation du niveau intermédiaire par la création treize (13) directions régionales de la santé ;
- Au niveau périphérique, la mise en place de cinquante cinq (55) districts sanitaires ;
- L'autonomie de gestion financière aux formations sanitaires périphériques de l'Etat dans le cadre de l'Initiative de Bamako ;
- La transformation des hôpitaux régionaux et nationaux en établissements publics à caractère administratif puis en établissements publics de santé ;
- La création de la cellule d'appui à la décentralisation du système sanitaire (CADSS) ;
- La réorganisation du circuit d'approvisionnement pharmaceutique par la mise en place de la centrale d'achat de médicaments essentiels et génériques (CAMEG).

L'objectif de cette réforme, est la décentralisation des services de santé, afin de rendre les soins de santé de base accessibles géographiquement et financièrement à l'ensemble des populations.

La création des districts sanitaires et des régions paraît être l'une des réformes majeure dans le secteur santé.

Cependant, dans ce processus de décentralisation du système de santé basé sur le district, il apparaît de nombreux défis à relever ; ces défis sont :

- La planification opérationnelle et le système d'information sanitaire du district ;
- L'intégration des programmes verticaux ;
- Le développement des capacités de gestion au niveau du district ;
- Le renforcement des services de santé du district ;
- Le développement approprié des districts urbains ;
- L'engagement communautaire ;
- L'assurance de la qualité des soins.

Dans tous les cas, l'essentiel doit être accordé au renforcement de la capacité de gestion car il permet d'impulser la mise en œuvre de la décentralisation des districts. Pour cela, une priorité est accordée aux activités de formation des équipes cadres des districts, des personnels de santé et à l'appui pour la mise en œuvre de cette décentralisation.

1.3. Interaction entre services de santé et population : l'interface

Dans le système de santé, la relation entre utilisateurs et services de santé s'opère au niveau d'une interface, jonction des deux composantes, qui doit être la plus efficiente possible : le coût (financier, culturel, temporel, social...), tant pour la population que pour les services, doit être le plus réduit possible pour une qualité de soins optimum.

Divers systèmes peuvent dès lors être envisagés et ont généralement été mis en place de par le monde en s'adaptant à l'essor de la technologie médicale.

Le système le plus ancien établissait l'interface entre **la population** et une personne détentrice de l'art de guérir ; la structure opérationnelle de soins (fixes + visites domiciliaires) était réduite ("cabinet" médical) et décentralisée c'est-à-dire "près de la population ". Les soins étaient globaux, continus et intégrés car prodigués par une personne isolée.

L'apparition de la technologie médicale a modifié les données :

- Le corps médical s'est progressivement spécialisé dans des domaines spécifiques ;
- Le coût de la technologie a limité son utilisation dans des structures plus larges et plus centralisées (hôpitaux...). (Exemple de centralisation suite à l'introduction de technologie nouvelle : en Hollande on assiste au transfert de "l'accouchement à domicile" vers les "maternités", suite à l'apparition de l'échographie et de la péridurale).

Un dilemme s'est donc posé :

- Privilégier la décentralisation des soins ou créer des structures centralisées ?
- Prôner une médecine spécialisée ou maintenir un personnel polyvalent ?

Face à cette alternative, divers systèmes ont été mis en place, mais, pour limiter les inconvénients liés à un choix extrême, des mécanismes de compensation ont été imaginés : évacuations sanitaires pour pouvoir rejoindre une structure centralisée et stratégies avancées afin de se rapprocher de la population.

Plusieurs systèmes de santé ont été mis en place. Ils constituent un spectre continu :

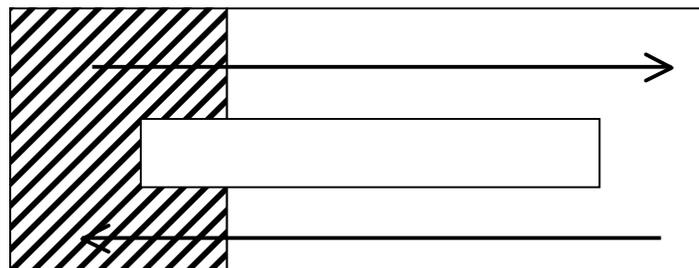


Figure n°3 : spectre des systèmes de santé

Les systèmes les plus fréquents de "structures opérationnelles" sont repris ci-dessous. Il ne s'agit pas d'une liste exhaustive (on songe aux services d'urgence, infirmeries d'écoles, accoucheuses traditionnelles...). Selon les pays, il y a lieu de les situer dans le spectre avec exactitude (ex : un dispensaire peut se limiter à un "cabinet de généraliste" ou se confondre avec une "polyclinique"...).

1.3.1. L'hospitalocentrisme

L'interface population - service de santé se situe au "niveau" opérationnel de l'hôpital, plus précisément à sa "consultation externe". Toute la technologie est disponible. Les médecins spécialisés sont présents. La garde est assurée. Pour des raisons d'efficacité, la structure est centralisée géographiquement et dessert une population importante mais son accessibilité [géographique, culturelle (?) et financière (?) est limitée. Des mécanismes de compensation assurent les évacuations sanitaires (service d'ambulances...), le manque d'acceptabilité peut être atténué (hospitalisations de jour...).

1.3.2. Les agents de santé

Agents de santé villageois, agents de santé communautaires et pharmacie villageoise...

Nés spontanément de l'initiative des populations face au problème de l'accessibilité géographique ou mis en place par les autorités sanitaires en tant que système de santé, les agents de santé villageois ont représenté sans doute le système le plus décentralisé de soins.

Ils sont situés au village plus près de la communauté. Toute technologie est absente mais de plus, sans qualification, leurs compétences sont très limitées et dépassent rarement le savoir-faire commun. La qualité technique des soins est compromise ce qui nécessite comme mécanisme de compensation des formations et recyclages/supervisions intensifs qui parviennent rarement à assurer un strict minimum de "globalité" ou de validité technique des soins prodigués.(P. MERCENIER 24-10-1982).

1.3.3. Les équipes mobiles

Pour assurer une accessibilité géographique aux populations et pour leur garantir une qualité technique, (qui n'est pas assurée par une médecine "foraine".!!!. considérée à priori comme ne faisant pas partie du système de santé), les services de santé et leur technicité deviennent itinérants. Cette solution s'est surtout adressée à des problèmes de santé spécifiques à caractère chronique afin de contourner l'astreinte de la permanence des services ; quitte à ce que cette spécificité n'hypothèque la globalité des soins. (*P. MERCENIER 24-10-1992*).

1.3.4. Le dispensaire "du généraliste"

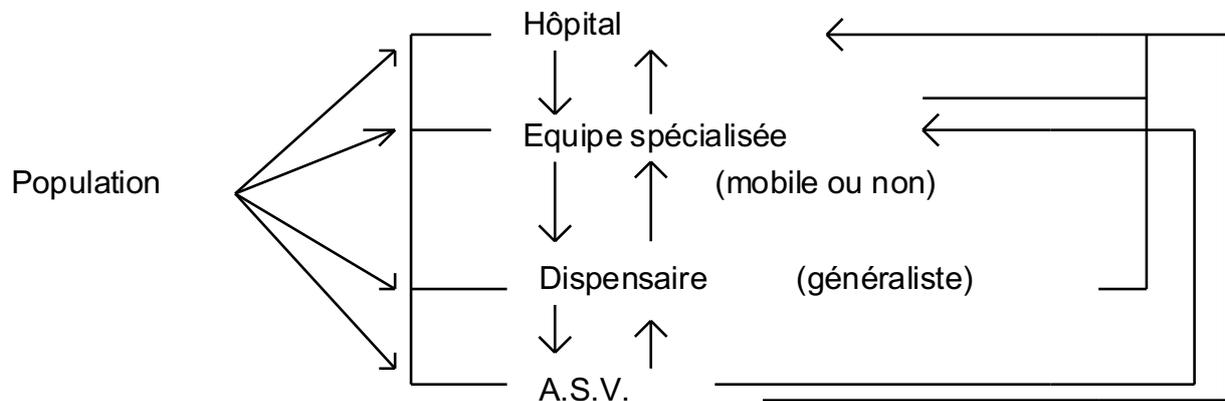
Système intermédiaire, tant au point de vue technologique qu'au point de vue décentralisation géographique, le dispensaire pris isolément peut être considéré comme un "compromis" [ce qu'il n'était pas antérieurement et ne sera pas dans le cadre d'un district.

Partout ces différentes structures ont été implantées ; depuis l'hôpital en passant par les services mobiles spécialisés (dépistage cancer...) jusqu'aux soins de premiers recours (A.S.V., secouristes dans les entreprises...).

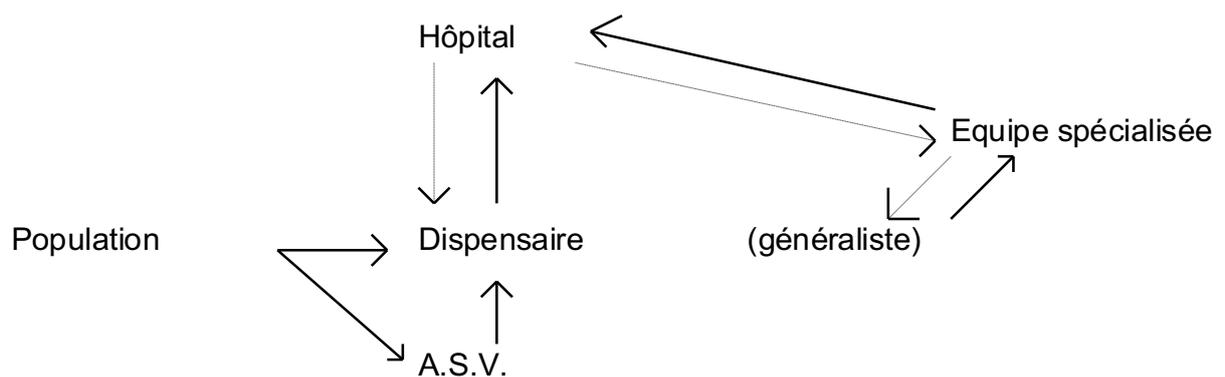
Selon les pays ou les époques, les politiques de santé ont privilégié par choix prioritaire un système (au détriment des autres ?...).

D'où la nécessité, perçue depuis longtemps, de créer un (ou des) sous-système (s) prenant en compte les relations existantes entre ces diverses structures du service de santé mais également entre la population et ces structures.

A) Le système relationnel peut être laissé au libre choix de chacun (population et service de santé) sans aucune contrainte au détriment de l'efficacité (et forcément de l'efficacité).



B) Le système de santé peut être formalisé de telle sorte que les relations soient recommandées aux parties concernées dans un but d'efficacité, selon un principe d'échelonnage.



C) Le système de district

CHAPITRE II : LE SYSTEME DE SANTE DE DISTRICT

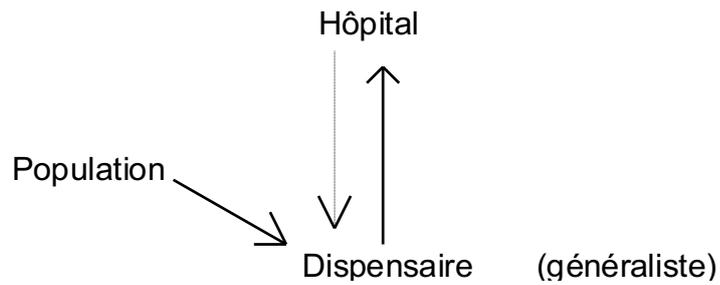
2.1. Définition du district sanitaire

Le district est un système qui permet de gérer les relations entre la population et le service de santé de premier niveau représenté par deux échelons en relation l'un avec l'autre : le centre de santé et l'hôpital de district.

Le système de santé de district permet :

- une décentralisation géographique des soins via les dispensaires (Centres de Santé) ;
- une qualité technique des soins tels que plus de 95 % des problèmes de santé peut être pris en charge au niveau du district ;
- une qualité humaine de soins (continuité, globalité et intégration) ;
- une décentralisation de la prise de décision "permettant la coexistence de la planification de haut en bas (normative) avec celle de bas en haut (qui prend en compte les desiderata de sa population de responsabilité bien définie géographiquement, et les spécificités sociales, économiques et culturelles de sa zone de couverture)".
- Le district régit les relations entre la population et le service de santé représenté par un sous-système opérationnel à deux composantes (principe de parcimonie) :
 - a) le réseau de centres de santé (1 pour environ 10 000 habitants) et
 - b) l'hôpital de premier niveau (c'est à dire à technologie limitée et relativement décentralisé (environ 150 000 habitants).

Le système permet donc de maîtriser les contraintes de décentralisation (accessibilité géographique) et de maintenir une technicité et une compétence acceptable pour la grande majorité (>95 %) des problèmes de santé.



Le district, en tant que système, ne se limite pas seulement à assumer une décentralisation géographique et une technicité des soins.

La qualité des soins inclut également une acceptabilité sociale, économique et culturelle. Comme le district s'adresse à une population de "responsabilité" bien définie, celle-ci pourra être informée des enjeux et participer aux prises de décisions concernant ses propres problèmes de santé, en tenant précisément compte de ses propres caractéristiques socio-culturelles et, par la même, participer à l'amélioration de qualité des soins.

Le district peut donc être considéré, en tant que système, comme l'unité opérationnelle des services de santé.

	technicité	accessibilité géographique	globalité	continuité	intégration	acceptabilité culturelle	participation
hôpital	+++	---	+/-	--	+/-	+/-	---
Dispensaire	+	+	+++	++	++	+/-	+
Equipe mobile	++	++	--	+/-	--	+/-	---
A.S.V.	---	+++	+/-	+++	+++	+/-	+/-
District	++	++	++	++	++	++	++

Tableau n°1 : les niveaux de soins et leurs caractéristiques

2.2. Le district : unité opérationnelle du système de santé

Le développement de districts sanitaires constitue un choix de politique de santé. Ce choix a été préconisé par l'OMS (Harare 1987 : déclaration de la conférence de Harare sur le renforcement des districts sanitaires basés sur les soins de santé primaires.).

En effet, la dimension d'un district est suffisamment grande pour que son autorité couvre un système de santé (composé de plusieurs structures de première ligne et d'un hôpital de référence) mais cependant assez petite pour que :

- les cadres puissent tenir compte de particularités de la zone lors de la planification ;
- la population bien définie puisse participer au processus décisionnel concernant ses propres problèmes de santé.

2.2.1 Caractéristiques du district sanitaire

Les deux composantes du système sont :

2.2.1.1 La population "participative" de "responsabilité"

Sa taille (100.000 à 300 000) habitants) est telle que l'institution de référence et la structure administrative peuvent coïncider. La population-cible des fonctions administratives et opérationnelles est la même ;

2.2.1.2 Le service de santé, sous-système

Il est composé de :

- **les Centres de Santé (CS)**, structures de santé du premier échelon : Ils couvrent, chacun, une population de 10.000 à 20.000 habitants.

La taille de la population de couverture d'un district ou d'un centre de santé est indicative mais repose sur l'étude de la charge de travail dans les pays en développement et de l'efficacité de la technologie qui dépend de son coût, des compétences requises et de la fréquence attendue de son utilisation.

Une couverture inférieure implique une perte de compétence du personnel et un manque de rentabilité de la technologie.

Une couverture supérieure implique une charge de travail excessive pour une équipe-cadre réduite et une population dont la taille entrave tout mouvement participatif.

- **l'hôpital de district**

Il est le deuxième échelon, non de recours spontané de la population, mais de référence des problèmes de santé qui ne pourraient trouver une solution dans la structure du premier contact.

- **l'équipe-cadre de district**

Elle gère les deux éléments du système. Ses membres ont une double fonction clinique et gestionnaire. Cette même équipe est responsable du travail clinique à l'hôpital et de l'organisation du district.

L'encadrement comprend la direction de la logistique (par exemple la pharmacie d'approvisionnement du district), la gestion du personnel, la formation (y compris la supervision technique) et la recherche opérationnelle.

Trois médecins sont nécessaires au fonctionnement d'un district. Pendant que l'un supervise, l'autre assure la permanence à l'hôpital. Le troisième permet les départs en congé ou en formation et réduit la charge de travail par personne.

Un nouveau partage des tâches entre médecins est nécessaire : chacun doit faire de tout, à l'exception des projets de recherche opérationnelle, qui sont distribués selon les compétences et les centres d'intérêt de chacun.

2.3 Le District sanitaire : un système de santé intégré

2.3.1 Définition du système intégré

a) Le système intégré (SI) ne doit comporter ni trous ni chevauchements fonctionnels : toutes les pathologies fréquentes et sérieuses doivent être couvertes, et chaque structure doit posséder une spécificité absolue. Le degré de décentralisation souhaitable pour une technologie dépend de son coût, des compétences requises et de la fréquence attendue de son utilisation. Des soins identiques ne peuvent être offerts par des structures différentes. On appelle parfois ce principe "hiérarchisation" du système. Il implique que la couverture nationale pour un niveau de soins donnés, soit effectuée par des structures identiques.

b) Les mouvements entre les échelons, de patients et de personnes à risque, doivent être libres. Il faut que le système minimise les obstacles à l'accessibilité (financière, géographique, intra-institutionnelle, psychologique) de chaque structure afin que chacun ait accès, en temps opportun, aux soins que justifie son état.

c) L'information doit accompagner le patient dans ses mouvements à travers le système (à l'occasion des références et contre-références).

2.3.2 Justification du système intégré :

Il est souhaitable de regrouper les activités qui exigent un niveau identique de compétence et de matériel donc de décentralisation en des services identiques. En évitant d'attribuer des fonctions identiques à des structures différentes, on utilise leur design avec un maximum d'efficacité.

Par exemple, l'hôpital, en dépit de son plateau technique, n'est pas supérieur au centre de santé pour la consultation primaire parce que la qualité de la communication y est moins bonne, et parce que les dimensions psycho-sociales de la maladie ne peuvent y être prises en considération.

Inversement, un centre de santé qui offre des soins spécialisés ne peut assurer leur qualité, à cause de la petite taille de sa population et à cause de la faible fréquence des pathologies qui exigent de tels soins.

2.3.3 Conséquences et contraintes du système intégré :

a) Etant donné la spécificité fonctionnelle des structures sanitaires qu'implique le système intégré, les hôpitaux doivent être conçus de manière à offrir des soins complémentaires à ceux des centres de santé

b) L'élargissement progressif des compétences des centres de santé postulé par la stratégie des soins de santé primaires implique une réduction concomitante des activités des services spécialisés, et, à terme, la disparition de la plupart d'entre eux. Ce transfert s'appelle "intégration des activités".

c) Les systèmes de santé doivent être parcimonieux. Ce principe signifie que le nombre d'échelons du système doit être le plus petit possible, qui permette de résoudre de manière efficace les problèmes des patients. Son application aboutit à une simplification de la pyramide sanitaire : le district ne doit comprendre que deux échelons; alors que certains préconisent des échelons supplémentaires (par ex : A.S.V., polyclinique sous forme de dispensaire

hypertrophié à services spécialisés, parfois avec possibilité d'hospitalisation...).

Ces échelons qui pourraient se justifier à la base pour se rapprocher des populations et au niveau intermédiaire afin de décentraliser la technologie, présentent toutefois certaines astreintes :

- Il existe une limite à la décentralisation de technicité, du matériel et du personnel : la perte de compétence (et donc de la qualité des soins).
- L'efficacité des échelons doit être garantie ; or la multiplicité des échelons engendre inévitablement un coût supplémentaire.
- La gestion d'un système est d'autant plus difficile que le système devient plus complexe (c.à.d. à composantes plus nombreuses).
- Au plus un système devient complexe (au moins il est compréhensible pour l'utilisateur) au moins il est acceptable socio-culturellement pour la population. Tout échelon supplémentaire perturbe le système. En effet, le coût des échelons intermédiaires est important, la technicité (technologie et compétence du personnel) des échelons intermédiaires n'est pas sensiblement supérieure à celle d'un centre de santé, la multiplicité des échelons ne favorise pas l'acceptabilité du système par la population.

d) Le découpage sanitaire peut ne pas se superposer au découpage administratif. La taille des communes, des provinces et des régions, varie beaucoup dans un même pays. Le principe de parcimonie s'oppose ainsi au respect du découpage administratif : il y a souvent plus d'échelons administratifs que cela ne se justifie pour la planification des services de santé.

- Urgences,
- Chirurgie,
- Soins intensifs,
- Hospitalisation,
- Labo,
- RX,
- Pharmacie,
- Administration,

- Planification,
- Recherche,
- Direction,
- Gestion,
- Supervision
- Fonction clinique
- Formation
- Développement de la collaboration intersectoriel

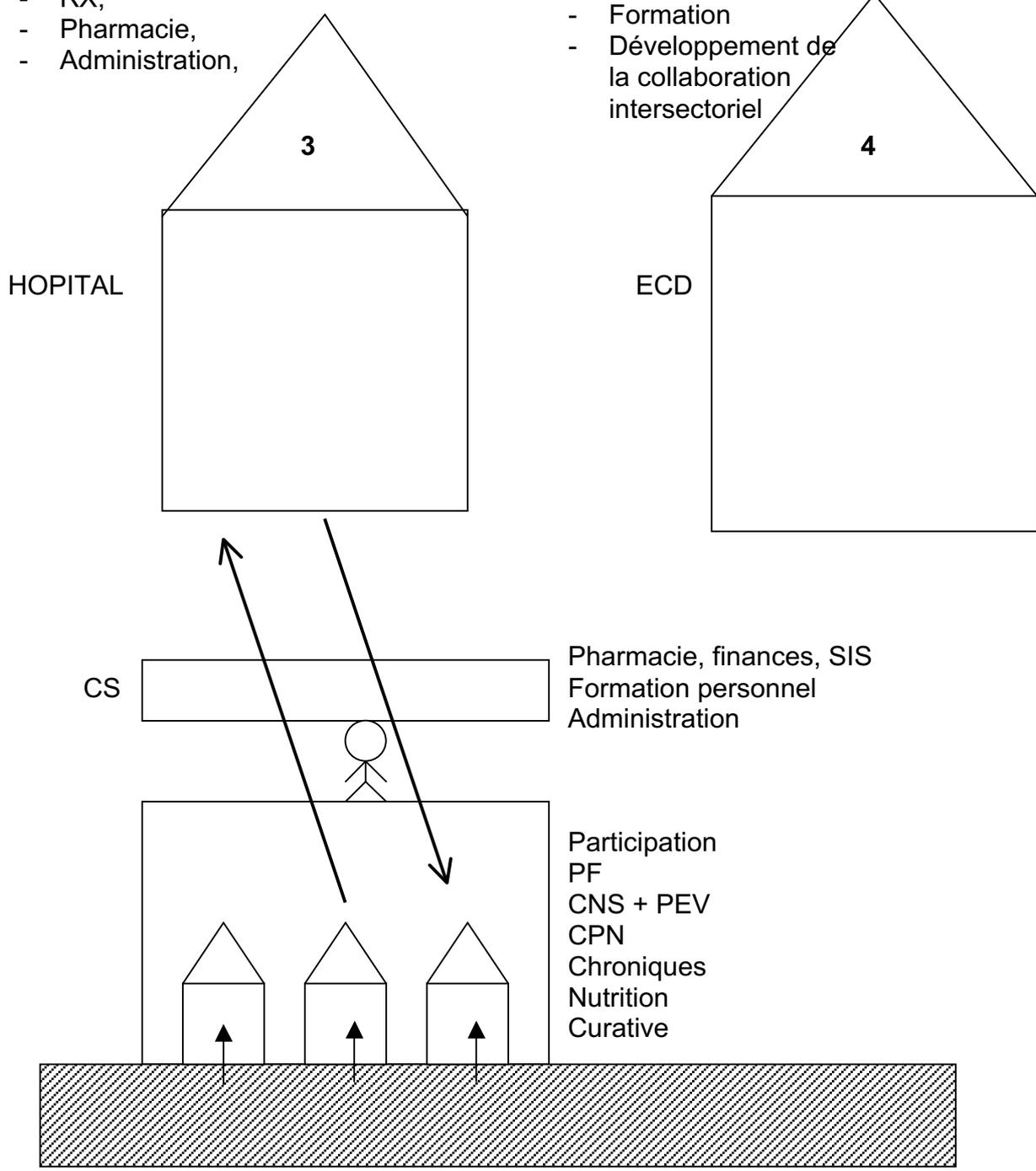


Figure n° 4: Schéma du district

La figure n°4 visualise :

- 1°) Une population :
 - bien définie
 - de responsabilité, c'est-à-dire avec laquelle les services de santé ont "signé un contrat de prise en charge" impliquant les droits et devoirs de chacun.Cette population est située sur un secteur géographique qui nécessite un plan de couverture et donc un découpage sanitaire.
- 2°) Les activités du 1° échelon.
- 3°) Les activités du 2° échelon.
- 4°) Les fonctions de l'équipe cadre de district : autorité commune aux centres de santé et à l'hôpital.
- 5°) Les mouvements de référence/contre-référence de la population.

L'utilisation du centre de santé comme base de la pyramide sanitaire et l'adoption des principes de complémentarité fonctionnelle entre ses échelons a une implication pour le système de santé : les autres unités opérationnelles (les hôpitaux) doivent réorienter progressivement leurs soins de manière à en soustraire les soins primaires et à se concentrer sur les pathologies qui exigent un niveau élevé de technicité.

D'ailleurs, un réseau de centres de santé sans l'hôpital de référence accessible et efficace "ressemble à une cathédrale sans clé de voûte". Tant la crédibilité du service de santé que la santé des populations dépendent de son accessibilité et de ses qualités techniques. Les 10% de cas référés par le centre de santé sont justement ceux qui subissent la morbidité et la mortalité la plus lourde.

La délégation d'une partie de l'autorité du niveau central aux équipes cadre des districts améliore l'efficacité de la planification, mais elle se heurte à des habitudes bureaucratiques ainsi qu'au manque de compétences et d'intérêt pour la gestion des cadres intermédiaires. Cette délégation doit s'effectuer dans le cadre d'une stratégie nationale qui s'attache, entre autre, à former ces derniers à la santé publique.

2.4 Le premier échelon : le réseau de centres de santé

La conférence d'Alma Ata 1978 a formalisé la volonté de :

- développer la participation de la population
- décentraliser les soins de santé
- diversifier les soins délivrés en périphérie ("les 8 composantes") en assurant leur caractère de continuité, globalité et d'intégration ; sans pour autant déterminer les stratégies requises pour les délivrer. (Cette lacune fut très partiellement comblée dix ans plus tard à Harare 1987 : district).

2.4.1. Définition du centre de santé

Le "centre de santé" est la base de la pyramide sanitaire et joue le rôle d'interface avec la population.

Le centre de santé est l'élément du système de santé dont la spécificité est d'assurer le point d'interaction, de premier contact, entre les services de santé et la population : c'est à ce niveau que se situe l'interface avec la population concernée (population contractuelle de responsabilité).

"Les S.S.P. commencent avec les gens et leurs problèmes de santé..." "(MAHLER)".

Le centre de santé, se définit donc selon ses capacités d'établir des relations humaines avec la communauté.

Cette communauté devrait être constituée par un groupe de personnes qui partagent des problèmes communs liés à la santé et aux activités de santé. (Cette situation est fréquente en zone rurale mais problématique en zone urbaine où la population prise en charge ne peut se définir en termes "géographiques" mais plutôt en termes "d'utilisateurs" qui ont choisi un service de santé plutôt qu'un autre, le choix étant effectivement possible sans grande astreinte d'accessibilité géographique).

2.4.2 Caractéristiques du centre de santé

Le CS est l'élément du système de santé (le plus décentralisé, de premier contact, à relation humaine participative...cfr. premier aspect) qui offre une prise en charge des problèmes de santé selon :

- leur diversité
- et en fonction de la technicité nécessaire à leur résolution.

Une qualité technique satisfaisante (soins de santé primaires ne signifient pas soins primitifs, soins au rabais... mais soins essentiels ; de qualité) est nécessaire de telle sorte que le centre de santé puisse répondre de façon *valable* à la grande majorité des problèmes de santé (90 % des motifs de consultations mais non 90 % des entités nosologiques).

La technicité liée à la qualification et compétence du personnel ainsi qu'à la technologie doit atteindre un niveau optimal qui réponde aux exigences suivantes :

A) La technicité doit :

- créer et répondre à la confiance de la population en solutionnant leurs besoins prioritaires ;
- répondre aux attentes professionnelles des travailleurs de santé dans le même cadre (besoins prioritaires) ;
- la priorité des besoins, vulnérables à la technicité, doit être établie en tenant compte surtout :
 - de la fréquence des problèmes (s'occuper des problèmes courants le plus près possible des gens...) ;
 - des difficultés de référence ;
- la technicité doit répondre à l'efficacité du centre de santé (c.à.d. au rapport des ressources engagées en temps, personnel et finances par rapport au résultat obtenu). Ceci implique le calcul du bénéfice marginal de la technologie ainsi que son coût d'opportunité.

B) La technicité ne doit jamais s'implanter dans un centre de santé au détriment de la Qualité des relations humaines et donc de la globalité, continuité et intégration des soins et des services (qualité humaine versus qualité technique).

Une diversité des soins est nécessaire qui puisse répondre à leur globalité par la mise en place d'activités et d'interventions de nature curative, préventive et promotion-nelle (P.M.A.) répondant aux besoins des gens.

Le centre de santé est l'élément de "l'unité opérationnelle" du système de santé (le district) le plus apte à offrir des soins de santé primaires.

Le centre de santé constitue l'institution la plus appropriée pour l'offre de soins primaires. Les raisons en sont les suivantes :

- 1) il est suffisamment petit pour être décentralisé à proximité des habitants ; sa dimension humaine est aussi favorable à de bonnes relations entre la communauté et les professionnels de la santé ;
- 2) il est suffisamment grand pour que son personnel possède un niveau technique capable de susciter la confiance de la population et puisse modifier son statut sanitaire ;
- 3) il s'agit d'une entité gérable (manageable unit), dont le contrôle est aisé ;
- 4) parce que le centre de santé est conçu pour obtenir un impact sanitaire maximal tout en répondant à la demande, il est capable de satisfaire près de 90 % des motifs de consultation ;
- 5) en cas de maladie, le centre de santé est le premier recours du patient ;
- 6) sa polyvalence lui permet de faire passer d'un programme à autre les personnes qui en ont besoin (*référence interne*), au moment le plus opportun (d'où l'intérêt de l'intégration). Ainsi, c'est à l'occasion de la consultation postnatale - alors que la femme est fatiguée par l'accouchement - et lors des consultations de nourrissons sains - lorsqu'une grossesse rapprochée est à craindre - que l'offre de contraceptifs est la plus susceptible d'être acceptée ;
- 7) l'infirmier chef de centre de santé, est capable de déterminer quand une référence à l'hôpital est indiquée (*référence externe*), il contribue ainsi à l'utilisation plus rationnelle de l'ensemble du système de santé ;
- 8) la proximité géographique des habitants et la taille relativement petite de la population (environ 10 000 habitants) lui permettent d'assurer la continuité des soins ;
- 9) c'est aussi le centre de santé qui conserve la mémoire clinique du patient, de ses épisodes de maladie grave et de ses problèmes chroniques.

2.4.2.1 Offre de soins

Sans préjuger de la qualité technique, les soins offerts au premier échelon doivent avoir les caractéristiques des soins nécessaires pour établir une relation humaine de qualité (c'est-à-dire qui répondent aux aspirations émanant des besoins de la communauté plutôt qu'aux aspirations des services) ; ces caractéristiques sont :

- la globalité des soins ;
- la continuité des soins ;
- l'intégration des problèmes de santé et de leur prise en charge (intégration des soins et des services).

2.4.2.2. Conditions structurelles du centre de santé

Il existe plusieurs conditions structurelles pour caractériser un centre de santé

1°) Première condition structurelle :

En tant que structure de premier contact, le CS doit être accessible. Cette accessibilité est :

- géographique : au plus près de la population
- psycho-culturelle : permettant un dialogue soignant-soigné empathique.

Ces deux aspects de l'accessibilité (géographique versus psycho-culturelle) impliquent des contraintes de distance mais aussi de connaissance par le service de santé de sa population de responsabilité.

Il s'ensuit que la communauté prise en charge ne peut dépasser une certaine taille (justification du centre de santé. urbain "petit" en dehors de contraintes d'accessibilité géographique et justification d'extension du centre de santé. en zone rurale sous forme de stratégie avancée).

L'accessibilité du centre de santé implique donc une population de responsabilité d'une taille définie.

C'est donc la taille de la population qui définit la dimension du centre de santé (qui sera petit) et de son personnel (qui sera réduit) et non l'inverse.

2°) La seconde condition structurelle concerne le personnel du service de santé qui doit être :

- polyvalent afin d'assurer l'intégration des problèmes de santé, condition pour une meilleure accessibilité psychologique ;

- intégré dans la communauté, condition pour développer une relation empathique qui permet :
 - l'accessibilité psycho-culturelle ;
 - une solution pertinente face aux problèmes de santé posés localement.

3°) La troisième condition structurelle concerne les services offerts.

Ceux-ci, pour répondre au critère de continuité doivent être permanents. De plus, ils doivent être intégrés pour assurer des soins globaux et assurer une accessibilité psychologique aux services.

Un compromis doit être trouvé pour assurer une qualité humaine des soins (globalité, continuité, intégration) versus la qualité technique.

Comment concilier la permanence et la polyvalence des services, leur intégration, une dimension structurelle humaine des services, la connaissance de sa propre population de responsabilité, l'intégration du personnel dans cette communauté prise en charge, l'accessibilité physique et psycho-culturelle... tout en garantissant une technicité optimale à la structure ?

En résumé :

Les problèmes à résoudre seront :

1. La taille de la population de responsabilité ;
2. Le lieu d'implantation du centre de santé ;
3. La taille et la qualification de l'équipe du centre de santé ;
4. Et enfin, bien sûr, le niveau de décentralisation de la technicité.

Prenant en charge, contractuellement, une population bien définie sous sa responsabilité le centre de santé est le plus apte à :

- Connaître cette population (relation empathique) ;
- Tenir compte des desiderata de cette population (phénomène participatif) ;
- Le centre de santé est la porte d'entrée privilégiée des individus dans le système, le premier lieu de contact entre un patient ou une personne à risque et les professionnels de la santé, puisqu'il est la structure professionnelle la plus périphérique ;
- Un ensemble de prestations (dit le "paquet minimum d'activité" du premier échelon) y est disponible ;

- Comme le centre de santé est une porte d'entrée obligée, il est le lieu de prédilection du stockage de l'information individuelle, la mémoire clinique du patient ;
- Le centre de santé est la structure optimale pour organiser la participation communautaire, la petite taille de sa population est favorable à la communication et son niveau de technicité, relativement moins complexe que celui d'un hôpital, en font la structure la plus "négociable de la pyramide sanitaire.

2.4.3 Eléments caractérisant le fonctionnement d'un centre de santé

Les éléments qui caractérisent le fonctionnement d'un centre de santé sont résumés sur le tableau ci-dessous :

Intrants	Processus	Résultats	Impacts
Ressources humaines du CS, savoir faire.	Organisation du CS : Promotion du personnel, délégation des tâches,	PMA	Statut sanitaire
Ressources matérielles du CS.	Rationalisation de la gestion, des activités...		
Population	Participation	Comité santé	Autonomie des populations

Tableau n° 2 : Eléments caractérisant le fonctionnement d'un centre de santé

2.4.3.1 Les intrants

Les intrants se composent des ressources humaines, des ressources matérielles et de la population de responsabilité.

Le personnel qui travaille au premier échelon doit avoir les qualités suivantes:

- la compétence qui est différente de la qualification,
- la polyvalence afin d'assurer l'intégration des problèmes de santé,

- l'intégration dans la communauté condition pour une meilleure accessibilité psychologique et condition pour développer une relation empathique qui permet la communication.

Pour le centre de santé, il a été défini une norme minimale en personnel et en équipement.

La taille de la population de couverture d'un district ou d'un centre de santé est indicative mais repose sur l'étude de la charge de travail dans les pays en développement et de l'efficacité de la technologie qui dépend de son coût, des compétences requises et de la fréquence attendue de son utilisation.

2.4.3.2. Le processus

A) Les services

1) Les services doivent être intégrés

L'intégration des services implique :

- l'intégration du personnel (polyvalence) ;
- l'intégration spatiale (circuit des malades) ;
- l'intégration temporelle : tout problème "urgent" pouvant trouver une solution à tous moments, (permanence des services, disponibilité du S.I.S.) ;
- l'intégration du système d'information sanitaire : (dossier familial et fiche de synthèse) ;
- l'intégration des ressources matérielles : technologie, bâtiments, transport, médicaments, financière (gestion unique, indépendante et autonome).

2) Les services doivent être accessibles

On appelle "**accessibilité**" des soins, la qualité d'être délivrée en temps opportun, à ceux qui en ont besoin. Les services favorisent l'accessibilité en minimisant les obstacles géographiques, psychologiques, culturels, et économiques.

3) Rationalisation des services

L'efficience du service est le rapport entre les intrants et les résultats (indicateur quantitatif).

La rationalisation permet d'optimiser ce rapport. Elle implique des procédures de gestion du personnel (délégation des tâches...) et des ressources matérielles / financières ainsi que du temps (charge de travail...).

Cette rationalisation a un objectif d'efficience immédiat mais également un but de pérennité (viabilité à long cours suite à l'arrêt d'apport extérieur de ressources).

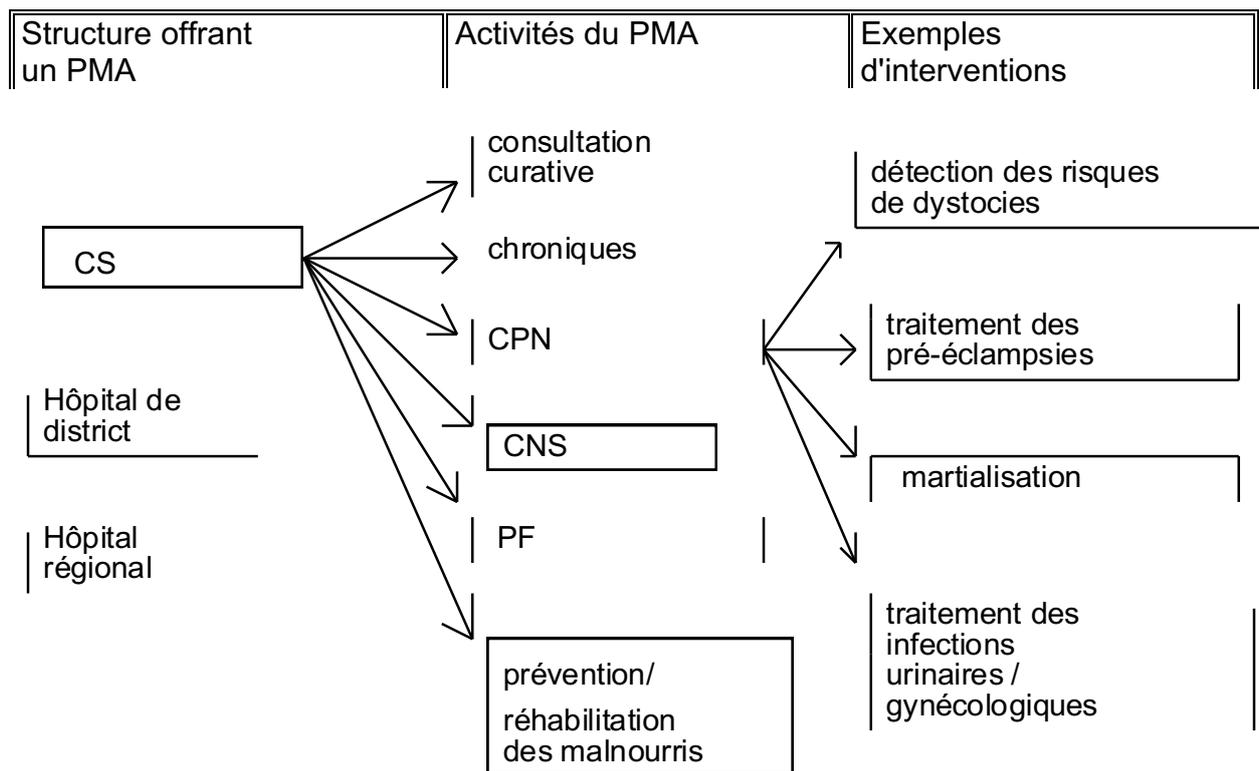
De plus, la rationalisation a pour objectif d'améliorer la qualité technique et humaine des soins, ce qui ne permet pas toujours l'utilisation d'indicateurs quantifiables (ex. qualité des ordinogrammes, amélioration de l'empathie...).

B) Qualité de la participation

(cf. module : participation communautaire et développement du partenariat)

2.4.3.3 Résultats du centre de santé : le paquet minimum d'activités (PMA)

Par convention, nous appelons dans ce document "**une activité**", un ensemble d'interventions élémentaires concourant à améliorer le statut sanitaire d'un groupe de personnes" (malades en phase aiguë, malades chroniques, groupes à risque, femmes en âge de procréer, mal nourris).



Le paquet minimum d'activités est le résultat médical standard commun à tous les centres de santé d'un pays (planification normative "d'en haut"). Il est défini en vue de faciliter la planification des ressources et de fixer un cadre de développement aux districts sanitaires. Le paquet minimum d'activités doit donc être connu des équipes - cadre des districts qui doivent avoir une stratégie pour l'implanter dans leurs centres de santé.

L'expérience a permis de préciser les capacités de mise en œuvre du paquet minimum d'activités d'une petite structure périphérique bien encadrée : il s'agit d'un ensemble d'activités, qui, une fois constitué dans un centre de santé, permet l'absorption d'interventions nouvelles sans qu'on ne doive modifier fondamentalement l'organisation de ce centre de santé.

En général (en Afrique), le paquet minimum d'activités est composé d'activités :

- curatives : la consultation curative, la prise en charge des maladies chroniques ... y compris la réhabilitation nutritionnelle.
- préventives : la surveillance des grossesses à risques, la surveillance des nourrissons sains y compris la vaccination.
- promotionnelles : le planning familial.

Le résultat du centre de santé se resume à :

A) l'offre d'un paquet minimum d'activités *techniques* à une population donnée dans des conditions telles que chaque activité, dotée d'une efficacité satisfaisante, est délivrée à l'individu qui en a besoin au moment approprié. L'efficacité technique des soins suppose également qu'ils soient continus et globaux.

B) l'accroissement de l'autonomie des individus et des communautés en matière de santé par l'information réciproque de la population et de l'équipe du centre de santé et leur implication dans la gestion via un comité santé.

Un centre de santé acceptable, fruit de l'effort de la population (et de l'équipe de santé), contribue aussi à rendre à cette communauté confiance en sa propre capacité d'améliorer ses conditions de vie.

1. Qualités du paquet minimum d'activités

Les soins doivent être globaux et continus.

a) La globalité des soins implique :

a.1. Une empathie, c'est -à -dire la capacité de comprendre le vécu d'un patient, d'identifier ses demandes cachées, et de leur trouver une solution. L'empathie va au-delà d'une simple écoute. Elle implique de l'imagination, la possibilité de négociation et la maîtrise d'instruments de psychothérapie.

a. 2. Une conception des supports individuels d'information qui facilite la prise en compte des facteurs causaux les plus importants.

b) La continuité des soins implique :

b.1. Une communication de qualité qui permet de prendre la mesure des conséquences d'un abandon de traitement sans gérer l'angoisse ; elle permet aussi d'identifier les raisons qui sont susceptibles d'amener le patient à désert sa cure et de leur trouver des solutions ;

b.2. Le paiement à l'épisode et l'abonnement favorisant la continuité ;

b.3. La délégation des tâches du médecin à l'infirmier qui concerne non seulement le traitement mais aussi la prise de décision, réduisant les déplacements des patients et améliorant à leurs yeux la crédibilité des conseils de l'infirmier ;

Intrants
Vaccins
Savoir-faire
Seringues
Frigos...

Processus
Vaccination
anti-
rougeole

Résultats
Taux de
couverture

Impact 1
Réduction
de la
létalité, de
l'incidence

Impact 2
Réduction
de la
mortalité
spécifique

b.4. Les rendez-vous matérialisant le programme destiné à établir la continuité du traitement ;

b.5. Un échéancier permettant de détecter précocement les patients qui ne viennent pas aux rendez-vous ;

b.6. Des mesures de récupération (invitations écrites, visites à domicile) constituent la suite logique de cette identification ; leur réalisation implique que la population couverte ne soit pas trop grande et que des critères de mise en oeuvre de ces mesures aient été définis. (cfr. Module 4 : Organisation de la prise en charge des maladies chroniques dans le district sanitaire).

c. Les soins doivent être efficaces

En matière de santé, il existe au moins deux définitions de l'efficacité :

- l'une décrit la capacité d'une organisation à atteindre des objectifs opérationnels prédéterminés. Cette qualité se mesure par le degré de réalisation de l'objectif. L'efficacité se rapporte à la quantité de résultat, n'a pas d'unité et s'exprime en % (la couverture vaccinale par exemple) ;
- l'autre définition décrit sa capacité à atteindre des objectifs biologiques (biological outcome, or impact).

L'existence de nombreuses variables confondantes et la difficulté de mesurer des différences de fréquence pour des événements rares (comme les décès) rendent aléatoire l'interprétation d'une relation causale entre les soins et un changement de statut sanitaire. La dimension biologique de l'efficacité n'a donc pas été retenue par le présent document.

Pour un individu, des soins efficaces signifient que la probabilité d'être guéri ou soulagé (par une activité curative) ou protégé (par une activité préventive) est élevée.

Qualité et degré d'autonomie de la participation via le comité santé.

- a) L'information entre le service de santé et la communauté doit se transmettre ;
- b) la population doit être impliquée dans les prises de décision ; du moins en dehors de :
 - domaines techniques :ex : le contenu du PMA n'est pas négociable...
 - l'allocation des ressources si l'équité est compromise
 - des priorités de la politique nationale

N.B. :

- La supplémentation nutritionnelle spécifique (iode, vit A....) a un caractère préventif (d'où son intégration à la CNS) ;
- Le P.F. a un caractère préventif (limitation démographique, prévention des naissances rapprochées) mais aussi curatif (prise en charge de la stérilité...)
- En règle générale, la promotion sanitaire n'appartient pas au PMA parce que :
 - sa pérennité est médiocre : les expériences de promotion sanitaire qui réussissent dans les CS sont souvent liées à la présence d'une personnalité charismatique ;
 - pour un niveau acceptable d'efficacité, les coûts sont élevés ;
 - la demande de la population n'est pas évidente dans ce domaine ;
 - les services de santé polyvalents intègrent mal les techniques requises.

On retient deux exceptions importantes à cette règle, deux occasions de promouvoir la santé à bon compte : la promotion de l'allaitement maternel, et la chloration de l'eau de boisson en cas d'épidémie.

Il est à noter que les accouchements (eutociques) ne sont pas repris classiquement dans le PMA (en Afrique). Ceci met en question la médicalisation d'un phénomène social et physiologique qui peut fort bien être pris en charge au niveau de la communauté, du moins en zone rurale.

2. Justification du paquet minimum d'activités homogène

Le paquet minimum d'activités couvre l'intersection de la demande et des besoins, donc de l'offre d'un paquet minimum d'activités.

Le paquet minimum d'activités est destiné à minimiser les coûts d'opportunité car il constitue un ensemble efficient d'activités, qui toutes, peuvent être financées par la population et correspondre au type de technologie dont disposent les centres de santé.

Dans la pratique, la demande de la population porte surtout sur les soins curatifs polyvalents, plus que sur les soins préventifs.

Il faut noter que la rationalité de cette demande de la population pour des soins curatifs est appuyée par des arguments scientifiques :

1) les soins curatifs sont efficaces ; la plupart des pathologies africaines (les infections respiratoires aiguës, le paludisme, la méningite, les diarrhées, pour ne citer qu'elles) sont vulnérables à des thérapies étiologiques ; quant aux traitements symptomatiques, ils améliorent le confort des patients et même le pronostic de certaines pathologies.

2) il n'existe pas de prévention pour la majorité des maladies. La prévention primaire (vaccination ou chimioprophylaxie) n'est disponible que pour un nombre réduit de maladies infantiles et pour un plus petit nombre encore de pathologies d'adulte. Quant à la prévention secondaire - réalisable par la détection précoce d'une maladie - elle suppose soit un accès aisé à des services de santé curatifs dotés d'une efficacité diagnostique correcte (pour la tuberculose, par exemple) soit des programmes de screening en nombre limité (par exemple, pour l'accouchement dystocique et la détection active de la trypanosomiase).

3) l'efficacité des programmes verticaux de prévention est douteuse. Il n'est pas exclu que la vaccination anti-rougeoleuse déplace la mortalité infantile d'une cause à une autre sans en modifier le niveau global, un peu comme si les enfants mal nourris et vaccinés, au lieu de mourir de rougeole, mourraient d'infection respiratoire ou de diarrhée (The Kasongo Project Team Influence of Measles Vaccination on Survival Patterns of 7-35 Months-old Children in Kasongo, Zaïre, Lancet, 4,764-767, 181).

4) l'accent mis sur les maladies infantiles par plusieurs programmes spécialisés est discutable. Certes, l'espérance de vie de la population augmente davantage si l'on sauve la vie d'un nouveau-né souffrant de tétanos que celle d'un adulte de 25 ans souffrant de tuberculose. Mais l'adulte fait vivre une famille et l'investissement social et affectif dont il bénéficie est bien plus important que celui du nourrisson.

Si la demande de la population porte surtout sur les soins curatifs, l'offre du service de santé ne peut prioriser cette activité par rapport (et au détriment) du reste du paquet minimum d'activités qui est un paquet indissoluble. Au contraire, une consultation curative de qualité doit servir de catalyseur pour développer simultanément les autres activités. ***La confiance engendrée par la curative doit permettre de susciter une demande pour un besoin dont les gens sont peu conscients ou qui ne représente pas encore une priorité.***

Le paquet minimum d'activités constitue un juste compromis dans la décentralisation technique du service de santé. Il est efficient, n'engageant que des ressources limitées aux capacités d'autofinancement des populations.

Il nécessite dans sa mise en oeuvre un personnel certes qualifié mais non spécialisé et dont les actes techniques, suffisamment fréquents, n'hypothèquent pas la compétence.

Il répond aux aspirations de la population, des travailleurs du service de santé et aux besoins (la grande majorité des problèmes de santé).

N.B.

Notons que certains ont une vision plus limitée du paquet minimum d'activités qui ne répond que très partiellement aux besoins et encore moins aux aspirations, tant des populations que du personnel de santé. C'est l'exemple d'une technicité rudimentaire, souvent non décentralisée (qualité technique) et d'une relation humaine (qualité humaine) de soins non globaux assurés par des services non intégrés.

Le comité de santé

Les soins doivent favoriser l'autonomie des individus et des communautés. **L'autonomie** est la capacité d'améliorer le statut sanitaire individuel et collectif en utilisant les ressources propres des communautés et des familles. Le contraire de l'autonomie est **la dépendance** par rapport à l'institution médico-sanitaire.

Cette dépendance peut se manifester par :

- l'abandon des pratiques et des traitements traditionnels efficaces au profit de médicaments modernes importés ;
- la dépendance médicamenteuse ;
- la surconsommation de soins ;
- l'abandon de pratiques symboliques ;
- la médicalisation d'événements jadis indépendants de la médecine (comme l'accouchement) ;
- la médicalisation de problèmes sociaux ;
- un financement extérieur des services de santé, non maîtrisé par les populations.

La recherche de l'autonomie se fait par la pratique de **la participation**, définie comme l'ensemble des outils qui permettent d'atteindre l'autonomie. La participation existe donc au niveau communautaire mais aussi au niveau de la famille et de l'individu.

La participation consiste :

- à permettre à la communauté de contribuer par l'intrant décisionnel à la gestion des services de santé ;
- à échanger avec les individus et les collectivités une information de qualité adaptée à leurs besoins et à leurs préoccupations. Elle implique le dialogue entre les professionnels de santé et la population via un *comité de santé*. Elle est une composante indispensable de chaque activité opérationnelle.

2.4.3.4. L'impact du centre de santé

Le système de santé et les centres de santé en particulier, réduisent probablement la mortalité et la morbidité, et allègent certainement la souffrance et l'angoisse. Pourquoi alors n'avons nous pas mentionné l'amélioration du statut sanitaire des populations parmi les fonctions du centre de santé ?

D'une part, parce qu'on ne peut établir de façon formelle une relation de cause à effet entre les soins et l'amélioration du statut sanitaire ;

D'autre part parce qu'on est en droit de supposer que des techniques médicales dont l'efficacité biologique a été prouvée, reproduisent sur le terrain cette efficacité lorsqu'elles sont correctement utilisées.

L'impact biologique constitue l'un des deux résultats attendus d'un centre de santé, l'autre étant la recherche d'une plus grande autonomie des populations.

2.4.4. Activités administratives et gestionnaires du centre de santé

Tout comme les activités opérationnelles, les activités administratives et gestionnaires du centre de santé sont détaillées dans d'autres modules.

Elles concernent :

1/ Le lien entre la population et le centre de santé

- définition de la population par un plan de couverture ;
- création d'un lien individuel entre services de santé et population par l'inscription ;
- mesures discriminatoires envers la population couverte.

2/ L'évaluation du résultat du centre de santé

- recensement pour connaître le dénominateur quantitativement ;

3/ Le système d'information sanitaire

- pour la gestion des patients et des personnes à risque (fiches opérationnelles et fiches pour le système de référence/contre-référence, de synthèse, dossiers familiaux) ;
- pour l'évaluation des performances du centre de santé (connaissance du numérateur : registres d'inscription à la consultation curative, à la consultation prénatale, la consultation du nourrisson sain,...).

4/ L'utilisation des ressources

- gestion des personnels de santé ;
- médicaments, équipement, logistique ;
- financement et modes de paiement.

2.4.5. Développement des centres de santé

On entend par développement du centre de santé, soit :

- l'implantation d'une nouvelle structure ; soit :
- la transformation progressive d'un dispensaire défini comme tel par son spectre étroit d'activités en centre de santé intégrée, par l'adjonction successive d'activités nouvelles ; soit enfin :
- la transformation d'un dispensaire en centre de santé intégré, par un processus relativement rapide de réorganisation interne et de modification de ses relations avec la population.

Il existe des règles pour le développement des centres de santé ; ces règles sont :

- Un centre de santé doit se doter progressivement de tous les programmes du paquet minimum d'activités. L'amélioration du nombre, de la qualité et de la couverture des activités opérationnelles suppose des changements de gestion des ressources.
- Il est souhaitable que le centre de santé veille d'abord à assurer correctement la couverture sanitaire des populations qui lui sont proches avant d'essayer de couvrir celle qui sont le plus périphérique.
- Le développement du centre de santé doit se faire de manière équilibrée, aucune activité ne pouvant s'exercer au détriment des autres.
- Le développement d'un centre de santé doit se faire de manière interactive avec la population. Si cette dernière ne peut mettre en question la réalisation du paquet minimum d'activités, elle peut, par contre, contribuer à en définir les modalités.

Le couplage des activités opérationnelles et administratives

L'introduction d'une activité opérationnelle donne l'occasion de mettre en place dans un centre de santé des outils polyvalents (ceux de la continuité par exemple) et de commencer certaines activités administratives. A titre d'exemple, on peut envisager les associations suivantes :

Activités opérationnelles	Activités administratives couplées
consultation curative	fiche curative, fiche de synthèse, modification du cahier de consultation, réorganisation du circuit de patients, fourniture des médicaments, rationalisation du financement
CPN, CNS	plan de couverture, inscription, dossiers familiaux, PMI mobiles, ASC, recensement, évaluation par taux, modification des cahiers, subdivision en aires préventives et contacts avec la population par quartier ou par village.
suivi des malades chroniques	échancier, visites à domicile, fiches opérationnelles, cahier de balance.
nutrition	fiche de récupération des mal nourris, engagement d'un ensemble supplémentaire dans l'équipe du CS.
planning familial	cahier de balance, fiche opérationnelle, ponts entre les activités (recrutement à la CNS, à la postnatale).

Tableau n° 3 : couplage des activités opérationnelles et administratives

La couverture complète de l'aire de responsabilité d'un centre de santé

Dans les zones rurales où la densité de population est faible, le centre de santé possède certains outils pour atteindre les populations distantes.

A) Les tournées de village permettent à l'infirmier chef du centre de santé de prendre contact avec les populations distantes et de définir avec elles une manière de coopérer.

B) Les agents de santé communautaires sont bien plus utiles par leur fonction de relais du centre de santé que pour leurs capacités curatives. Ils sont susceptibles de convoquer la population, de transmettre ses desiderata à

l'infirmier et d'aider aux activités mobiles effectuées mensuellement par équipe du centre de santé ; il est crucial de ne pas susciter dans la population de faux espoirs relatifs à leurs compétences.

C) Les activités mobiles consistent en cliniques préventives exécutées par l'équipe du centre de santé au centre des zones enclavées; les PMI mobiles comprennent les prénatales, les consultations de nourrissons sains et les vaccinations.

L'organisation chronologique et spatiale des consultations préventives peut s'inspirer du modèle suivant (cf. diagramme), qui implique que l'aire de responsabilité du centre de santé soit divisée en 8, chaque aire bénéficiant d'une clinique préventive mensuelle au centre de santé même (pour les secteurs 1, 2,3 et 4 situés dans un rayon d'accessibilité géographique acceptable : ex à moins de 5 km) ou à la case de santé (pour les secteurs 5, 6,7 et 8). Au total, huit après- midis sont consacrées chaque mois aux consultations préventives (par exemple deux après-midi par semaine, dont l'une au centre de santé et l'autre en stratégie avancée).

L'initiative de développer un centre de santé n'est effectuée qu'exceptionnellement en dialogue avec la population. Plus souvent, il s'agit d'une initiative prise par le ministère ou une ONG, et dont la population est exclue (détermination de la localisation du centre de santé selon des critères politiques : village natal de ...). Les conséquences en sont négatives, car la population ne considère pas le centre de santé comme "son" centre de santé.

A l'inverse, la planification des structures se fait trop souvent à la base, en dehors des normes du ministère.

Certaines populations bénéficiant d'appui financier extérieur (par exemple l'appui de parents travaillant en Europe) entreprennent des constructions non prévues par le plan du ministère, et exercent ensuite des pressions pour que le ministère y affecte un infirmier.

2.4.6 Conditions d'ouverture d'un centre de santé

L'ouverture d'un centre de santé est régie par des textes réglementaires. D'un pays à l'autre ces critères sont variables.

Les critères à remplir sont entre autres, la taille de la population, la distance entre les centres de santé.

2.5. Le deuxième échelon : l'hôpital de district

2.5.1. Définition de l'hôpital de district

Définir l'hôpital n'est pas une évidence. Contentons-nous de proposer, comme spécificité de l'hôpital, pour en donner une définition : "un hôpital est une structure qui permet toujours une hospitalisation" c'est-à-dire un endroit où un patient (qui n'est pas nécessairement "malade») est gardé "à vue" :

- soit qu'il y soit hébergé (salle d'hospitalisation)
- soit qu'il soit logé à proximité (hôpital de jour).

Cette définition n'inclut pas les soins ambulatoires spécialisés (consultations de référence ou consultations externes de l'hôpital). Ceux-ci peuvent avoir lieu au sein de l'hôpital (pour raison de technicité centralisée) mais ils peuvent également être assurés au cabinet privé du spécialiste (sur référence du premier échelon ou sur auto référence).

L'hôpital de district s'intègre dans la structure opérationnelle du système de dispensation des soins du district qui comprend par ailleurs l'ensemble des centres de santé.

Les centres de santé sont responsables de la santé et de la dispensation des soins de la population de leur aire de responsabilité.

Leur responsabilité technique est limitée par le paquet d'activités défini au 1er niveau.

Pour les soins qui demandent une technicité non disponible au centre de santé, leur responsabilité est de référer à l'hôpital de district.

L'hôpital est responsable de dispenser les soins de référence (soins d'une technicité non disponible au centre de santé) à la population du district, en principe les malades référés par les centres de santé.

Cette responsabilité exclut :

- les soins aux populations hors-district ;
- les soins disponibles aux centres de santé.

L'évaluation du rôle de l'hôpital dans les soins de santé primaires doit donc tenir compte de cette double exclusion.

- En terme de couverture, seule la population du district est le dénominateur de référence, seuls les malades appartenant à cette population sont au numérateur. Ceci implique que dans toute l'analyse statistique du travail de l'hôpital, les 2 sous-populations de malade, celle de responsabilité et celle hors-responsabilité soient distinguées.
- En terme d'efficacité et d'efficience, il faut qu'une distinction soit faite entre les malades qui ont reçu des soins spécifiquement hospitaliers (non disponibles aux centres de santé) et ceux qui n'ont reçu que des soins disponibles aux centres de santé, qui sont en fait des faux-positifs de l'hospitalisation.

Par ailleurs, il convient d'évaluer le processus de référence (proportion des malades référés en fonction de la pertinence de l'hospitalisation) et la pertinence des références (valeur prédictive des décisions prises au centre de santé).

Même si les cabinets privés des spécialistes sont encore rares dans les pays en voie de développement leur implantation progressive risque de créer un "échelon intermédiaire non obligé" entre le premier échelon et l'hôpital. Dans le cadre de certains examens ou interventions nécessitant une qualification spécifique ou une technologie non disponible au centre de santé, le chevauchement des activités entre les spécialistes et l'hôpital en sera la conséquence. C'est pourquoi la consultation ambulatoire spécialisée n'est pas reprise dans la définition de l'hôpital, dès lors qu'elle ne lui est pas spécifique.

2.5.2. Justification de l'hôpital de district

Dans le cadre de la qualité des soins (qualité humaine versus qualité technique) en quoi un hôpital se justifie-t-il ?

2.5.2.1 Par rapport à la demande

Un hôpital, tant dans sa fonction d'hospitalisation que d'intervention technique de diagnostic et/ou thérapeutique ne correspond en soi, nullement à une demande spontanée de la population.

Au contraire, elle engendre un coût (déplacement, perte de temps...) et surtout une angoisse. L'hôpital (et surtout l'hospitalisation) signifie que l'individu est extrait de son milieu de vie habituelle pour être hospitalisé c'est-à-dire "mis en observation" à moins

qu'il ne doive subir, en ambulatoire, des interventions ou des examens techniques souvent douloureux sinon inconfortables.

De plus, l'hospitalisation implique souvent un caractère de gravité du motif médical l'ayant justifié et permet de suggérer un pronostic souvent réservé lié à la gravité du motif d'hospitalisation. Les "refus d'hospitalisation" témoignent de cette constatation. Inversement, quand bien même les gens préfèrent être soignés "à domicile" pour des raisons sociales, ils souhaitent une qualité technique des soins et acceptent l'hospitalisation quitte à ce qu'elle ne puisse être accessible "près de chez eux". Cette demande est rationnelle. Elle ne doit pas être confondue avec l'attrait de la "technologie hospitalière" qui est une demande peu justifiée souvent engendrée par les services de santé dans le but d'augmenter le prestige de l'hôpital (et donc de ceux qui y travaillent), de rentabiliser la technologie, parfois même au-delà du recouvrement de son coût et d'améliorer les conditions et le confort de travail du personnel soignant hospitalier (ex. : les difficultés du déploiement du personnel hors de l'hôpital dans des zones de santé où manque la technologie médicale...mais où manquent aussi des conditions de vie faisant appel à une technologie des loisirs !).

2.5.2.2. Par rapport au besoin

La qualité technique des soins (technologie et qualification du personnel) ne peut pas toujours être décentralisée pour des raisons de coût, de maintien de la compétence technique du personnel ou pour d'autres raisons opérationnelles (charge de travail, nursing...).

Le besoin d'une structure d'appui centralisée dans ce domaine est donc impérieux. Le besoin de centralisation, déterminé par le système de santé en dialogue avec la population concernée et au courant des enjeux, n'est pas universel. Le degré de décentralisation de la technicité doit être adapté localement.

Ce besoin est déterminé en complément de l'offre de soins disponible du premier échelon (et non l'inverse !)

Le rôle du premier échelon ne se limite pas à faire ce que l'hôpital ne veut pas faire (pour des raisons de rentabilité...) ou ne peut faire.

Le besoin de technicité à l'hôpital (technologie ou qualification spécialisée du personnel) se situe dans les domaines curatifs (tant dans le cadre du diagnostic que du traitement), éventuellement préventif mais normalement jamais promotionnel.

1. Domaine curatif :

a) Diagnostic : examens diagnostiques à technicité élevée : ex : laparotomie exploratrice.

La "mise en observation" pour raison diagnostique devrait se limiter aux seuls examens qui ne peuvent être réalisés au premier échelon.

b) Traitement : interventions techniques : chirurgie réparatrice...

c) Avis d'experts : (conseils diagnostiques et/ou thérapeutiques) ne signifiant pas la prise en charge du malade, rôle réservé au premier échelon, mais devant se limiter à un simple "avis".

2. Domaine préventif :

Normalement le préventif est réservé au premier échelon plus apte à en assurer la qualité humaine. Il peut être réalisé à l'hôpital :

a) sur référence du premier échelon quant la technicité l'exige (échographie dans le cadre de la CPN...).

La "mise en observation", parfois justifiée dans le cadre du curatif (face à une plainte ou signe "symptomatique"...) est totalement inefficace, vu son coût, dans le domaine préventif asymptomatique si du moins un service "self-care" est disponible.

b) hors référence : Il s'agit essentiellement de la prise en charge des "occasions manquées" (vaccinations...).

Vacciner à l'hôpital pourrait avoir une efficacité (très relative) dans l'immédiat : augmenter la couverture vaccinale, mais pourrait être contre-productive à terme :

- en discréditant la CNS du premier échelon dont la vaccination est le rôle. Quand bien même le service y serait peu opérationnel la décision pertinente serait de le réorganiser plutôt que de s'y substituer ;
- en désorganisant les services hospitaliers ;
- en créant une demande irrationnelle (confiance accrue dans la "meilleure" qualité de la chaîne de froid à l'hôpital...) ;
- en suscitant une vaccination de consultation standing qui permet d'éviter la CNS. Les "occasions manquées" deviendront progressivement des occasions systématiques de pouvoir manquer les séances de vaccination.

P.S. : exception : B.C.G. - Polio 0 et VAT en maternité.

3. Domaine promotionnel :

- Si l'affichage promotionnel (ex : programme SIDA....) est acceptable au sein des infrastructures hospitalières dans la mesure où ceci s'avère utile,
- et si une promotion de la santé (allaitement maternel...) est souhaitable lors des relations soignant-soigné hospitalisé aucun "service" de la santé promotionnelle ne semble justifié à l'hôpital.
- Le premier échelon est nettement plus apte à organiser cette activité, étant plus proche de la communauté.
- De plus, une relative hétérogénéité de la population hospitalisée risque de réduire l'impact de la promotion sanitaire dispensée à l'hôpital.

La participation de la communauté au niveau de l'hôpital

La justification première de l'hôpital est sa technicité.

Le dialogue avec la population ne pourrait donc s'établir qu'essentiellement dans ce cadre strict et serait donc totalement déséquilibré : les techniciens se trouvant en position de force.

"La technicité des discussions au niveau de l'hôpital ferme la voie à la participation" (comprise en tant que possibilité pour la communauté de prendre des initiatives et des décisions dans le domaine technologique de l'hôpital).

Par contre, dans le domaine de la participation financière, la population peut non seulement payer ses soins (sous une forme ou sous une autre...) mais, dans la mesure de ses capacités, participer au contrôle de la bonne gestion des ressources qu'elle a engagées et, de plus, prendre des décisions concernant les tarifications selon une option d'équité :

Exemple :

- Justification d'un tarif préférentiel pour les malades référés ?
- Répartition des bénéfices de la consultation standing ?
- Quelle est la quote-part du recouvrement des coûts du premier échelon à transférer au deuxième échelon et en échange de quels avantages ?
- Evacuation sanitaire par service d'ambulance de l'hôpital.

Enfin la participation de la population doit s'exercer au niveau de la qualité humaine des soins hospitaliers. La "boîte à suggestions" doit émaner des patients consultants ou/et hospitalisés :

Exemples :

- Horaire de la consultation de référence ?
- Qualité d'empathie du personnel hospitalier ?;
- Horaire des visites aux malades.

Ce caractère participatif ne doit pas se limiter à des revendications ou réclamations mais nécessite des suggestions ou mieux des initiatives.

Cette "boîte à suggestions" doit donc être formalisée sous une forme ou l'autre.

2.5.2.3. Par rapport à l'offre de soins

La qualité des soins :

L'offre doit répondre aux besoins. Les besoins de l'hôpital étant définis essentiellement par des contraintes techniques, la qualité humaine des soins pourrait en pâtir. Un hôpital a un aspect « d'usine » et n'est pas favorable au dialogue personnalisé.

Aujourd'hui encore, l'hôpital répond parfois à des problèmes socio-économiques qui ne répondent toutefois pas à la définition couramment admise de la santé telle que comprise dans un hôpital où cette définition se limite souvent à l'absence de maladie » !

L'hospitalisation pour raison sociale risque de se faire au détriment d'une réelle qualité humaine des soins (manque de continuité, de globalité...). D'où la justification de l'hôpital à domicile qui outre sa décentralisation technique relative, permet une prise en charge des problèmes sociaux de meilleure qualité et à moindre coût (efficience).

Cette qualité humaine des soins est définie par la globalité, la continuité et l'intégration des soins que l'hôpital est peu apte à prodiguer.

La technicité de l'hôpital impose une qualification particulière (spécialisation) du personnel. Celui-ci, se trouvant dans l'incapacité d'aborder tous les domaines, perd sa polyvalence. C'est pourquoi un hôpital est « divisé » en services (chirurgie, médecine...). Cette spécialisation a un impact :

- 1- La globalité des soins est hypothéquée (dans un service de gastro-entérologie on ne soigne que « rarement » les problèmes oculaires !)
- 2- La division de la « santé » en problèmes distincts (nécessitant des services séparés) met souvent en cause l'intégration (intégration des services, des problèmes et donc des soins !).

Quant à l'intégration des services dans un hôpital, elle implique :

- l'intégration *temporelle* : que tous les (pluriel) problèmes de santé nécessitant une hospitalisation puissent, non seulement être considérés globalement (globalité des soins), mais de plus être pris en charge en même temps ou du moins dans un intervalle de temps raisonnable.
- l'intégration *spatiale* de l'hôpital implique un circuit des malades commun à tous sans discrimination pour certains problèmes de santé au profit ou au détriment des autres (exception : les urgences et soins intensifs).

Exemple de désintégration : entrée à l'hôpital ; et accueil distinct et séparé, réservé à un service de cardiologie... (Exception : services techniques : laboratoire, RX...).

L'intégration de la gestion des *ressources*

- Ressources humaines : ce qui nécessite un « service du personnel » commun à tous les services : (contrat de travail, barème salariaux...)
- Ressources matérielles : gestion commune entre services des investissements, du mobilier, des médicaments et des finances.
- Ressources temporelles : service de garde commun, remplacement en cas d'indisponibilité (congés...)
- SIS : dossier d'hospitalisation commun entre services etc.

La taille de la population de responsabilité est si grande que la continuité des soins ne peut être assurée.

- Aucune mesure de récupération à domicile par l'hôpital ne peut être envisagée dans les zones rurales éloignées ; et même dans le cadre urbain elles auraient un impact réduit et inéquitable :

- l'aspect d'usine de l'hôpital est peu compatible avec un dialogue personnalisé soignant-soigné de qualité (première condition d'assiduité au traitement !)
- Le personnel hospitalier a une connaissance très relative de sa population.

L'exemple de la médiocre assiduité au traitement des tuberculeux, non seulement hospitalisés mais même simplement suivis ambulatoirement à l'hôpital, en est la preuve.

2.5.3. Rôle de l'hôpital de district

Dans un système de district (système à deux échelons dont l'hôpital représente le 2^e échelon), l'hôpital doit assurer le « type de soins et de soutien technique qui pour une raison quelconque ne peuvent ou ne doivent pas être décentralisés davantage. Cette raison peut être d'ordre économique, technique ou opérationnel. L'hôpital doit venir épauler le centre de santé. Il doit posséder les moyens techniques de résoudre les problèmes posés par les références ».

Théoriquement, on ne devrait pas pouvoir accéder directement à l'hôpital : le centre de santé, niveau de premier contact constitue la porte d'entrée dans le système :

- C'est à ce niveau que la qualité humaine des soins est la mieux assurée ;
- La décision de devoir avoir recours à la technicité de l'hôpital est plus de la compétence du centre de santé que du ressort des patients « auto-référés » ;
- Le passage « obligé » par le premier niveau de contact permet de décharger l'hôpital d'un surcroît de travail de niveau primaire. De plus, il permet à l'hôpital de se consacrer exclusivement à sa fonction de soins spécialisés et d'en garantir les normes de qualité (au cas contraire, la qualité des soins à l'hôpital risque de baisser car il y a des tâches qu'un centre de santé est mieux placé qu'un hôpital pour accomplir) ;
- Une concurrence déloyale entre échelons de soins va inéluctablement s'installer vu l'attraction de la technologie hospitalière. Toute la confiance de la population vis à vis des capacités du centre de santé, de son personnel et de sa compétence sera mise en cause ;

- Le coût de la prise en charge d'un même épisode de maladie courante est moindre dans un centre de santé comparé au coût de la consultation externe de l'hôpital.

« L'accès direct à l'hôpital engendre un cercle vicieux classique : le médecin n'a pas le temps de soutenir le centre de santé parce qu'il est submergé par un travail que devrait faire le centre ; et le centre de santé ne peut pas faire ce travail parce qu'il n'est pas soutenu par le médecin ».

De plus, le malade aura vu à l'hôpital un certain nombre de « personnes » qui se seront occupées de son problème immédiat, mais nulle part n'aura été faite la synthèse des différentes mesures possibles pour améliorer sa santé.

Les activités des hôpitaux doivent être organisées de manière à renforcer les centres de santé au lieu d'en entraver le développement par une course aux premiers contacts.

Dans d'autres cas, il est difficile ou politiquement impossible de supprimer l'accès direct à l'hôpital.

Dans la pratique, cela signifie qu'il faudra mettre en place des barrières interdisant l'accès direct à l'hôpital, cet accès étant réservé aux malades dûment envoyés par l'échelon inférieur. On peut le faire de différentes façons, mais il est important de prendre des mesures garantissant qu'un patient adressé par l'infirmier d'un centre de santé sera vu directement par le médecin, évitant l'obstacle d'une consultation préalable avec l'infirmier de l'hôpital, avec ce que cela peut entraîner d'attente et de frais supplémentaires, de risque de ne pas arriver jusqu'au médecin, les retards, etc.

En certains endroits, la méthode de choix est une discrimination financière.

Outre ces barrières, on peut prendre des mesures positives pour renforcer les plans d'orientation-recours. Cela va dépendre pour une grande part de l'attitude des agents de santé aux deux niveaux, ainsi que du fameux « retour d'information » après l'envoi du malade.

Principes directeurs pour déterminer la répartition des tâches entre le niveau de premier contact et l'hôpital de premier recours.

1. Ce qui n'est pas fait au centre de santé doit être fait à l'hôpital et vice versa : il ne doit y avoir des trous dans le système.
2. Il faut éviter autant que possible les chevauchements, afin de ne pas se trouver dans des situations de compétition qui nuiraient à l'efficacité des centres de santé comme à celle de l'hôpital.
3. Le centre de santé est le point où se fait la synthèse, et qui est chargé d'assurer des soins globaux, intégrés et continus. L'hôpital est l'endroit où sont menées des activités technologiques qui, pour une raison quelconque, ne peuvent ou ne doivent pas être décentralisées davantage.

Autrement dit, le rôle de l'hôpital est un rôle de soutien, tandis que le centre de santé au niveau du premier contact, peut et doit assumer la responsabilité globale de la prise en charge des patients.

Tous les soins de santé allient des aspects techniques et des aspects relations humaines. De manière générale, le centre de santé est préférable à l'hôpital lorsque prédomine l'aspect relations humaines. L'hôpital, lui, est mieux placé quand une technique avancée ou compliquée est nécessaire, reléguant au second plan les relations humaines.

Prendre soin d'un malade, ce n'est pas simplement poser un diagnostic et prescrire un traitement. Le tableau donne une liste des différents éléments et phases, avec l'indication du niveau auquel doit s'effectuer la démarche.

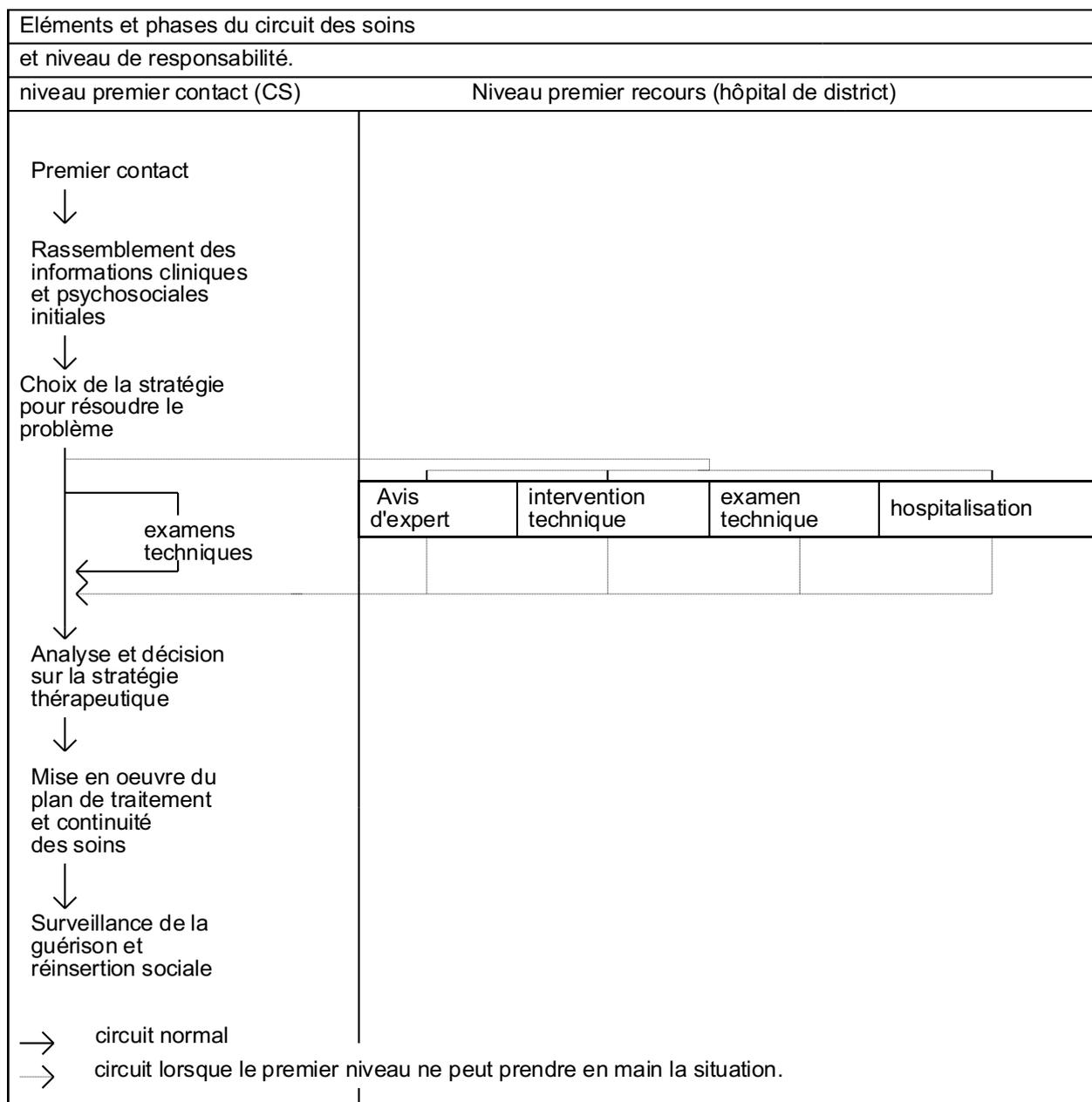


Tableau n° 4 : Eléments et phases du circuit des soins et niveau de responsabilité

Dans ce système, le processus de prise en charge du patient est fondamentalement du domaine du centre de santé.

Il n'y a donc ainsi qu'un petit nombre de cas où intervient l'hôpital :

- lorsqu'il faut recourir à des examens de laboratoire ou autres techniques diagnostiques que l'on ne trouve pas au niveau du centre de santé (radiologie, épreuves de laboratoire compliquées...) envoi pour examen technique ;

- lorsque l'établissement du diagnostic ou du plan de traitement exige des compétences supérieures à celles du personnel du premier niveau de contact, envoi pour avis d'expert ;
- lorsque le plan de traitement exige des techniques que l'on ne trouve pas au niveau périphérique (la chirurgie en étant un exemple typique) – envoi pour intervention technique ;
- lorsque le malade ne peut être traité en ambulatoire et doit aller à l'hôpital –envoi pour hospitalisation ;

Dans ce système, l'hôpital doit prendre en charge le patient jusqu'à ce que (et jusque là seulement) celui-ci puisse revenir au centre de santé. Adresser un malade à l'hôpital n'est pas synonyme d'un transfert permanent de responsabilité.

Il faut que l'orientation-recours marque une différence : l'hôpital doit donc avoir les moyens techniques pour être un service de recours. Un recours n'est utile que si l'on peut faire à ce niveau une chose impossible à la périphérie.

L'unité qui doit assurer le premier niveau de recours ne doit pas être un simple centre médicalisé, mais bien un hôpital, et un hôpital ayant les trois types de ressources suivants :

- un personnel possédant des compétences diagnostiques et/ou thérapeutiques autres que celles du niveau primaire, et disposant du temps voulu pour les utiliser en faveur des patients qui leurs sont envoyés ;
- la possibilité d'hospitaliser les patients. Cela implique des lits « d'hôpital » (où l'on ne se borne pas à déposer le patient, mais où on le soigne), des infirmiers ayant un profil autre que ceux de niveau périphérique, ainsi que la possibilité d'assurer des soins intensifs et des soins aux prématurés ;

Les ressources technologiques qui permettront d'utiliser totalement les compétences du personnel hospitalier. Cet équipement ne se rencontre généralement pas au niveau du centre de santé.

2.5.4. Organisation de l'hôpital de district

Ce qui distingue l'hôpital d'un centre de santé, c'est la possibilité d'héberger des patients pour leur dispenser des soins non réalisables en ambulatoires. Il convient de faire une distinction entre les unités opérationnelles et les unités d'appui qui fournissent les moyens techniques pour ces soins.

1 La première unité opérationnelle de l'hôpital concerne l'hospitalisation

C'est à dire les différents services où les malades peuvent bénéficier de soins plus ou moins permanents sous surveillance. Pour des raisons opérationnelles, techniques et socio-culturelles l'hospitalisation est divisée en services, ce qui ne doit pas entraver l'intégration des soins. C'est pourquoi un "minimum de services" d'hospitalisation est conseillé (classiquement, dans tout hôpital, existent au moins des services de chirurgie, médecine, pédiatrie et maternité).

Si pour des raisons opérationnelles ou techniques, le nombre de services doit être augmenté, cette extension ne doit jamais tenir compte d'une spécificité du problème de santé présenté sous peine de mener à une désintégration des soins.

L'unité de service libellée "soins intensifs" constitue un milieu d'accueil provisoire pour certains patients nécessitant des soins où une surveillance continue qui ne peut être assurée 24h/24h que pour un nombre restreint de malades (efficacité des ressources en personnel etc.)

Dans la mesure où ces soins sont justifiés par la gravité de l'affection, le service soins intensifs peut être assimilé à un service de "réanimation" mais certains soins continus peuvent s'avérer indispensables sans que la vie du patient soit en danger. *Dans un hôpital de taille modeste les "soins intensifs et réanimation" doivent être fusionnés.*

Le service de garde : Les patients hospitalisés même s'il s'agit d'une simple mise en observation doivent pouvoir faire appel à un personnel qualifié 24h/24h. Dans le cadre d'un hôpital de district, ce rôle peut être assuré par le personnel du service des urgences qui assurera simultanément les soins intensifs.

L'unité de service libellée "salle d'isolement" est nécessaire dans tout hôpital. Ce service est destiné aux patients hautement contagieux ou aux malades dont le comportement perturbe le fonctionnement de l'institution (ex : rage, psychiatrie...).

Si l'hôpital ne dispose que d'un infirmier par 5 ou 10 lits, les soins infirmiers dans les unités d'hospitalisation pourront être mieux réalisés si des membres de la famille des malades prennent en charge quelques tâches.

L'unité libellée " self-care" ou hôpital de jour, est en fait une infrastructure de logement pour les malades qui peuvent être soignés ambulatoirement mais qui habitent trop loin pour rentrer chez eux.

Réf. M. king : Hôpital africain moyen :

environ 60% "self-care"

environ 40% soins normaux (soins impossibles sans admission)

environ 2% soins intensifs.

A titre indicatif, certaines normes sont proposées. Elle doivent être adaptées selon les variables et spécificités locales, c'est-à-dire :

* les caractéristiques démographiques ;

* la qualité des soins extra-hospitaliers.

. Possibilités de soins au premier échelon ;

. Possibilités d'hospitalisation à domicile ("home-care")

. Possibilités de "self-care" (ou hôpital de jour).

Lits/habitant = 1/1000 minimum

Frais récurrents = 1 \$ US/habitant/an

Frais récurrents = 1000 \$ US/lit/an

2. La seconde unité opérationnelle de l'hôpital est la porte d'entrée des patients dans l'institution : Soins ambulatoires.

a) la consultation de référence

La consultation de référence doit être assurée par un personnel plus compétent que celui du premier échelon. L'idéal est de faire appel à la qualification d'un médecin. A l'extrême, un infirmier très expérimenté peut assurer la consultation de référence à trois conditions :

- 1° disposer de stratégies diagnostic-traitement de niveau "hôpital" ;
- 2° pouvoir faire appel au médecin, immédiatement disponible, en cas de nécessité ;
- 3° être supervisé très fréquemment.

L'accès à la consultation pour les malades référés doit être facilité par :

- une accessibilité financière adaptée ;
- un horaire de consultation adapté ;
- une file d'attente réduite, etc.

b) La consultation des urgences (référées ou spontanées).

Cette consultation, pour raison d'efficacité dans la gestion du personnel, doit être rattachée au service de garde et au service des soins intensifs.

Pour éviter tout abus, et que le service des urgences ne devienne une consultation externe déguisée ne s'occupant que de l'urgence de patients pressés et souhaitant éviter une file d'attente à la consultation externe, un système de tri dissuasif (financier?) doit être mis en place (ex : tarification modulée selon que la consultation mène à une hospitalisation ou acte technique ou bien se solde par une simple prescription).

c) La consultation externe

Cette activité n'est nullement nécessaire à l'hôpital mais est imposée sous la pression des malades. Elle doit être rendue le plus dissuasif possible :

- Le personnel de la consultation externe doit être de même qualification que celui du premier échelon. *L'accès direct au médecin doit être différé, sans rendez-vous, à une heure incongrue.*
- Le matériel, les médicaments et les outils (stratégies diagnostic-traitement) doivent être identiques à ceux du premier échelon.
- La tarification doit être supérieure à celle du premier échelon. Elle doit être prohibitive en cas d'accès direct au médecin.
- La consultation externe ne peut en aucun cas perturber la consultation de référence.

3. Les services techniques

- le bloc chirurgical
- le laboratoire
- l'imagerie médicale
RX et/ou l'échographie.

4. Les services logistiques

- Pharmacie
- Matériel + véhicule

5. Les services d'appui

- Administration + gestion financière ;
- Stérilisation ;
- Buanderie ;
- Cuisine ;
- Entretien des bâtiments et matériel ;
- Elimination des déchets hospitaliers ;
- Morgue etc.

2.5.5. Activités de l'hôpital de district

Le deuxième échelon devrait fournir un paquet d'activités complémentaires à celui du premier échelon, le paquet complémentaire d'activités :

- Urgences médicale et chirurgicale ;
- Consultations de référence ;
- Services d'hospitalisation et soins intensifs ;
- Transfusion sanguine ;
- Prise en charge des accouchements dystociques ;
- Service de laboratoire ;
- Imagerie médicale (radiographie, échographie).

Outre son rôle essentiellement technique dans le domaine curatif et son rôle d'appui au premier échelon dans un système de district, sans oublier la participation consultative des communautés et du personnel hospitalier, le personnel cadre de l'hôpital a également d'autres fonctions :

- 1) le staff de l'hôpital est "membre à part entière" de l'équipe cadre de district.
- 2) le staff de l'hôpital participe à la formation du personnel du système de santé du district.
- 3) le staff de l'hôpital participe aux recherches opérationnelles et recherche action au niveau du district.
- 4) le staff de l'hôpital évalue (monitoring) ses propres activités.

Rationalisation des activités de l'hôpital

La rationalisation des activités de l'hôpital obéit à des conditions qui sont :

1. Le travail en équipe avec réunions périodiques et régulières (staff médical; équipes d'unités fonctionnelles) ;
2. La consultation de la population et du personnel hospitalier sur la qualité humaine des soins (comité consultatif de l'hôpital).

Rationalisation du fonctionnement

- 1) Limiter les admissions aux seuls problèmes qui ne peuvent être pris en charge au premier échelon.
- 2) Programmer les admissions non urgentes.
- 3) Diminuer la durée d'hospitalisation (system delay)
 - accélérer les sorties ;
 - accélérer le processus de diagnostic traitement.
- 4) Répartition du personnel suite au calcul de la charge de travail.
- 5) Introduction de stratégies diagnostic traitement au niveau hospitalier (Consultation de références, urgences, soins intensifs...).
- 6) Délégation des tâches.
- 7) Mise en place d'un service "self-care".
- 8) Rationalisation de la gestion rigoureuse des ressources (pharmacie...).
- 9) Limiter, par toute méthode dissuasive, l'accès à la consultation externe.

2.5.6 Eléments d'appréciation de la performance de l'hôpital

Les médecins évaluent peu les performances de leurs services car ils n'y ont pas été préparés. Les dossiers d'hospitalisation ne permettent pas souvent, lorsqu'on les agrège, d'établir les taux de guérison, de mortalité, de passage à chronicité, l'utilité de l'hospitalisation, les examens qui ont accru la durée moyenne de séjour etc. Quant aux données disponibles (taux d'occupation moyen, durée moyenne de séjour), elles sont rarement mises à profit pour améliorer la gestion.

On peut classer comme suit les indicateurs de performances hospitalières :

	Indicateurs de processus	
	Qualitatifs	Quantitatifs
Efficiences	a	b
Efficacité	c	d

- a) Les évaluations qui appartiennent à cette catégorie procèdent de l'audit médical du diagnostic, du traitement, du nursing et de la prise en charge (hospitalisation, soins intensifs).
- b) Il s'agit des indicateurs classiques (les taux d'occupation moyen et les durées moyennes de séjour) qui s'adressent à l'efficacité globale d'un service.
- c) C'est aussi l'audit médical que l'on ne peut réduire aux seuls indicateurs quantitatifs qui permet de répondre aux questions qui appartiennent à cette catégorie.
- d) On trouve dans ce groupe les indicateurs de référence entre le 2ème et le 3ème échelon et les indicateurs de mortalité évitable.

Quant aux indicateurs d'intrants, ils rapportent les lits à la population et les ressources (humaines en particulier) aux lits. Dans les hôpitaux publics, on trouve en moyenne un médecin pour 40 à 50 lits et de 3.3 à 4.2 lits par agent paramédical. En

pratique, un infirmier et trois auxiliaires non professionnels pour 15 lits semblent être suffisants.

Par ailleurs, les indicateurs d'intrants doivent aussi être utilisés pour vérifier que les seuils minimums de ressources ont été atteints partout et pour objectiver d'éventuels déséquilibres de leur allocation.

2.5.6.1 Indicateurs classiques d'hospitalisation

- 1) Le nombre de lits / habitant (sont exclus les lits pour nouveau-nés sains ainsi que les lits pour accompagnant ou personnel médical de garde...)

$$\frac{\text{nbre de lits} \times 1000}{\text{nbre d'habitants}}$$

- 2) Le nombre d'entrants / an (sont exclus les nouveau-nés sains)

- 3) Le nombre de sortants / an

- guéris, améliorés, stabilisés...
- transfert au 2ème niveau
- décédés

- 4) Le nombre de journées d'hospitalisation / an (le jour d'entrée et le jour de sortie ne sont comptés que pour un seul jour)

- 5) Le nombre moyen de lits occupés par jour :

$$\frac{\text{nbre journées d'hospitalisation/an}}{365 \text{ jours}}$$

- 6) Durée moyenne de séjour (pour l'hôpital entier ou par service) :

$$\frac{\text{nbre journées d'hospitalisation/an}}{\text{nbre d'entrants (ou de sortants)}}$$

ou

$$\frac{\text{nbre journées d'hospitalisation/an}}{\text{nbre d'entrants} + \text{sortants}/2}$$

- 7 : Durée moyenne écoulée depuis l'entrée : étude transversale

$$\frac{\text{nbre de malades hospitalisés}}{\text{nbre de jours écoulés depuis l'entrée}}$$

N.B. : durée médiane de séjour peut être plus judicieuse

8) Taux d'occupation moyen :

$$\frac{\text{nbre moyen de lits occupés par jour} \times 100}{\text{nbre de lits}}$$

9) Temps de non occupation (jour par lit) :

$$\frac{\text{nbre de lits} \times 365 - \text{nbre journées d'hospitalisation annuel}}{\text{nbre de sortants}}$$

10) Taux d'hospitalisation par habitant :

$$\frac{\text{nbre d'entrants annuel} \times 1000}{\text{nbre habitants}}$$

(USA = 100/1000)

11) Taux d'hospitalisation par habitant :

$$\frac{\text{nbre total journées d'hospitalisation annuel}}{\text{nbre d'habitants}}$$

12) Rapport occupation-population :

$$\frac{\text{nbre moyen de lits occupés par jour} \times 1000}{\text{nbre d'habitants}}$$

Les indicateurs les plus utilisés sont :

- le nombre de lits par habitant
- la durée moyenne de séjour qui devrait être modulée par service, la présence de chroniques dans un service devant être spécifié. C'est pourquoi une durée "médiane" écoulée depuis l'entrée est plus justifiée. Une durée de séjour réduite laisse supposer un abus d'hospitalisation peu justifiée.
Une durée excessive nécessite l'analyse des "doctor's ou system delay".
L'optimum se situerait aux alentours de 8 jours.
- Le taux d'occupation moyen (si possible par service) est un indicateur d'efficience à analyser avec précaution car il ne peut jamais servir d'objectif (pas plus que le taux d'utilisation d'un CS). Les variables utilisées doivent être analysées avec circonspection en tenant compte de :

- 1) la concurrence des autres hôpitaux ;
- 2) la pratique de self-care et home-care ;
- 3) l'accessibilité géographique et financière de l'hôpital ;
- 4) l'acceptabilité intra institutionnelle [qualité humaine (et technique) des soins]
- 5) les capacités de prise en charge du premier échelon ;
- 6) les spécificités démographiques (âge de la population...) ;
- 7) le nombre de médecins et les activités extra-hospitalières (recherche...) systématiques et régulières.

2.5.6.2 Audit médical

Il s'agit d'une discussion en équipe de médecins sur les dossiers d'hospitalisation :
soit des dossiers ciblés (malades décédés...)

- soit des dossiers choisis de façon aléatoire parmi les sortants.

Pour leur analyse, on peut se poser les questions suivantes :

- L'admission était-elle justifiée ? (critère d'admission)
- Le traitement était-il justifié ? (critères qui ont été décisifs pour le traitement)
- et comment le traitement a-t-il été exécuté ?
- La sortie était-elle justifiée et s'est-elle faite à temps ?
- La continuité des soins était-elle nécessaire et prévue ? (Soins ambulatoires)
- Fiabilité du diagnostic. Avait-on besoin de plus de précisions en ce qui concerne la stratégie diagnostic/traitement ?
- Difficultés rencontrées par le médecin ou par les infirmiers lors du "case management".

L'avantage d'un "audit médical" est qu'il peut être suivi immédiatement par une "rétro-action".

2.5.6.3 Indicateurs de la référence /contre référence

La référence /contre référence peut être évaluée par des indicateurs de suivi et performance :

Indicateurs de suivi

Les indicateurs de suivi sont :

- Existence des différents support de référence et de contre référence ;
- Nombre total de malades référés pendant une durée quelconque ;
- Nombre de malades référés sur le nombre total d consultations ;
- Taux de contre référence reçues ;
- Nombre total de supervisions réalisées sur le nombre total de supervisions prévues.

Indicateurs de performance

Les indicateurs de performance sont :

- Les références justifiées ;
- Le taux de concordance de diagnostic ;
- Le temps moyen d'attente avant la prise en charge (temps moyen entre la prescription de la référence et la prise en charge du malade).

2.6 L'Equipe Cadre de District

2.6.1 Définition de l'équipe cadre de district

Le district sanitaire est dirigé par une équipe appelée équipe cadre de district. Elle est composée d'agents de santé aux compétences diverses mais ayant un objectif commun qui est le développement du district sanitaire.

L'équipe cadre du district doit être une équipe intégrée.

Une équipe intégrée est composée de personnalités différentes, de compétences et d'expériences différentes, qui ont un but commun; mais l'intégration de l'équipe sera toujours relative, un idéal à viser... car chacun a son but propre.

Ce qui n'empêche que chacun ait sa propre fonction dans une équipe intégrée.

1 Constitution ECD

2 Formation du personnel

Tous ceux qui ont un "pouvoir" réel doivent être impliqués dans l'équipe, qu'ils soient

"représentatifs" ou non. L'équipe n'est pas une démocratie (ne pas confondre avec

"délégation syndicale"!).

L'équipe cadre doit être 5. Expression de la volonté de tous les professionnels du système de santé

ayant un certain pouvoir (charisme...), une compétence ou une expérience.

En général tous les médecins (du service public ou privé) sont de bons candidats.

L'infirmier major devrait être membre. Les dentistes, pharmaciens et gestionnaires du district ne devraient pas être exclus.

L'optimum est un compromis entre une taille importante (qui permet une participation élevée, mais une communication faible) et une taille réduite (qui limite la participation, mais permet une communication importante).

La participation de la population aux décisions de l'équipe cadre pose problème. De toute façon un organe représentatif de la population, ne fût-ce qu'à titre consultatif, est souhaitable.

Dans l'optique de l'atteinte de l'objectif commun, l'équipe cadre du district doit travailler dans cinq axes prioritaires dont l'importance relative se modifie au cours du temps.



Figure n° 5 : Axes prioritaires de travail de l'équipe cadre

L'équipe-cadre doit être constituée et formée pour mener à bien l'encadrement et la formation des infirmiers, condition pour que le fonctionnement des structures soit rationalisé et que l'utilisation des ressources soit optimisée. Ce point comprend le renforcement de la réorganisation des centres de santé, du système d'information et la conversion des structures spécialisées en institutions polyvalentes. Ceci afin de permettre que soient étudiés les programmes devant faire parti des activités du premier échelon. Cette étude doit déboucher sur la rédaction d'instructions écrites à l'intention des infirmiers-chefs de centre de santé. Ce point concerne la rationalisation des activités des centres de santé. Ceci permet l'implication des activités dans les services de santé de base et l'amélioration de celles qui le sont déjà, ainsi que l'ouverture de structures nouvelles, c'est à dire l'extension de la couverture. Ce dernier point comprend l'implantation des nouveaux centres de santé et l'extension de la couverture des diverses activités.

2.6.2 Fonctions et rôle de l'Equipe Cadre de District (ECD)

En théorie l'équipe cadre de district a en charge les activités suivantes :

- La planification et la gestion du district sanitaire incluant le budget et le personnel ;
- Le circuit d'approvisionnement en médicament pour l'hôpital et les centres de santé ;
- La gestion de l'hôpital ;
- L'organisation de la supervision à l'hôpital et dans les centres de santé
- L'organisation de la formation ;
- Le développement de la collaboration intersectorielle ;
- La recherche opérationnelle ;
- La synthèse de l'information sanitaire pour tout le district sanitaire.

L'équipe cadre est responsable du district en termes de :

- a) Responsabilité d'une population bien définie (couverture géographique) ;
- b) Responsabilité de gestion, formation, supervision, planification ;
- c) Responsabilité de la qualité des soins, humaine et technique, dans un Système à deux échelons.

Le district peut être analysé de trois façons :

1. La direction sanitaire du district est responsable pour une aire géographique délimitée (le district sanitaire) qui peut mais qui ne doit pas nécessairement correspondre à une délimitation administrative (le cas échéant, il est essentiel d'étaler une distinction terminologique entre le "district administratif" et le "district sanitaire" afin d'éviter une confusion). Dans les cas idéalisés, toute cette aire est subdivisée en sous-districts, chacun d'entre eux étant couvert, sans chevauchements ni trous, par un centre de santé : le premier échelon. De plus, la zone d'attraction de l'hôpital correspond exactement à la délimitation du district : *il y a identité entre aires de responsabilité et d'attraction.*

2. Le district sanitaire est dirigé par une équipe cadre de district (ECD). Cette ECD assure la direction sanitaire de district. L'ECD se situe souvent mais pas nécessairement au sein de l'hôpital de district. L'ECD a autorité sur l'organisation des soins dans le district ; elle a donc des tâches de planification, supervision et de soutien logistique. La gestion au niveau du district demande donc une base légale et administrative : sans cette autorité une "autorité sanitaire de district" serait un non sens.

3. Le district est un système à deux niveaux. Les malades utilisent le centre de santé comme lieu de premier contact. L'accès à l'hôpital est limité aux cas envoyés par le centre de santé à l'hôpital parce qu'ils nécessitent des compétences ou des ressources inexistantes au centre de santé.

En fait, qu'est-ce que l'autorité sanitaire de district ? Dans la hiérarchie administrative, elle représente l'unité fonctionnelle, opérationnelle, de décentralisation (planification de bas en haut).

Elle est souvent implantée dans l'hôpital de district, et les médecins de cet hôpital y jouent habituellement un rôle fondamental.

Evaluation du fonctionnement d'une équipe cadre du district

1) Etablissement d'une communication parmi les membres de l'équipe

Cette communication ne doit pas nécessairement être formelle si les canaux informels fonctionnent bien ; sinon il y a lieu d'organiser des réunions d'équipe formelles :

- calendrier (plus ou moins fixe) pendant les heures de travail ;
"il ne faut pas se limiter à attendre un problème pour se réunir" ;

- périodicité

Une réunion hebdomadaire de l'ECD semble un minimum.

1° étape : timidité, prudence... tâtonnements

2° étape : réunions explosives

3° étape : réunions productives

les réunions doivent être suffisamment fréquentes pour atteindre

la 3° étape et pour ne pas s'enliser dans la 2° étape.

2) Objectif commun

Cet objectif est souvent implicite et peu rester informel.

Il ne doit être formalisé qu'en cas de malentendu, afin de mettre en évidence les paradigmes de chacun des membres.

paradigme → → → → → → → → objectif opérationnel
(étapes intermédiaires)

En cas de dissension dans l'équipe il y a donc lieu de formaliser (ou de rappeler) l'objectif commun.

3) Attitudes communes

Quel est le comportement de chacun ?

Ce comportement est-il acceptable ? (Ex : il ne faut pas choquer "inutilement").

4) Répartition des fonctions

En dehors de la compétence technique de chacun, (rôle formel qui doit être exploité par exemple dans le cadre de la recherche...) ; quelle est la fonction de chacun dans

l'équipe au point de vue fonction relationnelle, (fonction plus ou moins informelle) établie selon la personnalité de chacun.

5) Qui prend les décisions ?

Le type participatif n'est pas la "démocratie" (élection)

N.B : Compromis : le compromis est la résultante d'un conflit d'objectifs différents, c'est l'expression d'une équipe non intégrée

Consensus : le consensus est un accord en termes d'objectif commun qui prime sur les intérêts personnels et sur les personnalités différentes. Le consensus repose sur la "personne" qui est la plus compétente, la plus expérimentée. à laquelle toute l'équipe se rallie en fonction de l'objectif commun.

Modèle d'analyse de décision :

Décision 1	Avantage 1-->1'-->1"
	Inconvénients 1-->1'-->1"
Décision 2	Avantage 2-->2'-->2"
	Inconvénients 2-->2'-->2"

$AV1 - Inc1 > AV2 - Inc2$

Accepter une décision ne signifie pas de renoncer à son opinion. On reste "critique" et "vigilant" malgré un consensus (consensus ne signifie pas soumission) mais sabotage signifie équipe non intégrée. (c'est-à-dire que l'objectif " commun " ne l'emporte pas sur les objectifs personnels).

6) Auto-évaluation

L'auto-évaluation en elle-même, si elle peut se réaliser, est déjà un critère de bon fonctionnement. Elle porte sur :

- l'aspect technique ;
- les problèmes relationnels.

"Etre capable de se remettre en question, de reconnaître ses erreurs"

ERRARE humanum est, PERSEVERARE diabolicum. (se tromper est humain, persévérer dans l'erreur est diabolique).

2.6.3 Modèles d'organisation de l'Equipe Cadre de District

Il est utile de distinguer au sein de l'équipe cadre pour des raisons pratiques, trois modèles d'organisation :

- le modèle autoritariste ;
- le modèle technocrate
- le modèle participatif.

Ces trois modèles n'offrent pas les mêmes garanties en ce qui concerne la gestion du district en tant que système intégré avec équilibre entre l'hôpital et le réseau des centres de santé.

Modèle autoritariste

Dans ce modèle, l'administration est le fait d'une seule personne ou d'un petit groupe de personnes qui "gèrent et supervisent" le réseau sanitaire. Celui-ci a très souvent la structure formelle reproduite à la figure ci-dessous :

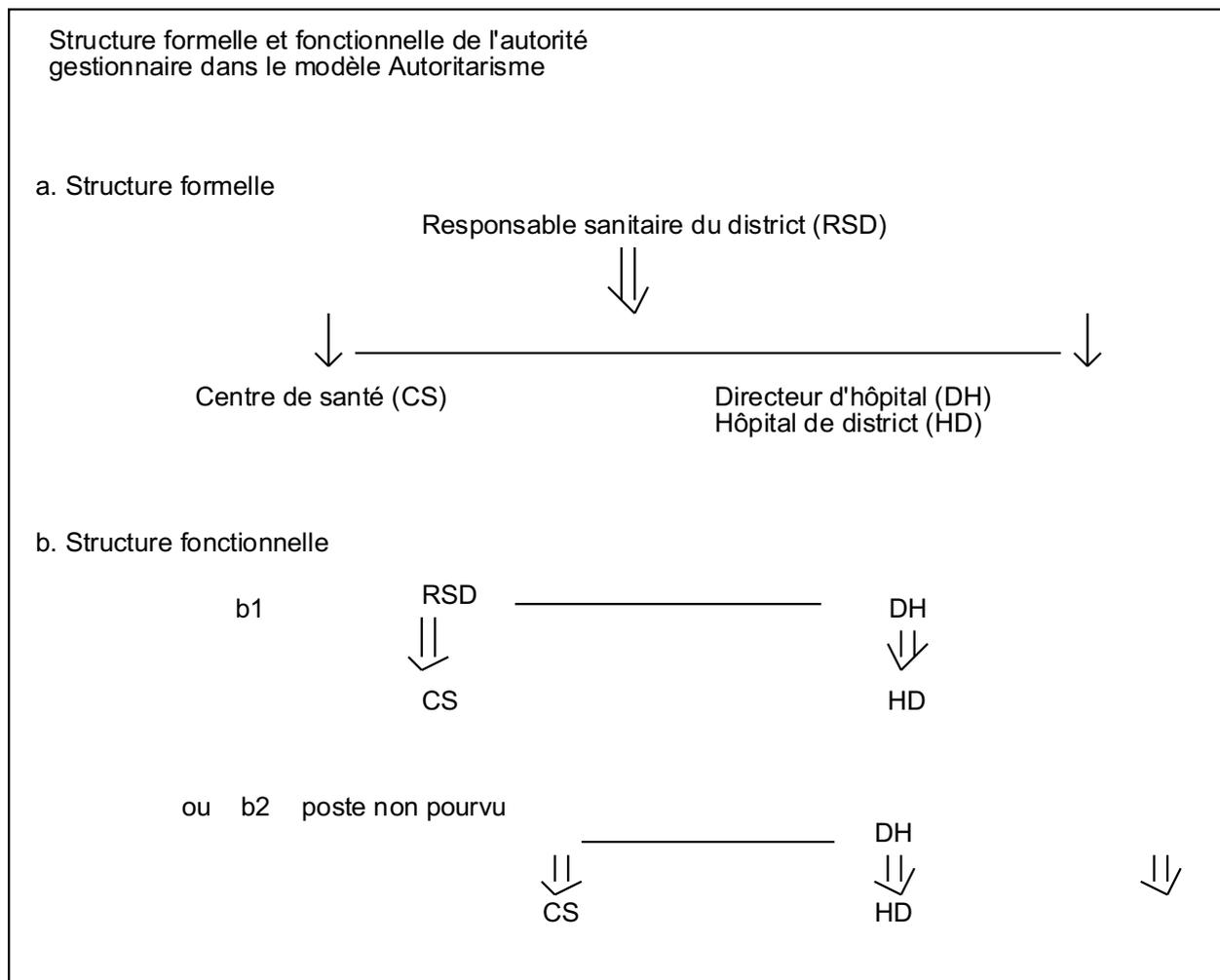


Figure n°6 : Structure formelle et fonctionnelle de l'autorité gestionnaire dans le modèle autoritariste

Théoriquement, cette structure offre de bonnes possibilités pour la gestion du district en tant que système intégré, mais en fait il en va souvent tout autrement. La structure formelle correspond généralement à l'une des situations fonctionnelles "réelles" suivantes.

Il peut y avoir coupure dans la ligne responsable sanitaire du district/ directeur de l'hôpital. Le premier pourra avoir théoriquement autorité sur le second, mais en pratique ce ne sera pas le cas et les deux niveaux vont fonctionner séparément. La structure fonctionnelle est devenue celle qui est indiquée à la figure b1.

D'un autre côté, il se peut que le poste de Responsable Sanitaire de District existe théoriquement, mais que seul soit pourvu en fait le poste de directeur de l'hôpital. "C'est le cas par exemple au Ghana. Selon son organigramme, le Ghana devrait avoir 67 responsables sanitaires de district. Il n'existe pas de description de ce poste.

La plupart des districts n'ont un responsable médical que sur le papier. Ces fonctions sont généralement exercées par le chef de l'hôpital de district, qui peut être un spécialiste ou un omnipraticien, mais qui possède rarement une formation en santé publique". On retrouve ce genre de situation dans d'autres pays, en Bolivie par exemple. Les conséquences sont évidentes : l'hôpital sera peut-être géré correctement, mais le réseau périphérique sera abandonné à son sort. Au Ghana, cela a entraîné vers les années 85 une désagrégation de la logistique du programme élargi de vaccination.

Dans un cas comme dans l'autre, on arrive au même résultat pratique : dans l'organisation du système de soins de santé au niveau du district, la figure dominante est le directeur de l'hôpital, le plus souvent un chirurgien. Il peut déléguer le soin de superviser les unités périphériques à un médecin "spécialisé", mais qui n'a pas l'autorité requise pour intégrer les deux niveaux en un seul système. Il est à prévoir que cela entraînera une mauvaise qualité des soins au niveau primaire, faute de supervision, un défaut de coordination du programme et le manque de systèmes d'information adéquats.

Modèle technocrate

Dans ce modèle la gestion du district est confiée à un comité représentant le personnel clé du district : les médecins, éventuellement le responsable infirmier du district ou "l'infirmier-major", et l'administrateur de l'hôpital. C'est cette équipe de gestion qui va organiser le district, y compris en ce qui concerne la supervision du réseau des centres de santé périphériques.

Le gros avantage de cette gestion collective est qu'à condition d'avoir été sensibilisés à ces problèmes, les médecins vont permettre l'identification des "incidents critiques". Se trouvant à l'extrémité de la chaîne d'orientation-recours, ils sont en mesure de reconnaître les retards imputables au malade, les recours inutiles, etc. Comme ils sont également directement responsables du niveau de premier recours et de sa supervision, ils peuvent traduire leurs constatations en mesure de rationalisation au niveau du premier contact.

Le point faible de cette gestion collective est qu'elle ne pourra fonctionner que si les médecins composant l'équipe gestionnaire souhaitent le développement du système de soins du district.

Ce n'est pas toujours le cas : cela demande en effet, face à la délégation des tâches, une attitude qui n'est pas naturelle au médecin.

Si l'hospitalocentrisme est l'attitude qui prévaut dans le groupe, le district sera administré en fonction de l'hôpital. Il est fondamental à cet égard que l'équipe ait une idée de ce que doivent être le système de district et les relations entre les deux niveaux. Mais ce n'est pas suffisant : il faut aussi que l'équipe ait une expérience directe du niveau de premier contact. Une formation en cours d'emploi à ce niveau ne saurait remplacer l'expérience pratique quotidienne : le contact doit être permanent. Pour y parvenir, une bonne solution est d'appeler les médecins hospitaliers à participer à l'encadrement ; les centres de santé le souhaitent désespérément, et cette supervision est pour le médecin hospitalier une façon élégante d'apprendre ce qui se passe dans la périphérie sans perdre la face.

Modèle participatif

Dans ce modèle, qui offre de meilleures chances de protéger contre l'hospitalocentrisme les intérêts du niveau de premier contact, l'équipe gestionnaire de district travaille en association étroite avec une assemblée des responsables des centres de santé.

A condition de ne pas être de simples formalités, ces réunions peuvent faire utilement contrepoids à des médecins trop préoccupés de leurs propres problèmes. Elles sont également un moyen de maintenir la cohérence du système lorsque les ressources humaines se font plus abondantes, et que l'on trouve du personnel médical au niveau du premier contact.

Des problèmes peuvent être soulevés dans la prise de décision par l'ECD. Cependant le pouvoir réel de l'ECD est multifactoriel.

1. des facteurs techniques :

- nécessité de ressources ;
- nécessité de connaissances (manque de formation) et de savoir-faire ;

2. des facteurs conceptuels :

nécessité d'un "modèle" (élaboration d'une politique à partir de paradigmes);

3. de facteurs individuels :
Intérêts personnels de chacun mis en évidence par le contrôle de chacune des "zones d'incertitude" (CROZIER) ;
4. de facteurs culturels ;
5. de la décentralisation administrative qui permet ou non :
 - une planification opérationnelle de bas en haut ;
 - la répartition des ressources humaines et matérielles allouées par le niveau central au niveau du district par l'ECD ;
 - une gestion autonome et indépendant des ressources humaines et matérielles générées (circuit décentralisé des finances).
6. de l'initiative d'exécution dont jouit l'ECD vis à vis des programmes nationaux ou des bailleurs de fonds.

2.6.4 Etablissement des priorités et extension de la couverture dans un district

2.6.4.1 Etablissement des priorités

Quelles sont les règles empiriques qui président à l'élaboration d'une stratégie de district ? Les priorités sont partiellement déterminées par l'environnement, c'est surtout par l'état du système de santé lui-même.

Domaines de décision

La définition d'une stratégie suppose des réponses aux questions suivantes :

- Certaines activités doivent-elles être associées ? Si oui, lesquelles ?
- Quelles sont les décisions qui sont libres, et qui peuvent dépendre des centres intérêts du personnel de santé ?
- Existe-t-il des priorités dans l'introduction de certaines activités ? Ces priorités sont elles dictées par l'épidémiologie ?
- Y a-t-il des combinaisons classiques qui ont donné de bons résultats,
- Quel est le rôle laissé à la participation dans l'élaboration des plans d'action ?

A) Acitivités opérationnelles

1 - L'obtention du deuxième échelon efficace et accessible est prioritaire par rapport au développement des activités du premier échelon

Les patients dont l'état est le plus grave sont ceux qui requièrent généralement les soins les plus complexes et en référence à l'hôpital de district. Cette proposition est démontrée par l'analyse des motifs de recours dans les stratégies diagnostic-traitement de Kasongo. En 1974, les 3 CS urbains de Kasongo ont référé 10,3 % de leurs cas pédiatriques à l'HD, où 92,2 % de ceux-ci sont effectivement arrivés. 69 % (336/487) de ces références étaient justifiées, sur base de l'application des stratégies écrites (d'autres cas pouvant être justifiés, mais sans être prévus par ces documents), dont par exemple 23 % de toux dyspnéisante (qui requièrent l'hospitalisation, l'humidification de l'atmosphère, une surveillance accrue...) et 9,8 % de diarrhées avec forte déshydratation, qui exigent une réhydratation parentérale.

De même, les consultations prénatales (dont les fonctions sont la détection des femmes à risque d'accouchement dystocique, le traitement des anomalies de grossesse, et la VAT) perdent beaucoup de leur utilité si les femmes à risque ne peuvent bénéficier d'une césarienne à l'HD.

La disponibilité d'un échelon de recours efficace et accessible conditionne donc l'efficacité des processus préventifs et thérapeutiques du 1er échelon et leur crédibilité . Il conditionne aussi l'analyse de la pratique médicale en vue de sa rationalisation et de son évaluation.

2- Priorité en milieu hospitalier : rationalisation du personnel et de l'utilisation des médicaments

Le renforcement du plateau technique n'a de sens que dans la mesure où la couverture des frais de fonctionnement est possible. Van Lemmen et Van Amelsvoort ont montré l'importante variance qui existe dans la distribution des coûts récurrents de 50 hôpitaux africains appartenant à des ONG : 47,6% plus ou moins 12.3 % pour les salaires et 18.1% plus ou moins 9.7% pour les médicaments.

Les possibilités d'accroître l'efficacité des structures de référence sont donc nombreuses. D'où l'importance de rationaliser le personnel et l'utilisation des médicaments (ces deux rubriques représentent 65.7% du budget de fonctionnement des hôpitaux mentionnés ci-dessus).

L'extension de la couverture urbaine des CS exige que l'on décentralise une partie du personnel hospitalier. Pour ce faire, une étude de la charge de travail est indiquée. Il est souhaitable de redéployer les meilleurs éléments dans les CS car, au contraire des agents hospitaliers, ils y resteront sans supervision quotidienne.

3- Au niveau de l'HD. les urgences médico-chirurgicales sont prioritaires par rapport aux autres activités opérationnelles

Il existe de nombreux pays dont le second échelon ne peut prendre en charge les urgences médico-chirurgicales : le Sénégal, le Burkina Faso, l'Ethiopie, le Cameroun, la Tanzanie, le Kenya pour n'en citer que quelques-uns. Leurs hôpitaux de district sont peu utilisés.

L'importance de la prise en charge des urgences médico-chirurgicales ne réside pas uniquement dans l'effet positif qu'elles ont sur l'utilisation des services, mais aussi dans leur impact sur la mortalité.

4 - L'offre d'activités curatives doit précéder les autres activités du centre de santé

Nous avons discuté l'importance de la consultation curative au sein des activités de première ligne pour répondre à la demande de la population. Cette réponse est indispensable si on veut voir s'établir un dialogue entre elle et les professionnels de la santé car il conditionne l'existence de la structure et de ses activités. En outre, le recrutement des mal nourris pour le programme de réhabilitation nutritionnelle ou celui des femmes souhaitant contrôler leur fertilité est plus efficient à la consultation curative qu'à la CNS ou au PF.

5 - La disponibilité des médicaments cautionne le développement des activités curatives

6 - L'organisation de la récupération des malnutris (si prévalence forte) doit précéder l'offre d'une CNS

La mise en place d'une technique diagnostique dont l'application ne débouche sur aucun traitement efficace n'a pas de sens aux yeux de la population (les CNS étant alors déconsidérées) ni pour la logique technique.

Par contre, un programme de récupération nutritionnelle peut fonctionner sans qu'au préalable la CNS ait été implantée.

7 - La CPN et la CNS ont priorité sur l'offre de PF en zone rurale

8 - La prise en charge des malades chroniques domine-t-elle la prévention ?

La capacité d'anticiper et de répondre aux problèmes des patients s'exprime plus facilement à l'occasion de la prise en charge des malades chroniques que lors des activités préventives : les premiers sont déjà malades - et donc en état de demande - alors que pour les autres ; il s'agit de faire accepter une activité à des personnes en bonne santé.

9 - L'organisation des PMI dans les sous-secteurs fixes est prioritaire par rapport aux PMI mobiles

Il est souhaitable que le centre de santé veille d'abord à assurer correctement la couverture sanitaire des populations qui lui sont proches avant celles qui sont plus périphériques. C'est plus aisé et cela donne l'occasion au centre de santé de roder les CNS et les CPN. Le centre de santé mobilisera ensuite les stratégies avancées pour atteindre les populations plus éloignées.

10 - Les PMI mobiles doivent se substituer progressivement aux PMI avancées effectuées par l'équipe mobile du district

B) Activités logistiques et gestionnaires

1 - Formation d'un cadre-médecin au moins

Si on a l'occasion de former des MCD à l'organisation des services de santé, plutôt que de les disperser, mieux vaut les regrouper (par exemple à raison de 2 par HD), afin qu'ils puissent s'épauler lorsque se manifestent des réactions bureaucratiques aux changements qu'ils veulent introduire.

2- la supervision technique conditionne l'implantation d'une activité nouvelle dans un centre de santé

Cette assertion s'appuie sur :

- les exigences de l'intégration opérationnelle ;

- l'écart entre le fonctionnement global d'un centre de santé et la somme des solutions adoptées à court terme ;
- l'observation d'une dégradation de la qualité des activités non supervisées;
- la nécessité d'améliorer les activités curatives ;
- et enfin l'utilité psychologique de la supervision.

3 - Dominance de l'enregistrement sur les autres activités administratives dans les zones urbaines

Dans les villes, l'inscription - et son présupposé, le plan de couverture - conditionnent pratiquement toutes les activités médico-sanitaires :

- Pour la consultation curative, l'inscription permet de consacrer les faibles ressources en médicaments à une population définie (dont la taille raisonnable est mieux garantie en zone rurale par la moindre accessibilité géographique des infrastructures) ;
- En matière de CNS et de CPN, l'inscription, limitée à la population de responsabilité, est indispensable puisque l'initiative d'une activité préventive revient au service ;
- Elle permet de limiter à une population définie (selon le recensement) les visites à domicile pour le suivi des chroniques.

4 - Le plan de couverture précède la prise en charge discriminative et le recensement

5 - La promotion sanitaire doit être implantée après que le CS a été doté de toutes les activités du PMA

La promotion sanitaire est un ensemble d'activités destinées à modifier l'environnement pour améliorer la santé et qui, en règle générale n'appartient pas au PMA.

Seule l'information portant sur les déterminants sanitaires devrait être systématiquement fournie à la population dès le début des activités d'un centre de santé. C'est à celle-ci -et non aux techniciens de la santé- de décider de l'importance de l'effort à consentir pour promouvoir la santé (changer le style de vie, modifier l'utilisation des budgets familiaux, entreprendre des travaux d'intérêt public, établir de nouvelles relations avec les secteurs non sanitaires comme l'agriculture etc.).

6 - Rationalisation de l'utilisation des ressources

La rationalisation de l'utilisation des ressources implique :

- le redéploiement du personnel, généralement trop nombreux aux échelons supérieurs et pas assez dans les CS ;
- l'obligation faite aux prescripteurs d'utiliser la liste des médicaments essentiels et d'appliquer les schémas thérapeutiques standardisés ;
- le contrôle du financement et de la gestion pharmaceutique ;
- l'utilisation de technologies appropriées pour le matériel.

Ces changements sont toujours source de conflits avec la population, les entreprises, le personnel et la direction des services de santé car *les gains d'efficience se font au détriment de ceux qui auparavant tiraient parti des dysfonctionnements.*

Pour aplanir ces difficultés, 2 principes doivent être adoptés qui attribuent à améliorer l'acceptabilité des changements gestionnaires auprès de la population :

- les restrictions d'utilisation d'une ressource doivent être accompagnées par une amélioration perceptible des prestations fournies. Par exemple, le meilleur moment pour rationaliser la prescription est de la faire coïncider avec la mise en place d'un stock de médicaments au centre de santé. De même le redéploiement du personnel ne doit pas être effectué pour la raison qu'on veut le répartir de manière équitable. Il vaut mieux le faire à l'occasion de l'ouverture d'un centre de santé nouveau ou de la transformation d'un dispensaire en centre de santé intégré pour l'imposer (EG)
- la rationalisation doit s'accompagner d'une stratégie destinée à en expliquer le contenu aux utilisateurs du service et parfois aux politiciens, et négocier certains aspects du plan avec les populations.

7 - Rationalisation des activités des centres de santé : il faut un exemple rationalisé de chaque activité du PMA dans chaque district

On préconise l'EG comme base d'extension de la couverture à cause de la solidité des réalisations qu'elle permet. On peut obtenir en 9 à 12 mois un centre de santé pilote, qui offre toutes les activités du PMA dans de bonnes conditions grâce à une

utilisation plus efficiente de ressources semblable à celles des autres structures du district. Ce centre de santé pilote est utile pour démontrer à la population l'intérêt des soins intégrés et pour enseigner par la pratique les activités rationalisées au personnel

2.6.4.2 Formation du personnel du district

La formation du personnel est la condition nécessaire à la délégation des tâches. L'ECD de district doit combler l'écart entre la formation de base acquise et les compétences attendues du personnel de district.

La formation s'adresse au personnel infirmier des centres de santé et de l'hôpital de district.

Préalable à la formation

- Etablir le listing des compétences attendues par service hospitalier et CS tout en essayant de maintenir la polyvalence du personnel.
- La formation se fera selon ces objectifs (*formation par objectifs*).

Méthodologie

1) Séminaires : il s'agit d'une formation de groupe.

Les séminaires sont adaptés à la formation théorique et aux échanges entre infirmiers (lorsque l'on veut utiliser les influences croisées pour surmonter une résistance au changement). Ils ont l'intérêt d'être efficaces et de tirer parti de l'expérience de chacun.

2) La démonstration est la réalisation d'une activité par le superviseur. Elle est précédée d'un bref rappel des fondements théoriques de l'activité et d'une explication relative à l'utilisation des supports administratifs. Après la démonstration, l'infirmier réalise lui-même l'activité en alternance avec le médecin d'abord, seul ensuite. La démonstration au centre de santé est indiquée pour l'apprentissage d'une activité ou d'une technique médicale. Elle permet de réorganiser le centre de santé en même temps.

3) Les stages permettent d'apprendre par observation l'empathie, la participation et des techniques médicales rares, là où elles sont le plus pratiquées.

4) Toutes les activités doivent être régulièrement supervisées, faute de quoi elles se dégradent progressivement. Le superviseur doit donc planifier les supervisions en

fonction de la volonté d'intégrer ou de renforcer telle ou telle activité et de manière à couvrir régulièrement toutes les activités du CS.

Formation initiale du chef de centre de santé

Avant son entrée en fonction, le futur responsable du centre de santé devrait bénéficier de stages destinés à le préparer à son nouveau rôle. Dans cette perspective, il est utile de prévoir un stage pratique dans un centre de santé pilote, utilisé pour la formation et la démonstration. Un carnet de stages structuré convenablement est essentiel à leur pertinence. Ce carnet comprend une liste des tâches que le responsable du centre de santé doit apprendre, en regard de quatre colonnes cochées respectivement, si l'activité est connue préalablement, lorsqu'elle est observée, lorsqu'elle est pratiquée et enfin, si elle est connue à l'issue du stage.

Ce support est utile :

- en ce qu'il oblige l'ECD à définir les besoins individuels de formation technique ;
- en ce qu'il permet au stagiaire de profiter de chaque occasion (de chaque acte pratiqué dans un service) pour parfaire ses connaissances ;
- parce que la formation par objectif est plus adaptée à l'andragogie professionnelle que les autres formes de recyclage.

Formation continue et supervision

La supervision technique conditionne l'amélioration des prestations du centre de santé. Elle exige une visite mensuelle d'un jour et une demi-journée de préparation, encore que la fréquence doit être plus grande au début de la vie d'un centre de santé. Elle doit être effectuée par un superviseur polyvalent et non par plusieurs superviseurs spécialisés qui soumettent nécessairement l'infirmier à des directives contradictoires.

C'est un médecin qui doit l'effectuer et non un autre infirmier, eu t-il reçu pour cela une formation particulière. Il ne doit pas s'y consacrer exclusivement, car pour être crédible vis-à-vis du personnel et comprendre les problèmes des supervisés, il doit conserver ses responsabilités cliniques à l'échelon de recours.

La supervision est difficile à enseigner en classe car elle procède de l'observation directe de l'infirmier, les documents administratifs n'étant utilisés que secondairement. Il vaut mieux l'apprendre par des supervisions régulières.

2.6.4.3 Rationalisation des ressources du district

Cet axe concerne les ressources matérielles (équipements, infrastructures, finances, médicaments...) et le personnel.

La ressource temporelle (charge de travail) concerne plus spécifiquement le 4^o axe consacré à la rationalisation des activités.

2.6.4.4. Rationalisation des activités :

La rationalisation des activités du centre de santé suppose des réponses aux questions suivantes :

- De quelles activités le PMA du premier échelon est-il constitué ?
- Quelles interventions constituent ces activités ?
- Comment identifier localement les interventions additionnelles nécessaires ?
- Quelles sont les spécificités de la méthodologie de la Recherche Opérationnelle appliquée aux programmes ?
- Comment l'épidémiologie peut-elle contribuer à la rationalisation des programmes ?
- A quel niveau les programmes doivent-ils être conçus ?
- Quel est le rôle des districts dans leur adaptation ?

La dynamique de la rationalisation des soins

Le graphique schématise la dynamique de la rationalisation des soins lorsqu'on postule un PMA indépendant des pathologies et de la demande de la population et qu'on ne cherche à l'adapter aux conditions locales qu'une fois le service utilisé par la population.

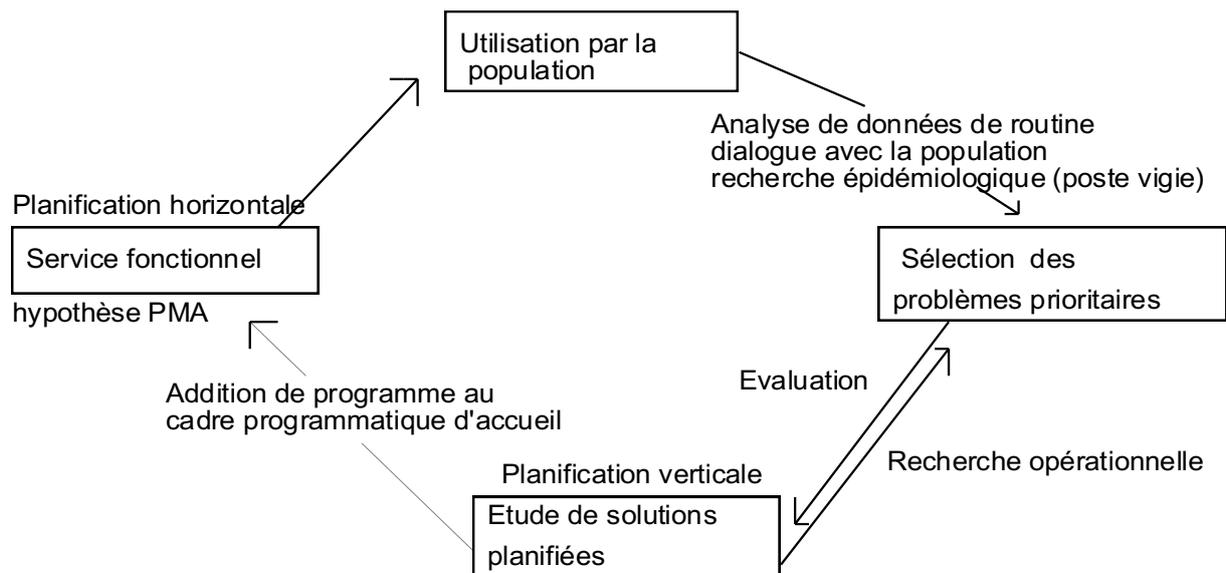


Figure n°7 : Dynamique de la rationalisation des soins

Une fois le PMA réalisé, les ajouts se font en réponse à des études menées dans les services, aux enquêtes épidémiologiques (pour les pathologies dont les taux de détection donnent une mauvaise idée de la fréquence, comme les méningites cérébro-spinales (à cause des décès précoces) et les gonorrhées (à cause de leur valence psychosociale) et en écho à la demande de la population.

Ces adaptations ne peuvent mettre le PMA et son financement en question. En particulier, les comités de santé ne devraient pas être autorisés à se prononcer sur la pertinence d'une activité ou d'une intervention du PMA. Lorsque le PMA est réalisé dans un centre de santé et que la communication avec la communauté est bonne, certaines activités de promotion sanitaire relatives à l'assainissement du milieu, à l'adduction d'eau, et à la promotion nutritionnelle peuvent être entreprises. Elles sont peu viables lorsqu'elles impliquent des travaux importants.

Cette conception de la planification se distingue des approches qui préconisent des enquêtes - épidémiologiques ou d'option (comme le micro planning) - comme préalable au design d'un service de santé. La mise en oeuvre des enquêtes épidémiologiques est lente et la situation qu'elles sont censées décrire peut s'être modifiée au moment où les résultats sont disponibles.

Les ajouts au PMA

Par ajout, on entend l'introduction d'une intervention supplémentaire dans une activité (par exemple, la CNS peut s'étoffer du déparasitage périodique des nourrissons), l'adjonction d'une activité nouvelle (un nouveau "cadre programmatique d'accueil" comme le programme de santé scolaire par exemple) ou l'amélioration qualitative d'une intervention ou d'une activité.

L'intégration d'une intervention isolée suppose donc l'existence préalable de l'activité correspondante dans le CS concerné. Par convention nous nommons cette activité le cadre programmatique d'accueil (CPA) de l'intervention.

La recherche opérationnelle "verticale"

Etapes :

1. Identification des problèmes liés à la pathologie étudiée, définis comme une souffrance actuelle ou un risque de souffrance.
2. Description des états du système. On peut les représenter pratiquement en utilisant le modèle des maladies transmissibles ou des maladies chroniques dégénératives.
3. Quantification des relations par approche épidémiométrique. Au niveau d'un district, cette étape n'est ni faisable ni nécessaire car la quantification du modèle influence peu ses décisions.

Il n'en va pas de même de la conception centrale des programmes verticaux, pour lesquels les modèles épidémiométriques permettent de définir les états d'équilibre recherchés pour la maladie cible du programme et l'intensité optimale de ce dernier.

4. Description des techniques de contrôle.
Cette étape consiste à dresser une liste exhaustive des techniques qui permettent d'interrompre les transmutations dans le modèle des maladies transmissibles.
5. Sélection des objectifs de la stratégie de contrôle et des moyens de lutte.
6. L'opérationnalisation, qui consiste à préciser dans quels services (polyvalents ou spécialisés) les techniques de contrôle seront introduites. Elle peut être précédée par une phase d'expérimentation.

7. On décrit ensuite les modalités de l'intégration et on précise le rôle de chaque service dans la stratégie.
8. La dernière étape consiste à décrire l'évaluation.

Comment organiser la rationalisation des activités dans les districts ?

Les instructions écrites pour les activités de PMA représentent un livre de 50 à 100 pages pour les médecins et un second livre deux fois plus longues pour les infirmiers. Il est illusoire d'espérer que les MCD les rédigent, étant donné leur charge de travail, leur manque d'habitude et la difficulté pour eux de se procurer les informations nécessaires. *C'est au niveau national que le travail de création des instructions doit être effectué, d'autant que les médecins et les services spécialisés peuvent y être mis à contribution.*

L'adaptation des instructions aux districts est possible et souhaitable. Ceci suppose que les cadres soient capables d'estimer les ressources supplémentaires requises après une modification du programme.

- a. la définition de la politique du district (les principes d'organisation) relative au problème considéré. Par exemple, on peut limiter les activités nutritionnelles à la seule réhabilitation, ou y adjoindre la promotion nutritionnelle : la réhabilitation peut viser les seuls enfants mal nourris ou aussi les femmes enceintes ;
- b. la définition des modalités stratégiques : poursuivant l'exemple précédent, il faut décider si les enfants mal-nourris seront diagnostiqués à partir de l'indicateur poids pour taille, poids pour âge, sur la base du périmètre brachial ou d'une combinaison de ceux-ci, les décisions sont rédigées dans un document désigné par convention du terme de "*stratégie*" et qui est mis à la disposition des membres de l'ECD ;
- c. on traduit les options stratégiques en instructions écrites et en supports d'information (fiches opérationnelles) à l'intention des responsables des centres de santé ;
- d. vient ensuite l'évaluation : par exemple, les évaluateurs peuvent comparer entre divers centres de santé la fréquence d'utilisation des "sorties" (décisions) des stratégies diagnostic traitement et la qualité de leur application à l'occasion de la supervision.

Par conséquent, chacun des dossiers de RO élaboré dans un district comporte donc quatre types de documents, respectivement nommés "principe général", "décision empirique", "instruction écrite + fiches opérationnelles " et "évaluation".

Enfin, on propose de partager les dossiers de RO entre les membre de l'ECD, selon les compétences et les centres d'intérêt de chacun.

Environnement

La conception des programmes est influencée par les bailleurs de fonds, qui cherchent à maximiser les effets dans "leur" domaine d'intervention. Elle l'est aussi par une tradition contre-productive de la recherche en organisation des services, l'identification des priorités selon le modèle du CENDES. Cette technique permet de manipuler les cadres de la santé de manière à leur faire intérioriser le caractère inéluctable de l'organisation verticale.

RESUME : Amélioration du PMA

- 1 Ajouter une "intervention" dans une des activités du PMA (ex. chloroquinisation des femmes enceintes, déparasitage des mal-nourris...).
- 2 Ajouter une activité au PMA (ex. : promotion sanitaire, prise en charge des vieillards...).
- 3 Améliorer la qualité d'une activité ou d'une intervention.

2.6.4.5. Extension de la couverture

Comment introduire des activités nouvelles et améliorer celles qui existent dans les centres de santé ?

- Le plus souvent, l'introduction simultanée d'une activité dans tous les centres de santé d'un pays déséquilibre les autres activités et n'est pas pérenne ;
- L'implication d'un centre de santé doté de toutes les activités du PMA est lente ;
- L'intégration est rarement bien faite, et nombreuses sont les activités qui disparaissent ou qui voient leurs qualités techniques se dégrader à cette occasion ;
- La volonté politique d'étendre la couverture en centres de santé urbains est souvent faible, à cause de la croyance que les hôpitaux peuvent

dispenser des soins primaires et en raison du refus d'autoriser la concurrence entre les secteurs publics et privés (réputés accessibles en ville).

Domaine de décision

Un choix doit être fait entre les 3 modes extension que l'on peut concevoir Graphique : Modes extension de la couverture.

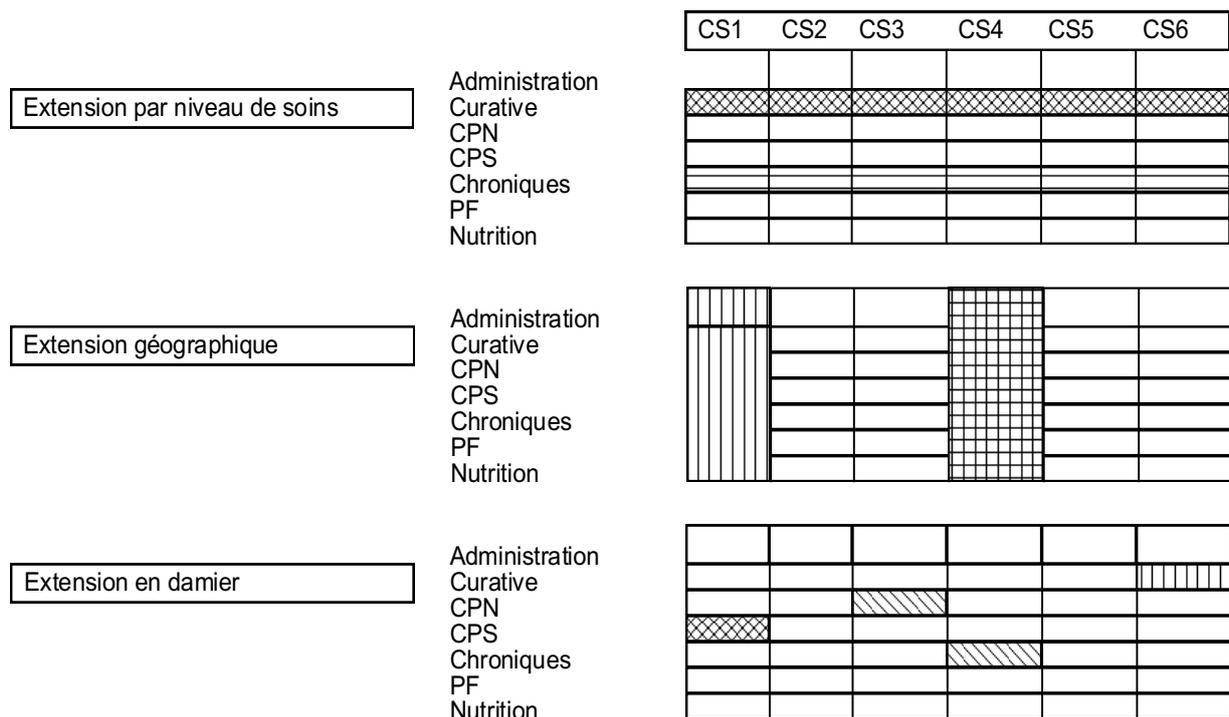


Figure n°8 : Types d'extension de la couverture

A.. L'extension géographique (EG) signifie que l'on implante en une fois toutes les activités (opérationnelles, logistiques et gestionnaires) du PMA dans un centre de santé.

B. L'extension par niveau de soins (ENS) signifie que l'on introduit une même activité plus ou moins simultanément dans tous les centres de santé d'un district ou d'un pays.

C. L'extension en damier (ED) signifie que la stratégie de développement de chaque centre de santé lui est propre, et que l'ordre d'introduction des activités dans chaque structure est distinct.

Les indications, la stratégie nationale, la nature du programme, et l'environnement (au premier rang duquel se trouve le développement des services de santé eux-mêmes) déterminent le choix d'un mode d'extension.

Méthodologie de l'extension par niveau de soins : implantation d'une activité ou d'une intervention

Problèmes liés à l'intégration dans les pays en développement

En dépit des professions de foi, l'intégration reste un vain mot pour de nombreux ministères et organismes de coopération. Quels en sont les aléas les plus fréquents. L'intégration opérationnelle sans intégration administrative soumet les responsables des centres de santé à des injonctions contradictoires, qui compromettent l'équilibre de leurs activités.

Conditions d'intégration

Tous les programmes ne sont pas de bons candidats à l'intégration. Il vaut mieux conserver une organisation verticale lorsque le problème visé n'est pas ressenti par la population (il y a pas de "demande" pour la surveillance épidémiologique, par exemple), lorsque les techniques ne correspondent pas aux compétences disponibles dans les services polyvalents (comme la lutte anti-vectorielle), et enfin quand la rapidité d'intervention se justifie (en cas d'épidémie).

Pour que l'intégration d'une activité dans un centre de santé soit couronnée de succès, certaines conditions sont requises :

- la procédure ne doit pas être précipitée : si l'on passe sans transition des équipes mobiles aux vaccinations dans les centres de santé, les résultats sont transitoires ;
- les structures polyvalentes qui accueillent les programmes (cadre programmatique d'accueil) doivent être fonctionnelles et utilisées. Le recrutement peut alors se faire, par exemple, à l'occasion du contact curatif ;
- la population de responsabilité du centre de santé doit être petite et son personnel polyvalent.

Protocole d'intégration

Mercenier et Prévot proposent les éléments suivants comme clé de ce protocole :

- la définition du rôle du staff polyvalent et des spécialistes ;
- l'identification des besoins techniques ;
- la conception d'une stratégie de mise en oeuvre ;
- le choix du responsable de cette stratégie.

L'intégration suppose des modifications fonctionnelles du système de santé à trois niveaux :

- au niveau opérationnel, les activités des équipes spécialisées (mobiles généralement) doivent être reprises par les équipes des centres de santé ;
- l'encadrement doit être le fait du cadre des districts ;
- la planification des programmes doit être contrôlée par la planification générale du ministère.

L'intégration opérationnelle

Deux conditions doivent être réunies pour que l'intégration opérationnelle soit réussie :

1) L'organisation de la structure doit être propice à l'accueil de l'activité :

par exemple, ceci suppose au niveau d'un centre de santé :

- une révision des horaires ;
- un travail en équipe et la délégation des tâches administratives de l'infirmier à un clerc, du nursing à un aide ;
- un financement adéquat et une nouvelle tarification ;
- le partage de la zone de responsabilité en sous-secteurs préventifs ;
- la mise en place des outils destinés à assurer la continuité du traitement des malades chroniques, comme la qualité du dialogue, les échéanciers et les visites à domicile.

2) Les conditions spécifiques du programme doivent être réalisées :

- le MCD doit expliquer la théorie qui sous-tend l'activité au responsable du centre de santé ;
- l'infirmier doit être formé aux techniques, à l'administration du programme et aux aspects participatifs de l'activité ;

- le matériel, les médicaments et les fiches doivent être disponibles au centre de santé ;
- les instructions décrivant l'activité doivent être rédigées.

Le temps nécessaire à l'introduction d'une activité dans un centre de santé est de trois mois environ (à raison d'une supervision mensuelle). Il est important que le temps qui sépare la formation du début effectif de l'activité soit court, faute de quoi cette formation risque de devoir être répétée et l'infirmier de se démobiliser.

Dans les pays où les agents du premier échelon sont des médecins (Amérique Latine et Afrique du Nord), l'activité doit atteindre un niveau de complexité technique suffisant et l'intégration doit être assortie d'une formation à la recherche opérationnelle si l'on veut qu'elle soit acceptable pour ce personnel.

La combinaison des activités et les ensembles minimaux solidaires.

L'intégration est un processus complexe et les associations entre activités médico-sanitaires, administratives et logistiques ne peuvent être laissées au hasard.

L'implantation d'une nouvelle activité permet de développer un nouveau concept, celui d'ensemble minimal solidaire (EMS) d'une activité. Il s'agit de l'ensemble minimal des interventions (opérationnelles, logistiques et gestionnaires) qui doivent être menés pour permettre l'implantation d'une nouvelle activité dans un CS, en quelque sorte l'ensemble des points d'ancrage qui conditionnent son existence. Ce concept n'est pertinent que pour l'extension par niveau de soins ou en damier.

Activités Opérationnelles	activités administratives et logistiques couplées
consultation curative	fiche curative, fiche de synthèse, modification du cahier de consultation, réorganisation du circuit des patients, fourniture des médicaments, rationalisation du financement, accès à un HD efficace.
CNS	plan de couverture, inscription, dossiers familiaux, PMI mobile, recensement, évaluation par taux, modification des cahiers, subdivision en aires préventives et contacts avec la population par quartier ou par village.
CPN	CF. CNS + accessibilité de la chirurgie d'urgence au second échelon.
malades chroniques	échéancier, visites à domicile, fiches opérationnelles, cahier de balance, communication de qualité avec les patients, laboratoire.
nutrition	fiche de récupération des mal-nourris, engagement d'un membre supplémentaire dans l'équipe du CS, cuisine et abri externe.
planning familial	cahier de balance, fiche opérationnelle, ponts entre les activités (recrutement à la CNS, à la post-natale), qualité de l'empathie.

Tableau n° 5 : Les principaux EMS du premier échelon

Méthodologie de l'extension par niveau de soins (ENS)

L'introduction simultanée des vaccinations dans tous les CS du Sénégal et du Mali a procédé de l'ENS. La réorganisation en profondeur du centre de santé à l'occasion de l'introduction d'une activité nouvelle n'est pas possible, et seules la formation et la mise en place du matériel peuvent être effectuées à cette occasion.

Le grand nombre de responsables de centre de santé qui doivent être formés impose la tenue de séminaires. Comme ceux-ci sont adéquats pour l'enseignement de la gestion et des activités administratives (e.a. le système d'information), ils limitent essentiellement les indications de l'ENS à ces domaines. Les séminaires peuvent aussi être utiles pour modifier des habitudes en jouant les agents les uns contre les autres (par exemple en matière de prescription) à des fins de conviction ou de "brain storming".

extension	avantages	inconvénients	indications	spécificités techniques
extension géographique	Solidité des réalisations ; rapidité de l'accès aux soins intégrés et continus pour la population entreprise ; obtention d'un centre de démonstration, de formation et de recherche ; permet une participation optimale de la population; nouveau contrat avec la population	lenteur du processus à l'échelle du district ; risque de négligence des CS non entrepris ; nécessite le remplacement de l'infirmier pendant sa formation et les visites à domicile initiales	doit constituer un rythme de base du développement d'un district ; est toujours indiquée en cas d'ouverture d'un nouveau CS ou de changement de titulaire d'un CS ; mais peut être adoptée en dehors de ces circonstances	Introduction de l'ensemble des PMA dès le début suppose le recensement, l'enregistrement, l'ouverture des dossiers familiaux, la discussion des contrats avec la population, et l'élection du comité de santé avant l'ouverture du centre de santé. Pour ce faire, des visites à domicile préalables sont indiquées.

extension par niveau de soins	efficience de l'introduction de l'activité, faible coût de la formation initiale ; permet de gérer l'absorption d'une logistique importante; permet l'interaction entre les personnels formés	aspect éphémère des réalisations, faiblesse de la formation technique ; perturbe l'organisation et les autres activités déjà en place ; ne convient pas aux démonstrations techniques	introduction d'activités administratives, formation à la prescription rationalisée, à la gestion financière et pharmaceutique; convient parfois pour une intervention, jamais pour une activité	utilisation de séminaires pour la formation, le délai entre la formation et la mise en place du matériel doit être court
extension en damier	permet de dynamiser et de motiver l'ensemble des chefs de CS, permet de se greffer sur les forces et les faiblesses de chaque infrastructure; offre des perspectives d'action à tous les CS	suppose une gestion décentralisée, réalisations manquant de pérennité, suppose une réorganisation lors de l'introduction d'une activité nouvelle, lenteur relative du processus	convient pour toutes les activités opérationnelles et cliniques au CS	mise en place synchrone de l'ensemble minimum solidaire

Tableau n° 6 : Choix d'un mode d'extension : avantages, inconvénients et indications

L'extension géographique donne des résultats plus durables que les autres modes. Cette solidité relative des CS intégrés est due à plusieurs facteurs :

- la population organisée contrôle les activités du centre de santé ;
- le personnel est plus motivé lorsqu'il travaille dans une structure efficace ;
- l'approvisionnement en médicaments est protégé par la rationalisation de la consultation curative.

L'extension par niveau de soins quant à elle, est susceptible de désorganiser les centres de santé dont on sait que les capacités d'absorption sont hétérogènes.

L'extension par niveau de soins ne convient pas aux activités opérationnelles, ni aux activités gestionnaires complexes ni aux interventions dont l'activité substrat (le cadre programmatique d'accueil) n'existe pas encore.

Mode d'extension, type de formation et adéquation aux activités

Le tableau précise les associations entre les activités du premier échelon, le type de formation et le mode d'extension.

activité	Mode d'extension	Type de formation
CC : prise de décision	ED ou EG	T.S St CS, St H (pour certains diagnostics)
prescription	ENS	S
empathie et dialogue	ED, EG ou ENS	S, St CS
CPN	ED ou EG	T ou D, ST CS
CNS	ED ou EG	T ou D, St CS
PF	ED ou EG	T ou D, St CS, St H
Nutrition	ED ou EG	T ou D, St CS
Chroniques	ED ou EG	T ou D, St CS
PMI mobiles	ENS	T, S
fiches individuelles	ED ou EG ou ENS	T ou S et D
tenue des cahiers	ED ou EG ou ENS	T ou S et D
rapport mensuel	ED ou EG ou ENS	T ou S et D
recensement	ED ou EG ou ENS	T ou S et D
enregistrement	ED ou EG ou ENS	T ou S et D
supervision clerc	ED ou EG ou ENS	T ou S et D
comptabilité	ED ou EG ou ENS	T ou S et D
gestion médicaments	ED ou EG ou ENS	T ou S et D

Tableau n°7: Associations entre les activités du premier échelon, le type de formation et le mode d'extension.

Abréviations

ENS	extension par niveau des	T	formation théorique individuelle ou en petits groupes
ED	extension en damier	S	séminaire
EG	extension géographique	D	démonstration au CS
		St H	stage hospitalier
		St CS	stage dans un CS

CHAPITRE III : EVALUATION DU FONCTIONNEMENT ET DE LA PERFORMANCE DES DISTRICTS SANITAIRES

3.1. Objectifs de l'évaluation

L'évaluation vise les objectifs suivants :

1. Identifier les forces et les faiblesses des structures d'organisation, du processus gestionnaire, de la prestation des activités prioritaires de santé, de la participation de la communauté, ainsi que de la gestion des ressources au sein du système de santé de district.
2. Fournir des bases factuelles pour une meilleure élaboration et mise en œuvre des plans de santé de district dans l'objectif d'améliorer la performance générale des systèmes de santé de district.
3. Renforcer l'équipe cadre de district à travers le processus d'autoévaluation.
4. Fournir des informations sur l'impact de la réforme du secteur de la santé sur les systèmes de santé de district.

3.2. Domaines de l'évaluation

L'évaluation des districts sanitaires vise deux aspects différents, à savoir les fonctions et les objectifs du système de santé. D'où la nécessité de disposer de deux types d'outils. L'un comportant les critères de fonctionnement et l'autre, les indicateurs de performance.

L'évaluation du fonctionnement est ponctuelle, elle peut se faire à tout moment.

L'évaluation de la performance est périodique, elle peut s'effectuer à mi- parcours d'un plan d'action annuel (six mois), ou alors à la fin du plan d'action annuel (douze mois).

3.3. Evaluation du fonctionnement

3.3.1 Domaines

En référence à la définition de l'évaluation du fonctionnement du système de santé proposée par l'OMS, les cinq domaines suivants seront utilisés pour déterminer les critères de fonctionnement d'un district sanitaire :

- Les infrastructures, les équipements et la logistique ;
- Le personnel ;
- Les organes de gestion ;
- Les activités cliniques ;

Les processus gestionnaires

Les Infrastructures, équipements et logistique

Ce domaine correspond à :

- La construction et l'équipement des structures sanitaire du district sanitaire ;
- La dotation en ambulance et véhicule de supervision.

Les districts sanitaires doivent répondre aux normes établies en infrastructures, équipements et logistique (cf. document : Ministère de la santé du Burkina Faso / DGIEM. Normes et standards en infrastructures et en équipements du CSPS, du CMA et du CHR, Année 2004.).

Le personnel

Les districts sanitaires doivent répondre aux normes établies en personnel toutes catégories confondues. En attendant la validation du document de normes en personnel par niveau de soins, il est admis que chaque formation sanitaire doit disposer d'une équipe minimale pour pouvoir fonctionner. Ainsi :

L'équipe minimale d'un CSPS comprend :

* Personnel soignant :

- Un infirmier (IDE de préférence)
- Une (01) AA
- Un (01) AIS
-

* Personnel de soutien communautaire :

- Un gérant MEG
- Un manoeuvre

L'équipe minimale d'un CMA comprend :

Personnel technique	Personnel administratif et de soutien
AA (02)	ACH (01)
Attaché de santé en anesthésie (02)	Aide comptable (01)
Attaché de santé en chirurgie (02)	Blanchisseur (01)

Attaché de santé en odontostomatologie (01)	Chauffeur (02)
Attaché de santé en ophtalmologie (01)	Cuisinier (01)
Attaché de santé en psychiatrie (01)	FS/GS (04)
IB (05)	Gardien (02)
IDE (06)	Gérant MEG (01)
Manipulateur radio (02)	Ouvrier polyvalent (01)
Médecin formé en gestion de district et en chirurgie essentielle (02)	Secrétaire (01)
PEP (01)	Technicien d'assainissement (01)
SFE/ME (03)	
Technicien biomédical / laboratoire (03)	

Les organes de gestion

Le fonctionnement du district sanitaire est assuré par l'Equipe Cadre du District (ECD), le Conseil de Santé de District (CSD), et les Comités de Gestion (COGES).

L'ECD est multidisciplinaire dans sa composition, sa taille varie de 8 à 10 membres.

Les activités cliniques et para cliniques

Ce domaine concerne les soins de base à travers le paquet minimum d'activités (PMA) et les soins de référence et d'urgence à travers le paquet complémentaire d'activités (PCA).(cf. page 10-11 chapitre 3.2 Les paquets d'activités d'un district sanitaire)

Le processus gestionnaire

Les districts sanitaires doivent renforcer la planification opérationnelle (à travers l'élaboration et la mise en œuvre des plans de développement des districts sanitaires (PDSD), des plans d'action annuels (PAA) et améliorer le système d'information sanitaire.

3.3.2. Critères de fonctionnement d'un district sanitaire

Chaque domaine comporte plusieurs critères de fonctionnement.

Chaque critère sera apprécié selon une échelle à trois (3) niveaux :

- Accord total = maximum des points
- Accord partiel = moitié des points
- Désaccord = 0 point.

Cette appréciation permet de mesurer le niveau atteint par chaque critère et de lui attribuer une note. La somme des notes des différents critères pour chaque domaine permet d'évaluer le domaine concerné. La somme des notes des différents domaines permet d'évaluer le fonctionnement du district sanitaire.

Les domaines n'ont pas la même importance c'est pourquoi 25 points sont attendus pour les domaines 1 et 2. Alors que 30 points sont attendus pour le domaine 3. Enfin 10 points sont attendus pour les domaines 4 et 5.

Un district sanitaire qui se veut fonctionnel doit totaliser au moins la moitié des points dans chaque domaine (soit 12,5 points pour les domaines 1 et 2 ; 15 points pour le domaine 3 ; 5 points pour les domaines 4 et 5).

Tableau récapitulatif de notation du fonctionnement par domaine

Domaines	Note maximale attendue
1. Les infrastructures, les équipements et la logistique ;	25 points
2. Le personnel ;	25 points
3. Les activités cliniques ;	30 points
4. Les organes de gestion ;	10 points
5. Les processus gestionnaires.	10 points
Total	100 points

3.3.3. Grilles d'appréciation du fonctionnement d'un district sanitaire

Cinq grilles ont été élaborées correspondant aux cinq domaines de fonctionnement retenus (voir annexe 1.).

Chaque grille d'appréciation comporte cinq (5) colonnes.

- Le critère de fonctionnement
- La note maximale attendue
- L'échelle d'appréciation, avec trois (3) niveaux :
 - Accord total = maximum des points
 - Accord partiel = moitié des points
 - Désaccord = 0 point
- La note obtenue
- Les observations (éléments justifiant la note attribuée).

3.4. Evaluation de la performance d'un district sanitaire

3.4.1. Domaines

Six domaines ont été identifiés pour apprécier la performance d'un district ; ce sont :

- La coordination ;
- La participation communautaire ;
- Le système d'information sanitaire ;
- Le processus gestionnaire ;
- Les activités cliniques PMA ;

- Les activités cliniques PCA.

Pour les six domaines de performance, trente un (31) indicateurs ont été identifiés.

Ces indicateurs sont cotés de 0 à 2 pour les domaines gestionnaires et de 0 à 4 pour les domaines des activités cliniques.

3.4.2. Indicateurs de performance

Un indicateur de performance se définit comme une variable utilisée pour mesurer le niveau de réalisation par rapport au résultat escompté d'un objectif. C'est une variable servant à mesurer un changement. La définition d'un indicateur suppose donc l'existence d'un but, d'un objectif et d'une cible.

Les différents domaines d'indicateurs n'ont pas la même importance, ainsi sur les **31** indicateurs proposés :

- Les **18** indicateurs relevant des activités cliniques ont une plus forte cotation (4 points chacun), car ce sont des **indicateurs de résultat** ; ils mesurent l'accès, l'utilisation et la satisfaction. Une fois que les produits et les services sont disponibles, il s'agit de faire en sorte que la population y ait accès, qu'elle les utilise et qu'elle en tire satisfaction.
- les **13** indicateurs relevant des organes de gestion et des processus gestionnaires ont une cotation moindre (2 ou 3 points chacun); car ce sont des **indicateurs d'intrant ou input**. Ils ne sont pas toujours directement sous l'action du district. Ils mesurent tous les éléments utilisés dans la production d'un bien ou d'un service.

3.4.3. Grille d'appréciation de la performance des districts sanitaires

La performance des districts sanitaires est appréciée à l'aide d'une grille qui comporte six (06) domaines et trente un (31) indicateurs. Ces indicateurs sont cotés de 0 à 2 pour les domaines gestionnaires et de 0 à 4 pour les domaines des activités cliniques.

La grille d'appréciation de la performance comporte huit (8) colonnes :

Domaine / Indicateurs

La formule de calcul

Les données du district

La note maximale attendue

Les objectifs nationaux, à défaut les normes nationales

L'échelle d'appréciation, avec trois (3) niveaux :

- Niveau élevé = maximum des points
- Niveau moyen = moitié des points
- Niveau faible = 0 point.

La note obtenue

Les observations (éléments justifiant la note attribuée).

Tableau récapitulatif de notation de la performance par domaine

Domaines	Note maximale attendue
1. La coordination	04 points
2. La participation communautaire	04 points
3. Le système d'information sanitaire	06 points
4. Le processus gestionnaire	14 points
5. Les activités cliniques PMA	36 points
6. Les activités cliniques PCA	36 points
Total	100 points

Le maximum de points attendu est de 100. A partir de 80 points le district est considéré comme performant..

3.5. Méthodologies et sources de vérification

Afin de garantir la collecte d'informations objectives et vérifiables, pour l'évaluation d'un district sanitaire, trois méthodologies sont à utiliser :

- l'observation directe sur site ;
- L'entretien avec les acteurs (membres de l'ECD) ;
- L'analyse documentaire.

Plusieurs documents peuvent être consultés. Les principales sources répertoriées par domaine sont les suivantes :

Pour l'évaluation du fonctionnement :

Domaine	Document
1. Infrastructures, du matériel et des équipements	<ul style="list-style-type: none"> - Inventaires des infrastructures, du matériel et des équipements - Inventaires des MEG du DRD - Document de normes et standards en infrastructures et équipements - Liste nationale des médicaments essentiels par niveau
2. Personnel.	<ul style="list-style-type: none"> - Effectif du personnel par qualification par formation sanitaire
3. Organes de gestion	<ul style="list-style-type: none"> - Arrêté de nomination du MCD - Note de nomination des membres de l'ECD - Note de nomination des ICP - Récépissés de reconnaissance des COGES - Note de création du CSD.
4. Activités cliniques	<ul style="list-style-type: none"> - Rapports de progrès des CSPS - Rapports mensuels des CSPS - Rapports mensuels du CMA - Liste des examens de laboratoire
5. Processus gestionnaire	<p><u>PDSD :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Date de l'atelier d'élaboration - Date de finalisation

	<ul style="list-style-type: none"> - Date de transmission à la DEP. <p>PAA :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Processus d'élaboration - Date de finalisation - Date de passage à l'atelier de financement (PADS) <p>FINANCEMENTS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Accords de financements - Avis d'octrois de crédits (budget national) <p>CISSE :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Liste des Rapports statistiques produits
--	--

Pour l'évaluation de la performance :

Domaine	Document
1. Coordination	Comptes rendus d'activités : <ul style="list-style-type: none"> - Supervisions - Contrôles DVMEG - Monitorings - Fiches de référence / contre référence
2. Participation communautaire	<ul style="list-style-type: none"> - AG COGES - Réunions mensuelles des COGES <p>Veillez à archiver des copies des activités des COGES au siège de l'ECD.</p>
3. SIS	<ul style="list-style-type: none"> - Liste des Rapports statistiques produits - Tableaux d'entrée des TLOH - Rapports mensuels des CSPS
4. Processus gestionnaire	Comptes rendus de rencontres : <ul style="list-style-type: none"> - CSD - Bureau ECD
5. Activités cliniques	<ul style="list-style-type: none"> - Rapports de progrès - Rapports des programmes spécifiques (tuberculose, PTME....) - Rapports mensuels des CSPS. - Registres de consultations (curative, accouchements, prénatale, nourrissons, vaccination)

3.6. Conclusion

Le succès du système de santé de district se mesurant après tout par l'amélioration de l'état de santé des populations et par la prise en compte des principes des soins de santé primaires, l'organisation des services de santé dans le district sanitaire, doit comporter des stratégies appropriées de promotion sanitaire, de collaboration intersectorielle et de renforcement du leadership en faveur de la santé.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. **J.P. Unger et J.L. Lamboray :**
Les fonctions des structures sanitaires dans un système de santé intégré dont les SSP constituent la stratégie de développement (pp 61 à 79) extrait de : « roles and organization of health centers in African health systems. Accepted for publication by the World Bank ».
2. **CIPS - Anvers (2/8)**
Fonctions dans un programme de santé
3. **P. Mercenier :**
Le rôle du centre de santé dans le contexte d'un système de santé de district basé sur les soins de santé primaires. IMT Anvers - Janvier 1988.
4. **H. Van Balen :**
Comment organiser les services de soins de santé primaires les meilleurs pour le plus de personnes possibles. URESP - Working paper N° 4, 1985.
5. **X. de Béthune, P. Mercenier, H. Van Balen :**
Le rôle de l'hôpital dans le renforcement des soins de santé primaires. L'expérience de Kasongo. URESP - Working paper N° 18, 1988.
6. **W. Van Lerberghe, H. Van Balen et G. Kegels :**
Typologie et performances des hôpitaux de premier recours en Afrique subsaharienne. Annales société belge de médecine tropicale. Vol. 7, 1992
7. **J.P. Unger**
Renforcement des échelons de recours
Thèse de doctorat en santé publique, chapitre 4 : (pp 31 à 39).
8. **J P Unger**
- « Design » des hôpitaux et leur construction, (pp 25 à 33), fiche technique 7 :
- Equipement et maintenance des hôpitaux, fiche technique 8 : ---- ----
Laboratoires du district et de la périphérie fiche technique 9
- 9 Ministère de la Santé du Burkina Faso / DEP, Indicateurs de suivi du PNDS et guide de renseignement, Novembre 2003.
- 10 Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, outils d'évaluation du fonctionnement des systèmes de santé des districts - Directives.
11. Ministère de la Santé du Burkina Faso / DEP, Annuaire statistique 2004.

12. Ministère de la Santé du Burkina Faso / DGS, Rapport de la 13ème conférence des Directeurs Régionaux de la Santé les 17 et 18 Décembre 2002 à Ouagadougou.
13. Ministère de la Santé du Burkina Faso, Plan National de Développement Sanitaire 2001 – 2010 PNDS, Juillet 2001.
14. Ministère de la santé du Burkina Faso / DGIEM. Normes et standards en infrastructures et en équipements du CSPS, du CMA et du CHR, Année 2004.
15. Ministère de la santé du Burkina Faso / CADSS. Formation des médecins en gestion des districts sanitaires : Module 3 - Organisation des services de santé au niveau du district. 4ème édition, juillet 2001.

ANNEXES

ANNEXE 1 : EVALUATION DU FONCTIONNEMENT ET DE LA PERFORMANCE DES DISTRICTS SANITAIRES

PERIODE DE REFERENCE

REGION SANITAIRE DE : DISTRICT SANITAIRE DE :

DONNEES GENERALES :

1. Entités administratives territoriales: Province :

Départements Nbre:

Villages administratifs Nbre:

2. Population totale :

3. Infrastructures sanitaires fonctionnelles:

FS publiques:		FS privées :		FS confessionnelles	
CMA :		Polycliniques, Cliniques :		CMA :	
CM :		Cabinets médicaux (généralistes et spécialistes) :		CM :	
CSPS complets :		Cabinets de soins infirmiers :		Dispensaire / infirmerie	
Dispensaires isolés :		Cliniques d'accouchement :		Maternité	
Maternités isolées :		Officines		CREN	
Infirmeries (OST, scolaire, armée, prison...)		Dépôts pharmaceutiques		Dépôts pharmaceutiques	
Autres préciser :		Autres préciser :		Autres préciser :	

Date de remplissage :

Evaluateurs : NOM – Prénoms, qualification, signature

ANNEXE 2 : GRILLES D'APPRECIATION DU FONCTIONNEMENT D'UN DISTRICT SANITAIRE

1.GRILLE D'APPRECIATION DES INFRASTRUCTURES, EQUIPEMENTS ET LOGISTIQUE D'UN DISTRICT SANITAIRE

Critères	Note maxi	Echelle d'appréciation		Note obtenue	Observations
1. Le CMA est construit selon les normes	2	Accord total	2		
		Accord partiel	1		
		désaccord	0		
2. Le CMA est équipé selon les normes	2	Accord total	2		
		Accord partiel	1		
		désaccord	0		
3. L'ECD dispose d'un bureau administratif.	2	Accord total	2		
		Accord partiel	1		
		désaccord	0		
4. Le DRD est construit selon les normes	02	Accord total	2		
		Accord partiel	1		
		désaccord	0		
5. Les CSPTS sont construits selon les normes.	02	Accord total	2		
		Accord partiel	1		
		désaccord	0		
6. Les CSPTS sont équipés selon les normes	02	Accord total	2		
		Accord partiel	1		
		désaccord	0		
7. L'ECD dispose d'un véhicule de supervision.	02	Accord total	2		
		Accord partiel	1		
		désaccord	0		
8. Le CMA dispose d'une (01) ambulance 4 roues	03	Accord total	3		
		Accord partiel	1,5		
		désaccord	0		
9. Chaque CSPTS dispose d'au moins une (01) moto.	02	Accord total	2		
		Accord partiel	1		
		désaccord	0		
10. Le district dispose de moyens de communication adaptés	02	Accord total	2		
		Accord partiel	1		
		désaccord	0		
11. Chaque CSPTS dispose de MEG selon les normes	02	Accord total	2		
		Accord partiel	1		
		désaccord	0		
12. Le DRD dispose de MEG selon les normes	02	Accord total	2		
		Accord partiel	1		
		désaccord	0		
TOTAL	25				

GRILLE D'APPRECIATION DU PERSONNEL DANS UN DISTRICT SANITAIRE

Critères	Note maxi.	Echelle d'appréciation		Note obtenue	Observations
1. Le CMA dispose de personnel selon les normes (cf. guide p14)	12,5	Accord total	12,5		
		Accord partiel	6,25		
		Désaccord	0		
2. Chaque CSPS dispose de personnel selon les normes (cf. guide p13)	12,5	Accord total	12,5		
		Accord partiel	6,25		
		Désaccord	0		
Total	25				

GRILLE D'APPRECIATION DES ACTIVITES CLINIQUES ET PARACLINIQUES DANS UN DISTRICT SANITAIRE

Critères	Note maximale	Echelle d'appréciation		Note obtenue	Observations
1. Toutes les activités du PMA sont exécutées dans tous les CSPS	10	Accord total	10		
		Accord partiel	5		
		Désaccord	0		
2. Toutes les activités du PCA sont exécutées au CMA	15	Accord total	15		
		Accord partiel	7,5		
		Désaccord	0		
3. Le laboratoire du CMA assure les examens essentiels.	05	Accord total	05		
		Accord partiel	2,5		
		Désaccord	0		
Total	30				

GRILLE D'APPRECIATION DES ORGANES DE GESTION DANS UN DISTRICT SANITAIRE

Critères	Note maxi	Echelle d'appréciation		Note obtenue	Observations
1. Le MCD est nommé par arrêté ministériel	02	Accord total	2		
		Accord partiel	1		
		Désaccord	0		
2. L'ECD est formalisé par un texte de la DRS	01	Accord total	1		
		Accord partiel	0,5		
		Désaccord	0		
3. L'ECD est constituée de membres selon les normes	01	Accord total	1		
		Accord partiel	0,5		
		Désaccord	0		
4. Les membres de l'ECD sont formés en gestion des districts	02	Accord total	2		
		Accord partiel	1		
		Désaccord	0		
5. Le CSD est formalisé par une note de l'autorité administrative.	02	Accord total	2		
		Accord partiel	1		
		Désaccord	0		
6. Les ICP sont désignés par une note du MCD	01	Accord total	1		
		Accord partiel	0,5		
		Désaccord	0		
7. Chaque CSD dispose d'un COGES reconnu par une autorité administrative (récépissé)	01	Accord total	1		
		Accord partiel	0,5		
		Désaccord	0		
Total	10				

GRILLE D'APPRECIATION DES ACTIVITES LIEES AU PROCESSUS GESTIONNAIRE DANS UN DISTRICT SANITAIRE

Critères	Note maximale	Echelle d'appréciation		Note obtenue	Observations
1. Il existe un plan de développement sanitaire (PDS) en exécution	02	Accord total	02		
		Accord partiel	01		
		Désaccord	0		
2. Il existe un plan d'action annuel (PAA) en exécution	02	Accord total	02		
		Accord partiel	01		
		Désaccord	0		
3. Le plan d'action du district est financé	02	Accord total	02		
		Accord partiel	01		
		Désaccord	0		
4. Il existe un plan d'action dans chaque FS	02	Accord total	02		
		Accord partiel	1		
		Désaccord	0		
5. Le CISSE est fonctionnel (*)	02	Accord total	02		
		Accord partiel	1		
		Désaccord	0		
Total	10				

(*)Critères de fonctionnalité du CISSE:

- Un responsable formé, un substitut.
- Equipement disponible : ordinateur complet.
- Données statistiques disponibles dans les délais requis.

ANNEXE 3 : GRILLE D'APPRECIATION DE LA PERFORMANCE D'UN DISTRICT SANITAIRE

DOMAINE / Indicateurs	Formule de calcul	Données du district	Note maxi	Objectifs / Normes nationales	Echelle d'appréciation	Note obtenue	Observations
I - COORDINATION							
1. Pourcentage de rencontres du CSD.	$\frac{\text{Nbre de rencontres tenues}}{2 \text{ rencontres statutaires}} \times 100$		2	100%	100%	2	
					50%	1	
					0%	0	
2. Pourcentage de réunions de l'ECD (avec PV).	$\frac{\text{Nbre de réunions de l'ECD tenues}}{\text{Nombre de réunions prévues}} \times 100$		2	100%	80-100%	2	
					50-79%	1	
					<50%	0	
II - PARTICIPATION COMMUNAUTAIRE							
3. Pourcentage de COGES ayant tenu deux AG / an.	$\frac{\text{Nbre de COGES ayant tenu 2 AG}}{\text{Nbre de COGES existants}} \times 100$		2	100 %	80-100%	2	
					50-79%	1	
					<50%	0	
4. Pourcentage de COGES ayant tenu 12 réunions mensuelles / an.	$\frac{\text{Nbre de COGES ayant tenu 12 réunions mensuelles}}{\text{Nbre de COGES existants}} \times 100$		2	100 %	80-100%	2	
					50-79%	1	
					<50%	0	
III - SYSTEME D'INFORMATION SANITAIRE							
5. Taux de promptitude des TLOH au niveau DS.	$\frac{\text{Nbre de TLOH reçus à temps}}{100 \times \text{Nbre de formations sanitaires}} \times 100$		3	100 %	90-100%	3	
					75-89%	1,5	
					<75%	0	
6. Taux de complétude des rapports mensuels des CSPS.	$\frac{\text{Nbre total de rapports mensuels reçus}}{\text{Nbre de rapports attendus}} \times 100$		3	100 %	90-100%	3	
					75 – 89%	1,5	
					<75%	0	

DOMAINE / Indicateurs	Formule de calcul	Données du district	Note maxi	Objectifs / Normes nationales	Echelle d'appréciation		Note obtenue	Observations
IV - PROCESSUS GESTIONNAIRE								
7. Taux d'absorption des ressources mobilisées	$\frac{\text{Total des dépenses}}{\text{Total des ressources mobilisées}} \times 100$		2	100 %	90-100	2		
					60-89	1		
					< 60	0		
8. Taux d'exécution physique du plan d'action	$\frac{\text{Nbre d'activités entièrement réalisées}}{\text{Nbre d'activités prévues dans le plan d'action}} \times 100$		2	100 %	90-100	2		
					70-89	1		
					< 70	0		
9. Pourcentage de supervisions intégrées semestrielles réalisées	$\frac{\text{Nbre de sorties de supervisions intégrées semestrielles réalisées}}{\text{Nbre de CSPPS} \times 2} \times 100$		2	100 %	80-100	2		
					50-79	1		
					<50	0		
10. Pourcentage de contrôles semestriels des DMEG	$\frac{\text{Nbre de contrôles semestriels effectués}}{\text{Nbre de DMEG} \times 2} \times 100$		2	100 %	80-100	2		
					50-79	1		
					<50	0		
11. Pourcentage de monitorings semestriels effectués	$\frac{\text{Nbre de monitorings semestriels effectués}}{\text{Nbre de CSPPS} \times 2} \times 100$		2	100 %	80-100	2		
					50-79	1		
					<50	0		
12. Taux de rupture des quarante cinq (45) molécules essentielles du DRD	$\frac{\text{Nbre total de jours de rupture pour les 45 molécules essentielles}}{45 \times 365 \text{ jours}} \times 100$		2	0 %	0-	2		
					1-5	1		
					>5	0		
					90-100	2		

Indicateurs	Formule de calcul	Données du district	Note maxi	Objectif / Normes nationales	Echelle d'appréciation	Note obtenue	Observations
V - ACTIVITES CLINIQUES / PMA							
14. Nombre de nouveaux contact / habitant / an dans les FS de premier échelon.	$\frac{\text{Nbre de nouveaux consultants}}{\text{Population du district}}$		4	1	0,60-1	4	
					0,30-0,59	2	
					< 0,30	0	
15. Taux de couverture en CPN 2	$\frac{\text{Nbre de femmes vues en CPN2}}{\text{Nbre de grossesses attendues}} \times 100$		4	60%	60-100%	4	
					50-59%	2	
					<50%	0	
16. Taux de couverture en accouchements assistés par du personnel qualifié	$\frac{\text{Nbre d'accouchements assistés par du personnel qualifié}}{\text{Nbre d'accouchements attendus}} \times 100$		4	40 %	>40%	4	
					25-40%	2	
					<25%	0	
17. Pourcentage d'accouchements effectués avec partogramme	$\frac{\text{Nbre d'accouchements effectués avec partogramme}}{\text{Nbre total d'accouchement}} \times 100$		4	100%	60-100%	4	
					40-59%	2	
					<40%	0	
18. Taux de prévalence contraceptive	$\frac{\text{Nbre de femmes qui utilisent une méthode contraceptive}}{\text{Nbre de femmes en âge de procréer} - \text{Nbre de femmes en grossesse}} \times 100$		4	17 %	> 30 %	4	
					30-15 %	2	
					<15 %	0	
19. Taux de couverture en PENTAVALENT3 dans le DS	$\frac{\text{Nbre d'enfants 0 à 11 mois ayant reçu le Pentavalent3}}{\text{Total enfants de 0 à 11 mois}} \times 100$		4	90 %	90-100%	4	
					50-89%	2	
					<50%	0	
20. Taux d'abandon entre le BCG et le VAR.	$\frac{\text{Nbre d'enfants ayant reçu le BCG} - \text{Nbre d'enfants ayant reçu le VAR}}{\text{Nbre d'enfants ayant reçu le BCG}} \times 100$		4	≤15%	≤ 10%	4	
					10-15%	2	
					>15%	0	
21. Taux d'abandon du PENTAVALENT	$\frac{\text{Nbre d'enfants ayant reçu le Pentavalent1} - \text{Nbre d'enfants ayant reçu le Pentavalent 3.}}{\text{Nbre d'enfants ayant reçu le Pentavalent1}} \times 100$		4	≤ 10 %	≤5%	4	
					5-10%	2	
					> 10%	0	
22. Taux de couverture en VAR	$\frac{\text{Nbre total d'enfants ayant reçu le VAR}}{\text{Nbre d'enfants de 0 à 11 mois}} \times 100$		4	90 %	90-100%	4	
					50-89%	2	
					<50%	0	

DOMAINE / Indicateurs	Formule de calcul	Données du district	Note maxi	Objectifs / Normes nationales	Echelle d'appréciation	Note obtenue	Observations
VI - ACTIVITES CLINIQUES / PCA							
23. Pourcentage de césariennes réalisées (*)	$\frac{\text{Nbre de césariennes réalisées}}{\text{Nbre de césariennes attendues (2,5 \% des grossesses attendues)}} \times 100$		4	100 %	90-100%	4	
					50-89%	2	
					<50%	0	
24. Taux de guérison des cas de tuberculose (**)	$\frac{\text{Nbre de patients TPM+ guéris}}{\text{Nbre de patients TPM+ détectés}} \times 100$		4	85 %	85-100%	4	
					40-84%	2	
					<40%	0	
25. Taux de détection des cas de tuberculose	$\frac{\text{Nbre de cas dépistés}}{\text{Nbre de cas attendus (71 cas /100 000 habitants)}} \times 100$		4	70 %	70-100%	4	
					35-69%	2	
					<35	0	
26. Taux de létalité des cas de palu grave chez les enfants de moins de 5 ans	$\frac{\text{Nbre de décès de palu grave chez les enfants de moins de 5 ans}}{\text{Nbre total de cas de palu grave hospitalisés chez les enfants de moins de 5 ans}} \times 100$		4	< 10 %	0-10	4	
					11-15	2	
					>15	0	
27. Pourcentage de couples mère-enfants ayant reçu l'ARV pour la PTME.	$\frac{\text{Nbre de couples mère-enfant ayant reçu l'ARV}}{\text{Nbre d'enfants nés vivants de mères VIH +}} \times 100$		4	100 %	80-100	4	
					40-79	2	
					<40	0	
28. Taux de dépistage VIH des femmes enceintes vues en CPN	$\frac{\text{Nbre de femmes enceintes dépistées}}{\text{Nbre de femmes vues en CPN}} \times 100$		4	50%	≥ 50%	4	
					40-50%	2	
					< 40%	0	
29. Pourcentage de personnes atteintes d'infection à VIH avancée qui reçoivent une trithérapie antirétrovirale.	$\frac{\text{Nbre de personnes atteintes d'infection à VIH avancée qui reçoivent une trithérapie antirétrovirale}}{\text{Nbre total de personnes atteintes d'infection à VIH avancée (15 \% des personnes dépistées VIH+)}} \times 100$		4			4	
						2	
						0	
30. Taux de contre référence du CMA vers les CSPS	$\frac{\text{Nbre de contre références effectuées par le CMA}}{\text{Nbre de références effectuées par les CSPS}} \times 100$		4	100 %	90-100	4	
					50-89	2	
					<50	0	
31. Pourcentage de cas référés pris en charge par un médecin	$\frac{\text{Nbre de cas référés pris en charge par un médecin}}{\text{Nbre total de cas référés.}} \times 100$		4	100 %	90-100	4	
					50-89	2	
					<50	0	
TOTAL			100				

(*) Sont exemptés de cet indicateur les districts sanitaires qui n'ont pas de bloc y compris les districts centrés sur les CHR.

(**) Prendre en compte le taux calculé de l'année de référence, même si ce taux couvre deux années.

ANNEXE 4 : TABLEAUX RECAPITULATIFS DE NOTATION

1. Tableau récapitulatif de notation du fonctionnement par domaine

Domaines	Note maximale attendue	Note obtenue
1. Les infrastructures, les équipements et la logistique ;	25 points	
2. Le personnel ;	25 points	
3. Les activités cliniques ;	30 points	
4. Les organes de gestion ;	10 points	
5. Les processus gestionnaires.	10 points	
Total	100 points	

2. Tableau récapitulatif de notation de la performance par domaine

Domaines	Note maximale attendue	Note obtenue
1. La coordination	04 points	
2. La participation communautaire	04 points	
3. Le système d'information sanitaire	06 points	
4. Le processus gestionnaire.	14 points	
5. Les activités cliniques PMA;	36 points	
6. Les activités cliniques PCA;	36 points	
Total	100 points	

