République d'Haïti
Ministère de la Santé Publique et de la Population
Le Paquet Essentiel de Services

République d'Haïti

Ministère de la Santé Publique et de la Population

Le Paquet Essentiel de Services

Octobre 2015

LISTE DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS

AI :	Auxiliaire – Infirmier(ère)
AT :	Assistance Technique
ASCP :	Agent de Santé Communautaire Polyvalent
BCG :	Bacille Calmette et Guérin
CAL :	Centre de Santé avec Lits
CAO :	Cariées Absentes Obturées (Indice)
CC :	Comité de Coordination
CG :	Comité de Gestion
CCS :	Centre Communautaire de Santé
CCV :	Contraception Chirurgicale Volontaire
CDV :	Conseil Dépistage Volontaire
CP :	Comité de Pilotage
CS :	Centre de Santé
CSL :	Centre de Santé sans Lits
CT :	Comité Technique
DD :	Direction Départementale
DIU :	Dispositif Intra Utérin
DOSS :	Direction d'Organisation des Services de Santé
ESF :	Equipe de Santé Familiale
FBR :	Financement Basé sur les Résultats
HCR :	Hôpital Communautaire de Référence
HD :	Hôpital Départemental
HTA :	Hypertension Artérielle
IST :	Infection Sexuellement Transmissible
LNME :	Liste Nationale de Médicaments Essentiels
LNSP :	Laboratoire National de Santé Publique
MCV :	Maladies Cardio-Vasculaires
MSPP :	Ministère de la Santé Publique et de la Population
MTV :	Maladies à Transmission Vectorielle
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
PCIME :	Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant
PDS :	Plan Directeur de Santé 2012-2022
PES :	Paquet Essentiel de Services

PF :	Planification Familiale
PMS :	Paquet Minimum de Services
PNS :	Programme de Nutrition Supplémentaire
PTA :	Programme Thérapeutique Ambulatoire
PVVIH :	Personnes Vivant avec le Virus d'Immuno Déficience Humaine
SONUB :	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence et de Base
SONUC :	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence et Complets
UADS :	Unité d'Appui aux Départements Sanitaires
UAS :	Unité d'Arrondissement de Santé
UCS :	Unité Communale de Santé
UEP :	Unité d'Études et de Planification
USN :	Unité de Stabilisation Nutritionnelle

REMERCIEMENTS

La réalisation de la révision de ce Manuel est le résultat des efforts concertés de plusieurs acteurs. Le processus d'élaboration a suivi une démarche participative et consensuelle à travers plusieurs étapes dans la perspective de favoriser l'appropriation et la pérennisation d'éléments clés nouvellement abordés dans le PES. Outre l'expertise de la Direction d'Organisation des Services de Santé (DOSS), ce travail n'aurait pas pu être exécuté sans la participation des Directions Centrales et Départementales du Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP), de certaines institutions médicales du pays et de l'appui technique d'une équipe de consultants qui ont facilité cette révision.

Nos sincères remerciements vont à l'Agence Américaine pour le Développement International (USAID) à travers son Projet LEADERSHIP, MANAGEMENT & GOVERNANCE (LMG) pour son appui technique à la DOSS.

Notre profonde gratitude va au groupe de consultation du MSPP qui n'a ménagé aucun effort pour la collecte, le traitement et l'analyse des données qui s'accommodent à notre contexte actuel en vue de la mise en œuvre pragmatique de cet outil.

Lancement officiel du PES
Propos de la Ministre

Le Ministère de la Santé Publique et de la Population éprouve un sentiment de devoir à procéder au lancement du Paquet Essentiel de Services (PES) au moment où les établissements publics de santé cherchent à se relever de l'effet paralysant d'une crise de son personnel, où les besoins de la population sont immenses tandis que les ressources se raréfient cruellement, en ce temps où l'éveil de la conscience professionnelle s'avère plus que nécessaire, bref en ces jours où la mère patrie attend de ses enfants la compréhension, la collaboration, l'entente, le sens du partage, la disponibilité à s'entraider et surtout à accompagner et à servir les plus démunis.

Tel que conçu dans un esprit de partage, d'équité, d'universalité et de participation le PES vise la couverture et l'accès universels en santé qui, pour être efficace et durable, doivent s'intégrer dans une politique nationale bien conçue et adaptée.

Le document de politique nationale en santé du MSPP retient en effet un modèle d'organisation des soins et services dédié à une population bien dénombrée et un territoire bien défini, favorisant le renforcement des soins primaires au premier niveau de la pyramide sanitaire tout en assurant l'accès de tous aux autres niveaux et aux soins spécialisés, grâce à la mise en réseau des institutions.

Le système de soins est désormais centré sur les personnes, les familles, la communauté et le territoire. Des équipes de santé familiales et communautaires, formées de Médecins, d'Infirmières, d'Auxiliaires-Infirmières Polyvalentes et d'Agents de Santé Communautaire Polyvalents au ratio d'un pour mille habitants, couvriront progressivement le territoire national et prendront en charge la plupart des besoins de santé primaires de la population, tout en favorisant l'implication active de la communauté dans la recherche de solution à ses problèmes de santé. De ce fait, nous arriverons dans le moyen et le long termes à un décongestionnement des structures de soins plus complexes et spécialisés, d'où découlera une réduction des dépenses, la rationalisation des services et des ressources disponibles.

Dans ce contexte, il importe de souligner que le PES tient compte de la limitation de nos ressources et préconise l'adoption d'une politique pharmaceutique intégrée et l'utilisation des médicaments essentiels. Dans ce même ordre d'idées, pour assurer la mise en œuvre et le succès de ce PES, le développement d'un système de financement durable de la santé devient une priorité.

Le Ministère remercie tous ses cadres, tous ses partenaires et tous les acteurs impliqués dans l'élaboration du PES et les invite à continuer à l'accompagner dans le suivi de sa mise en œuvre.

Nous souhaitons à tous une consciente appropriation et une mise à profit adéquate de cet outil.

Dr Daphnée Benoit Delsoin
Ministre

1er Septembre 2016

PREFACE

Le Plan Directeur 2012-2022 du Ministère de la Santé Publique et de la Population traduit clairement la volonté politique du Gouvernement Haïtien, tout comme indiquée dans la Politique Nationale de Santé de 2012, d'améliorer les conditions sanitaires de la population à travers l'application des principes d'Universalité, de Globalité, d'Equité et de Qualité.

Cette vision du MSPP de garantir à tous les citoyens un accès à des soins de santé de qualité se matérialise dans l'élaboration du Paquet Essentiel de Services (PES), étape importante dans le processus de mise en œuvre du Plan Stratégique National pour la Réforme du Système de Santé, qui vient combler les lacunes du Paquet Minimum de Services (PMS) élaboré en 2006.

Les nouvelles orientations de ce Manuel s'appuient sur les articles 19 et 23 de la Constitution amendée en imposant à l'Etat et aux collectivités territoriales leur devoir social de veiller à la santé physique, morale et mentale de la population, tout en étant aussi en droite ligne avec les textes internationaux tels que la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme, la Charte d'Ottawa et la Convention des Droits de l'Enfant.

Le PES est l'aboutissement d'une longue réflexion engagée depuis 2013. Il met l'accent sur les niveaux primaire et secondaire de la pyramide sanitaire, en priorisant l'Intersectorialité, la Décentralisation, le Partenariat et surtout la Participation Communautaire. Ce manuel est élaboré selon une approche participative impliquant tous les acteurs du secteur : des professionnels et partenaires de la santé, le secteur privé, les collectivités locales et les partenaires au développement. Il se propose de trouver des solutions aux différents problèmes sanitaires par la rationalisation et le renforcement du système de santé, l'accroissement de l'accès à des soins de santé de qualité et la promotion d'une meilleure approche multisectorielle pour la prévention des maladies.

Cet outil est destiné aux institutions sanitaires publiques, privées et mixtes, aux prestataires de services et à toutes les catégories de professionnels désireux d'évoluer dans le domaine de la santé. Il s'inscrit dans l'atteinte des objectifs assignés au secteur par l'implémentation des stratégies, le renforcement et la modernisation de l'offre de services à la lumière des expériences acquises dans la mise en œuvre du Paquet Minimum de Services (PMS). Le Paquet Essentiel de Services (PES) permettra de renverser la tendance prévalente des maladies aigues et chroniques, de réduire le risque de décès maternels, d'assurer la survie des enfants, de renforcer et de moderniser l'infrastructure sanitaire ainsi que la performance du secteur.

Il est donc le document de référence de l'ensemble des acteurs du secteur de la santé. Le Ministère de la Santé Publique et de la Population des engage, ainsi que tous les partenaires, à s'approprier et à contribuer à sa mise en œuvre pour une meilleure santé de la population Haïtienne.

Dr. Florence D. Guillaume
Ministre

ORGANISATION

DU MANUEL

SOMMAIRE

Organisation du Manuel

Introduction

Module 1 :

Gamme de services, Médicaments Essentiels, Equipements et Matériel

- Gamme de services par composante aux niveaux primaire et secondaire
- Gamme de services par échelon
- Equipements et Matériel
- Médicaments Essentiels

Module 2 :

Normes, Standards et Procédures de l'Offre de Soins

- Standards, Normes et Procédures par composante
- Prestataires-clés par échelon selon les composantes du PES
- Ratio de prestataires essentiels par échelon

Module 3 :

Infrastructures Sanitaires

- **Espace Sanitaire**
- **Gestion des déchets médicaux**

Schéma d'Application et de Mise en œuvre

Bibliographie

Le Manuel du Paquet Essentiel de Services ou Cadre de Référence du PES se présente en cinq (5) parties soit une (1) introduction, trois (3) modules et un (1) schéma d'application et de mise en œuvre.

L'Introduction cerne la configuration du système de soins et fixe les caractéristiques des différents échelons des niveaux primaire et secondaire dudit système. Ce chapitre décrit donc, pour le niveau primaire, le profil-type du centre communautaire de santé (CCS), du centre de santé (CS), de l'Hôpital Communautaire de Référence (HCR). Pour le niveau secondaire, le profil–type de l'Hôpital Départemental (HD) y est présenté.

Module 1 : Gamme de services, Médicaments Essentiels, Equipements et Matériel

Le Module 1 définit la gamme des services à fournir par échelon pour les niveaux primaires et secondaires en référence à 10 domaines et sous-domaines du PDS présentés respectivement comme des composantes et sous-composantes du PES.

Le Module 1 tient compte de l'actuelle Liste Nationale de Médicaments Essentiels (LNME) et donne les indications sur les médicaments additionnels à rendre disponibles dans le cadre du programme de médicaments essentiels pour supporter les prestations retenues tenant compte des Manuels de normes techniques et procédures de programmes spécifiques existants. Par ailleurs, le module formule des indications à prendre en compte dans la prochaine version de la Liste Nationale de Médicaments Essentiels pour être en cohérence avec certaines directives et orientations nationales.

Le Module 1 se penche enfin sur les équipements et matériels nécessaires pour installer la capacité minimale des structures tenant compte des services et soins à fournir selon leur échelon et niveau. L'accent est mis sur les articles clés essentiels à la prise en charge des cas sans considérer le matériel de base.

Le Module 1 s'organise donc en quatre (4) sections :

- Gamme de services par composante aux niveaux primaire et secondaire
- Gamme de services par échelon
- Médicaments Essentiels du PES
- Equipement et Matériel

Module 2 : Normes, Standards et Procédures de l'Offre de Soins

Le Module 2 présente les standards, ainsi que des repères normatifs et procéduraux pour la prestation de soins.

Le Module 2 identifie également les ressources humaines nécessaires par niveau et échelon ainsi que les responsabilités incombant à chaque type et catégorie de personnel, selon l'échelon auquel il est attaché, dans le cadre de la délivrance de la gamme de services retenus par le PES.

Le module 2 s'articule autour de 3 sections :

- Standards, Normes et procédures par composante
- Prestataires clés par échelon selon les composantes du PES
- Ratio de Prestataires Essentiels par échelon.

Module 3 Infrastructures.-

Le Module 3 du PES traite des normes d'organisation et de gestion de l'espace sanitaire. Il détermine la structure-type pour chaque échelon, précisant les normes et standards en matière de construction des infrastructures de santé. Il se présente en 2 grands chapitres : Espace sanitaire et Gestion des déchets médicaux et comporte 5 annexes.

Le chapitre « Espace sanitaire » couvre:

- Gestion de l'espace de prestation des services
- Accessibilité des espaces sanitaires
- Sécurité des patients et du personnel

Deux annexes s'y rattachent :

Annexe 1 : Document complet sur l'Accessibilité des structures sanitaires

Annexe 5 : Plans-Type des différentes structures sanitaires selon leur niveau et échelon

Le chapitre « Gestion des déchets médicaux» prend en compte les aspects suivants :

- La caractérisation et la catégorisation des déchets
- La Gestion des Déchets par échelon
- Principes de base d'un programme de gestion des déchets
- Structure de supervision de la gestion des déchets
- Plan de gestion des déchets

Trois annexes s'y rattachent :

Annexe 2 : Document de Gestion des Déchets

Annexe 3 : Types de déchets et mode de gestion

Annexe 4 : Fiche technique / Méthodes - Types de Fosse/puits »

Schéma d'application et de mise en œuvre.-

Le Manuel incorpore un schéma d'application et de mise en œuvre du PES dans ce module.

INTRODUCTION

Le Paquet Essentiel de Services (PES) est un outil important pour l'application optimale des politiques sanitaires, notamment en ce qui a trait à l'accessibilité aux soins et services de santé. En ce sens, le contenu du PES est défini en ayant comme perspective la concrétisation des choix nationaux en matière de prestation de services.

L'approche d'élaboration du manuel en général se conforme aux règles suivantes :

- S'accorder avec les orientations générales tracées par le MSPP, dans son Plan Directeur de Santé 2012-2022 ;
- Exploiter la connaissance empirique des besoins, venant de l'expérience accumulée par les acteurs du système ;
- Capitaliser sur l'offre existante, en consolidant et améliorant les prestations couramment disponibles dans le système ;
- Rationaliser les choix, en tenant compte de critères économiques, techniques et politiques.

Ce chapitre traite des grandes priorités et orientations du système, notamment l'architecture du système de soins[1], qui déterminent le contenu et, dans une certaine mesure, les modalités de l'offre de services. Il s'agit d'orientations tracées dans des textes généraux de politique sanitaire antérieurs à la formulation de l'offre. L'accent est porté ici sur les priorités en matière de développement du système de soins.

VERS UNE RECONFIGURATION DU SYSTÈME DE SOINS

L'adoption d'un nouveau modèle de prestation de soins de santé et la redéfinition de la pyramide de soins sont annoncées dans deux documents majeurs : la Politique Nationale de Santé (2012) et le Plan Directeur de Santé 2012-2022. Ces orientations ont été confirmées en diverses occasions, dans le discours des autorités sanitaires et à travers certaines interventions de santé. La nouvelle approche reflète la volonté des autorités sanitaires d'étendre l'offre de services à toute la population, particulièrement à celle vivant dans les zones les plus reculées, à travers une relation de proximité entre le système de soins et les ménages.

Dix (10) éléments de base caractérisent cette reconfiguration du système de soins. Ils peuvent être déclinés comme suit :

1) L'objectif majeur est d'étendre la couverture en services de base à toute la population ;
2) Le système tend à s'aligner sur le découpage territorial administratif, arrondissements, communes et sections communales ;
3) L'Unité d'Arrondissement de Santé (UAS) devient ainsi le micro système de base du nouveau modèle ;
4) Le système distingue toujours 3 niveaux (primaire, secondaire, tertiaire) de résolution de problème ;

[1] Aux niveaux primaire et secondaire

5) Le niveau primaire est reconfiguré avec 3 échelons, tandis que les niveaux secondaire et tertiaire demeurent inchangés ;

6) L'échelon additionnel au niveau primaire est le Centre Communautaire de Santé (CCS), qui représente la 1ère ligne de prestation de soins ;

7) Les autres échelons du niveau primaire demeurent le Centre de Santé (CS) et l'Hôpital Communautaire de Référence (HCR) ;

8) L'Agent de Santé Communautaire Polyvalent (ASCP) occupe une place importante dans la première ligne, en assurant l'interface avec la communauté ;

9) Le système est hiérarchisé et intégré: les échelons et niveaux sont complémentaires et chacun assume des fonctions spécifiques[2] ; garantissant ainsi son fonctionnement efficient et le continuum de soins.

10) Le modèle mise sur la polyvalence des prestataires au niveau primaire.

Le processus de mise en œuvre du nouveau modèle nécessite une certaine flexibilité et une grande capacité d'adaptation aux exigences de terrain[3]. Il faut, en effet, prendre en compte les multiples réalités locales liées aux contraintes géographiques, à la distribution spatiale de la population et à la sociologie.

CARACTÉRISTIQUES DES DIFFÉRENTS ÉCHELONS

La définition du PES repose sur certaines options relatives à l'architecture du système de soins et à l'organisation des services. Lesdites options permettent d'établir les profils type de chacun des échelons, avec leurs principales caractéristiques. De façon générale, le modèle mise sur la polyvalence des prestataires au niveau primaire.

PROFIL-TYPE DU CENTRE COMMUNAUTAIRE DE SANTÉ (CCS)

Le Centre Communautaire de Santé (CCS) constitue le 1er échelon du niveau primaire. Il représente la principale porte d'entrée du système de soins.

a) Le CCS sera implanté essentiellement en milieu rural (ou semi rural).

b) Le CCS fournit des soins curatifs, préventifs et promotionnels essentiels.

c) Le CCS garantit la proximité du système avec la population. Sa population de desserte varierait entre 5.000 et 6.000 individus.

d) L'aire desservie par le CCS est divisée en plusieurs secteurs spécifiques couvrant chacun environ 1.000 individus.

[2] Dans la réalité, certaines situations peuvent exiger qu'un échelon donné réalise des tâches plus simples relevant d'un échelon « inférieur ».

[3] On signalera, par ailleurs, que le Cadre de référence ne définit pas les mécanismes et modalités spécifiques d'organisation des services et de gestion des systèmes de soins locaux et/ou régionaux.

e) La relation de proximité est assurée par le réseau d'ASCP rattaché au CCS. Chaque ASCP est responsable d'un secteur de l'aire du CCS.

f) Les ASCP jouent le rôle principal en matière de promotion et de prévention sanitaire.

g) Le CCS dispose d'une capacité résolutive acceptable :

- Au sein du CCS, le prestataire principal des soins curatifs est un agent technique (1 à 2 ans de formation) ayant un profil d'auxiliaire-infirmière/infirmier (AI).
- Ce prestataire est doté de compétences solides, qui le rendent apte à prendre en charge une part importante des besoins les plus fréquents.
- Certains tests rapides de dépistage peuvent être réalisés au sein du CCS.

h) L'équipe du CCS est formée d'un/e (1) auxiliaire-infirmière/infirmier et de 5 à 6 ASCP. La taille légère de l'effectif est une caractéristique majeure du modèle.

- L'AI supervise les ASCP et participe, une à deux fois par semaine, aux visites domiciliaires et/ou aux réunions communautaires.
- L'organisation du travail de l'AI, ainsi que le niveau d'effort requis, sont suivis et analysés avec soin de manière à éviter toute augmentation inconsidérée de l'effectif.

i) L'infrastructure physique du CCS doit être une structure légère, la moins coûteuse possible. Elle a l'allure d'un espace communautaire, intégré dans la vie sociale.

- Le local du CCS est le point de ralliement des activités de santé de la zone.
- La plupart des activités curatives y sont réalisées.
- Les ASCP y gardent leurs archives et y entreposent une partie de leur matériel de travail.
- Les ASCP y réalisent aussi certaines de leurs activités, telles des postes de rassemblement, des réunions communautaires, …
- Les réunions de travail du staff de l'aire de santé s'y tiennent régulièrement, de même que les rencontres mensuelles de l'Équipe de Santé Familiale[4] (ESF) y sont organisées.
- Le parc d'équipements du CCS reste très léger et consiste principalement en équipements de bureau. Les équipements de chaîne de froid seront positionnés dans le réseau des CCS en fonction des besoins et de la configuration de la zone[5].

[4] Cette notion est définie de manière plus précise à la section suivante traitant du Centre de Santé.

[5] On s'inspirera, le cas échéant, de l'expérience des Unités de Stockage et de Distribution (USD) menée au début des années 90.

PROFIL-TYPE DU CENTRE DE SANTÉ (CS)

Le Centre de Santé (CS) représente le 2ème échelon du niveau primaire. Le profil décrit ci-après correspond à la variante rurale du CS[6]. Le cas échéant, on peut définir une variante « semi urbaine ».

a) Le CS doit répondre de manière optimale aux besoins de la population de la commune en fournissant les soins curatifs, préventifs et promotionnels essentiels correspondant à son mandat[7].

b) Le CS doit couvrir les besoins d'une population de 25'000 à 30'000 individus. Il coifferait ainsi environ 5 - 6 CCS.

c) Le CS assume le mandat de CCS vis-à-vis de la population installée dans son voisinage immédiat.

d) Le CS est doté d'une capacité résolutive renforcée (par rapport aux anciens CS) :

- Le médecin généraliste[8] et l'Infirmière Sage-femme (ou la Sage-femme) sont les prestataires principaux.
- Tout CS est capable d'exécuter les fonctions SONUB.
- Le CS est doté de 10 à 15 lits[9] et la permanence y est assurée (24h/7jrs).
- Le CS dispose d'un laboratoire de niveau primaire (selon la classification du LNSP).

e) L'équipe du CS est formée de médecins généralistes, d'infirmières sage femmes (ou Sage-femme), d'infirmiers/ères, d'auxiliaire-infirmiers/ères et de différentes catégories de personnel prestataire de support paraclinique et/ou administratif. L'effectif est défini de manière à permettre la permanence des services.

- Les activités communautaires (visites domiciliaires, réunions) sont exécutées par des AI.
- Il n'y a pas d'ASCP au sein du CS.
- L'équipe du CS peut inclure toute autre catégorie de cadres intermédiaires apte à supporter l'exécution de son mandat.

f) Les médecins et les infirmières du CS, les auxiliaire-infirmiers/ères et les ASCP des CCS forment l'équipe de santé familiale (ESF) de la commune.

---

[6] La variante urbaine prend en compte la forte densité de population des villes et reflète l'absence de CCS (cf. Annexe en page 11, extrait de Le financement des soins de santé en Haïti. Nouvelles perspectives. Dr G. Dubuche, Directeur Général-MSPP, Conférence Internationale sur le Financement, P-au-P, Haïti ; 28-29 avril 2015).

[7] Dans la réalité, certaines situations peuvent exiger que le CS réalise des tâches plus simples relevant du CCS.

[8] On entend ici par médecin généraliste, un professionnel ayant bouclé son 1er cycle d'études universitaires en médecine, sans autre spécialité, quelle que soit son expérience de terrain.

[9] Le nouveau modèle de soins ne prévoit pas d'augmentation majeure de la capacité litière des niveaux primaire et secondaire. Le ratio lit/habitant devrait se situer globalement autour de 0.7-1/1000

g) L'ESF réalise la synthèse de l'état de santé des ménages vivant dans l'aire de desserte de chaque CCS.

- L'équipe se réunit au moins une fois par mois autour de la situation de chacun des CCS.

h) L'infrastructure physique du CS est dimensionnée de manière à répondre aux exigences de son mandat.

- Les lits du CS sont dédiés à l'observation et à l'hospitalisation courte de maladies courantes.
- Le bâtiment s'insère de façon optimale dans son environnement.
- Les AI peuvent y organiser certaines de leurs activités communautaires, telles des postes de rassemblement, des réunions communautaires, …
- Le parc d'équipements du CS prend une envergure significative, en raison des activités d'hospitalisation et de laboratoire. Les équipements de chaîne de froid sont aussi plus importants, afin de supporter l'approvisionnement des CCS.

PROFIL-TYPE DE L'HÔPITAL COMMUNAUTAIRE DE RÉFÉRENCE (HCR)

L'Hôpital Communautaire de Référence est le 3ème échelon du niveau primaire. On distinguera deux ou trois variantes, en fonction de la taille de l'arrondissement et du degré d'aménagement urbain de la zone. Cette section présente le profil d'un HCR intermédiaire, desservant un arrondissement d'environ 250 à 300'000 habitants, localisé dans une agglomération secondaire (pas un chef-lieu de département).

a) L'HCR fournit des soins complexes de 1er recours, en appui aux prestations de l'ESF.

b) Sauf lorsque les circonstances l'exigent, l'HCR ne cumule pas le mandat de CS vis-à -vis de la population installée dans son voisinage immédiat.

c) L'HCR développe des approches préventives et promotionnelles spécifiques, en rapport avec les problèmes de santé pris en charge (la gamme de prestations fournie) dans le cadre de son mandat[10].

- Les activités correspondantes sont principalement réalisées en milieu institutionnel.
- Des activités communautaires peuvent aussi être organisées au besoin, faisant intervenir les membres concernés de l'équipe de santé de l'HCR.

d) Sa capacité résolutive couvre des besoins relevant des 4 services de base :

- Le prestataire clé de l'HCR est le Médecin de Famille.

[10] Dans la réalité, certaines situations peuvent exiger que l'HCR réalise des tâches plus simples relevant du CS.

- ➢ Tout HCR est capable d'exécuter les fonctions SONUC.
- ➢ L'HCR est doté d'environ 50 lits et la permanence y est assurée (24h/7jrs).
- ➢ L'HCR dispose aussi d'un laboratoire de niveau secondaire[11] (selon la classification du LNSP).

i) L'équipe de l'HCR est formée de médecins de Famille, médecins généralistes, infirmières sage femmes (ou Sage femmes), infirmiers/ères, auxiliaire-infirmiers/ères et de différentes catégories de personnel de support paraclinique et/ou administratif. L'effectif est défini de manière à permettre la permanence des services.

- ➢ La/les personne/s ressource/s de support en anesthésiologie ont des compétences de niveau « technicien », i.e. ayant suivi un cycle court de formation (ou entrainement) dans ce domaine.
- ➢ Il n'y a pas d'ASCP au sein de l'HCR.
- ➢ L'équipe de l'HCR peut inclure toute autre catégorie de cadres intermédiaires apte à supporter l'exécution de son mandat.

j) L'infrastructure physique de l'HCR est dimensionnée de manière à répondre aux exigences de son mandat.

- ➢ Les lits de l'HCR sont dédiés à l'hospitalisation de brève ou moyenne durée, pour les urgences et les maladies courantes compliquées.
- ➢ Le bâtiment s'insère de façon optimale dans son environnement.
- ➢ La taille du parc d'équipements de l'HCR est importante, en rapport avec les activités d'hospitalisation et de diagnostic.

PROFIL-TYPE DE L'HÔPITAL DÉPARTEMENTAL (HD)

L'Hôpital Départemental représente le niveau secondaire. On distinguera deux ou trois variantes, en fonction de la taille et du degré d'aménagement urbain du département. Cette section présente le profil d'un HD intermédiaire, desservant un département d'environ 450'000 à 550'000 habitants.

a) L'HD fournit des soins complexes avancés, en appui aux prestations du niveau primaire.

b) L'HD assume le mandat d 'HCR vis à vis de la population installée dans son voisinage immédiat.

c) L'HD développe des approches préventives et promotionnelles spécifiques, en rapport avec les problèmes de santé pris en charge (gamme de prestations fournies) dans le cadre de son mandat[12].

- ➢ Les activités correspondantes sont réalisées en milieu institutionnel.

[11] Le menu des tests de laboratoire diffère de celui de l'HD par l'absence du PAP test et des examens de Bactériologie.

[12] Dans la réalité, certaines situations peuvent exiger que l'HD réalise des tâches plus simples relevant de l'HCR.

d) La capacité résolutive de l'HD s'étend à des prestations spécialisées relevant des 4 services de base et de sous spécialités.

- Les prestations spécialisées considérées incluent :
  - la traumatologie et l'orthopédie,
  - l'ophtalmologie,
  - l'urologie,
  - la dermatologie,
  - la physiothérapie,
  - les urgences,
  - les soins intensifs,
  - la prise en charge de maladies infectieuses, les soins en néonatologie, oncologie et cardiologie.
  - Des services de dialyse sont considérés, en fonction de la taille du bassin de desserte.
- Les prestataires clés de l'HD sont des médecins spécialistes, incluant des anesthésiologistes.
- La capacité litière de l'HD varie entre 100 à 150 lits.
- L'HCR dispose aussi d'un laboratoire de niveau secondaire[13] (selon la classification du LNSP).

e) L'équipe de l'HD est formée de médecins spécialistes, médecins de Famille, médecins généralistes, infirmières sage femmes (ou Sage femmes), infirmiers/ères, auxiliaire-infirmiers/ères et de différentes catégories de personnel de support paraclinique et/ou administratif. L'effectif est défini de manière à permettre la permanence des services.

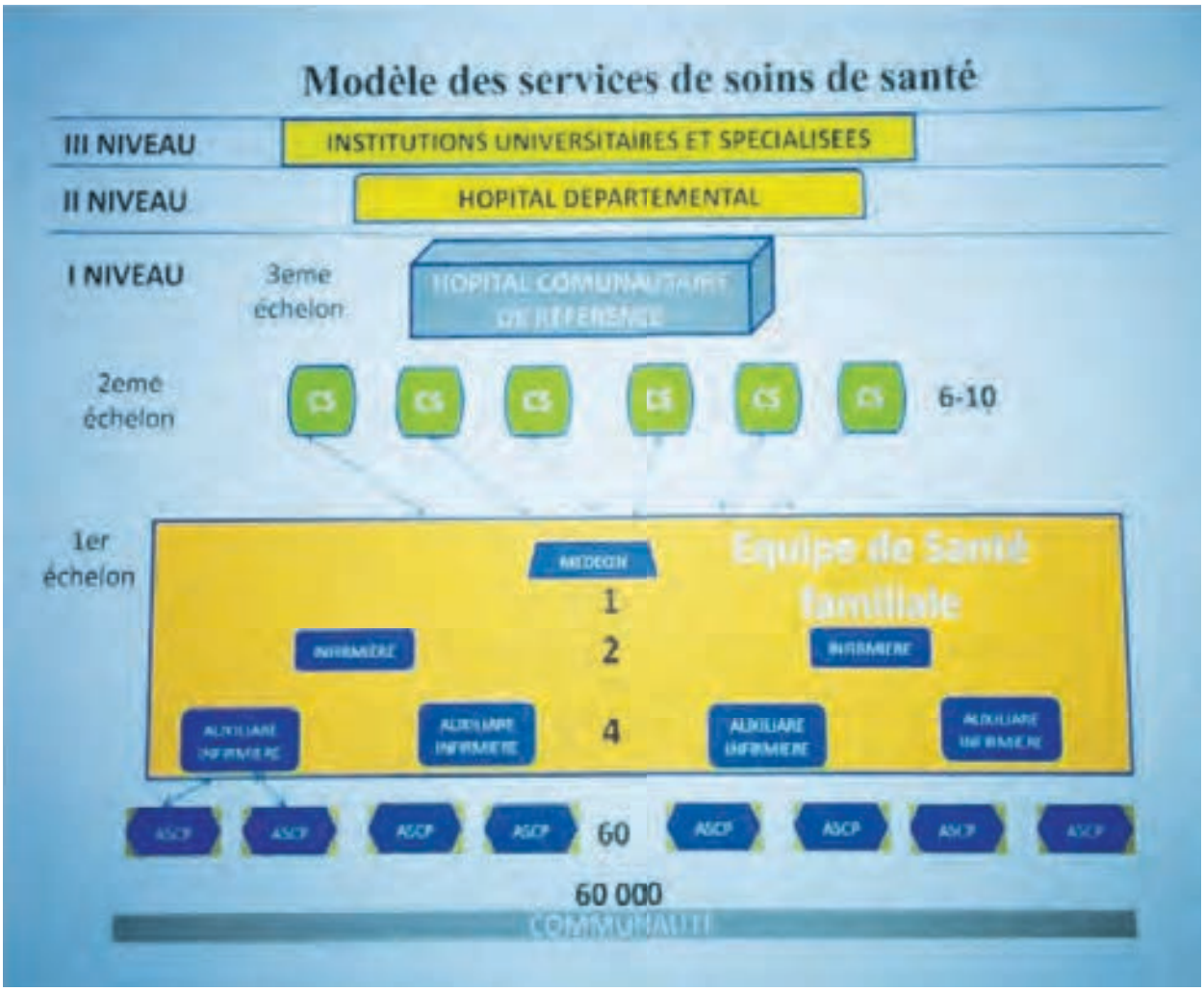
- Il n'y a pas d'ASCP au sein de l'HD.
- L'équipe de l'HD inclura aussi toute autre catégorie de cadres intermédiaires apte à supporter l'exécution de son mandat.

k) L'infrastructure physique de l'HD est dimensionnée de manière à répondre aux exigences de son mandat.

- Les lits de l'HD sont dédiés à l'hospitalisation lourde de brève ou moyenne durée, pour les urgences, les soins intensifs et les maladies compliquées.
- Le bâtiment s'insère de façon optimale dans son environnement.
- La taille du parc d'équipements de l'HD est considérable, en rapport avec les activités d'hospitalisation et de diagnostic.

[13] L'HD offre le menu complet des tests prévus.

ANNEXE
VARIANTE URBAINE DU MODÈLE DE SOINS[14]



[14] Extrait de "Le financement des soins de santé en Haïti - Nouvelles perspectives".
Dr G. Dubuche, Directeur Général-MSPP, Conférence Internationale sur le Financement, P-au-P, Haïti ; 28-29 avril 2015

Gamme de Services Médicaments Essentiels Equipements et Matériels

GAMME DE SERVICES,

MÉDICAMENTS ESSENTIELS,

EQUIPEMENTS ET MATÉRIEL

Octobre 2015

INTRODUCTION

Ce module 1 du Manuel du Paquet Essentiel de Services concerne d'une part, les services et actes de soins à fournir aux trois échelons du niveau primaire et au niveau secondaire ; d'autre part, les équipements biomédicaux, consommables médicaux et moyens thérapeutiques (médicaments essentiels) nécessaires à la provision du PES. Il a été élaboré, comme l'ensemble du Manuel, conformément aux règles suivantes :

- S'accorder avec les orientations générales tracées par le MSPP, dans son Plan Directeur Santé 2012-2022 ;
- Exploiter la connaissance empirique des besoins, venant de l'expérience accumulée par les acteurs du système ;
- Capitaliser sur l'offre existante, en consolidant et améliorant les prestations couramment disponibles dans le système ;
- Rationaliser les choix, en tenant compte de critères économiques, techniques et politiques.

Le présent module décrit la sélection des services essentiels à offrir au sein du système de soins, aux niveaux primaire et secondaire.

La gamme de services couvre dix (10) composantes[1], inspirées des composantes de prestation du PDS :

1) La santé de la femme et de la mère ;
2) La santé de l'enfant ;
3) La lutte contre les maladies transmissibles ;
4) La nutrition ;
5) La lutte contre les maladies chroniques non transmissibles ;
6) Les soins oculaires et la lutte contre la cécité évitable ;
7) La santé mentale ;
8) Les soins chirurgicaux ;
9) Les soins bucco dentaires ;
10) Les urgences et les soins intensifs.

C'est en rapport avec ces composantes que le Module 2 propose des standards ainsi que des repères normatifs et procéduraux pour la prestation de soins.

[1] La composante *Promotion de la Santé* est partie intégrante du PES, sous la forme d'approches et/ou stratégies transversales.

L'assignation des mandats de prestation aux différents niveaux et échelons est cohérente avec les hypothèses d'organisation du système de soins décrites dans l'Introduction du *Cadre de référence du PES*. Le module propose donc :

1) La gamme de services retenus pour le PES aux niveaux primaire et secondaire, par composantes de prestation.
2) La gamme de services et de soins de santé par échelonné ;

GAMME DE SERVICES PAR COMPOSANTE AUX NIVEAUX PRIMAIRE ET SECONDAIRE

SANTÉ DE LA FEMME ET DE LA MÈRE

Sous Composantes	Activités de prestation	Niveau			
		Primaire			2aire
		CCS	CS	HCR	HD
1) Planification Familiale et Infertilité	Information, Conseil et Orientation	✘	✘	✘	✘
	Première consultation PF - Évaluation initiale et Inscription	✘	✘	✘	✘
	Suivi des clients/es – Réapprovisionnement				
	– *Utilisation de contraceptifs oraux et injectables*	✘	✘		
	– *Utilisation d'implants*			✘	
	– *Contraception Chirurgicale Volontaire (CCV)*			✘	
	– *Utilisation de Dispositifs Intra Utérins (DIU)*			✘	
	– *Utilisation de méthodes de barrières (condoms, diaphragme, spermicides)*	✘	✘		
	– *Utilisation de méthodes naturelles*	✘	✘		
	Prise en charge des complications		✘	✘	
	Clinique d'infertilité			✘	✘
2) Pathologies gynécologiques	Information, Conseil et Orientation	✘	✘	✘	✘
	Dépistage précoce et traitement des infections vaginales	✘	✘		
	Traitement des infections vaginales chroniques et/ou récidivantes			✘	
	Dépistage clinique des cancers du sein et du col de l'utérus *(cf. Lutte contre les cancers)*	✘	✘	✘	
	Diagnostic et traitement du cancer du col				
	– *Dépistage systématique chez les femmes de plus de 35 ans*		✘	✘	
	– *Traitement des dysplasies du col (cryothérapie)*		✘	✘	
	– *Diagnostic de confirmation*				✘
	– *Traitement chirurgical*				✘
	– *Chimiothérapie*				✘

SANTÉ DE LA FEMME ET DE LA MÈRE

Sous Composantes	Activités de prestation	Niveau			
		Primaire			2aire
		CCS	CS	HCR	HD
2) Pathologies gynécologiques *(suite)*	Diagnostic et traitement du cancer du sein				
	– *Screening clinique en Consultation gynécologique de routine*		✘	✘	
	– *Dépistage systématique chez les femmes de plus de 45 ans et chez les femmes à risque*				✘
	– *Traitement chirurgical*				✘
	– *Chimiothérapie*				✘
	Suivi des patientes (pendant et après traitement)		✘	✘	✘
	Accueil et prise en charge des cas référés (par l'échelon inférieur)			✘	✘
3) Violence basée sur le genre	Information, Conseil et Orientation	✘	✘	✘	✘
	Evaluation et Notification /Dossier médicolégal	✘[1]	✘	✘	✘
	Prévention de la grossesse				
	– *Test de grossesse*	✘	✘	✘	✘
	– *Contraception d'urgence*	✘	✘	✘	✘
	Support psychologique	✘	✘	✘	
	Prévention du Tétanos				
	– *Sérothérapie anti tétanique*	✘	✘	✘	✘
	– *Vaccination anti tétanique*	✘	✘	✘	✘
	Prévention du VIH				
	– *Dépistage du VIH*	✘	✘	✘	✘
	– *Prophylaxie du VIH (Thérapie Anti Rétrovirale)*		✘	✘	✘
	Prophylaxie des IST		✘	✘	✘
	Prise en charge des blessures et/ou traumatismes physiques associés	✘	✘	✘	✘

SANTÉ DE LA FEMME ET DE LA MÈRE

Sous Composantes	Activités de prestation	Niveau			
		Primaire			2aire
		CCS	CS	HCR	HD
4) Risques liés à la maternité	Information, Conseil et Orientation	✘	✘	✘	✘
	Suivi de la grossesse				
	– *Prévention et Dépistage précoce de l'anémie*	✘	✘		
	– *Dépistage précoce de l'hypertension artérielle et de la toxémie gravidique*	✘	✘		
	– *Dépistage précoce du diabète*	✘	✘		
	– *Prévention et Dépistage précoce des déséquilibres nutritionnels (obésité, perte de poids)*	✘	✘		
	– *Dépistage précoce de maladies infectieuses*		✘		
	○ *VIH*	✘	✘		
	○ *Syphilis*	✘	✘		
	○ *Autres Infections Sexuellement Transmissibles*	✘	✘		
	○ *Malaria*	✘	✘		
	○ *Tuberculose*	✘	✘		
	– *Prévention et dépistage précoce des troubles de la grossesse (saignement, contractions, col déhiscent, perte de liquide amniotique, …)*	✘	✘		
	– *Prévention du tétanos néonatal (par la vaccination)*	✘	✘		
	– *Dépistage précoce de l'anémie falciforme*		✘	✘	✘
	– *Evaluation précoce des risques de dystocie*	✘	✘		
	– *Evaluation du développement du fœtus*	✘	✘	✘	
	Évaluation et Prise en charge des grossesses à risque		✘	✘	
	Mise en traitement anti rétroviral des femmes enceintes séropositives au VIH (dans le cadre de la PTME)		✘		

SANTÉ DE LA FEMME ET DE LA MÈRE

Sous Composantes	Activités de prestation	Niveau			
		Primaire			2aire
		CCS	CS	HCR	HD
4) Risques liés à la maternité *(suite)*	Assistance à l'accouchement, incluant soins immédiats au nouveau-né et à la mère				
	– *Accouchement par voie basse avec risque faible*		✘		
	– *Accouchement par voie basse avec risque et/ou complications modérées (fonctions SONUB)*		✘		
	– *Accouchement avec risque élevé et/ou complications graves (fonctions SONUC)*			✘	
	Prise en charge des fistules obstétricales (Traitement chirurgical)				✘
	Consultation post natale				
	– *Suivi des accouchements eutociques*	✘			
	– *Suivi des accouchements compliqués*		✘		
	Prise en charge des avortements et de leurs complications	✘	✘	✘	✘

SANTÉ DE L'ENFANT

Sous Composantes	Activités de prestation	Niveau			
		Primaire			2aire
		CCS	CS	HCR	HD
1) Nouveau-nés (0-29 jours)	Information, Conseil et Orientation	✘	✘	✘	✘
	Evaluation précoce	✘	✘		
	Prophylaxie des infections oculaires	✘	✘		
	Vaccination au BCG et Polio 0	✘	✘		
	Prise en charge des urgences néonatales				
	– *Dépistage précoce et traitement des infections périnatales*		✘		
	– *Dépistage précoce et traitement de la détresse respiratoire du nouveau-né*		✘		
	Prise en charge des cas de prématurité		✘	✘	✘
	Prise en charge et suivi des bébés de petit poids		✘		
	Dépistage précoce et orientation des malformations congénitales	✘	✘		
	Accueil et prise en charge des cas référés (par l'échelon inférieur)			✘	✘
2) Enfants de 2 mois à 5 ans	Information, Conseil et Orientation sur la PCIME	✘	✘	✘	✘
	Prise en charge des maladies diarrhéiques				
	– Évaluation et traitement de la déshydratation légère ou modérée	✘			
	– Évaluation et traitement de la déshydratation sévère		✘		
	Prise en charge des maladies respiratoires				
	– Évaluation et traitement du syndrome respiratoire léger ou modéré	✘			
	– Évaluation et traitement de la Pneumonie grave		✘		
	Prise en charge des syndromes fébriles				
	– Évaluation et traitement du syndrome fébrile modéré	✘			
	– *Dépistage précoce et traitement de l'accès palustre simple (cf. Composante Maladies Transmissibles/Sous composante MTV)*	✘			
	– *Dépistage précoce et traitement de la rougeole modérée (pas grave)*	✘			

SANTÉ DE L'ENFANT

Sous Composantes	Activités de prestation	Niveau			
		Primaire			2aire
		CCS	CS	HCR	HD
2) Enfants de 2 mois à 5 ans *(suite)*	Prise en charge des syndromes fébriles *(suite)*				
	– *Dépistage précoce et traitement du syndrome fébrile grave/Paludisme compliqué (cf. Composante Maladies Transmissibles/Sous-composante MTV)*		✘		
	– *Dépistage précoce et traitement de la Rougeole grave et compliquée*		✘		
	Prise en charge des infections d'oreille et de gorge				
	– *Dépistage précoce et traitement des infections modérées de l'oreille*	✘			
	– *Dépistage précoce et traitement de l'angine de gorge*	✘			
	– *Dépistage précoce et traitement des infections sévères de l'oreille*		✘		
	– *Dépistage précoce et traitement de l'abcès de la gorge*		✘		
	Déparasitage systématique des nourrissons sains	✘	✘		
	Dépistage de la drépanocytose		✘	✘	✘
	Suivi de la croissance et du développement psychomoteur	✘	✘		
3) Protection contre les maladies immuno contrôlables	Information, Conseil et Orientation	✘	✘	✘	✘
	Suivi du calendrier vaccinal				
	– *Vaccination au BCG*	✘	✘		
	– *Vaccination contre la Poliomyélite*	✘	✘		
	– *Vaccination contre la Diphtérie, Tétanos, Coqueluche, Méningites à Haemophilus Influenzae B, Hépatite B (Pentavalent)*	✘	✘		
	– *Vaccination contre le Rotavirus*	✘	✘		
	– *Vaccination contre la Rubéole et la Rougeole (Bivalent)*	✘	✘		
	– *Vaccination contre les infections à Pneumocoque*	✘	✘		
	Vaccination de rattrapage		✘	✘	✘

SANTÉ DE L'ENFANT

Sous Composantes	Activités de prestation	Niveau			
		Primaire			2aire
		CCS	CS	HCR	HD
4) Lutte contre la Malnutrition	Information, Conseil et Orientation	✘	✘	✘	✘
	Dépistage systématique de la malnutrition	✘	✘		
	Prévention de la carence en Vitamine A	✘			
	Suivi des cas : Recherche et orientation des abandons	✘			
	Dépistage actif de la malnutrition	✘			
	Prise en charge nutritionnelle des cas dépistés				
	– *Traitement des cas modérés (Programme de Nutrition Supplémentaire-PNS)*	✘	✘		
	– *Traitement des cas sévères sans complications (Programme Thérapeutique Ambulatoire-PTA)*		✘		
	– *Traitement des cas sévères avec complications (à l'Unité de Stabilisation Nutritionnelle-USN)*			✘	
	Prise en charge médicale des cas dépistés				
	– *Traitement systématique des cas modérés (appoint à PNS ou PTA)*		✘		
	– *Traitement systématique des cas sévères avec complications (à l'USN)*			✘	
	– *Traitement non systématique des cas sévères avec complications (à l'USN)*			✘	
	Prise en charge des complications associées à la malnutrition infantile		✘	✘	

LUTTE CONTRE LES MALADIES TRANSMISSIBLES

Sous Composantes	Activités de prestation	Niveau			
		Primaire			2aire
		CCS	CS	HCR	HD
1) Prise en charge de l'infection à VIH	Information, Conseil et Orientation	✘	✘	✘	✘
	Conseil et Dépistage Volontaire (CDV)				
	– *Dépistage précoce systématique*	✘			
	– *Diagnostic de confirmation*		✘		
	Prise en charge des femmes enceintes/Prévention de la Transmission Mère➛enfant (PTME)		✘		
	– *Dépistage systématique en consultation prénatale*	✘			
	– *Traitement anti rétroviral des femmes enceintes séropositives (1ère ligne)*		✘		
	Prise en charge des enfants de moins de 5 ans				
	– *Diagnostic du VIH chez le nourrisson moins d'un an*				✘
	– *Diagnostic du VIH chez le nourrisson âgé de 12 à 18 mois*		✘	✘	
	– *Diagnostic du VIH chez les enfants de plus de 18 mois*		✘		
	– *Assistance-Conseil nutritionnelle*		✘	✘	
	– *Prophylaxie au Cotrimoxazole*		✘	✘	
	Prise en charge des PVVIH (approche générale)				
	– *Assistance conseil - Support psychosocial*	✘	✘		
	– *Régime de traitement de 1ère ligne*		✘		
	– *Régime de traitement de 2ème ligne*			✘	
	– *Régime de traitement de 3ème ligne*				✘
	– *Consultation diététique spécialisée*				✘
	– *Prise en charge des cas de co-infection TB-VIH*		✘		
	– *Prise en charge des Infections opportunistes mineures (Candidose buccale, Herpès, Zona, Prurigo, Diarrhée)*		✘		

LUTTE CONTRE LES MALADIES TRANSMISSIBLES

Sous Composantes	Activités de prestation	Niveau			
		Primaire			2aire
		CCS	CS	HCR	HD
1) Prise en charge de l'infection à VIH *(suite)*	– *Prise en charge des Infections opportunistes majeures (Cryptococcose neuroméningée, Toxoplasmose cérébrale, TB extra pulmonaire, Sarcome de Kaposi, CMV)*			✘	
	Suivi de cas (en milieu communautaire)	✘			
	Prise en charge des cas d'échecs thérapeutiques et autres complications			✘	✘
	Accueil et prise en charge des cas référés (par l'échelon inférieur)			✘	✘
2) Prise en charge des IST	Information, Conseil et Orientation	✘	✘	✘	✘
	Diagnostic et traitement des IST				
	– *Approche syndromique*	✘	✘		
	– *Diagnostic de confirmation-Traitement des IST*		✘		
	Prise en charge des complications		✘	✘	
3) Prise en charge de la Tuberculose	Information, Conseil et Orientation	✘	✘	✘	✘
	Diagnostic et traitement de la tuberculose				
	– *Dépistage précoce des symptomatiques respiratoires et Suivi du traitement*	✘			
	– *Dépistage actif de contacts et/ou de symptomatiques respiratoires*	✘			
	– *Diagnostic et Mise en Traitement de la tuberculose pulmonaire TPM +*		✘		
	– *Diagnostic et Traitement de la tuberculose pulmonaire à bacilloscopie – ou extrapulmonaire*			✘	
	Prise en charge des échecs thérapeutiques et des complications			✘	✘
	Accueil et prise en charge des cas référés (par l'échelon inférieur)			✘	✘
	Suivi de cas (en milieu communautaire/distinct de l'accompagnement)	✘	✘		
4) Prise en charge des Maladies Transmissibles par Vecteur	Information, Conseil et Orientation	✘	✘	✘	✘
	Prise en charge de la malaria non compliquée (accès palustre simple)				
	– *Dépistage des cas simples - Traitement de 1ère ligne*	✘			
	– *Diagnostic de confirmation - Traitement de 1ère et 2ème lignes*		✘		

LUTTE CONTRE LES MALADIES TRANSMISSIBLES

Sous Composantes	Activités de prestation	Niveau			
		Primaire			2aire
		CCS	CS	HCR	HD
4) Prise en charge des Maladies Transmissibles par Vecteur *(suite)*	Prise en charge de la malaria grave			✘	
	Dépistage (surveillance de routine) et traitement de la Dengue	✘			
	Prise en charge des complications		✘		
5) Prise en charge des Zoonoses	Information, Conseil et Orientation	✘	✘	✘	✘
	Prise en charge de la rage	✘			
	– *Dépistage (surveillance de routine) et Soins locaux*	✘			
	– *Vaccination anti rabique*		✘		
	– *Administration de sérum anti rabique*		✘		
	Prise en charge des cas graves (manifestations cliniques)			✘	
	Prise en charge du charbon				
	– *Dépistage (surveillance de routine)*	✘			
	– *Traitement (antibiothérapie parentérale)*		✘		
	Prise en charge des cas graves (formes graves, complications)			✘	✘
6) Prise en charge du Choléra	Information, Conseil et Orientation	✘	✘	✘	✘
	Prise en charge du Choléra				
	– *Dépistage (surveillance de routine)*	✘			
	– *Traitement (Réhydratation et/ou antibiothérapie)*	✘	✘	✘	
	Prise en charge des complications			✘	
7) Prise en charge de la Lèpre	Information, Conseil et Orientation	✘	✘	✘	✘
	Prise en charge de la Lèpre				
	– *Dépistage précoce*	✘			
	– *Traitement (Poly chimiothérapie)*		✘		
	Prise en charge des complications			✘	✘

NUTRITION

Sous Composantes	Activités de prestation	Niveau			
		Primaire			2aire
		CCS	CS	HCR	HD
1) Prise en charge de la malnutrition infantile	Information, Conseil et Orientation	✘	✘	✘	✘
	Dépistage précoce des cas de malnutrition				
	– *Dépistage systématique*	✘	✘		
	– *Dépistage actif*	✘			
	Traitement nutritionnel de la malnutrition infantile				
	– *Traitement des cas modérés (Programme de Nutrition Supplémentaire)*	✘	✘		
	– *Traitement des cas sévères sans complications (Programme Thérapeutique Ambulatoire)*		✘		
	– *Traitement des cas sévères avec complications et des nourrissons (à l'Unité de Stabilisation Nutritionnelle)*			✘	
	Traitement médical de la malnutrition infantile				
	– *Traitement systématique (appoint à PNS ou PTA)*		✘		
	– *Traitement systématique des cas sévères avec complications et des nourrissons*			✘	
	– *Traitement non systématique des cas sévères avec complications et des nourrissons*			✘	
	Prise en charge des complications de la malnutrition			✘	
	Suivi domiciliaire des enfants sous traitement nutritionnel	✘			
2) Suivi nutritionnel des PVVIH	Information, Conseil et Orientation	✘	✘	✘	✘
	Evaluation périodique/Suivi de l'état nutritionnel		✘		
	Consultation diététique spécialisée			✘	

NUTRITION

Sous Composantes	Activités de prestation	Niveau			
		Primaire			2aire
		CCS	CS	HCR	HD
3) Suivi nutritionnel des femmes enceintes	Information, Conseil et Orientation	✘	✘	✘	✘
	Distribution de suppléments Fer-Acide folique	✘			
	Evaluation périodique/Suivi de l'état nutritionnel		✘		
	Consultation diététique spécialisée				✘
4) Prévention des carences en oligo-éléments	Information, Conseil et Orientation	✘	✘	✘	✘
	Prévention de la carence en Fer chez la femme enceinte	✘			
	Prévention de la carence en Vitamine A chez l'enfant de 0-5 ans	✘			

MALADIES CHRONIQUES NON TRANSMISSIBLES

Sous Composantes	Activités de prestation	Niveau			
		Primaire			2aire
		CCS	CS	HCR	HD
1) Prise en charge du Diabète et de ses complications	Information, Conseil et Orientation	✘	✘	✘	✘
	Prévention du diabète et de ses complications: Promotion de comportements et habitudes sains (alimentation, activité physique, prise de poids, …)	✘	✘		
	Dépistage précoce du diabète (screening)				
	– *Dépistage systématique chez les Individus de plus de 40 ans*	✘	✘		
	– *Dépistage systématique chez les femmes enceintes*	✘	✘		
	– *Dépistage volontaire*	✘	✘		
	Diagnostic et traitement du diabète				
	– *Diagnostic de confirmation (post screening et/ou selon signes évocateurs)*		✘		
	– *Mise en Traitement*		✘		
	Prévention et Traitement des complications du diabète (yeux, reins, membres)				
	– *Dépistage précoce des complications*		✘		
	– *Diagnostic de confirmation (ou selon signes évocateurs)*			✘	
	– *Traitement des complications (stade préliminaire, stade avancé)*			✘	✘
	– *Prise en charge des urgences hyper glycémiques, du coma diabétique et des AVC (cf. Urgences)*			✘	✘
	Suivi de cas (en milieu communautaire)	✘	✘		
2) Prise en charge de l'HTA et des maladies cardio-vasculaires	Information, Conseil et Orientation	✘	✘	✘	✘
	Prévention de l'HTA et des MCV : Promotion de comportements et habitudes sains (alimentation, activité physique, prise de poids, alcool, tabac, …)	✘	✘		

MALADIES CHRONIQUES NON TRANSMISSIBLES

Sous Composantes	Activités de prestation	Niveau			
		Primaire			2aire
		CCS	CS	HCR	HD
2) Prise en charge de l'HTA et des maladies cardio-vasculaires *(suite)*	Dépistage précoce et traitement de l'HTA et de ses complications				
	– *Suivi systématique de la PA* (Individus de plus de 40 ans)	✘			
	– *Traitement de l'HTA légère ou modérée (sans complications et sans facteurs de risques)*	✘			
	– *Traitement de l'HTA avec facteurs de risques associés et/ou complications)*		✘	✘	
	– *Traitement des urgences hypertensives (cf Urgences médicales)*		✘	✘	✘
	Prise en charge des complications de l'HTA (cardiaques, rénales, oculaires, …)			✘	✘
	Prise en charge de l'infarctus du myocarde et des AVC (cf. Urgences)			✘	✘
	Suivi de cas (en milieu communautaire)	✘			
3) Prise en charge des maladies respiratoires chroniques	Information, Conseil et Orientation	✘	✘	✘	✘
	Diagnostic et traitement de l'asthme				
	– *Traitement de l'asthme stable*	✘			
	– *Traitement de l'asthme exacerbé*		✘	✘	
	Prise en charge des échecs thérapeutiques et des complications				✘
	Suivi de cas (en milieu communautaire)	✘			
4) Prise en charge des cancers (*cf. Santé de la femme et de la mère - Cancers du col et du sein*)	Information, Conseil et Orientation	✘	✘	✘	✘
	Diagnostic et traitement du cancer de la prostate			✘	
	– *Screening clinique en consultation urologique de routine*	✘	✘	✘	
	– *Dépistage systématique chez les hommes de plus de 50 ans*			✘	✘
	– *Traitement chirurgical*				✘
	– *Chimiothérapie*			✘	✘
	Prise en charge des complications				✘
	Suivi médical de patients en traitement		✘	✘	
	Suivi de cas (en milieu communautaire)	✘			

SOINS OCULAIRES - LUTTE CONTRE LA CÉCITÉ EVITABLE ET L'INCAPACITÉ FONCTIONNELLE

Sous Composantes	Activités de prestation	Niveau			
		Primaire			2aire
		CCS	CS	HCR	HD
1) Prévention de la cécité nutrition-nelle	Information, Conseil et Orientation	✘	✘	✘	✘
	Dépistage et traitement de la cécité nutritionnelle				
	– *Prévention de la carence en Vitamine A chez le jeune enfant (6 mois-5 ans)*	✘	✘		
	– *Traitement d'appoint en cas de malnutrition protéino calorique*		✘	✘	
	– *Supplémentation en Vitamine A chez les femmes nouvelles allaitantes*	✘	✘		
2) Prise en charge de la cataracte	Information, Conseil et Orientation	✘	✘	✘	✘
	Dépistage et traitement de la cataracte				
	– *Exploration fonctionnelle (source lumineuse)*	✘	✘		
	– *Examen oculaire de routine* (test d'acuité visuelle)	✘	✘		
	– *Dépistage systématique chez l'adulte de 40 ans ou plus*		✘	✘	
	– *Traitement chirurgical de la cataracte*				✘
	– *Fourniture de lunettes correctrices*				✘
3) Prise en charge du glaucome	Information, Conseil et Orientation	✘	✘	✘	✘
	Dépistage et Traitement du glaucome				
	– *Exploration fonctionnelle (source lumineuse/ophtalmoscope)*	✘	✘	✘	✘
	– *Dépistage systématique chez l'adulte de 40 ans ou plus-Tonométrie*	✘	✘		
	– *Diagnostic définitif du glaucome*				✘
	– *Traitement médical du glaucome*			✘	✘
	– *Traitement chirurgical du glaucome*				✘
	Suivi de cas (en milieu communautaire)	✘			
	Accueil et prise en charge des cas référés (par l'échelon inférieur)				✘

SOINS OCULAIRES - LUTTE CONTRE LA CÉCITÉ EVITABLE ET L'INCAPACITÉ FONCTIONNELLE

Sous Composantes	Activités de prestation	Niveau			
		Primaire			2aire
		CCS	CS	HCR	HD
4) Prise en charge des erreurs de réfraction	Information, Conseil et Orientation	✘	✘	✘	✘
	Dépistage et Prise en charge des erreurs de réfraction				
	– *Evaluation systématique de l'acuité visuelle en milieu scolaire*	✘	✘		
	– *Examen oculaire de routine* (test d'acuité visuelle)	✘	✘		
	– *Fourniture de lunettes de lecture*		✘	✘	✘
	– *Test de réfraction (erreur compliquée)*				✘
	– *Fourniture de lunettes de prescription*				✘
5) Prise en charge de la rétinopathie diabétique	Information, Conseil et Orientation	✘	✘	✘	✘
	Dépistage et traitement de la rétinopathie diabétique				
	– *Dépistage systématique du diabète chez le jeune adulte / Diagnostic de confirmation*		✘	✘	
	– *Exploration fonctionnelle (Fond d'œil)*			✘	
	– *Traitement médical de la rétinopathie diabétique*				✘
	Suivi de cas (en milieu communautaire)	✘			
	Accueil et prise en charge des cas référés (par l'échelon inférieur)				✘
6) Prise en charge des inflammations et infections de l'œil (œil rouge)	Information, Conseil et Orientation	✘	✘	✘	✘
	Examen de base de l'œil (examen physique)				
	Dépistage et Prise en charge de l'ophtalmie du nouveau- né	✘	✘	✘	
	Diagnostic et prise en charge des conjonctivites				
	– *Exploration fonctionnelle (source lumineuse)*	✘	✘		
	– *Examen oculaire de routine* (test d'acuité visuelle)	✘	✘		
	– *Traitement par application d'antibiotiques locaux*	✘	✘		
	Accueil et prise en charge des cas référés (par l'échelon inférieur)			✘	✘
	Suivi de cas (en milieu communautaire)	✘			

SOINS OCULAIRES - LUTTE CONTRE LA CÉCITÉ EVITABLE ET L'INCAPACITÉ FONCTIONNELLE

Sous Composantes	Activités de prestation	Niveau Primaire CCS	Niveau Primaire CS	Niveau Primaire HCR	2aire HD
7) Prise en charge des traumatismes oculaires	Information, Conseil et Orientation	✘	✘	✘	✘
	Promotion de normes de sécurité à l'école et en milieu de travail	✘	✘	✘	
	Prise en charge précoce des traumas mineurs (plaies palpébrales superficielles, irritants légers, …)	✘	✘		
	Prise en charge précoce des traumas majeurs (corps étrangers conjonctivaux, plaies conjonctivales pénétrantes, plaies cornéennes, …)			✘	✘
	Suivi de cas (en milieu communautaire)	✘			

SANTÉ MENTALE

Sous Composantes	Activités de prestation	Niveau			
		Primaire			2aire
		CCS	CS	HCR	HD
1) Approches communautaires en Santé Mentale	Information, Conseil et Orientation	✘	✘	✘	✘
	Séances d'éducation à la Santé mentale	✘	✘		
	Dépistage précoce des perturbations et troubles mentaux				
	– *Soutien communautaire*	✘	✘		
	– *Détection passive à la consultation générale (tout venant)*	✘	✘		
2) Prise en charge de problèmes courants en Santé Mentale	Support aux cas de maltraitance et d'agression (incluant agressions sexuelles)				
	– *Evaluation préliminaire de santé mentale -Consultation psychologique*	✘	✘	✘	✘
	– *Counseling individuel*		✘	✘	✘
	– *Accompagnement psycho social*	✘	✘	✘	✘
	– *Traitement médical (psychotropes)*		✘	✘	✘
	Diagnostic et traitement de la dépression légère ou modérée				
	– *Evaluation préliminaire de santé mentale*	✘	✘		
	– *Counseling individuel*	✘	✘		
	– *Accompagnement psycho social*	✘	✘		
	Diagnostic et traitement de la dépression grave				
	– *Evaluation de santé mentale-Consultation psychologique*			✘	
	– *Counseling individuel*			✘	
	– *Accompagnement psycho social*			✘	
	– *Traitement médical (psychotropes)*			✘	
	Diagnostic et traitement des troubles de développement de l'enfant				
	– *Evaluation de santé mentale-Consultation psychologique*			✘	
	– *Counseling individuel*			✘	
	– *Accompagnement psycho social*			✘	

SANTÉ MENTALE

Sous Composantes	Activités de prestation	Niveau			
		Primaire			2aire
		CCS	CS	HCR	HD
2) Prise en charge de problèmes courants en Santé Mentale *(suite)*	Diagnostic et traitement des cas de psychoses (notamment délire de persécution)				
	– *Evaluation de santé mentale - Consultation psychologique*			✘	
	– *Counseling individuel*			✘	
	– *Accompagnement psycho social*			✘	
	– *Traitement médical (psychotropes)*			✘	
	Support aux enfants en difficultés d'apprentissage				
	– *Evaluation préliminaire de santé mentale*	✘	✘		
	– *Evaluation de santé mentale-Consultation psychologique*			✘	
	– *Counseling individuel*			✘	
	– *Accompagnement psycho social*			✘	
	Prise en charge de l'épilepsie				
	– *Evaluation de santé mentale-Consultation psychologique*			✘	
	– *Counseling individuel*			✘	
	– *Accompagnement psycho social*			✘	
	– *Traitement médical (psychotropes)*			✘	✘
	Suivi de patients (en milieu communautaire)	✘			

SOINS CHIRURGICAUX

Sous Composantes	Activités de prestation	Niveau			
		Primaire			2aire
		CCS	CS	HCR	HD
1) Chirurgie mineure	Information, Conseil et Orientation	x	x	x	x
	Pansements et Sutures (selon gravité)	x	x	x	x
	Traitement d'abcès (selon gravité)	x	x	x	
	Extraction de corps étranger (selon localisation, gravité)		x	x	x
	- *Prise en charge des brûlures superficielles*	x	x		
	- *Manœuvre d'assistance à l'accouchement/Prise de forceps-Ventouse*		x		
	- *Révision utérine manuelle*		x		
	- *Curetage par aspiration*		x		
	- *Méthodes chirurgicales PF – Pose d'implants, CCV, DIU*			x	
2) Chirurgie majeure	Information, Conseil et Orientation	x	x	x	x
	Prise en charge des brûlures profondes et étendues			x	x
	Réalisation de césarienne			x	x
	Réparation de brèche utérine			x	x
	Réalisation d'hystérectomie			x	x
	Salpingectomie			x	x
	Réparation de lacérations périnéales			x	x
	Traitement chirurgical de l'Abdomen aigu			x	x
	Drainage thoracique			x	
	Trachéostomie			x	
	Cystostomie d'urgence			x	
	Réduction de phimosis et/ou paraphimosis			x	x
	Réduction Fracture simple			x	
	Stabilisation fracture ouverte			x	
	Réduction Fracture compliquées (ouvertes, comminutive)				x
	Amputation			x	x

SOINS BUCCO-DENTAIRES

Sous Composantes	Activités de prestation	Niveau			
		Primaire			2aire
		CCS	CS	HCR	HD
1) Promotion de la santé bucco-dentaire	Information, Conseil et Orientation	✘	✘	✘	✘
	Education à la Santé buccodentaire (promotion du brossage, utilisation de dentifrice fluoré, visite régulière dans une clinique dentaire …)	✘	✘		
	Évaluation systématique de l'état de santé bucco-dentaire chez l'enfant (Indice CAO)		✘	✘	✘
	Promotion/Distribution de kits dentaires	✘	✘		
2) Prise en charge des urgences bucco-dentaires et des traumatismes	Information, Conseil et Orientation	✘	✘	✘	✘
	Pansement : obturation provisoire a l'eugénol		✘	✘	✘
	Gestion de la douleur aigue : rage de dent		✘	✘	✘
	Réduction de luxation temporo mandibulaire			✘	✘
	Réduction de fractures alvéolaires et mandibulaires			✘	✘
	Restauration ou extraction des dents fracturées à la suite d'un trauma			✘	✘
3) Prise en charge de la carie dentaire	Information, Conseil et Orientation	✘	✘	✘	✘
	Dépistage précoce et traitement de la carie dentaire				
	– *Examen dentaire de routine*		✘	✘	✘
	– *Prophylaxie de la carie dentaire (gel de fluor)*		✘	✘	✘
	– *Traitement conservateur de la carie / Restauration de la dent*			✘	✘
	– *Extraction dentaire*		✘	✘	✘

SOINS BUCCO-DENTAIRES

Sous Composantes	Activités de prestation	Niveau			
		Primaire			2aire
		CCS	CS	HCR	HD
4) Prise en charge de pathologies courantes en Santé bucco-dentaire	Information, Conseil et Orientation	✘	✘	✘	✘
	Diagnostic et traitement des maladies parodontales				
	– *Dépistage de la gingivite*		✘	✘	✘
	– *Détartrage et Surfaçage*		✘	✘	✘
	– *Traitement médical de la gingivite*		✘	✘	✘
	Traitement des parodontites			✘	✘
	Prise en charge des complications				✘
5) Prise en charge de tumeurs, masses, pathologies glandes salivaires.	Information, conseil et orientation	✘	✘	✘	✘
	Dépistage précoce et traitement supportif			✘	✘
	Biopsie pour Diagnostic de confirmation			✘	✘
	Exérèse/ Traitement chirurgical				✘
	Accueil-Prise en charge des cas référés				✘

URGENCES – SOINS INTENSIFS

Sous Composantes	Activités de prestation	Niveau			
		Primaire			2aire
		CCS	CS	HCR	HD
Prise en charge des Urgences médico chirurgicales	Information, Conseil et Orientation	✘	✘	✘	✘
	Évaluation-Gestes de base	✘	✘	✘	✘
	Stabilisation hémodynamique et respiratoire/abdomen aigu, polytraumatisé, … (avant évacuation)	✘	✘		
	Stabilisation de fractures (avant évacuation)	✘	✘		
	Stabilisation de polytraumatisés et cas neurologiques (avant évacuation)	✘	✘	✘	
	- *Déchoquage - Réanimation hémodynamique et respiratoire (abdomen aigu, polytraumatisé)*			✘	✘
	Plaies profondes ou surinfectées avec délabrement/lacération			✘	✘
	Prise en charge des brûlures profondes et étendues			✘	✘
	Prise en charge des Urgences Obstétricales et Néonatales		✘	✘	✘
	Prise en charge des Crises drépanocytaires		✘	✘	✘
	Drainage thoracique			✘	
	Trachéostomie			✘	
	Traitement chirurgical de l'Abdomen aigu			✘	✘
	- *Prise en charge des polytraumatisés*				✘
Soins Intensifs	Information, Conseil et Orientation	✘	✘	✘	✘
	Surveillance continue des cas à risque de défaillance vitale			✘	
	Prise en charge des défaillances de l'appareil respiratoire				✘
	Prise en charge des défaillances de l'appareil circulatoire				✘
	Prise en charge des défaillances de l'appareil digestif				✘
	Prise en charge des défaillances de l'appareil locomoteur				✘
	Prise en charge des défaillances de l'appareil neurologique				✘

GAMME DE SERVICES

PAR ECHELON

PRESTATIONS

RELEVANT DU NIVEAU PRIMAIRE

Premier échelon :

Centre Communautaire de Santé (CCS)

Accès de prestation de services et de soins du CCS	
Centre Communautaire de Santé (CCS)	**Composante Santé de l'Enfant**
	1) Prise en charge des Nouveau-nés (0-29 jours), selon l'approche PCIME
	Information, Conseil et Orientation
	Alimentation du Nouveau-né (Initiation de l'Allaitement Maternel Exclusif)
	Vaccination aux BCG et Polio 0
	Évaluation précoce du nouveau-né
	Prophylaxie des infections oculaires
	Dépistage précoce et orientation des malformations congénitales
	2) Prise en charge des Enfants de 2 mois à 5 ans, selon l'approche PCIME
	Information, Conseil et Orientation
	Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant (Allaitement Maternel Exclusif jusqu'à 6 mois - Maintien de l'Allaitement Maternel jusqu'à 24 mois - Alimentation Complémentaire à partir de 6 mois)
	Prise en charge des maladies diarrhéiques
	– Évaluation et traitement de la déshydratation légère ou modérée
	Prise en charge des maladies respiratoires
	– Évaluation et traitement du syndrome respiratoire léger ou modéré
	Prise en charge des syndromes fébriles
	– Évaluation et traitement du syndrome fébrile modéré
	– *Dépistage précoce et traitement de l'accès palustre simple*
	– *Dépistage précoce et traitement de la rougeole modérée (pas grave)*
	Prise en charge des infections d'oreille et de gorge
	– *Dépistage précoce et traitement des infections modérées de l'oreille*
	– *Dépistage précoce et traitement de l'angine de gorge*
	Déparasitage systématique des nourrissons sains
	Suivi de la croissance et du développement psychomoteur
	3) Protection des Enfants de 0 à 1 an contre les maladies immuno contrôlables
	Information, Conseil et Orientation
	Suivi du calendrier vaccinal
	– *Vaccination au BCG*
	– *Vaccination contre la Poliomyélite*
	– *Vaccination contre la Diphtérie, le Tétanos, la Coqueluche, les Méningites à Haemophilus Influenzae B, l'Hépatite B (au Pentavalent)*
	– *Vaccination contre le Rotavirus*
	– *Vaccination contre la Rubéole et la Rougeole (Bivalent)*
	– *Vaccination contre les infections à Pneumocoque*

Activités de prestation de services et de soins du CCS	
Centre Communautaire de Santé (CCS)	**Santé de l'Enfant** *(suite)*
	4) Prise en charge de la Malnutrition et des carences en oligo-éléments chez les Enfants de 0 à 5 ans
	Information, Conseil et Orientation
	Dépistage précoce des cas de malnutrition
	– *Dépistage systématique*
	– *Dépistage actif*
	Prévention de la carence en Vitamine A
	Prise en charge nutritionnelle des cas dépistés
	– *Traitement des cas modérés (Programme de Nutrition Supplémentaire)*
	Suivi domiciliaire et institutionnel des enfants sous traitement nutritionnel
	5) Prise en charge des Maladies Transmissibles par Vecteur
	Information, Conseil et Orientation
	Prise en charge de la malaria non compliquée (accès palustre simple)
	– *Dépistage des cas simples - Traitement de 1ère ligne*
	Dépistage (surveillance de routine) et traitement de la Dengue
	6) Prise en charge des Zoonoses
	Information, Conseil et Orientation
	Dépistage de la rage (surveillance de routine) et Soins locaux
	Dépistage du charbon (surveillance de routine)
	7) Prise en charge du Choléra
	Information, Conseil et Orientation
	Prise en charge du Choléra
	– *Dépistage (surveillance de routine)*
	– *Réhydratation orale*
	8) Prise en charge de la Lèpre
	Information, Conseil et Orientation
	Prise en charge de la Lèpre
	– *Dépistage précoce*

Activités de prestation de services et de soins du CCS	
Centre Communautaire de Santé (CCS)	**Nutrition**
	1) Prise en charge de la malnutrition infantile (Voir santé de l'enfant)
	2) Suivi nutritionnel des femmes enceintes
	Information, Conseil et orientation
	Distribution de suppléments – Fer, Acide folique
	3) Prévention des carences en oligo-éléments
	Information, Conseil et Orientation
	Prévention de la carence en fer chez la femme enceinte
	Prévention de la carence en vitamine A chez l'enfant de 0-5 ans
	Lutte contre les Maladies chroniques non transmissibles
	Information, Conseil et Orientation (cancers, diabète, HTA, maladies cardio-vasculaires et respiratoires)
	Prévention de l'HTA et des MCV : Promotion de comportements et habitudes sains (alimentation, activité physique, prise de poids, alcool, tabac, …)
	Prévention du diabète et de ses complications: Promotion de comportements et habitudes sains (alimentation, activité physique, prise de poids, …)
	Dépistage précoce et traitement de l'HTA et de ses complications
	– *Suivi systématique de la pression artérielle (*Individus de plus de 40 ans)
	– *Traitement de l'HTA légère ou modérée (sans complications et sans facteurs de risques)*
	Dépistage précoce du diabète (screening)
	– *Dépistage systématique chez les Individus de plus de 40 ans*
	– *Dépistage systématique chez les femmes enceintes*
	– *Dépistage volontaire*
	Prise en charge de l'asthme
	– *Diagnostic et traitement de l'asthme stable*
	Diagnostic et traitement du cancer de la prostate
	– *Screening clinique en consultation urologique de routine*
	Suivi de cas (en milieu communautaire)

Activités de prestation de services et de soins du CCS	
Centre Communautaire de Santé (CCS)	**Soins oculaires et lutte contre la cécité évitable**
	Information, Conseil et Orientation
	Dépistage et traitement de la cécité nutritionnelle (carence en Vitamine A)
	– *Prévention de la carence en Vitamine A chez le jeune enfant (6 mois-5 ans)*
	– *Traitement d'appoint en cas de malnutrition protéino-calorique*
	– *Supplémentation en Vitamine A chez les femmes nouvelles allaitantes*
	Dépistage et traitement de la cataracte
	– *Exploration fonctionnelle (source lumineuse)*
	– *Examen oculaire de routine* (test d'acuité visuelle)
	Dépistage et Traitement du glaucome
	– *Exploration fonctionnelle (source lumineuse/ophtalmoscope)*
	– *Dépistage systématique chez l'adulte de 40 ans ou plus-Tonométrie*
	– *Suivi de cas (en milieu communautaire)*
	Dépistage et Prise en charge de l'ophtalmie du nouveau-né
	Diagnostic et prise en charge des conjonctivites
	– *Exploration fonctionnelle (source lumineuse)*
	– *Examen oculaire de routine (test d'acuité visuelle)*
	– *Traitement par application d'antibiotiques locaux*
	Prise en charge des traumatismes oculaires
	– *Promotion de normes de sécurité à l'école et en milieu de travail*
	– *Prise en charge précoce des traumas mineurs (plaies palpébrales superficielles, irritants légers, …)*
	Dépistage et Prise en charge des erreurs de réfraction
	– *Evaluation systématique de l'acuité visuelle en milieu scolaire*
	– *Examen oculaire de routine (test d'acuité visuelle)*

Centre Communautaire de Santé (CCS)	**Santé Mentale**
	Information, Conseil et Orientation
	Séances d'éducation à la Santé mentale
	Dépistage précoce des perturbations et troubles mentaux
	– *Soutien communautaire*
	– *Détection passuve à la consultation générale (tout venant)*
	Support aux cas de maltraitance et d'agression (incluant agressions sexuelles)
	– *Evaluation préliminaire de santé mentale*
	– *Accompagnement psycho-social*
	Diagnostic et Traitement de la dépression légère ou modérée
	– *Evaluation de santé mentale - Consultation psychologique*
	– *Counseling individuel*
	– *Accompagnement psycho-social*
	Support aux enfants et difficultés d'apprentissage
	– *Evaluation préliminaire de santé mentale*
	Suivi de patients (en milieu communautaire)
	Soins chirurgicaux
	Information, Conseil et Orientation
	Pansements et Sutures (selon gravité)
	Traitement d'abcès
	Prise en charge des brûlures superficielles
	Soins bucco-dentaires
	Information, Conseil et Orientation
	Education à la Santé bucco-dentaire (promotion du brossage, utilisation de dentifrice fluoré, visite régulière dans une clinique dentaire, …)
	Promotion/Distribution de kits dentaires
	Urgences – Soins Intensifs
	Information, Conseil et Orientation
	Évaluation-Gestes de base
	Stabilisation hémodynamique et respiratoire/abdomen aigu, polytraumatisé, … (avant évacuation)
	Stabilisation de fractures (avant évacuation)
	Stabilisation de polytraumatisés et cas neurologiques (avant évacuation)
	Prise en charge de maladies courantes (selon les capacités du CCS)

PRESTATIONS
RELEVANT DU NIVEAU PRIMAIRE

DEUXIÈME ÉCHELON
CENTRE DE SANTÉ
(CS)

Activités de prestation de services et de soins du CS	
Centre de Santé (CS)	**Santé de la Femme et de la Mère**
	1) Planification Familiale et Infertilité
	Première consultation PF - Évaluation initiale et Inscription
	Initiation de méthodes PF - Contraceptifs oraux et injectables, Barrières (condoms, diaphragme, spermicides), Méthodes naturelles
	– *Suivi des clients/es – Réapprovisionnement*
	– *Pose / Retrait d'implants – Suivi Patientes*
	– *Contraception Chirurgicale Volontaire (CCV) - Suivi patients*
	– *Pose / Retrait de Dispositifs Intra Utérins (DIU) - Suivi patientes*
	– *Prise en charge des complications*
	2) Pathologies gynécologiques
	Information, Conseil et Orientation
	Dépistage précoce et traitement des infections vaginales
	Dépistage clinique des cancers du sein et du col de l'utérus
	Diagnostic et traitement du cancer du col
	– *Dépistage systématique chez les femmes de plus de 35 ans*
	– *Traitement des dysplasies du col (cryothérapie)*
	Diagnostic et traitement du cancer du sein
	– *Screening clinique en Consultation gynécologique de routine*
	Suivi des patientes (pendant et après traitement)
	3) Violence basée sur le genre
	Information, Conseil et Orientation
	Evaluation et Notification /Dossier médico-légal
	Prévention de la grossesse
	– *Test de grossesse*
	– *Contraception d'urgence*
	Prévention du Tétanos
	– *Sérothérapie antitétanique*
	– *Vaccination antitétanique*
	Support psychologique
	Prévention du VIH
	– *Dépistage du VIH*
	– *Prophylaxie du VIH (Thérapie Anti Rétrovirale)*
	Prophylaxie des IST
	Prise en charge des blessures et/ou traumatismes physiques associés

Activités de prestation de services et de soins du CS	
Centre de Santé (CS)	**Santé de la Femme et de la Mère (*Suite)***
	4) Risques liés à la maternité
	Information, Conseil et Orientation
	Suivi de la grossesse
	- *Diagnostic de confirmation de l'anémie*
	- *Dépistage précoce de l'hypertension artérielle et de la toxémie gravidique*
	- *Diagnostic de confirmation du diabète (et prise en charge)*
	- *Prévention et Dépistage précoce des déséquilibres nutritionnels (obésité, perte de poids)*
	- *Dépistage précoce de maladies infectieuses (VIH, Syphilis, autres IST, Malaria)*
	- *Diagnostic de confirmation de la tuberculose*
	- *Prévention et dépistage précoce des troubles de la grossesse (saignement, contractions, col déhiscent, perte de liquide amniotique, …*
	- *Prévention du tétanos néonatal (par la vaccination)*
	- *Dépistage de l'anémie falciforme*
	- *Suivi des troubles de la grossesse (saignement, contractions, col déhiscent, perte de liquide amniotique)*
	- *Evaluation du développement du fœtus*
	Évaluation et Prise en charge des grossesses à risque
	Vaccination de rattrapage
	Mise en traitement anti rétroviral des femmes enceintes séropositives au VIH (dans le cadre de la PTME)
	Assistance à l'accouchement, incluant soins immédiats au nouveau-né et à la mère
	- *Accouchement par voie basse avec risque faible*
	- *Accouchement par voie basse avec risque et/ou complications modérés (fonctions SONUB)*
	Consultation post natale - Suivi des accouchements compliqués
	Prise en charge des avortements et de leurs complications

Activités de prestation de services et de soins du CS	
Centre de Santé (CS)	**Santé de l'Enfant**
	1) Prise en charge des Nouveau-nés (0-29 jours), selon l'approche PCIME
	Information, Conseil et Orientation
	Vaccination au BCG et Polio 0
	Évaluation précoce du nouveau-né
	Prophylaxie des infections oculaires
	Prise en charge des urgences néonatales
	- *Dépistage précoce et traitement des infections périnatales*
	- *Dépistage précoce et traitement de la détresse respiratoire du nouveau-né*
	Prise en charge des cas de prématurité
	Prise en charge et suivi des bébés de petit poids
	Dépistage précoce et orientation des malformations congénitales
	2) Prise en charge des Enfants de 2 mois à 5 ans, selon l'approche PCIME
	Information, Conseil et Orientation sur la PCIME
	Prise en charge des maladies diarrhéiques
	– *Évaluation et traitement de la déshydratation sévère*
	Prise en charge des maladies respiratoires
	– *Évaluation et traitement de la Pneumonie grave*
	Prise en charge des syndromes fébriles
	– *Dépistage précoce et traitement du syndrome fébrile grave/Paludisme compliqué*
	– *Dépistage précoce et traitement de la Rougeole grave et compliquée*
	Prise en charge des infections d'oreille et de gorge
	– *Dépistage précoce et traitement des infections sévères de l'oreille*
	– *Dépistage précoce et traitement de l'abcès de la gorge*
	Déparasitage systématique des nourrissons sains
	Dépistage de la drépanocytose
	Suivi de la croissance et du développement psychomoteur
	3) Protection des Enfants de 0 à 1 an contre les maladies immuno-contrôlables
	Information, Conseil et Orientation
	Suivi du calendrier vaccinal
	– *Vaccination au BCG*
	– *Vaccination contre la Poliomyélite*
	– *Vaccination contre la Diphtérie, le Tétanos, la Coqueluche, les Méningites à Haemophilus Influenzae B, l'Hépatite B (Pentavalent)*
	– *Vaccination contre le Rotavirus*
	– *Vaccination contre la Rubéole et la Rougeole (Bivalent)*
	– *Vaccination contre les infections à Pneumocoque*
	Vaccination de rattrapage

ACTIVITÉS DE PRESTATION DE SERVICES ET DE SOINS DU CS	
Centre de Santé (CS)	**Santé de l'Enfant** *(suite)*
	4) Prise en charge de la Malnutrition et des carences en oligo-éléments chez les Enfants de 0 à 5 ans
	Information, Conseil et Orientation
	Dépistage systématique de la malnutrition
	Prise en charge nutritionnelle des cas dépistés
	– *Traitement des cas modérés (Programme de Nutrition Supplémentaire - PNS)*
	– *Traitement des cas sévères sans complications (Programme Thérapeutique Ambulatoire-PTA)*
	Prise en charge médicale des cas dépistés
	– *Traitement systématique des cas modérés (appoint à PNS ou PTA)*
	Prise en charge des complications associées à la malnutrition infantile
	Lutte contre les Maladies Transmissibles
	1) Prise en charge de l'infection à VIH
	Information, Conseil et Orientation
	Conseil et Dépistage Volontaire (CDV)
	– *Diagnostic de confirmation*
	Prévention de la Transmission Mère→Enfant (PTME)/Prise en charge des femmes enceintes
	– *Traitement anti rétroviral des femmes enceintes séropositives (1ère ligne)*
	Prise en charge des enfants de moins de 5 ans
	– *Diagnostic du VIH chez le nourrisson âgé de 12 à 18 mois*
	– *Diagnostic du VIH chez les enfants de plus de 18 mois*
	– *Assistance-Conseil nutritionnelle*
	– *Prophylaxie au Cotrimoxazole*
	Prise en charge des PVVIH (approche générale)
	– *Assistance conseil-Support psychosocial*
	– *Régime de traitement de 1ère ligne*
	– *Evaluation périodique/Suivi de l'état nutritionnel*
	– *Prise en charge des cas de co-infection TB-VIH*
	– *Prise en charge des Infections opportunistes mineures (Candidose buccale, Herpès, Zona, Prurigo, Diarrhée)*
	2) Prise en charge des IST
	Information, Conseil et Orientation sur la PCIME
	Diagnostic et traitement des IST
	– *Approche syndromique*
	– *Diagnostic de confirmation-Traitement des IST*
	Prise en charge des complications

Activités de prestation de services et de soins du CS	
Centre de Santé (CS)	**Lutte contre les Maladies Transmissibles (*suite)***
	3) Prise en charge de la Tuberculose
	Information, Conseil et Orientation
	Vaccination au BCG (enfants de moins d'un an)
	Diagnostic et traitement de la tuberculose
	– *Diagnostic et Traitement de la tuberculose pulmonaire TPM +*
	Suivi de cas (en milieu communautaire/distinct de l'accompagnement)
	4) Prise en charge des Maladies Transmissibles par Vecteur
	Prise en charge de la malaria non compliquée (accès palustre simple)
	– *Diagnostic de confirmation - Traitement de 1ère et 2ème lignes*
	Prise en charge des complications de la Dengue
	1) Prise en charge des Zoonoses
	Information, Conseil et Orientation
	Prise en charge de la rage
	– *Vaccination antirabique*
	– *Administration de sérum antirabique*
	Prise en charge du charbon
	– *Traitement (antibiothérapie parentérale)*
	2) Prise en charge du Choléra
	Information, Conseil et Orientation
	Prise en charge du Choléra
	– *Traitement (Réhydratation, antibiothérapie)*
	3) Prise en charge de la Lèpre
	Information, Conseil et Orientation
	Prise en charge de la Lèpre
	– *Suivi du traitement (Polychimiothérapie)*

Activités de prestation de services et de soins du CS	
Centre de Santé (CS)	**Prise en charge des maladies chroniques non transmissibles**
	Information, Conseil et Orientation (cancers, diabète, HTA, maladies cardio- vasculaires et respiratoires)
	Prévention de l'HTA et des MCV : Promotion de comportements et habitudes sains (alimentation, activité physique, prise de poids, alcool, tabac, …)
	1) Prise en charge du diabète et de ses complications
	Prévention du diabète et de ses complications: Promotion de comportements et habitudes sains (alimentation, activité physique, prise de poids, …)
	Dépistage précoce du diabète (screening)
	– *Dépistage systématique chez les Individus de plus de 40 ans*
	– *Dépistage systématique chez les femmes enceintes*
	– *Dépistage volontaire*
	Diagnostic et traitement du diabète
	– *Diagnostic de confirmation (post screening et/ou selon signes évocateurs)*
	– *Mise en Traitement*
	Prévention et Traitement des complications du diabète (yeux, reins, membres)
	– *Dépistage précoce des complications*
	Suivi de cas (en milieu communautaire)
	2) Prise en charge de l'HTA et des maladies cardio-vasculaires
	Dépistage précoce et traitement de l'HTA et de ses complications
	– *Traitement de l'HTA avec facteurs de risques associés et/ou complications)*
	– *Traitement des urgences hypertensives (cf Urgences médicales)*
	3) Prise en charge des maladies respiratoires chroniques
	– *Diagnostic et traitement de l'asthme exacerbé (crise d'asthme)*
	4) Prise en charge des cancers (cf Santé de la Femme et de la mère pour CA col et seins
	Information, Conseil et orientation
	Dépistage précoce des cancers du col et du sein (*cf. Pathologies gynécologiques*)
	Diagnostic et traitement du cancer de la prostate
	– *Screening clinique en consultation urologique de routine*
	Suivi médical de patients sous traitement anti-cancéreux

Activités de prestation de services et de soins du CS	
Centre de Santé (CS)	**Soins oculaires**
	1) Prévention de la cécité nutritionnelle
	Information, Conseil et Orientation
	Dépistage et traitement de la cécité nutritionnelle (carences en Vitamine A)
	– *Prévention de la carence en Vitamine A chez le jeune enfant (6 mois-5 ans)*
	– *Traitement d'appoint en cas de malnutrition protéino calorique*
	– *Supplémentation en Vitamine A chez les femmes nouvelles allaitantes*
	2) Prise en charge de la cataracte
	Dépistage et traitement de la cataracte
	– *Exploration fonctionnelle (source lumineuse)*
	– *Examen oculaire de routine* (test d'acuité visuelle)
	– *Dépistage systématique chez l'adulte de 40 ans ou plus*
	3) Prise en charge du glaucome
	Dépistage et Traitement du glaucome
	– *Exploration fonctionnelle (source lumineuse/ophtalmoscope)*
	– *Dépistage systématique chez l'adulte de 40 ans ou plus-Tonométrie*
	4) Dépistage et Prise en charge des erreurs de réfraction
	Information, Conseil s et orientations
	– *Evaluation systématique de l'acuité visuelle en milieu scolaire*
	– *Examen oculaire de routine* (test d'acuité visuelle)
	– *Fourniture de lunettes de lecture*
	5) Prise en charge de la rétinopathie diabétique
	Information, Conseil et orientation
	Dépistage systématique du diabète chez le jeune adulte
	6) Prise en charge des inflammations et infections de l'œil (œil rouge)
	Information, Conseil et orientation
	Dépistage et Prise en charge de l'ophtalmie du nouveau-né
	Diagnostic et prise en charge des conjonctivites
	– *Exploration fonctionnelle (source lumineuse)*
	– *Examen oculaire de routine* (test d'acuité visuelle)
	– *Traitement par application d'antibiotiques locaux*
	7) Prise en charge des traumatismes oculaires
	Information, Conseil et orientation
	Promotion de normes de sécurité à l'école et en milieu de travail
	Prise en charge précoce des traumas mineurs (plaies palpébrales superficielles, irritants légers, …)

Activités de prestation de services et de soins du CS	
Centre de Santé (CS)	**Santé Mentale**
	Information, Conseil et Orientation
	Séances d'éducation à la Santé mentale
	Dépistage précoce des perturbations et troubles mentaux
	– *Soutien communautaire*
	– *Détection passive à la consultation générale (tout venant)*
	Support aux cas de maltraitance et d'agression (incluant agressions sexuelles)
	– *Evaluation préliminaire de santé mentale*
	– *Counseling individuel*
	– *Accompagnement psycho social*
	– *Traitement médical (psychotropes)*
	Diagnostic et traitement de la dépression légère ou modérée
	– *Evaluation de santé mentale-Consultation psychologique*
	– *Counseling individuel*
	– *Accompagnement psycho social*
	Support aux enfants en difficultés d'apprentissage
	– *Evaluation préliminaire de santé mentale*
	Suivi de patients (en milieu communautaire)
	Soins chirurgicaux
	Information, Conseil et Orientation
	Pansements et Sutures (selon gravité)
	Traitement d'abcès (selon gravité)
	Extraction de corps étranger (selon localisation, gravité)
	Prise en charge des brûlures superficielles
	Manœuvre d'assistance à l'accouchement/Prise de forceps-Ventouse
	Révision utérine manuelle
	Curetage par aspiration
	Soins bucco-dentaires
	Information, Conseil et Orientation
	Education à la Santé buccodentaire (promotion du brossage, utilisation de dentifrice fluoré, visite régulière dans une clinique dentaire …)
	Évaluation systématique de l'état de santé bucco dentaires chez l'enfant (Indice CAO)
	Promotion/Distribution de kits dentaires
	Prise en charge des urgences bucco-dentaires et des traumatismes
	– *Pansement : obturation provisoire a l'eugénol*
	– *Gestion de la douleur aigue : rage de dent*

Activités de prestation de services et de soins du CS	
Centre de Santé (CS)	**Soins bucco-dentaires**
	Information, Conseil et Orientation
	Education à la Santé bucco-dentaire (promotion du brossage, utilisation de dentifrice fluoré, visite régulière dans une clinique dentaire …)
	Évaluation systématique de l'état de santé bucco dentaires chez l'enfant (Indice CAO)
	Promotion/Distribution de kits dentaires
	Prise en charge des urgences bucco-dentaires et des traumatismes
	– *Pansement : obturation provisoire a l'eugénol*
	– *Gestion de la douleur aigue : rage de dent*
	– *Examen dentaire de routine*
	– *Prophylaxie de la carie dentaire (gel de fluor)*
	– *Extraction dentaire simple (dents branlantes antéro-inferieures ou antéro-supérieures)*
	Diagnostic et traitement des maladies parodontales
	– *Dépistage de la gingivite*
	– *Détartrage et Surfaçage*
	– *Traitement médical de la gingivite*
	Urgences – Soins intensifs
	Information, Conseil et Orientation
	Évaluation - Gestes de base
	Stabilisation hémodynamique et respiratoire/abdomen aigu, polytraumatisé, … (avant évacuation)
	Stabilisation de fractures (avant évacuation)
	Stabilisation de polytraumatisés et cas neurologiques (avant évacuation)
	Prise en charge de maladies courantes (selon les capacités du CS)

PRESTATIONS RELEVANT DU NIVEAU PRIMAIRE

TROISIÈME ÉCHELON : HÔPITAL COMMUNAUTAIRE DE RÉFÉRENCE (HCR)

Activités de prestation de l'HCR	
Hôpital Communautaire de Référence (HCR)	**Santé de la Femme et de la Mère**
	1) Planification Familiale et Infertilité
	Première consultation PF - Évaluation initiale et Inscription
	Initiation de méthodes PF - *DIU, Implant, CCV, Contraceptifs oraux et injectables, Barrières (condoms, diaphragme, spermicides), Méthodes naturelles*
	Prise en charge des complications
	Clinique d'infertilité
	2) Pathologies gynécologiques
	Information, Conseil et Orientation
	Traitement des infections vaginales chroniques et/ou récidivantes
	Dépistage clinique des cancers du sein et du col de l'utérus *(cf. Lutte contre cancers)*
	Diagnostic et traitement du cancer du col
	– *Dépistage systématique chez les femmes de plus de 35 ans*
	– *Traitement des dysplasies du col (cryothérapie)*
	Diagnostic et traitement du cancer du sein
	– *Screening clinique en Consultation gynécologique de routine*
	Suivi des patientes (pendant et après traitement) *(cf. Lutte contre cancers)*
	Accueil et prise en charge des cas référés (par l'échelon inférieur)
	3) Violence basée sur le genre
	Information, Conseil et Orientation
	Evaluation et Notification /Dossier médico-légal
	Prévention de la grossesse
	- *Test de grossesse*
	- *Contraception d'urgence*
	Prévention du Tétanos
	– *Sérothérapie anti tétanique (SAT)*
	– *Vaccination anti tétanique*
	Support psychologique
	Prévention du VIH
	– *Dépistage du VIH*
	– *Prophylaxie du VIH (Thérapie Anti Rétrovirale)*
	Prophylaxie des IST
	Prise en charge des blessures et/ou traumatismes physiques associés

Activités de prestation de l'HCR	
Hôpital Communautaire de Référence (HCR)	**Santé de la Femme et de la Mère**
	4) Risques liés à la maternité
	Information, Conseil et Orientation
	Suivi de la grossesse
	– *Dépistage précoce de l'anémie falciforme*
	Évaluation et Prise en charge des grossesses à risque
	Vaccination de rattrapage
	Assistance à l'accouchement, incluant soins immédiats au nouveau-né et à la mère
	- *Accouchement avec risque élevé et/ou complications graves (fonctions SONUC)*
	Prise en charge des avortements et de leurs complications
	Santé de l'Enfant
	1) **Prise en charge des Nouveaux nés (0-29 jours), en appui à l'approche PCIME**
	Information, Conseil et Orientation
	Prise en charge des cas de prématurité
	Accueil et prise en charge des cas référés (par l'échelon inférieur)
	2) **Prise en charge des Enfants de 2 mois à 5 ans, en appui à l'approche PCIME**
	Information, Conseil et Orientation
	Diagnostic de la drépanocytose (avec électrophorèse)
	Accueil et prise en charge des cas référés (par l'échelon inférieur)
	3) **Protection des Enfants de 0 à 1 an contre les maladies immuno contrôlables**
	Information, Conseil et Orientation
	Vaccination de rattrapage
	4) **Prise en charge de la Malnutrition et des carences en oligo-**éléments chez les Enfants de 0 à 5 ans
	Information, Conseil et Orientation
	Prise en charge nutritionnelle des cas dépistés
	– *Traitement des cas sévères avec complications et des nourrissons (à l'Unité de Stabilisation Nutritionnelle-USN)*
	Prise en charge médicale des cas dépistés
	– *Traitement systématique des cas sévères avec complications (à l'USN)*
	– *Traitement non systématique des cas sévères avec complications (à l'USN)*
	Prise en charge des complications associées à la malnutrition infantile

Activités de prestation de l'HCR	
Hôpital Communautaire de Référence (HCR)	**Lutte contre les Maladies Transmissibles**
	1) Prise en charge de l'Infection à VIH
	Information, Conseil et Orientation
	Prise en charge des enfants de moins de 5 ans
	– *Diagnostic du VIH chez le nourrisson âgé de 12 à 18 mois*
	– *Assistance-Conseil nutrutionnelle*
	– *Prophylaxie au Cotrimoxazole*
	Prise en charge des PVVIH (approche globale)
	- *Régime de traitement de 2ème ligne*
	- *Prise en charge des infections opportunistes majeures (Cryptococcose neuroméningée, Toxoplasmose cérébrale, TB estra-pulmonaire, Sarcome de Kaposi, CMV)*
	Prise en charge des cas d'échecs thérapeutiques et autres complications
	Accueil et prise en charge des cas référés (par l'échelon inférieur)
	2) Prise en charge des IST
	Information, Conseil et Orientation sur la PCIME
	Prise en charge des complications des IST
	3) Prise en charge de la Tuberculose
	Information, Conseil et Orientation
	Diagnostic et traitement de la tuberculose – *Diagnostic et Traitement de la tuberculose pulmonaire à bacilloscopie – ou extrapulmonaire*
	Prise en charge des échecs thérapeutiques et des complications
	4) Prise en charge des Maladies Transmissibles par Vecteur
	Information, Conseil et Orientation
	Prise en charge de la malaria grave
	5) Prise en charge des Zoonoses
	Information, Conseil et Orientation
	Prise en charge des cas graves de rage (manifestations cliniques)
	Prise en charge des cas graves de charbon (formes graves, complications)
	6) Prise en charge du Choléra
	Information, Conseil et Orientation
	Prise en charge du Choléra
	– *Traitement (Réhydratation, antibiothérapie)*
	Prise en charge des complications
	7) Prise en charge de la Lèpre
	Information, Conseil et Orientation
	Prise en charge des complications

Activités de prestation de l'HCR	
Hôpital Communautaire de Référence (HCR)	**Nutrition**
	1) Prise en charge de la malnutrition infantile
	Information, Conseil et Orientation
	Traitement nutritionnel de la malnutrition infantile
	– *Traitement des cas sévères avec complications et des nourrissons (à l'Unité de Stabilisation Nutritionnelle*
	Traitement médical de la malnutrition infantile
	– *Traitement systématique des cas sévères avec complications et des nourrissons*
	– *Traitement non systématique des cas sévères avec complications et des nourrissons*
	Prise en charge des complications de la malnutrition
	2) Suivi nutritionnel des PVVIH
	Information, Conseil et Orientation
	Consultation diététique spécialisée
	3) Suivi nutritionnel des femmes enceintes
	Information, Conseil et Orientation
	Prise en charge des maladies chroniques non transmissibles
	Information, Conseil et Orientation (cancers, diabète, HTA, maladies cardio-vasculaires et respiratoires)
	1) Prise en charge du diabète et de ses complications
	Information, Conseil et Orientation
	Prévention et Traitement des complications du diabète (yeux, reins, membres)
	– *Diagnostic de confirmation (ou selon signes évocateurs)*
	– *Traitement des complications (stade préliminaire, stade avancé)*
	– *Prise en charge des urgences hyper glycémiques, du coma diabétique et des AVC (cf. Urgences)*
	2) Prise en charge de l'HTA et des maladies cardio-vasculaires
	Diagnostic et traitement de l'hypertension artérielle et de ses complications
	– *Traitement de l'HTA avec facteurs de risques associés et/ou complications)*
	– *Traitement des urgences hypertensives (cf Urgences médicales)*
	Prise en charge des complications de l'HTA (cardiaques, rénales, oculaires, …)
	Prise en charge de l'infarctus du myocarde et des AVC (cf. Urgences)
	Prise en charge des maladies respiratoires chroniques
	Diagnostic et traitement de l'asthme
	– *Traitement de l'asthme exacerbé*

Activités de prestation de l'HCR	
Hôpital Communautaire de Référence (HCR)	**Prise en charge des maladies chroniques non transmissibles**
	4) Prise en charge des cancers
	Information, Conseil et Orientation
	Diagnostic et traitement du cancer du col (cf. Pathologies gynécologiques)
	Diagnostic et traitement du cancer du sein (cf. Pathologies gynécologiques)
	Diagnostic et traitement du cancer de la prostate
	– *Screening clinique en consultation urologique de routine*
	– *Dépistage systématique chez les hommes de plus de 50 ans*
	– *Chimiothérapie*
	– *Suivi de patients sous Chimiothérapie*
	Prise en charge de l'asthme
	– *Diagnostic et traitement de l'asthme exacerbé*
	Soins oculaires et lutte contre la cécité évitable
	Information, Conseil et Orientation
	Dépistage et traitement de la cécité nutritionnelle (carences en Vitamine A)
	– *Traitement d'appoint en cas de malnutrition protéino calorique*
	Dépistage et traitement de la cataracte
	– Dépistage systématique chez l'adulte de 40 ans ou plus
	Dépistage et Traitement du glaucome
	– *Dépistage systématique chez l'adulte de 40 ans ou plus-Tonométrie*
	– *Traitement médical du glaucome*
	Dépistage et traitement de la rétinopathie diabétique
	– *Dépistage systématique du diabète chez le jeune adulte*
	– *Exploration fonctionnelle (Fond d'œil)*
	Dépistage et Prise en charge de l'ophtalmie du nouveau-né
	Accueil et prise en charge de cas d'infections oculaires référés (par l'échelon inferieur)
	Prise en charge des traumatismes oculaires
	– *Prise en charge précoce des traumas majeurs (corps étrangers conjonctivaux, plaies conjonctivales pénétrantes, plaies cornéennes, ...)*

Activités de prestation de l'HCR	
Hôpital Communautaire de Référence (HCR)	**Santé Mentale**
	Information, Conseil et Orientation
	Support aux cas de maltraitance et d'agression (incluant agressions sexuelles)
	– *Evaluation préliminaire de santé mentale*
	– *Counseling individuel*
	– *Accompagnement psycho social*
	– *Traitement médical (psychotropes)*
	Diagnostic et traitement de la dépression grave
	– *Evaluation de santé mentale-Consultation psychologique*
	– *Counseling individuel*
	– *Accompagnement psycho social*
	– *Traitement médical (psychotropes)*
	Diagnostic et traitement des troubles de développement de l'enfant
	– *Evaluation de santé mentale-Consultation psychologique*
	– *Counseling individuel*
	– *Accompagnement psycho social*
	Diagnostic et traitement des cas de psychoses (notamment délire de persécution)
	– *Evaluation de santé mentale-Consultation psychologique*
	– *Counseling individuel*
	– *Accompagnement psycho social*
	– *Traitement médical (psychotropes)*
	Support aux enfants en difficultés d'apprentissage
	– *Evaluation de santé mentale-Consultation psychologique*
	– *Counseling individuel*
	– *Accompagnement psycho social*
	Prise en charge de l'épilepsie
	– *Evaluation de santé mentale - Consultation psychologique*
	– *Counseling individuel*
	– *Accompagnement psycho -social*
	– *Traitement médical (psychotropes)*

Hôpital Communautaire de Référence	Activités de prestation de l'HCR
	Soins chirurgicaux
	Information, Conseil et Orientation
	Chirurgie mineure
	– *Pansements et Sutures (selon gravité)*
	– *Traitement d'abcès (selon gravité)*
	– *Extraction de corps étranger (selon localisation, gravité)*
	Chirurgie majeure
	– *Prise en charge des brûlures profondes et étendues*
	– *Réalisation de césarienne*
	– *Réparation de brèche utérine*
	– *Réalisation d'hystérectomie*
	– *Salpingectomie*
	– *Réparation de lacérations périnéales*
	– *Traitement chirurgical de l'Abdomen aigu*
	– *Drainage thoracique*
	– *Trachéotomie*
	– *Cystostomie d'urgence*
	– *Réduction de phimosis et/ou paraphimosis*
	– *Réduction Fracture simple*
	– *Stabilisation fracture ouverte*
	– *Amputation*

Activités de prestation de l'HCR	
Hôpital Communautaire de Référence	**Soins bucco-dentaires**
	Information, Conseil et Orientation
	Évaluation systématique de l'état de santé bucco-dentaire chez l'enfant (Indice CAO)
	Prise en charge des urgences bucco-dentaires et des traumatismes
	– *Pansement : obturation provisoire à l'eugénol*
	– *Gestion de la douleur aigue : rage de dent*
	– *Réduction de luxation temporo-mandibulaire*
	– *Réduction de fractures alvéolaires et mandibulaires*
	– *Restauration ou extraction des dents fracturées à la suite d'un trauma*
	Dépistage précoce et traitement de la carie dentaire
	– *Examen dentaire de routine*
	– *Prophylaxie de la carie dentaire (gel de fluor)*
	– *Traitement conservateur de la carie / Restauration de la dent*
	- *Extraction dentaire*
	Diagnostic et traitement des maladies parodontales
	- *Dépistage de la gingivite*
	- *Détartrage et Surfaçage*
	- *Traitement médical de la gingivite*
	Prise en charge de tumeurs, des masses, des pathologies des glandes salivaires
	Urgences – Soins intensifs
	Information, Conseil et Orientation
	Prise en charge des urgences
	– *Évaluation - Gestes de base*
	– *Stabilisation de polytraumatisés et cas neurologiques (avant évacuation)*
	– *Déchoquage - Réanimation hémodynamique et respiratoire (abdomen aigu, polytraumatisé)*
	– *Plaies profondes ou surinfectées avec délabrement/lacération*
	– *Prise en charge des brûlures profondes et étendues*
	– *Prise en charge des Urgences Obstétricales et Néonatales*
	– *Prise en charge des crises drépanocytaires*
	– *Drainage thoracique*
	– *Trachéotomie*
	– *Traitement chirurgical de l'Abdomen aigu*
	Soins intensifs
	– *Surveillance continue des cas à risque de défaillance vitale*
	Prise en charge de maladies courantes (selon les capacités de l'HCR)

PRESTATIONS RELEVANT DU NIVEAU SECONDAIRE

ÉCHELON UNIQUE : HÔPITAL DÉPARTEMENTAL (HD)

Hôpital Départemental (HD)	**Activités de prestation de l'HD**
	Santé de la femme et de la mère
	1) Planification Familiale et Infertilité
	Première consultation PF - Évaluation initiale et Inscription
	Initiation de méthodes PF - *DIU, Implant, CCV, Contraceptifs oraux et injectables, Barrières (condoms, diaphragme, spermicides), Méthodes naturelles*
	Clinique d'infertilité
	2) Pathologies gynécologiques
	Information, Conseil et Orientation
	Diagnostic et traitement du cancer du col
	– *Diagnostic de confirmation*
	– *Traitement chirurgical*
	– *Chimiothérapie*
	Diagnostic et traitement du cancer du sein
	– *Diagnostic de confirmation*
	– *Traitement chirurgical*
	– *Chimiothérapie*
	Suivi des patientes (pendant et après traitement) *(cf. Lutte contre cancers)*
	3) Violence basée sur le genre
	Information, Conseil et Orientation
	Evaluation et Notification /Dossier médico légal
	Prévention de la grossesse
	- *Test de grossesse*
	- *Contraception d'urgence*
	Prévention du Tétanos
	– *Sérothérapie anti tétanique*
	– *Vaccination anti tétanique*
	Support psychologique
	Prévention du VIH
	– *Dépistage du VIH*
	– *Prophylaxie du VIH (Thérapie Anti Rétrovirale)*
	Prophylaxie des IST
	Prise en charge des blessures et/ou traumatismes physiques associés
	4) Risques liés à la maternité
	Consultation diététique spécialisée
	Accueil et prise en charge des cas référés (par l'échelon inférieur)
	Prise en charge des fistules obstétricales (Traitement chirurgical)
	Prise en charge des avortements et de leurs complications

	Activités de prestation de l'HD
Hôpital Départemental (HD)	**Santé de l'Enfant**
	1) Prise en charge des Nouveaux nés (0-29 jours), en appui à l'approche PCIME
	Information, Conseil et Orientation
	Prise en charge des cas de prématurité
	Accueil et prise en charge des cas référés (par l'échelon inférieur)
	2) Prise en charge des Enfants de 2 mois à 5 ans, en appui à l'approche PCIM
	Information, Conseil et Orientation
	Diagnostic de la drépanocytose (avec électrophorèse)
	Accueil et prise en charge des cas référés (par l'échelon inférieur)
	3) Protection des Enfants de 0 à 1 an contre les maladies immuno contrôlables
	Information, Conseil et Orientation
	Vaccination de rattrapage
	4) Prise en charge de la Malnutrition et des carences en oligo éléments chez les Enfants de 0 à 5 ans
	Information, Conseil et Orientation
	Accueil et prise en charge des cas référés (par l'échelon inférieur)

	Activités de prestation de l'HD
Hôpital Départemental (HD)	**Lutte contre les maladies transmissibles**
	1) Prise en charge de l'infection à VIH
	Information, Conseil et Orientation
	Prise en charge des enfants de moins de 5 ans
	– *Diagnostic du VIH chez le nourrisson de moins d'un an*
	Prise en charge des PVVIH (approche générale)
	– *Consultation diététique spécialisée*
	– *Régime de traitement de 3ème ligne*
	Prise en charge des cas d'échecs thérapeutiques et autres complications
	Accueil et prise en charge des cas référés (par l'échelon inférieur)
	2) Prise en charge des IST
	Accueil et prise en charge des cas référés (par l'échelon inférieur)
	3) Prise en charge de la Tuberculose
	Prise en charge des échecs thérapeutiques et des complications
	Accueil et prise en charge des cas référés (par l'échelon inférieur)
	4) Prise en charge des Maladies Transmissibles par Vecteur
	Accueil et prise en charge des cas de malaria et de Dengue référés (par l'échelon inférieur)
	5) Prise en charge des Zoonoses
	Information, Conseil et Orientation
	– *Prise en charge des cas graves de rage et de charbon (formes graves, complications)*
	6) Prise en charge de la Lèpre
	Information, Conseil et Orientation
	Prise en charge des complications de la Lèpre

Activités de prestation de l'HD	
Hôpital Départemental (HD)	**Nutrition**
	1) Prise en charge de la malnutrition infantile
	Information, Conseil et Orientation
	2) Suivi nutritionnel des PVVIH
	Information, Conseil et Orientation
	3) Suivi nutritionnel des femmes enceintes
	Information, Conseil et Orientation
	Consultation diététique spécialisée
	4) Prévention des carences en oligo-éléments
	Information, Conseil et Orientation
	Prise en charge des maladies chroniques non transmissibles
	Information, Conseil et Orientation (cancers, diabète, HTA, maladies cardio-vasculaires et respiratoires)
	1) Prise en charge du diabète et de ses complications
	Prévention et Traitement des complications du diabète (yeux, reins, membres)
	– *Traitement des complications (stade préliminaire, stade avancé)*
	– *Prise en charge des urgences hyper glycémiques, du coma diabétique et des AVC (cf. Urgences)*
	2) Prise en charge de l'hypertension et des maladies cardio-vasculaires
	Diagnostic et traitement de l'hypertension artérielle
	–Traitement des urgences hypertensives (cf Urgences médicales)
	Prise en charge des complications de l'HTA (cardiaques, rénales, oculaires, …)
	Prise en charge de l'infarctus du myocarde et des AVC (cf. Urgences)
	3) Prise en charge des maladies respiratoires chroniques
	Prise en charge des échecs thérapeutiques et des complications de l'asthme
	4) Prise en charge des cancers (cf Santé de la femme et de la mère pour les Ca du col et du sein
	Information, Conseil et Orientation
	Diagnostic et traitement du cancer de la prostate
	– *Dépistage systématique chez les hommes de plus de 50 ans*
	– *Traitement chirurgical*
	– *Chimiothérapie*
	Prise en charge des complications

	Activités de prestation de l'HD
Hôpital Départemental (HD)	**Soins oculaires**
	Information, Conseil et Orientation
	Dépistage et Prise en charge des erreurs de réfraction
	– *Fourniture de lunettes de lecture*
	– *Test de réfraction (erreur compliquée)*
	– *Fourniture de lunettes de prescription*
	Dépistage et traitement de la cataracte
	– *Traitement chirurgical de la cataracte*
	– *Fourniture de lunettes correctrices*
	Dépistage et Traitement du glaucome
	– *Exploration fonctionnelle (source lumineuse/ophtalmoscope)*
	– *Diagnostic définitif du glaucome*
	– *Traitement médical du glaucome*
	– *Traitement chirurgical du glaucome*
	Dépistage et traitement de la rétinopathie diabétique
	– *Diagnostic de confirmation du diabète*
	– *Traitement médical de la rétinopathie diabétique*
	Prise en charge des traumatismes oculaires
	– Prise en charge précoce des traumas majeurs (corps étrangers conjonctivaux, plaies conjonctivales pénétrantes, plaies cornéennes, …)
	Accueil et prise en charge des cas référés (par l'échelon inférieur)
	Santé Mentale
	Information, Conseil et Orientation
	Support aux cas de maltraitance et d'agression (incluant les agressions sexuelles)
	– *Evaluation préliminaire de santé mentale*
	– *Counseling individuel*
	– *Accompagnement psycho social*
	– *Traitement médical (psychotropes)*
	Prise en charge de l'épilepsie
	– *Traitement médical (psychotropes)*

Hôpital Départemental (HD)	Activités de prestation de l'HD
	Soins Chirurgicaux
	Information, Conseil et Orientation
	Chirurgie mineure
	– *Pansements et Sutures (selon gravité)*
	– *Extraction de corps étranger (selon localisation, gravité)*
	Chirurgie majeure
	– *Prise en charge des brûlures profondes et étendues*
	– *Réalisation de césarienne*
	– *Réparation de brèche utérine*
	– *Réalisation d'hystérectomie*
	– *Salpingectomie*
	– *Réparation de lacérations périnéales*
	– *Traitement chirurgical des fistules obstétricales*
	– *Traitement chirurgical de l'Abdomen aigu*
	– *Réduction de phimosis et/ou paraphimosis*
	– *Réduction Fracture compliquées (ouvertes, comminutive)*
	– *Amputation*

	Activités de prestation de l'HD
Hôpital Départemental (HD)	**Soins bucco-dentaires**
	Information, Conseil et Orientation
	Évaluation systématique de l'état de santé bucco-dentaire chez l'enfant (Indice CAO)
	Prise en charge des urgences bucco-dentaires et des traumatismes
	– *Pansement : obturation provisoire* à *l'eugénol*
	– *Gestion de la douleur aigue : rage de dent*
	– *Réduction de luxation temporo mandibulaire*
	– *Réduction de fractures alvéolaires et mandibulaires*
	– *Restauration ou extraction des dents fracturées à la suite d'un trauma*
	Dépistage précoce et traitement de la carie dentaire
	– *Examen dentaire de routine*
	– *Prophylaxie de la carie dentaire (gel de fluor)*
	– *Traitement conservateur de la carie / Restauration de la dent*
	– *Extraction dentaire*
	Diagnostic et traitement des maladies parodontales
	– *Dépistage de la gingivite*
	– *Détartrage et Surfaçage*
	– *Traitement médical de la gingivite*
	– *Traitement des parodontites*
	– *Prise en charge des complications*
	Prise en charge de tumeurs, des masses, des pathologies des glandes salivaires
	– *Dépistage précoce et traitement supportif*
	– *Biopsie pour Diagnostic de confirmation*
	– *Exérèse/ Traitement chirurgical*
	– *Accueil-Prise en charge des cas référés*

	Activités de prestation de l'HD
Hôpital Départemental (HD)	**Urgences – Soins intensifs**
	Information, Conseil et Orientation
	Prise en charge des urgences
	– Évaluation-Gestes de base
	– *Déchoquage - Réanimation hémodynamique et respiratoire (abdomen aigu, polytraumatisé)*
	– *Plaies profondes ou surinfectées avec délabrement/lacération*
	– *Prise en charge des brûlures profondes et étendues*
	– *Prise en charge des Urgences Obstétricales et Néonatales*
	– *Prise en charge des Crises drépanocytaires*
	– *Traitement chirurgical de l'Abdomen aigu*
	– *Prise en charge des polytraumatisés*
	Soins intensifs
	– *Prise en charge des défaillances de l'appareil respiratoire*
	– *Prise en charge des défaillances de l'appareil circulatoire*
	– *Prise en charge des défaillances de l'appareil digestif*
	– *Prise en charge des défaillances de l'appareil locomoteur*
	– *Prise en charge des défaillances de l'appareil neurologique*
	Prise en charge de maladies courantes (selon les capacités de l'HD)

EQUIPEMENTS

ET MATÉRIELS

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION

Les matériels et équipements clés du PES listés par ordre alphabétique, par niveau et par échelon

NIVEAU PRIMAIRE

Centre Communautaire de Santé (CCS)

Centre de Santé (CS)

Hôpital Communautaire de Référence (HCR)

NIVEAU SECONDAIRE

Hôpital Départemental (HD)

INTRODUCTION

Ce chapitre du module 1 du Manuel du Paquet Essentiel de Services(PES) liste les équipements biomédicaux et les consommables médicaux nécessaires à la prestation de la gamme de services et soins retenus dans le PES par échelon et par niveau.

Dans ce chapitre, l'accent est mis sur les articles clés, essentiels à la prise en charge des cas, sans considérer les matériels de base. L'expression «Mobilier de base» utilisée dans ce module désigne les matériels et équipements non médical, non sanitaire. Il s'agira généralement de matériels et d'équipements de bureau (chaise, table, bureau, poubelle, table de chevet, ventilateur,…).

Par ailleurs, la quantité de matériel et d'équipements dépend de l'organisation des services et des prévisions d'utilisation, avec des conséquences sur l'efficience. En ce sens, le Manuel du PES opte pour une certaine flexibilité. Des choix doivent être faits ultérieurement à travers les normes de programme et/ou les directives de planification à l'échelle nationale et départementale.

LES MATÉRIELS
ET ÉQUIPEMENTS CLÉS DU PES

LISTÉS
PAR ORDRE ALPHABÉTIQUE
PAR NIVEAU ET PAR ÉCHELON

Niveau primaire

CENTRE COMMUNAUTAIRE DE SANTE - CCS

Mobilier de base, plus …

- Accumulateur de froid (briquettes)
- Attelles
- Autoclave (avec manomètre à pression) et réchaud
- Balance de type Salter
- Balance toise adulte
- Ballon de ventilation avec masque taille adulte
- Ballon de ventilation avec masque taille nourrisson
- Bassine
- Boîtes déchets contaminés/piquants/coupants
- Bonbonne de gaz
- Brancard
- Brosse pour nettoyer les instruments
- Chaise roulante
- Cloison mobile de séparation
- Croissant
- Culotte pour pèse nourrisson et enfant
- Filtre à eau
- Garrot
- Indicateur de froid
- Mégaphone
- Mesure graduée de 1 litre en polypropylène
- Otoscope
- Plateau à pansements
- Plateau de suture
- Pompe manuelle pour extraction mucosité
- Porte vaccin
- Porte-pince + pince pour prise de matériel stérile
- Poubelle à pédale
- Radio CD avec port USB/ TV
- Réfrigérateur
- Ruban métrique
- Stéthoscope
- Stéthoscope obstétrical
- Table d'examen
- Tabouret à hauteur réglable
- Tambour à compresses
- Tensiomètre
- Tonomètre
- Thermomètres par contact externe (en degré Celsius)
- Trousse de démonstration de planning familial

CENTRE DE SANTE - CS

Mobilier de base, plus …

- Accumulateur de froid (briquettes)
- Armoire pour buffet d'urgence
- Attelles
- Autoclave (avec manomètre à pression) et réchaud
- Balance de type Salter
- Balance toise adulte
- Ballon de ventilation avec masque taille adulte
- Ballon de ventilation avec masque taille nourrisson
- Bassine
- Boîte à instruments Dépistage Cancer du Col
- Boîte à instruments Insertion d'Implant
- Boîte à instruments Insertion DIU
- Boîtes déchets contaminés/piquants/coupants
- Bol pour asepsie vulvaire
- Bonbonne de gaz
- Bouteille d'oxygène et manomètre
- Brancard
- Brosse pour nettoyer les instruments
- Buffets pour stocks (pharmacie, laboratoire)
- Chaise roulante
- Chariot pansements
- Cloison mobile de séparation
- Croissant
- Culotte pour pèse nourrisson et enfant
- Filtre à eau
- Garrot
- Indicateur de froid
- Jeu de Spéculum: 3 grands, 2 moyens, et deux petits
- Kelly pad ou plastic pour table d'accouchement + Seau
- Lampe Scialytique
- Lampe sur pied
- Lit adulte
- Lit adulte (post partum) avec berceau
- Lit d'observation (travail)
- Lit pédiatrique (nouveau-né, nourrisson, grand enfant)

- Marteau réflexe
- Matériels et équipements de laboratoire primaire (selon Normes LNSP[2])
- Matériels pour Clinique dentaire (*Liste spécifique à préciser selon les services dentaires retenus, la formation et la description de tâches des auxiliaires dentaires au niveau du CS*)
- Mégaphone
- Mesure graduée de 1 litre en polypropylène
- Otoscope/ophtalmoscope
- Pince pour la toilette vulvaire
- Plateau à pansements
- Plateau accouchement
- Plateau d'épisiotomie
- Plateau de suture
- Plateau gynécologique
- Plateau pour ponction lombaire
- Pompe manuelle pour extraction mucosité
- Porte vaccin
- Porte-pince + pince pour prise de matériel stérile
- Potence à roulette
- Poubelle à pédale
- Radio CD avec port USB/ TV
- Réfrigérateur
- Ruban métrique
- Seringue pour Aspiration Manuelle Intra Utérine (AMIU)
- Stéthoscope
- Stéthoscope obstétrical
- Table à instrument
- Table d'accouchement
- Table d'examen
- Table de chevet
- Tabouret à hauteur réglable
- Tambour à compresses
- Tensiomètre
- Tonomètre
- Thermomètres par contact externe (en degré Celsius)
- Trousse de démonstration de planning familial

HOPITAL COMMUNAUTAIRE DE RÉFÉRENCE - HCR

Mobilier de base, plus …

- Accumulateur de froid (briquettes)
- Ambubag
- Appareil à aspiration électrique
- Appareil à aspiration manuelle
- Armoire pour buffet d'urgence
- Attelles
- Autoclave (avec manomètre à pression) et réchaud
- Balance de type Salter
- Balance toise adulte
- Ballon de ventilation avec masque taille adulte
- Ballon de ventilation avec masque taille nourrisson
- Bassine
- Bistouri électrique
- Boîte à instruments Dépistage Cancer du Col
- Boîte à instruments Insertion d'Implant
- Boîte à instruments Insertion DIU
- Boite à trépaner
- Boite de petite chirurgie
- Boîte pour césarienne
- Boîte pour greffe de peau
- Boîte pour laparotomie
- Boîtes déchets contaminés/piquants/coupants
- Bol pour asepsie vulvaire
- Bonbonne de gaz
- Bouteille d'oxygène et manomètre
- Bouteille de protoxyde d'azote
- Brancard
- Brosse pour nettoyer les instruments
- Buffets pour stocks (pharmacie, laboratoire)
- Cadre et poulie pour traction
- Cardioscope
- Chaise roulante
- Chariot pansements
- Chariot plâtre (scie, ciseau et écarteur)
- Chariot pour anesthésie

- Cloison mobile de séparation
- Croissant
- Culotte pour pèse nourrisson et enfant
- Défibrillateur
- ECG
- Echographe
- Garrot
- Indicateur de froid
- Jeu canule de Guedel (adulte, enfant)
- Jeu de lames (0, 1, 2, 3 et 4)
- Jeu de masque oxygène (taille0, 1, 2,3)
- Jeu de Spéculum: 3 grands, 2 moyens, et deux petits
- Kelly pad ou plastic pour table d'accouchement + Seau
- Kit pour intubation
- Lampe Scialytique
- Lampe sur pied
- Laryngoscope
- Lit adulte
- Lit adulte (post partum) avec berceau
- Lit d'observation (travail)
- Lit pédiatrique (nouveau-né, nourrisson, grand enfant)
- Machine à anesthésie
- Machine à aspiration à pédale
- Matériels et équipements de laboratoire secondaire (selon Normes LNSP[3]), sans bactériologie
- Matériels et équipements de radiologie
  - Appareil à radiographier
  - Avertisseur « interdiction d'entrée »
  - Ceinture de plomb (protection pelvienne)
  - Dosimètre (un par personne)
  - Lumière jaune
  - Négatoscope
- Matériels pour Clinique dentaire
  - Amalgameur
  - Boîte à endodontie
  - Boîte à fraises
  - Boite pour extraction

- Clef pour contre angle
- Clef pour turbine
- Compresseur (10 gallons ou 1 cheval)
- Contre angle
- Dentisterie opératoire
  - Brossettes métalliques nettoyage fraises (cardes)
  - Brunissoirs
  - Ciseaux à émail
  - Coins de bois (boîte)
  - Dispensateur de mercure
  - Excavateurs
  - Fouloirs
  - Godet à amalgame
  - Godet dappen
  - Instrument à sculpter amalgame
  - Instruments fond de cavité
  - Mandrins pon-on
  - Matrices Tofflemire (bandes)
  - Matrices transparentes (boîte)
  - Meulettes polissage amalgame (boîte)
  - Miroirs
  - Papier à articulé bleu (bloc)
  - Plaques en verre
  - Porte amalgame
  - Porte-matrice : Tofflemire
  - Précelles
  - Screw-post (boîte)
  - Sondes
  - Spatules-à-bouche doubles
  - Spatules-à-ciment
- Daviers inférieurs
  - Incisives n° 151
  - Molaires n° 17
  - Molaires n° 16
  - Pince-gouge ou rongeur
  - Ciseau chirurgical courbe
  - Pince porte aiguille de Mathieu
  - Bistouris jetables (boîte)

- Daviers supérieurs
  - Incisive n° 150
  - Pré-molaires n° 69
  - Molaires n° 88L ou 88 R
  - A racines n° 65
- Endodontie
  - Forest Peeso numéro 2-3 (boite)
  - Instruments alésage canalaire type limes Headstroem #15 à 40 (boite)
  - Pointe gutta percha (boite)
  - Pointe papier stérile (boite)
  - Seringue à irrigation canalaire
  - Tire-nerfs (boite)
- Exodontie
  - Curettes alvéolaires
  - Elévateurs coudés (bas)
  - Elévateurs droits (haut)
  - Seringues
- Fauteuil dentaire
- Fraises
  - A os ou chirurgicale
  - A résine pour PM
  - Acier cône inversé ISO 010 à 014
  - Acier rondes ISO 010 à 014
  - Carbure de tungstène cône inversé ISO 010-012
  - Carbure de tungstène finition composite
  - Carbure de tungstène poire ou ronde ISO 010-012
  - Diamantées cylindriques ISO 012
  - Diamantées rondes ISO 014-018
  - Disques de finition pour composites (boite)
  - Pinceaux et manches pour composites
  - Strips à composites (boites)
- Prophylaxie
  - Curettes Krane-Kaplan numéro 6
  - Curettes universelles Mac Call 13S-14S
  - Curettes universelles Mac Call 17S-18S
  - Huile pour pierre Arkansas
  - Insert pour scaler (détartreur piézzo électrique)
  - Meulettes caoutchouc à polissage (boîte)
  - Pierre d'arkansas

- Prothèse (l'équipement et le matériel nécessaire pour la provision de ce service est porté à titre indicatif car la prothèse n'ont pas été retenues comme service essentiel)
  - Porte empreintes métalliques perforés (jeu, haut et bas)
  - Bol à plâtre et spatule
  - Bol à alginate et spatule
  - Spatule à cire
  - Lampe à alcool ou torche de Hanau
  - Articulateurs
  - Tentier
  - Pince coupante
  - Bloc à mélange
  - Couteau à cire

- Mégaphone
- Négatoscope
- Otoscope/ophtalmoscope
- Oxymètre de pouls
- Pince pour la toilette vulvaire
- Plateau à pansements
- Plateau accouchement
- Plateau de suture
- Plateau gynécologique
- Plateau pour drainage thoracique
- Plateau pour épisiotomie
- Plateau pour ponction lombaire
- Plateau pour trachéotomie
- Pompe manuelle pour extraction mucosité
- Porte-pince + pince pour prise de matériel stérile
- Porte vaccin
- Potence à roulette
- Poubelle à pédale
- Radio CD avec port USB/ TV
- Réfrigérateur
- Respirateur de type monal
- Ruban métrique
- Scialytique sur pied

- Seringue pour Aspiration Manuelle Intra Utérine (AMIU)
- Stéthoscope
- Stéthoscope obstétrical
- Table à instrument
- Table à instruments
- Table d'accouchement
- Table d'examen
- Table d'opération
- Table de chevet
- Tabouret à hauteur réglable
- Tambour à compresses
- Tensiomètre
- Thermomètres par contact externe (en degré Celsius)
- Tonomètre
- Transporteur de bouteille à oxygène
- Tube endotrachéal (taille 2,5 à 8,5)
- Trousse de démonstration de planning familial

Niveau Secondaire
HOPITAL DEPARTEMENTAL - HD

Mobilier de base, plus …

- Accumulateur de froid (briquettes)
- Ambubag
- Amplificateur de brillance
- Appareil à aspiration électrique
- Appareil à aspiration manuelle
- Appareil à cryode
- Appareil à skiascopie (pour mesure de réfraction manuelle)
- Appareil pour réfraction automatique
- Armoire pour buffet d'urgence
- Arthroscope
- Attelles
- Autoclave (avec manomètre à pression) et réchaud
- Balance de type Salter
- Balance toise adulte
- Ballon de ventilation avec masque taille adulte
- Ballon de ventilation avec masque taille nourrisson
- Bassine
- Bistouri électrique
- Boîte à instruments Dépistage Cancer du Col
- Boîte à instruments Insertion d'Implant
- Boîte à instruments Insertion DIU
- Boite à trépaner
- Boite de petite chirurgie
- Boîtes de verres d'essai et montures d'essai
- Boîte pour césarienne
- Boîte pour greffe de peau
- Boîte pour laparotomie
- Boîtes déchets contaminés/piquants/coupants
- Bol pour asepsie vulvaire
- Bonbonne de gaz
- Bouteille d'oxygène et manomètre
- Bouteille de protoxyde d'azote
- Brancard
- Bronchoscope

- Brosse pour nettoyer les instruments
- Buffets pour stocks (pharmacie, laboratoire)
- Cadre et poulie pour traction
- Cardioscope
- Cautère bipolaire
- Chaise roulante
- Chariot pansements
- Chariot plâtre (scie, ciseau et écarteur)
- Chariot pour anesthésie
- Cloison mobile de séparation
- Croissant
- Colposcope
- Culotte pour pèse nourrisson et enfant
- Cystoscope
- Défibrillateur
- Dialyseur
- ECG
- Echographe
- Échocardiographe
- Endoscope (gastroscope, coloscope)
- Ensemble à traction cervicale
- Garrot
- Générateur d'aérosol
- Hystéroscope
- Incubateur
- Indicateur de froid
- Jeu canule de Guedel (adulte, enfant)
- Jeu de lames (0, 1, 2, 3 et 4)
- Jeu de masque oxygène (taille0, 1, 2,3)
- Jeu de Spéculum: 3 grands, 2 moyens, et deux petits
- Kelly pad ou plastic pour table d'accouchement + Seau
- Kit pour intubation
- Lampe à fente
- Lampe Scialytique
- Lampe sur pied
- Laryngoscope
- Lentilles de 90-60 dioptries

- Lit adulte
- Lit adulte (post partum) avec berceau
- Lit anti escarres
- Lit d'observation (travail)
- Lit pédiatrique (nouveau-né, nourrisson, grand enfant)
- Lit spécial pour brûlés
- Machine à anesthésie
- Machine à aspiration à pédale
- Matériels et équipements de laboratoire secondaire (selon Normes LNSP[4]), sans bactériologie
- Matériels et équipements de radiologie
  - Appareil à radiographier
  - Avertisseur « interdiction d'entrée »
  - Ceinture de plomb (protection pelvienne)
  - Dosimètre (un par personne)
  - Lumière jaune
  - Négatoscope
- Matériels pour Clinique dentaire
  - Amalgameur
  - Boîte à endodontie
  - Boîte à fraises
  - Boite pour extraction
  - Clef pour contre angle
  - Clef pour turbine
  - Compresseur (10 gallons ou 1 cheval)
  - Contre angle
  - Dentisterie opératoire
    - Brossettes métalliques nettoyage fraises (cardes)
    - Brunissoirs
    - Ciseaux à émail
    - Coins de bois (boîte)
    - Dispensateur de mercure
    - Excavateurs
    - Fouloirs
    - Godet à amalgame
    - Godet dappen
    - Instrument à sculpter amalgame

  - Instruments fond de cavité
  - Mandrins pon-on
  - Matrices Tofflemire (bandes)
  - Matrices transparentes (boîte)
  - Meulettes polissage amalgame (boîte)
  - Miroirs
  - Papier à articulé bleu (bloc)
  - Plaques en verre
  - Porte amalgame
  - Porte-matrice : Tofflemire
  - Précelles
  - Screw-post (boîte)
  - Sondes
  - Spatules-à-bouche doubles
  - Spatules-à-ciment
- Daviers inférieurs
  - Incisives n° 151
  - Molaires n° 17
  - Molaires n° 16
  - Pince-gouge ou rongeur
  - Ciseau chirurgical courbe
  - Pince porte aiguille de Mathieu
  - Bistouris jetables (boîte)
- Daviers supérieurs
  - Incisive n° 150
  - Pré-molaires n° 69
  - Molaires n° 88L ou 88 R
  - A racines n° 65
- Endodontie
  - Forest Peeso numéro 2-3 (boite)
  - Instruments alésage canalaire type limes Headstroem #15 à 40 (boite)
  - Pointe gutta percha (boite)
  - Pointe papier stérile (boite)
  - Seringue à irrigation canalaire
  - Tire-nerfs (boite)
- Exodontie
  - Curettes alvéolaires
  - Elévateurs coudés (bas)

  - Elévateurs droits (haut)
  - Seringues
- Fauteuil dentaire
- Fraises
  - A os ou chirurgicale
  - A résine pour PM
  - Acier cône inversé ISO 010 à 014
  - Acier rondes ISO 010 à 014
  - Carbure de tungstène cône inversé ISO 010-012
  - Carbure de tungstène finition composite
  - Carbure de tungstène poire ou ronde ISO 010-012
  - Diamantées cylindriques ISO 012
  - Diamantées rondes ISO 014-018
  - Disques de finition pour composites (boite)
  - Pinceaux et manches pour composites
  - Strips à composites (boites)
- Prophylaxie
  - Curettes Krane-Kaplan numéro 6
  - Curettes universelles Mac Call 13S-14S
  - Curettes universelles Mac Call 17S-18S
  - Huile pour pierre Arkansas
  - Insert pour scaler (détartreur piézzo électrique)
  - Meulettes caoutchouc à polissage (boîte)
  - Pierre d'arkansas
- Prothèse (l'équipement et le matériel nécessaire pour la provision de ce service est porté à titre indicatif car la prothèse n'ont pas été retenues comme service essentiel)
  - Porte empreintes métalliques perforés (jeu, haut et bas)
  - Bol à plâtre et spatule
  - Bol à alginate et spatule
  - Spatule à cire
  - Lampe à alcool ou torche de Hanau
  - Articulateurs
  - Tentier
  - Pince coupante
  - Bloc à mélange
  - Couteau à cire

- Mégaphone
- Microscope pour chirurgie
- Moniteur foetal
- Moniteur pression artérielle
- Nébulisateur
- Négatoscope
- Ophtalmoscope direct
- Ophtalmoscope indirect avec lentilles 20-22 dioptries
- Otoscope
- Oxymètre de pouls
- Pince pour la toilette vulvaire
- Plateau à pansements
- Plateau accouchement
- Plateau de suture
- Plateau gynécologique
- Plateaux pour Cataracte, Glaucome, Cysto-rhinostomie
- Plateau pour drainage thoracique
- Plateau pour épisiotomie
- Plateau pour ponction lombaire
- Plateaux pour Ptérygion, Chalazion, Strabisme, Plaies palpébrales
- Plateau pour trachéotomie
- Pompe manuelle pour extraction mucosité
- Porte-pince + pince pour prise de matériel stérile
- Porte vaccin
- Potence à roulette
- Poubelle à pédale
- Projecteur de charte visuelle et Ecran
- Radio CD avec port USB/ TV
- Réfrigérateur
- Respirateur de type monal
- Ruban métrique
- Scialytique sur pied
- Seringue pour Aspiration Manuelle Intra Utérine (AMIU)
- Source lumineuse
- Stéthoscope
- Stéthoscope obstétrical
- Stress test system

- Table à instruments
- Table chirurgicale pour ophtalmologie
- Table d'accouchement
- Table d'examen
- Table d'opération
- Table de chevet
- Table opératoire orthopédique
- Tabouret à hauteur réglable
- Tambour à compresses
- Tensiomètre
- Thermomètres par contact externe (en degré Celsius)
- Tonomètre
- Transporteur de bouteille à oxygène
- Tube endotrachéal (taille 2,5 à 8,5)
- Trousse de démonstration de planning familial
- Verres de contact pour gonioscopie – verres de contact de 160°

MÉDICAMENTS ESSENTIELS

INTRODUCTION

Cette section du module 1 du Manuel du Paquet Essentiel de Services concerne les médicaments essentiels nécessaires à la provision du PES. Elle décrit la sélection des médicaments à rendre disponibles, dans le cadre du programme de médicaments essentiels pour supporter les prestations retenues. Le module 4 capitalise sur l'actuelle Liste Nationale des médicaments essentiels (LNME), reprise comme partie intégrante de ce module.

LES MEDICAMENTS DU PES

Le Ministère de la Santé Publique et de la Population a publié, en mai 2012, la 1ère édition de la Liste Nationale des Médicaments Essentiels. L'analyse réalisée dans le cadre de l'élaboration du manuel du PES révèle le besoin d'introduire de nouveaux intrants ou molécules et identifie des ajustements à effectuer:

- Harmoniser la définition des échelons avec le nouveau modèle de soins adopté par le MSPP. La LNME se réfère, en effet, à un niveau primaire à deux (2) échelons et identifie trois (3) types d'établissements de 1er échelon : dispensaire, centre de santé sans lits (CSL) et centre de santé à lits (CAL).
- Adapter les listes de médicaments autorisés par échelon aux nouvelle configuration, profil et mandat des échelons de prestation.

Les lignes qui suivent décrivent les listes de médicaments par échelon en prenant comme base les catégories mentionnées dans la LNME.

1. Médicaments essentiels au 1er échelon (CCS)

A partir de la liste de base constituée des produits de la catégorie « Dispensaire » de la LNME, les ajouts suivants sont opérés :

- Lidocaïne (cf. LNME, section 1.2.2 *Anesthésiques locaux*)
- Primaquine (cf. LNME, section 6.5.3 *Antipaludiques*)
- Fluorescéine (cf. LNME, section 14.1 *Produits de diagnostic en ophtalmologie*)
- Vaccin contre le Rotavirus (cf. LNME, section 19.2 *Vaccins*)
- Vaccin contre les infections à Pneumocoque (cf. LNME, section 19.2 *Vaccins*)
- Salbutamol aérosol (cf. LNME, section 25.1 *Médicaments indiqués en pneumologie*)

2. Médicaments essentiels au 2ème échelon (CS)

A partir de la liste de base constituée des produits de la catégorie « CAL» de la LNME, les modifications suivantes sont introduites :

- Fluorescéine (cf. LNME, section 14.1 *Produits de diagnostic en ophtalmologie*)
- Quinine (cf. LNME, section 6.5.3 *Antipaludiques*)
- Méfloquine (cf. LNME, section 6.5.3 *Antipaludiques*)
- Sulfadoxine + Pyriméthamine (cf. LNME, section 6.5.3 *Antipaludiques*)

3. Médicaments essentiels au 3ème échelon (HCR)

Aucun changement n'est proposé pour la liste des produits de la LNME

4. Médicaments essentiels au Niveau secondaire (HD)

Aucun changement n'est proposé pour la liste des produits de la LNME

Remarque :

Des modifications additionnelles doivent être envisagées, au terme de discussions à venir (certaines sont déjà en cours) autour des protocoles thérapeutiques en soins oculaires, en santé mentale et en ce qui concerne l'HTA et les maladies cardio-vasculaires.

Standards, Normes, et Procédures

STANDARDS, NORMES

ET PROCÉDURES

DE L'OFFRE DE SOINS

Octobre 2015

INTRODUCTION

Le module 2 du manuel du paquet Essentiel des services a pour objet «d'adapter les normes, standards et procédures de l'offre de soins aux deux premiers niveaux de la pyramide de soins en fonction des services à être fournis dans le paquet de services».

Ce module comporte 2 chapitres :

Le chapitre 1 définit, pour chaque composante identifiée dans le module 1, les standards en termes de type et de qualité de services attendus de l'ensemble du système de soins et de chacun de ses niveaux. Le profil des prestataires-types est aussi défini par niveau. Les documents comportant les normes et procédures en vigueur sont cités ainsi que les modifications éventuelles à leur apporter afin de les adapter à la nouvelle politique de santé et au Plan Directeur de Santé.

Pour chaque composante les standards sont d'abord présentés puis les repères normatifs et procéduraux sont exposés selon le mandat de chaque échelon ou niveau de l'architecture du système de soins. Ainsi, une prestation de spécialité à fournir par un niveau supérieur comme un Hôpital Communautaire de Référence (HCR), par exemple, est inscrite comme spécifique à ce niveau et comme un acte relevant de sa responsabilité dans le système. Ceci n'exclut pas la capacité de cet hôpital d'offrir des soins d'un moindre niveau. L'acte spécialisé relève de son mandat tandis que le fait pour lui d'offrir une prestation normalement attribuée à un échelon inférieur est de l'ordre de la suppléance et ne devrait pas être pratique courante. Aussi ce document met-il l'accent sur les capacités techniques qui donnent à chaque échelon ou niveau de services sa spécificité, sans nécessairement reprendre à son compte les actes relevant d'un niveau inférieur qu'il pourrait exécuter.

Pour certaines composantes, des documents de normes et procédures ne sont pas encore formellement adoptés ou validés par le Ministère de la Santé Publique et de la Population. Il s'agit des composantes suivantes: santé mentale, soins bucco-dentaires, soins oculaires, soins chirurgicaux, urgences et soins intensifs. Les propositions, dans ce cas, s'inspirent : i) d'expériences de terrain faites par des organisations de soins ou des organisations communautaires ; ii) de discussions menées avec des cadres du MSPP. Les repères normatifs et procéduraux figurant ici sont ainsi appelés à servir de base pour la formulation d'outils plus complets en ce qui concerne ces composantes.

Le chapitre 2 propose des ratios pour l'estimation des effectifs de prestataires essentiels pour la délivrance du Paquet Essentiel de Services.

CHAPITRE I

STANDARDS, NORMES ET PROCEDURES PAR COMPOSANTE

1. SANTE DE LA FEMME ET DE LA MERE

1.1. STANDARDS DE LA COMPOSANTE :

Toute femme a droit à des services de qualité fournis par niveau de prestation, lui garantissant un état de santé satisfaisant à toutes les étapes de sa vie. Une information adéquate et une offre de moyens techniques éprouvés sont des éléments clés de cette composante.

Les services de planification familiale doivent satisfaire aux exigences:

- d'une information optimale aux femmes en vue d'un choix et d'un consentement éclairés
- de discrétion et de confidentialité
- de respect et d'empathie d'efficacité et d'innocuité
- d'accessibilité aux différentes méthodes de contrôle de fécondité en temps et lieux opportuns. Ces méthodes doivent être disponibles dans les institutions selon leurs échelons ou niveaux dans l'architecture des services de soins.

Les services de gynécologie doivent être culturellement acceptables et dispensés dans le respect de l'intimité de la femme. Ils répondent aux exigences de confidentialité, empathie, innocuité et efficacité

La prise en charge des femmes victimes de violence basée sur le genre doit être globale et couvrira nécessairement les dimensions juridico-légale et médico-sociale. Ces prestations doivent être disponibles à tous les niveaux du système de soins en fonction des compétences spécifiques de l'échelon considéré.

Ces prestations comprendront: un examen médical et le traitement des lésions, la prévention du tétanos, la prévention des IST, la prévention d'une grossesse, le prélèvement de spécimens, la prophylaxie aux ARV, la délivrance d'un certificat médical.

1.2. NORMES EN SANTE DE LA FEMME ET DE LA MERE

Le Centre Communautaire de Santé est la porte d'entrée pour la Santé de la femme et de la mère. Des activités curatives, préventives et promotionnelles y sont réalisées.

L'articulation entre les échelons et niveaux de l'architecture du système de soins permet d'offrir un paquet de soins gynécologiques et obstétricaux allant de la prise en charge d'affections mineures au dépistage et au traitement des cancers génésiques en passant par la planification familiale, la prise en charge de la grossesse, du post-partum et de l'avortement.

1.3. PROCEDURES PAR SOUS-COMPOSANTE

1.3.1. Sous composante: Planification familiale et infertilité

A. Contraception

Niveau primaire.- Échelon 1 : le Centre Communautaire de Santé (CCS)

- **Prestataires essentiels: ASCP et AI**

L'ASCP fait:

- L'information, le conseil et l'orientation
- L'initiation et le suivi des méthodes naturelles
- L'initiation de la contraception orale sous réserve d'absence de contrindication à l'interrogatoire (formulaire ad hoc) et d'une consultation au CCS ou au CS dans les 3 prochains mois
- L'approvisionnement en condoms
- Le réapprovisionnement en pilules contraceptives, sous supervision de l'AI

L'AI assure les prestations suivantes:

- Information, conseil, orientation
- Initiation et suivi des méthodes naturelles
- Initiation de la contraception orale et suivi
- Initiation de méthodes barrières et réapprovisionnement (condoms, diaphragme, spermicide)
- Initiation et suivi de contraception par méthodes injectables
- Référence pour les autres méthodes
- Suivi des clientes utilisant une méthode installée par un échelon ou niveau supérieur (DIU)

Niveau primaire.- Échelon 2: le Centre de Santé (CS)

- Prestataires essentiels: Médecin Généraliste et Infirmière Sage-femme (Capacité de SONUB)

Le personnel du CS assure :

- La mise en place d'implants
- La référence pour le DIU et les méthodes chirurgicales

Niveau primaire.- Échelon 3: l'Hôpital Communautaire de Référence (HCR)

- Prestataire essentiel: Médecin de famille (MF) (Capacité de SONUC)

L'HCR assure :

- La Contraception Chirurgicale Volontaire

Niveau Secondaire: l'Hôpital Départemental (HD)

Prestations fournies

- Prise en charge de cas référés
- Contraception Chirurgicale Volontaire

Méthodes contraceptives par niveaux de soins[1].

NIVEAUX / MÉTHODES	HOPITAL DEPARTEMENTAL (HD)	HOPITAL COMMUNAUTAIRE DE RÉFÉRENCE (HCR)	CENTRE DE SANTÉ (CS)	CENTRE COMMUNAUTAIRE DE SANTÉ (CCS)
CCV	x	x	-	-
IMPLANTS	x	x	x	-
INJECTABLES	x	x	x	x
DIU	x	x	-	-
PILLULE	x	x	x	x
BARRIÈRE/ CONDOMS	x	x	x	x
MÉTHODES NATURELLES	x	x	x	x

PROFIL DES PRESTATAIRES PAR MÉTHODE

[1] L'information, le conseil et l'orientation relève essentiellement du niveau communautaire: ASCP et personnel du CCS. La première consultation en PF et la prescription initiale d'une méthode, sont, par contre, du ressort des échelons et niveaux supérieurs: centre de santé, HCR et Hôpital Départemental.

CATÉGORIE	CCV	IMPLANTS	DIU	PILLULE	BARRIÈRE	INJECTABLES	PFN
ASCP	-	-	-	X	X	X	X
AUXILIAIRE	-	X	-	X	X	X	X
INFIRMIÈRE	X	X	X	X	X	X	X
INFIRMIÈRE SAGE FEMME	X	X	X	X	X	X	X
MÉDECIN	X	X	X	X	X	X	X

Références pour la sous-composante : Manuel de Normes en Planification Familiale et en Soins Maternels. MSPP

B. Clinique d'infertilité [2]

Niveau primaire.- Échelon 1: le Centre Communautaire de Santé (CCS)

- Prestataires essentiels: ASCP et AI

L'ASCP fait:

- L'information, le conseil et l'orientation

L'AI assure les prestations suivantes:

- Information, conseil, orientation
- Dépistage clinique de causes d'origine infectieuse: antécédents infectieux
- Référence à la demande des patientes
- Suivi de patientes mises sous traitement par les niveaux supérieurs

[2] Il n'existe pas actuellement de normes du MSPP sur ce thème. Les repères normatifs et procéduraux formulés dans ce module serviront de base pour la production d'outils plus complets

Niveau primaire.- Échelon 2: le Centre de Santé (CS)

➢ Prestataires essentiels: Médecin Généraliste et Infirmière Sage-femme (Capacité de SONUB)

Le personnel du CS assure:

- La consultation de couple: support psychologique (le processus peut être long et le résultat n'est pas toujours garanti), évaluation de la survenue d'une ovulation par méthode de la courbe de température,
- Recherche chez chacun des partenaires des antécédents (ou des pathologies en cours) pouvant causer l'infertilité: médicaux, chirurgicaux,….
- Prise en charge selon capacités ou référence

Niveau primaire: Échelon 3: l'Hôpital Communautaire de Référence (HCR)

➢ Prestataire essentiel: Médecin de famille (MF)

L'HCR assure :

- L'évaluation gynécologique: clinique, biologique, échographique
- L'évaluation du partenaire masculin: clinique, biologique
- L'appui spécialisé en santé mentale: psychologue

Niveau Secondaire: l'Hôpital Départemental (HD)

L'Hôpital départemental assure les prestations suivantes :

- Prise en charge de cas référés
- Complément d'évaluation: spermogramme, évaluation hormonale
- Traitement selon capacités: traitement hormonal,…..

1.3.2. Sous-composante: Pathologies gynécologiques

A. Dépistage précoce et traitement des infections vaginales

Niveau primaire: Échelon 1: le Centre Communautaire de Santé (CCS)

➢ **Prestataires essentiels: ASCP et AI**

L'ASCP fait:

- L'information, le conseil et l'orientation

L'AI assure les prestations suivantes:

- Dépistage clinique et traitement selon algorithme de traitement des IST du MSPP
- Référence si nécessaire
- Suivi de patientes mises sous traitement par les niveaux supérieurs

Niveau primaire.- Échelon 2: le Centre de Santé (CS)

➢ Prestataires essentiels: Médecin Généraliste et Infirmière Sage-femme

Le personnel du CS assure:

- Le diagnostic de laboratoire (primaire selon les normes du LNSP) et le traitement
- Référence des cas compliqués

Niveau primaire: Échelon 3: l'Hôpital Communautaire de Référence (HCR)

➢ **Prestataire essentiel: Médecin de famille (MF)**

L'HCR assure :

□ Prise en charge des cas référés: évaluation gynécologique, clinique, biologique, et traitement

Niveau Secondaire: l'Hôpital Départemental (HD)

L'Hôpital Départemental assure:

□ La prise en charge de cas référés: spécialiste en gynécologie

B. Dépistage précoce et traitement des cancers du sein

Maladies sous surveillance à déclaration hebdomadaire

Niveau primaire.- Échelon 1: le Centre Communautaire de Santé (CCS)

➢ **Prestataires essentiels: ASCP et AI**

L'ASCP fait :

- L'information, le conseil et l'orientation

L'AI assure:

- Promotion de l'autopalpation des seins
- Un dépistage clinique ciblant toute femme présentant :
  - Une masse ou une modification quelconque de l'aspect ou de la consistance d'un sein
  - Une masse qui s'accroit, durcit…
  - Toute autre anomalie du sein

Niveau primaire: Échelon 2: le Centre de Santé

- **Prestataires essentiels: Médecin Généraliste et Infirmière Sage-femme**

Le personnel du CS assure:

- L'évaluation des signes et symptômes
- L'identification des facteurs de risque (âge, histoire familiale, antécédents personnels,…)
- L'examen clinique: les deux seins, les régions axillaires, la région cervicale,
- Référence vers HD pour traitement

Niveau primaire: Échelon 3: l'Hôpital Communautaire de Référence (HCR)

- **Prestataire essentiel: Médecin de famille (MF)**

L'HCR assure :

- La prise en charge des cas référés
- Le diagnostic différentiel: pathologies bénignes du sein: mastite, abcès,… et leur traitement…

Niveau Secondaire: l'Hôpital Départemental (HD)

L'Hopital départemental assure:

- Prise en charge de cas référés
- Diagnostic par imagerie: mammographie, échographie
- Biopsie: prélèvement et analyse
- Traitement en lien avec unité spécialisée

C. Dépistage précoce et traitement des cancers du col utérin

Maladie sous surveillance à déclaration hebdomadaire

Niveau primaire.- Échelon 1: le Centre Communautaire de Santé (CCS)

- **Prestataires essentiels: ASCP et AI**

L'ASCP fait:

- L'information, le conseil et l'orientation

L'AI assure:

- Un dépistage clinique ciblant toute femme présentant:
  - un saignement vaginal anormal (ex.: après rapport sexuel, entre les périodes menstruelles, après la ménopause,….)

- un écoulement vaginal malodorant
- des douleurs pendant les rapports sexuels
- un des symptômes ci-dessus associé à une masse abdominale palpable, des douleurs abdominales ou au bas du dos

– La référence

Niveau primaire.- Échelon 2: le Centre de Santé

➢ **Prestataires essentiels: Médecin Généraliste et Infirmière Sage-femme**

Le personnel du CS assure:

– L'évaluation des signes et symptômes
– L'identification des facteurs de risque (âge, histoire familiale, antécédents personnels,…)
– Examen clinique: speculum: prélèvement pour examen ana-pathologique à référer au laboratoire de l'HCR, de l'HD ou au laboratoire régional
– Référence vers HD pour traitement
– Suivi des patientes sous traitement

Niveau primaire: Échelon 3: l'Hôpital Communautaire de Référence (HCR)

➢ Prestataire essentiel: Médecin de famille (MF)

L'HCR assure :

– La prise en charge des cas référés
– Le diagnostic différentiel: avortement si femme non ménopausée, infections (chlamydia, gonocoque,…), polypes utérins,…et traitement
– Le test de Papanicolaou
– Visualisation à l'acide acétique et cryothérapie si nécessaire
– Référence à HD

Niveau Secondaire : l'Hôpital Départemental (HD)

L'Hopital Départemental fournit les prestations suivantes:

– Prise en charge de cas référés
– Diagnostic anatomo-pathologique
– Imagerie: échographie
– Traitement chirurgical
– Traitement médical en lien avec unité spécialisée

Références pour la sous-composante : Guide diagnostique et thérapeutique. MSPP Septembre 2013
IST Protocoles pour les soins de santé primaires révisés. MSPP Haïti 2005

1.3.3. Sous-composante : Violences basées sur le genre

La violence fait partie des phénomènes sous surveillance à déclaration hebdomadaire. La prise en charge de la victime doit être entreprise autant que possible dans les 72 heures suivant l'agression. Cette prise en charge comporte aussi la délivrance d'un certificat médical. Ce certificat *«est délivré gratuitement par toute institution sanitaire ou tout médecin physicien ou gynécologue diplômé habilité à professer sur le territoire national, sur demande de la victime ou de toute autorité judiciaire «*. (Protocole d'accord entre Ministère de la Condition Féminine et des Droits de la Femme, Ministère de la Santé Publique et de la Population et Ministère de la Justice et de la Sécurité Publique. Article 1. 17 janvier 2007).

L'article 4 de ce même protocole d'accord stipule que «ce certificat médical peut être délivré par les hôpitaux, les centres de santé et les cliniques»

Pour faire suite à ce document le ministre de la Santé Publique et de la Population a adressé un mémorandum datant du 18 janvier 2007 aux médecins travaillant dans les institutions sanitaires du MSPP stipulant *«… qu'il leur est fait obligation de délivrer gratuitement un Certificat Médical à toute femme victime de violence qui en a fait la demande … Une copie de ce certificat doit être consignée au dossier de la bénéficiaire».*

Niveau primaire.- Échelon 1: le Centre Communautaire de Santé (CCS)

- **Prestataires essentiels: ASCP et AI**

L'ASCP fait :

- L'information, le conseil, l'orientation et l'accompagnement de la victime.

L'AI assure les prestations suivantes:

- Examen clinique, traitement de lésions corporelles, prévention du tétanos
- Consignation des éléments pour le certificat médical et délivrance d'un certificat préliminaire
- Soutien psychologique
- Référence à organisation de soutien psycho-social
- Test de grossesse
- Contraception d'urgence
- Référence immédiate à Centre de Santé

Niveau primaire.- Échelon 2: le Centre de Santé(CS)

- **Prestataires essentiels: Médecin Généraliste et Infirmière Sage-femme**

Le personnel du CS assure:

- L'initiation de la prophylaxie aux ARV
- Le prélèvement d'éléments de preuves (ex. traces de sperme)

- La délivrance du certificat médical
- La référence si nécessaire vers HCR
- Le suivi des patientes sous traitement ARV

Niveau primaire: Échelon 3: l'Hôpital Communautaire de Référence (HCR)

➢ **Prestataire essentiel: Médecin de famille (MF)**

L'HCR assure:

- La fonction du CS dans son aire de proximité immédiate
- Le traitement chirurgical des cas le nécessitant

Niveau Secondaire: l'Hôpital Départemental (HD)

L'Hôpital Départemental assure:

□ La fonction de l'HCR dans son aire de proximité immédiate

Références pour la sous-composante :

Fiche technique: Prise en Charge des violences spécifiques faites aux femmes. MSPP / Concertation Nationale contre les Violences faites aux Femmes. 2011
Plan National 2012-2016 de lutte contre les violences faites aux femmes. Concertation nationale / MCFDF
Manuel de Normes de Prise en Charge Clinique et Thérapeutique des adultes et adolescents vivant avec le VIH/ Sida. MSPP. 2013
Guide diagnostique et thérapeutique. MSPP. Septembre 2013

1.3.4. Sous-composante: Risques liés à la maternité Suivi de la grossesse

Niveau primaire.- Échelon 1: le Centre Communautaire de Santé

➢ **Prestataires essentiels: ASCP et AI**

L'ASCP fait:

- Information, conseil, orientation
- Promotion des consultations prénatales et postnatales
- Promotion de l'accouchement en institution

L'AI assure les prestations suivantes:

- Diagnostic de la grossesse: test urinaire rapide **et** Formulation du plan de naissance
- Promotion de l'allaitement maternel
- Dépistage précoce clinique de l'anémie et approvisionnement systématique en fer folate

- Dépistage précoce de l'hypertension artérielle et de la toxémie gravidique: clinique et test urinaire par bandelette réactive pour protéinurie et
- Référence des patientes dépistées
- Dépistage précoce du diabète: bandelette pour glycosurie, glucomètre et référence des patientes dépistées
- Prévention et dépistage précoce des déséquilibres nutritionnels (obésité, perte de poids): pesée régulière en consultation prénatale.
- Prévention et Dépistage précoce de maladies infectieuses: tests rapides pour syphilis, VIH, malaria
- Référence des cas testés positifs pour syphilis et VIH et des cas de malaria grave
- Traitement de la malaria simple suivi de prophylaxie à la chloroquine jusqu'à l'accouchement
- Prévention du tétanos néonatal: vaccination DT selon calendrier du PEV
- Evaluation précoce des risques de dystocie / Evaluation du développement du fœtus: clinique: évaluation du bassin, rechercher facteurs de risque, hauteur utérine,… Référence
- Suivi des femmes enceintes séropositives au VIH sous traitement anti rétroviral (dans le cadre de la PTME) Réf Composante «lutte contre maladies transmissibles»
- Dépistage précoce des troubles de la grossesse (saignement, contractions, col déhiscent, perte de liquide amniotique,…) et référence
- Suivi des accouchements eutociques: consultations postnatales.

Niveau primaire: Échelon 2 : le Centre de Santé

➢ **Prestataires essentiels: Médecin Généraliste et Infirmière Sage-femme (Capacité de SONUB)**

Le CS assure les prestations suivantes:

- Prise en charge des cas référés
- Confirmation par laboratoire des cas de diabète, de protéinurie et de pathologies infectieuses et prise en charge
- Le dépistage précoce de la drépanocytose
- Initiation de traitement de malaria grave et transfert
- Mise sous traitement des femmes enceintes séropositives au VIH
- Prévention du tétanos néonatal: vaccination DT de rattrapage
- Assistance à l'accouchement, incluant soins immédiats au nouveau-né et à la mère (SONUB)

- Prise en charge des avortements et de leurs complications y compris AMIU (Aspiration Manuelle Intra Utérine)
- Référence vers SONUC si nécessaire
- Suivi postnatal des accouchements compliqués

Niveau primaire: Échelon 3: l'Hôpital Communautaire de Référence (HCR)

➢ **Prestataire essentiel: Médecin de famille (MF) (Capacité de SONUC)**

L'HCR assure :

- La prise en charge des cas référés
- La pratique de césarienne
- La prise en charge des complications graves de l'avortement

Niveau Secondaire: l'Hôpital Départemental (HD)

L'Hôpital Départemental assure:

- La fonction de l'HCR dans son aire de proximité immédiate
- L'évaluation du développement du fœtus et des risques de dystocie par échographie

Références pour la sous-composante:

Manuel de Normes en Planification Familiale et en Soins Maternels
Guide de mise en œuvre d'une maternité SONUB. Normes et standards SONUB. MSPP 2014 Fiches techniques SONUB. Fiches Techniques SONUC. MSPP. Septembre 2012
Guide pour la Prévention de la Transmission Mère-Enfant. PNLS Guide diagnostique et thérapeutique. MSPP 2013
Protocoles de prise en charge des complications obstétricales et néonatales. MSPP. 2012

2. SANTÉ DE L'ENFANT

2.1. STANDARDS DE LA COMPOSANTE:

L'enfant a droit à des services de qualité fournis par niveau de prestation, dans un paquet standard de services intégrés qui commencent avant la grossesse, se précisent à la période néonatale et continuent durant toute la période de l'enfance[3].

a. Tout nouveau-né doit être évalué selon les directives du programme de PCIME.

b. La prise en charge du nouveau-né a pour objectifs de:
   - garantir le maintien de la santé du nouveau-né normal
   - dépister et référer dans des conditions optimales les cas d'urgences néonatales
   - participer, en lien avec l'échelon et les niveaux supérieurs, au rétablissement de la santé du nouveau-né malade selon un système de référence et contre-référence adéquat
   - promouvoir des pratiques familiales clés pour la santé de l'enfant telles que: l'allaitement exclusif au cours des 6 premiers mois, le suivi régulier du calendrier vaccinal, le lavage des mains avant les repas et après défécation, l'utilisation de moustiquaires imprégnées,…

c. Tout service de santé de premier échelon doit offrir la PCIME aux enfants malades âgés de 2 mois à 5 ans

d. Tout enfant doit avoir été complètement vacciné, selon le calendrier du PEV, à l'âge de 12 mois. Au cours de sa deuxième année il recevra les doses de rattrapage si nécessaire et les doses de rappel.

e. Tout enfant a droit, dès son premier contact avec le système de santé, à une évaluation de son état nutritionnel, puis à un suivi régulier de celui-ci.

f. Tout enfant a droit à une investigation pour l'infection au VIH, après un consentement éclairé de ses parents, à la recherche d'une éventuelle exposition ou infection au VIH et à une prise en charge si nécessaire.

2.2. NORMES EN SANTE DE L'ENFANT

- □ Le Centre Communautaire de Santé est la porte d'entrée pour la prise en charge de l'enfant. Des activités curatives, préventives et promotionnelles y sont réalisées.
- □ L'accouchement – et l'évaluation initiale du nouveau-né – sont effectués au sein du Centre de Santé (CS).

[3] «Les services de qualité seront fournis par niveau de prestation, dans un paquet standard de services intégrés qui commencent avant la grossesse, qui se précisent à la période néonatale et continuent durant toute la période de l'enfance» (Plan stratégique de la santé infantile 2014-2019. MSPP). En effet, la santé de l'enfant est aussi garantie par des interventions portant déjà sur l'état de santé de la femme bien avant la survenue d'une grossesse».

- Cependant l'évaluation du bébé né à domicile se fait au Centre Communautaire de Santé (CCS).
- L'auxiliaire-infirmier/ère (AI) est le prestataire clé du CCS et assume notamment la responsabilité des activités curatives. Il/Elle supervise le travail des Agents de Santé Communautaire Polyvalents (ASCP).
- L'ASCP est le pilier des activités préventives et promotionnelles du CCS. Il anime la relation de proximité entre le CCS et la communauté. Il a essentiellement un rôle d'information, de conseil et d'orientation.

2.3. PROCEDURES PAR SOUS-COMPOSANTES

2.3.1. Sous-composante : Prise en charge des nouveau-nés

A. Prise en charge systématique des nouveau-nés

Niveau primaire.- Échelon 1: le Centre Communautaire de Santé (CCS)

➢ **Prestataires essentiels: ASCP et AI**

L'ASCP fait notamment:

- La Promotion de la visite au CCS dans les 3 jours suivant l'accouchement à domicile
- La détection et l'orientation vers le CCS des nouvelles naissances
- La Promotion de l'allaitement maternel
- La Référence d'enfants présentant des signes généraux de danger ou de pathologies: jaunisse, conjonctivite, fièvre,….

Réf: Manuel de référence des ASCP

L'AI assure notamment les prestations suivantes:

- Évaluation du nouveau-né dans les 3 jours suivant un accouchement à domicile selon les gestes de base de l'approche PCIME : soins au cordon ombilical, etc.
- Prophylaxie oculaire
- Administration des premiers vaccins à donner à la naissance: BCG, Polio 0
- Identification sur la base des dossiers de consultation prénatale des enfants nés de mères présentant des infections (Syphilis, TB, VIH,…) afin de les référer, avec leurs mères, au CS.

Réf: Cahiers du PCIME et *Manuel des Normes et Procédures du PEV*

Niveau primaire.- Échelon 2: le Centre de Santé (CS)

- **Prestataires essentiels: Médecin Généraliste et Infirmière Sage-femme** (Capacité de SONUB)

L'infirmière Sage-femme assure:

- L'accouchement et l'évaluation systématique précoce du nouveau-né
- La Promotion de l'allaitement maternel
- La Prophylaxie oculaire
- L'Administration des premiers vaccins à donner à la naissance: BCG, Polio 0
- La détection des cas nécessitant une prise en charge médicale

Le Médecin Généraliste assure:

- Le traitement prophylactique du nouveau-né de mère infectée: Syphilis, TB, VIH,…
- La prise en charge des nouveau-nés référés
- Précise les diagnostics avec le support du laboratoire de base du CS
- Le dépistage précoce de la drépanocytose (anémie falciforme)
- La référence vers l'échelon supérieur si nécessaire

Réf: Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant (PCIME) Manuel de Normes et procédures du PEV

Guide de mise en œuvre d'une maternité SONUB. Normes et Standards SONUB. MSPP 2014

Niveau primaire.- Échelon 3: l'Hôpital Communautaire de Référence (HCR)

- **Prestataire essentiel: Médecin de famille (MF)** (Capacité de SONUC)

Le MF et son équipe du service de pédiatrie assurent:

- La prise en charge des nouveau-nés référés
- La prise en charge des nouveau-nés de la population installée dans son voisinage immédiat
- Le transfert vers l'HD des cas dépassant les capacités de l'HCR

Niveau Secondaire.- l'Hôpital Départemental (HD)

- Capacité complémentaire: service de néonatologie

Prestations fournies

- Prise en charge des cas référés

B. Prise en charge des urgences néonatales

Niveau primaire.- Échelon 1: le Centre Communautaire de Santé (CS)

- **Prestataires essentiels: ASCP et AI**

L'ASCP fait notamment:

– L'information, le conseil et l'orientation

Réf: Manuel de référence des ASCP

L'AI assure les prestations suivantes:

– Dépistage précoce des infections périnatales et transfert selon les directives de la PCIME vers l'échelon supérieur

– Dépistage précoce, initiation du traitement de la détresse respiratoire du nouveau-né selon les directives de la PCIME et transfert

Matériel nécessaire:

Ballon et masque pour ventilation pendant transfert

Réf: - Cahiers du PCIME

Niveau primaire.- Échelon 2: le Centre de Santé (CS)

- **Prestataires essentiels: Médecin Généraliste et Infirmière Sage-femme** (Capacité de SONUB)

Le personnel du CS assure:

– La réanimation du nouveau-né

– Le traitement des infections néonatales

– La Promotion de l'allaitement maternel

– La prise en charge des cas référés

– Le transfert si nécessaire vers l'échelon ou le niveau supérieur

Niveau primaire.- Échelon 3: l'Hôpital Communautaire de Référence (HCR)

- **Prestataire essentiel: Médecin de famille (MF)** (Capacité de SONUC)

Prestations fournies

– Prise en charge des cas référés en service de pédiatrie et soins intensifs

Niveau Secondaire.- l'Hôpital Départemental (HD)

- **Capacité complémentaire: service de néonatologie**

Prestations fournies

- Prise en charge des cas référés
- Soins intensifs renforcés

C. Prise en charge des cas de prématurité et des bébés de petit poids

Niveau primaire.- Échelon 1: le Centre Communautaire de Santé (CCS)

- **Prestataires essentiels: ASCP et AI**

L'ASCP fait:

- L'information, le conseil et l'orientation

  Réf: Manuel de référence des ASCP

L'AI assure les prestations suivantes:

- La Promotion de l'allaitement maternel
- Promotion et mise en œuvre de la méthode kangourou et transfert

  Réf: - Cahiers du PCIME

Niveau primaire.- Échelon 2: le Centre de Santé (CS)

- **Prestataires essentiels: Médecin Généraliste et Infirmière Sage-femme** (Capacité de SONUB)

Le personnel du CS assure:

- La Promotion et la mise en œuvre de la méthode kangourou et le transfert en HCR en fonction du poids de naissance et de l'état général

Niveau primaire.- Échelon 3: l'Hôpital Communautaire de Référence (HCR)

- **Prestataire essentiel: Médecin de famille (MF) (Capacité de SONUC)**

Prestations fournies

- Prise en charge des cas référés en service de pédiatrie et soins intensifs

Niveau Secondaire: l'Hôpital Départemental (HD)

- **Capacité complémentaire: service de néonatologie**

Prestations fournies

- Prise en charge des cas référés
- Soins intensifs renforcés

D. Dépistage précoce et orientation des malformations congénitales

Niveau Primaire.- Échelon 1: le Centre Communautaire de Santé (CCS)

- **Prestataires essentiels: ASCP et AI**

L'ASCP fait:

– L'information, le conseil et l'orientation

Réf: Manuel de référence des ASCP

L'AI assure les prestations suivantes:

– Recherche de signes cliniques de malformation congénitale

– Référence

Réf: Cahiers du PCIME

Niveau primaire.- Échelon 2: le Centre de Santé (CS)

- **Prestataires essentiels: Médecin Généraliste et Infirmière Sage-femme** (Capacité de SONUB)

Le personnel du CS assure:

– La confirmation du diagnostic

– Un support psychologique à la famille

– La référence

Niveau primaire.- Échelon 3: l'Hôpital Communautaire de Référence (HCR)

- **Prestataire essentiel: Médecin de famille (MF)** (Capacité de SONUC)

Prestations fournies

– Prise en charge selon capacités et/ou transfert

Niveau Secondaire: l'Hôpital Départemental (HD)

- **Capacité complémentaire: service de néonatologie**

Prestations fournies

– Prise en charge des cas référés

– Liens avec unité spécialisée

Références pour la sous-composante::

- *Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant (PCIME)*
- *Guide de mise en œuvre d'une maternité SONUB. Normes et Standards SONUB. MSPP 2014 Fiches techniques SONUB. Fiches Techniques SONUC. MSPP. Septembre 2012*
- *Protocoles de prise en charge des complications obstétricales et néonatales. MSPP. Septembre 2012 Guide diagnostique et thérapeutique. MSPP. Septembre 2013*

2.3.2. Sous-composante : Prise en charge des enfants de 2 mois à 5 ans

A. Prise en charge des maladies diarrhéiques

Maladies sous surveillance à déclaration hebdomadaire

Niveau primaire.- Échelon 1: le Centre Communautaire de Santé

- **Prestataires essentiels: ASCP et AI**

L'ASCP fait:

- L'information, le conseil et l'orientation
- L'initiation du plan A de traitement de la déshydratation

Réf: Manuel de référence des ASCP

L'AI assure les prestations suivantes:

- Compléter l'application du plan A par l'administration de comprimés de zinc
- Évaluation et traitement de la déshydratation légère ou modérée
- Evaluer et passer au plan B si nécessaire: SRO au CCS puis poursuite à domicile
- Transfert si nécessaire

Niveau primaire.- Échelon 2: le Centre de Santé

- **Prestataire essentiel : Médecin Généraliste**

Le personnel du CS assure:

- L'évaluation et le traitement de la déshydratation Sévère: plan C
- Transfert si nécessaire

Niveau primaire.- Échelon 3: l'Hôpital Communautaire de Référence (HCR)

- **Prestataire essentiel: Médecin de famille (MF)**

Prestations fournies

- Prise en charge en service de pédiatrie

Niveau Secondaire.- l'Hôpital Départemental (HD)

- **Capacité complémentaire: service de néonatologie**

Prestations fournies

- Fonction de HCR dans son aire de proximité
- Prise en charge de cas référés

B. Prise en charge des maladies respiratoires

Infection Respiratoire Aiguë : Maladie sous surveillance à déclaration hebdomadaire

Niveau primaire : Échelon 1 : le Centre Communautaire de Santé

- **Prestataires essentiels: ASCP et AI**

L'ASCP fait:

- L'information, le conseil et l'orientation

L'AI assure les prestations suivantes:

- Diagnostic clinique du syndrome respiratoire léger ou modéré
- Traitement du syndrome respiratoire léger ou modéré selon les algorithmes et directives de la PCIME
- Référence des cas graves

Niveau primaire.- Échelon 2: le Centre de Santé (CS)

- **Prestataire essentiel: Médecin Généraliste**

Le personnel du CS assure:

- L'évaluation et le traitement de la pneumonie grave, de l'asthme grave en disposant de support de laboratoire et d'équipement adéquat (oxygénothérapie)
- La référence des cas dépassant ses capacités.

Niveau primaire.- Échelon 3: l'Hôpital Communautaire de Référence (HCR)

- Prestataire essentiel: Médecin de famille (MF)
- Prise en charge en service de pédiatrie
  - Capacité d'imagerie: radiographie
  - Laboratoire

Niveau Secondaire: l'Hôpital Départemental (HD)

- Capacité complémentaire: service de néonatologie

Prestations fournies

- Prise en charge de cas référés
- Capacités de soins intensifs

C. **Prise en charge des syndromes fébriles**

Niveau primaire.- Échelon 1: le Centre Communautaire de Santé

- **Prestataires essentiels: ASCP et AI**

L'ASCP fait:

- L'information, le conseil et l'orientation

L'AI assure les prestations suivantes:

- Diagnostic clinique et traitement du syndrome fébrile modéré: contrôle de la température de tout enfant venant en consultation
- Test rapide pour la malaria
- Traitement de l'accès simple de malaria selon les normes en vigueur
- Diagnostic et traitement des cas simples de rougeole
- Référence des cas graves

Niveau primaire.- Échelon 2: le Centre de Santé

- **Prestataire essentiel: Médecin Généraliste**

Le personnel du CS assure:

- Le diagnostic microscopique de la malaria
- L'initiation du traitement de la malaria grave avant le transfert selon les normes en vigueur

Niveau primaire.- Échelon 3: l'Hôpital Communautaire de Référence (HCR)

- Prestataire essentiel: Médecin de famille (MF)

Prestations fournies

- Prise en charge en service de pédiatrie de cas de malaria grave, de cas de rougeole compliqués

Niveau Secondaire: l'Hôpital Départemental (HD)

- **Capacité complémentaire: service de néonatologie**
- **Capacités de soins intensifs**

L'Hôpital Départemental assure :

- La prise en charge des cas référés

D. Prise en charge des infections d'oreille et de gorge

Niveau primaire.- Échelon 1: le Centre Communautaire de Santé (CCS)

- **Prestataires essentiels: ASCP et AI**

L'ASCP fait:

– L'information, le conseil et l'orientation

L'AI assure les prestations suivantes:

– Diagnostic clinique et traitement des infections modérées de l'oreille selon Algorithme PCIME

– Diagnostic clinique et traitement de l'angine de gorge

– Référence des cas graves

Niveau primaire.- Échelon 2: le Centre de Santé (CS)

- **Prestataires essentiels : Médecin Généraliste**

Le personnel du CS assure:

– La prise en charge des cas référés avec support de laboratoire

– L'initiation du traitement de la malaria grave avant le transfert selon les normes en vigueur

Niveau primaire.- Échelon 3: l'Hôpital Communautaire de Référence (HCR)

- **Prestataire essentiel: Médecin de famille (MF)**

L'HCR assure :

– La prise en charge en service de pédiatrie de cas référés

Niveau Secondaire: l'Hôpital Départemental **(HD)**

- **Capacité complémentaire: service de néonatologie**

L'Hôpital Départemental assure :

– La prise en charge de cas référés en service d'ORL

E. Déparasitage systématique des enfants sains

Niveau primaire.- Échelon 1: le Centre Communautaire de Santé (CCS)

➢ **Prestataires essentiels: ASCP et AI**

Le déparasitage systématique est une activité essentiellement menée par l'échelon 1 en association avec la lutte contre la malnutrition

L'ASCP fait:

- L'information, le conseil et l'orientation
- L'administration de comprimés contre les parasites intestinaux dans les postes de rassemblement sous la supervision de l'AI

Réf: Manuel de référence des ASCP

L'AI assure les prestations suivantes:

- Administration de comprimés contre les parasites intestinaux au CCS
- Planification de la distribution par les ASCP

F. Suivi de la croissance et du développement psychomoteur

Niveau primaire.- Échelon 1: le Centre Communautaire de Santé (CCS)

➢ **Prestataires essentiels: ASCP et AI**

Le suivi de la croissance et du développement psychomoteur est une activité essentiellement menée par l'échelon 1 en association avec la lutte contre la malnutrition.

L'ASCP fait:

- L'information, le conseil et l'orientation lors des visites domiciliaires

L'AI assure les prestations suivantes:

- Contrôle de la croissance dans le cadre de la lutte contre la malnutrition
- Dépistage des retards de développement psychomoteur et référence.

Références pour la sous-composante:
Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant (PCIME)
Guide diagnostique et thérapeutique. MSPP Septembre 2013
Normes de prise en charge de la malaria en Haïti. 2012

2.3.3. Sous-composante: Protection contre les maladies immuno-contrôlables

- □ **Tétanos et tétanos néonatal, coqueluche: Maladies sous surveillance à déclaration hebdomadaire.**
- □ **Cas suspect de diphtérie, cas suspect de rougeole/rubéole, cas suspect de méningite, Paralysie Flasque Aiguë: déclaration immédiate.**
- □ **Déclaration immédiate obligatoire de tout Evénement Supposé être Attribuable à la Vaccination et à l'Immunisation (ESAVI)**
- □ **L'immunisation de la population-cible (enfants de moins d'un an) de son aire d'intervention demeure une attribution primordiale de l'échelon 1.**

Niveau primaire.- Échelon 1: le Centre Communautaire de Santé (CCS)

➢ Prestataires essentiels: ASCP et AI

L'ASCP fait:

- L'information, le conseil et l'orientation
- La vaccination dans la communauté selon le calendrier du PEV et les stratégies planifiées avec l'AI

L'AI assure les prestations suivantes:

- Planification et supervision des activités des ASCP
- Vaccination au CCS de la population de son aire de proximité immédiate
- Planification et mise en œuvre de stratégies de rattrapage pour des enfants qui n'auraient pas complété leur calendrier à l'âge d'un an. Ceci vaut particulièrement pour le vaccin anti rougeoleux vu qu'il n'est administré qu'à partir de l'âge de 9 mois, ce qui ne laisse qu'un court délai de 3 mois à un enfant pour le recevoir.

Niveau primaire.- échelon 2 : Centre de Santé (CS), Echelon 3 : HCR et Niveau secondaire : HD

Le CS, l'HCR et l'HD jouent un rôle de rattrapage en vaccinant les enfants ayant échappé à l'échelon inférieur et venus vers eux pour d'autres services.

Références pour la sous-composante:
Manuel de Normes Techniques et de Procédures du PEV en Haïti. 2014

2.3.4. Sous-composante: Lutte contre la malnutrition *(réf. Composante «nutrition»)*

Niveau primaire.- Échelon 1: le Centre Communautaire de Santé (CCS)

- **Prestataires essentiels: ASCP et AI**

L'ASCP fait:

- L'information, le conseil et l'orientation
- Le dépistage lors de visites à domicile: périmètre brachial,
- Le dépistage dans les postes de rassemblement: pesée **e** La référence au CCS

Outils et matériels nécessaires:

- ruban pour périmètre brachial, registres, cartes de santé, balance,…

L'AI assure les prestations suivantes:

- Dépistage systématique des cas de malnutrition
- Référence des cas modérés et sévères
- Centre de santé
- Traitement de cas modérés
- Traitement de cas sévères sans complication
- HCR et HD
- Traitement de cas sévères avec complication (Unité de Stabilisation Nutritionnelle)

Références pour la sous-composante:
Protocole National de prise en Charge de la Malnutrition Aiguë Globale en Haïti.

3. LUTTE CONTRE LES MALADIES TRANSMISSIBLES

3.1. STANDARDS DE LA COMPOSANTE

- La pyramide de soins offre à toute la population les moyens de prévention de l'infection au VIH y compris la PTME
- La promotion du dépistage du VIH est faite auprès de toute la population. Le dépistage volontaire lui est proposé.
- Toute femme enceinte a droit à une investigation, après son consentement éclairé, à la recherche d'une éventuelle exposition ou infection au VIH et à une prise en charge si nécessaire
- Tout enfant a droit à une investigation, après un consentement éclairé de ses parents, à la recherche d'une éventuelle exposition ou infection au VIH et à une prise en charge si nécessaire
- La prise en charge clinique et thérapeutique de toute personne séropositive au VIH est assurée
- Les services doivent offrir à la Personne Vivant avec le VIH des soins adaptés à son état général et à son bilan biologique. Le VIH/SIDA n'étant pas seulement un problème biomédical mais aussi un phénomène psycho-social pluridimensionnel la prise en charge doit se faire selon une approche multidisciplinaire.
- Le patient doit toujours être informé de façon claire et précise de sa situation sérologique, des implications sur sa santé des possibilités thérapeutiques actuelles et des exigences de suivi médical
- Tout patient diagnostiqué tuberculeux doit recevoir gratuitement les soins que nécessite son état
- Les maladies transmises par vecteurs sont l'objet d'une attention particulière qui ne se limite pas à leur seule prise en charge clinique mais comprend aussi des actions sur l'environnement
- Le mandat de toute institution de santé inclut la promotion des règles de prévention individuelle et collective des maladies transmissibles.

3.2. NORMES DE LA LUTTE CONTRE LES MALADIES TRANSMISSIBLES

- La lutte contre les maladies transmissibles repose essentiellement sur un ensemble de programmes verticaux qui ne définissent pas toujours clairement les niveaux de prise en charge. La définition et la mise en œuvre du PES sont une occasion d'y intégrer ces programmes.
- Le CCS demeure la première ligne pour la prise en charge des pathologies concernées. L'intégration souhaitée nécessite un bon système de référence et contre-référence entre les différents échelons de l'architecture de soins pour permettre au niveau communautaire de jouer son rôle de suivi des patients, son rôle de proximité.

- La prise en charge du VIH nécessite, pour quelque niveau que ce soit, un personnel formé tant au traitement médical qu'à l'approche psychologique du patient
- La prise en charge du choléra est maintenant intégrée dans les services réguliers du système
- Le personnel (médecins, infirmières, auxiliaires) devra être sensibilisé et formé au dépistage de la lèpre, pathologie qui semble n'être plus tellement prise en compte dans les institutions de santé. La politique actuelle de l'OPS/OMS visant à l'élimination de la maladie de la région des Amériques justifie que le PES y porte attention.

3.3. PROCÉDURES PAR SOUS-COMPOSANTE

3.3.1. Sous-composante: prise en charge de l'infection au VIH

Maladie sous surveillance à déclaration hebdomadaire

Niveau primaire.- Échelon 1: le Centre Communautaire de Santé (CCS)

➢ **Prestataires essentiels: ASCP et AI**

L'ASCP fait:

- Information, conseil, orientation
- Promotion du dépistage volontaire
- Accompagnement

L'AI assure les prestations suivantes:

- Conseil et Dépistage Volontaire (CDV): test rapide
- Dépistage systématique en consultation prénatale avec consentement éclairé des femmes enceintes: test rapide
- Référence des cas dépistés
- Accompagnement et réapprovisionnement des femmes enceintes séropositives en traitement de première ligne selon les normes de PTME
- Accompagnement et réapprovisionnement des patients mis sous ARV 1re ligne
- Support psycho-social

Niveau primaire.- Échelon 2: le Centre de Santé (CS)

➢ **Prestataires essentiels: Médecin Généraliste et Infirmière Sage-femme**

Le personnel du CS assure :

- La confirmation biologique des cas dépistés et référés
- La prise en charge des cas référés
- L'initiation du traitement des cas confirmés (1ère ligne)

- Le suivi clinique et biologique des patients sous traitement (capacités de pratiquer bilan rénal, bilan hépatique, hémogramme, urines)
- Le suivi clinique et biologique des femmes enceintes sous traitement
- L'évaluation des enfants nés de mères séropositives et référence à HD
- Le diagnostic chez les enfants de plus de 18 mois
- Le suivi clinique des enfants de moins de 5 ans sous ARV
- La prophylaxie au Cotrimoxazole
- Le traitement des infections opportunistes mineures: candidose buccale, herpès, zona, prurigo, diarrhée
- La prise en charge des co-infections TB-VIH

Niveau primaire.- Échelon 3: l'Hôpital Communautaire de Référence (HCR)

➢ **Prestataire essentiel: Médecin de famille (MF)**

L'HCR assure :

- La prise en charge des bébés nés de mères séropositives
- La prise en charge des cas référés
- L'initiation du régime de 2e ligne
- La prise en charge des infections opportunistes majeures: cryptococcose neuroméningée, toxoplasmose cérébrale, TB extrapulmonaire, sarcome de Kaposi, CMV
- La prise en charge des cas compliqués
- La prise en charge des cas d'échec thérapeutique
- Un appui spécialisé en santé mentale: psychologue

Niveau Secondaire: l'Hôpital Départemental (HD)

L'Hôpital Départemental assure :

- Le diagnostic du VIH chez le nourrisson de moins d'un an
- L'administration et le suivi du traitement de 3e ligne

Références pour la sous-composante:

Manuel de Normes de Prise en Charge clinique et Thérapeutique des adultes et adolescents vivant avec le VIH PCIME

Guide pédiatrique, enfants de 0 à 5 ans. Programme National de Lutte contre le VIH/SIDA

3.3.2. Sous-composante: prise en charge des IST

Maladies sous surveillance à déclaration hebdomadaire

Niveau primaire.- Échelon 1: le Centre Communautaire de Santé (CCS)

- **Prestataires essentiels: ASCP et AI**

L'ASCP fait:

- Information, conseil, orientation

L'AI assure les prestations suivantes:

- Diagnostic clinique et traitement selon l'approche syndromique (algorithmes du MSPP)
- Test rapide pour le diagnostic de la syphilis
- Référence des cas compliqués

Niveau primaire.- Échelon 2: le Centre de Santé (CS)

- **Prestataires essentiels: Médecin Généraliste et Infirmière Sage-femme**

Le personnel du CS assure :

- La confirmation biologique et la prise en charge des cas référés
- Suivi sérologique des cas de syphilis en traitement, notamment chez les femmes enceintes
- Prise en charge des nouveau-nés de mères infectées

Niveau primaire.- Échelon 3: l'Hôpital Communautaire de Référence (HCR)

- **Prestataire essentiel: Médecin de famille (MF)**

L'HCR assure :

- La prise en charge des cas référés
- La prise en charge des complications
- La prise en charge des cas d'échec thérapeutique

Niveau Secondaire: l'Hôpital Départemental (HD)

L'Hôpital Départemental assure:

- Les fonctions de l'HCR dans son aire de proximité

Références pour la sous-composante:

Guide diagnostique et thérapeutique. MSPP Septembre 2013.

ST Protocoles pour les soins de santé primaires révisés. MSPP Haïti 2005.

3.3.3. Sous-composante: prise en charge de la Tuberculose

Maladie sous surveillance à déclaration hebdomadaire (TPM+)

Niveau primaire.- Échelon 1: le Centre Communautaire de Santé (CCS)

- **Prestataires essentiels: ASCP et AI**

L'ASCP fait:

- L'information, conseil, orientation
- L'accompagnement des patients (DOTS)
- La recherche des cas d'abandon de traitement

L'AI assure les prestations suivantes:

- Dépistage systématique des symptomatiques respiratoires
- Dépistage actif des contacts
- Prélèvement de spécimens de crachats à adresser au laboratoire du CS
- Suivi et réapprovisionnement des patients mis sous traitement par le CS ou sous la supervision de celui-ci.

Niveau primaire.- Échelon 2: le Centre de Santé (CS)

- **Prestataires essentiels: Médecin Généraliste et Infirmière Sage-femme**

Le personnel du CS assure:

- Le diagnostic et la mise sous traitement des cas de tuberculose pulmonaire TPM +
- Référence des cas compliqués.

Niveau primaire.- Échelon 3: l'Hôpital Communautaire de Référence (HCR)

- **Prestataire essentiel: Médecin de famille (MF)**

L'HCR assure :

- La prise en charge des cas référés
- Le diagnostic et le traitement des cas de tuberculose pulmonaire à bacilloscopie négative ou extrapulmonaire en lien avec le laboratoire national et le Programme National de Lutte contre la Tuberculose
- La prise en charge des cas d'échec thérapeutique ou de complications en lien avec le PNLT
- La confirmation et la prise en charge des cas liés au VIH.

Niveau Secondaire: l'Hôpital Départemental (HD)

L'Hôpital Départemental assure :

Les fonctions de l'HCR dans son aire de proximité

Références pour la sous-composante:

Manuel des normes et procédures du Programme National de Lutte contre la Tuberculose

Manuel de normes de prise en charge clinique et thérapeutique des adultes et adolescents vivant avec le VIH.

3.3.4. Prise en charge des Maladies Transmissibles par Vecteurs

A. Malaria

Maladie sous surveillance à déclaration hebdomadaire

Niveau primaire.- Échelon 1: le Centre Communautaire de Santé (CCS)

- **Prestataires essentiels: ASCP et AI**

L'ASCP fait:

- Information, conseil, orientation
- Promotion de la lutte anti-vectorielle: traitement et élimination de gites larvaires
- Promotion de l'utilisation de moustiquaires imprégnées

L'AI assure les prestations suivantes:

- Dépistage et traitement de la malaria simple: 1re ligne
- Capacité: Test de Diagnostic Rapide
- Référence des cas graves et compliqués

Niveau primaire.- Échelon 2: le Centre de Santé(CS)

- **Prestataires essentiels: Médecin Généraliste et Infirmière Sage-femme**

Le personnel du CS assure:

- Le diagnostic par microscopie
- Le traitement de 2e ligne
- L'initiation de traitement des cas graves et compliqués et leur évacuation vers l'HCR

Niveau primaire.- Échelon 3: l'Hôpital Communautaire de Référence (HCR)

- **Prestataire essentiel: Médecin de famille (MF)**

L'HCR assure :

- La prise en charge des cas graves et compliqués

Niveau Secondaire: l'Hôpital Départemental (HD)

L'Hôpital Départemental assure:

- Les fonctions de l'HCR dans son aire de proximité

B. Dengue

Maladie sous surveillance à déclaration hebdomadaire

Niveau primaire.- Échelon 1: le Centre Communautaire de Santé (CCS)

- **Prestataires essentiels: ASCP et AI**

L'ASCP fait:

- Information, conseil, orientation
- Promotion de la lutte anti-vectorielle: traitement et élimination de gites larvaires
- Promotion de l'utilisation de moustiquaires imprégnées

L'AI assure les prestations suivantes:

- Diagnostic clinique et traitement symptomatique
- Test de Diagnostic Rapide de la malaria pour diagnostic différentiel
- Référence des cas graves et compliqués

Niveau primaire.- Échelon 2: le Centre de Santé(CS)

- **Prestataires essentiels: Médecin Généraliste et Infirmière Sage-femme**

Le personnel du CS assure:

- Le traitement des cas graves et compliqués

Niveau primaire.- Échelon 3: l'Hôpital Communautaire de Référence (HCR)

- **Prestataire essentiel: Médecin de famille (MF)**

L'HCR assure :

- La prise en charge des cas référés

Niveau Secondaire: l'Hôpital Départemental (HD)

L'Hôpital Départemental assure:

- Les fonctions de l'HCR dans son aire de proximité

Références pour la sous-composante:
Normes de prise en charge de la malaria en Haïti. 2012

3.3.5. Sous-composante: prise en charge des zoonoses

A. Prise en charge de la rage

Maladie sous surveillance: déclaration immédiate de toute agression par animal suspecté de rage

Déclaration hebdomadaire de tout cas de rage humaine

Niveau primaire.- Échelon 1: le Centre Communautaire de Santé (CCS)

➢ **Prestataires essentiels: ASCP et AI**

L'ASCP fait:

- Information, conseil, orientation
- Surveillance de routine

L'AI assure les prestations suivantes:

- Traitement local des morsures
- Recommandation de mettre l'animal suspect sous observation
- Référence pour vaccination si mort de l'animal ou signes évidents de maladie chez celui-ci

Niveau primaire.- Échelon 2: le Centre de Santé (CS)

➢ **Prestataires essentiels: Médecin Généraliste et Infirmière Sage-femme**

Le personnel du CS assure:

- La vaccination antirabique
- Administration d'immunoglobuline antirabique dans les cas de grande suspicion de rage chez l'animal

Niveau primaire.- Échelon 3: l'Hôpital Communautaire de Référence (HCR)

➢ **Prestataire essentiel: Médecin de famille (MF)**

L'HCR assure :

- La prise en charge des cas de rage déclarés (manifestations cliniques)

Niveau Secondaire: l'Hôpital Départemental (HD)

L'Hôpital Départemental assure:

- Les fonctions de l'HCR dans son aire de proximité

B. Charbon

Charbon cutané: Maladie sous surveillance à déclaration hebdomadaire

Niveau primaire.- Échelon 1: le Centre Communautaire de Santé (CCS)

➢ **Prestataires essentiels: ASCP et AI**

L'ASCP fait:

- Information, conseil, orientation
- Surveillance de routine

L'AI assure les prestations suivantes:

- Diagnostic clinique et référence immédiate au CS

Niveau primaire.- Échelon 2: le Centre de Santé(CS)

➢ **Prestataires essentiels: Médecin Généraliste et Infirmière Sage-femme**

Le personnel du CS assure:

- La confirmation du diagnostic
- Le traitement parentéral
- La référence des cas graves à l'HCR

Niveau primaire.- Échelon 3: l'Hôpital Communautaire de Référence (HCR)

➢ **Prestataire essentiel: Médecin de famille (MF)**

L'HCR assure :

- La prise en charge des cas graves et compliqués

Niveau Secondaire: l'Hôpital Départemental (HD)

L'Hôpital Départemental assure:

- Les fonctions de l'HCR dans son aire de proximité

Références pour la sous-composante:
Guide diagnostique et thérapeutique. MSPP. Septembre 2013

3.3.6. Sous-composante: prise en charge du choléra

Maladie sous surveillance à déclaration immédiate

Niveau primaire.- Échelon 1: le Centre Communautaire de Santé (CCS)

- **Prestataires essentiels: ASCP et AI**

L'ASCP fait:

- Information, conseil, orientation
- Promotion de mesures d'hygiène
- Initiation de la réhydratation par SRO pendant transport vers CCS

L'AI assure les prestations suivantes:

- Diagnostic clinique et évacuation immédiate au CS avec réhydratation orale

Niveau primaire.- Échelon 2: le Centre de Santé (CS)

- **Prestataires essentiels: Médecin Généraliste et Infirmière Sage-femme**

Le personnel du CS assure:

- La réhydratation parentérale
- L'antibiothérapie
- L'évacuation vers l'HCR si nécessaire

Niveau primaire.- Échelon 3: l'Hôpital Communautaire de Référence (HCR)

- **Prestataire essentiel: Médecin de famille (MF)**

L'HCR assure :

- La fonction du CS dans son aire de proximité
- La prise en charge des cas provenant des échelons inférieurs

Niveau Secondaire : l'Hôpital Départemental (HD)

L'Hôpital Départemental assure:

- Les fonctions de l'HCR dans son aire de proximité

Références pour la sous-composante:
Guide diagnostique et thérapeutique. MSPP. Septembre 2013

3.3.7. Sous-composante: prise en charge de la lèpre [4]

Maladie sous surveillance à déclaration hebdomadaire

Niveau primaire.- Échelon 1: le Centre Communautaire de Santé (CCS)

- **Prestataires essentiels: ASCP et AI**

L'ASCP fait:

- Information, conseil, orientation
- Accompagnement et suivi de patients sous traitement

L'AI assure les prestations suivantes:

- Dépistage clinique: test de sensibilité sur taches dépigmentées
- Référence au CS
- Suivi et réapprovisionnement de patients sous traitement

Niveau primaire.- Échelon 2: le Centre de Santé (CS)

- **Prestataires essentiels: Médecin Généraliste et Infirmière Sage-femme**

Le personnel du CS assure:

- La confirmation du diagnostic et mise sous traitement en lien avec unité spécialisée
- La référence vers l'HCR des cas compliqués

Niveau primaire.- Échelon 3: l'Hôpital Communautaire de Référence (HCR)

- **Prestataire essentiel: Médecin de famille (MF)**

L'HCR assure :

- La prise en charge des cas référés
- L'hospitalisation en isolement des patients en crise lépromateuse

Niveau Secondaire: l'Hôpital Départemental (HD)

L'Hôpital Départemental assure:

- Les fonctions de l'HCR dans son aire de proximité

[4] Comme il manque de documents de normes et procédures sur la prise en charge de la lèpre ce qui est présenté ici prend valeur de proposition

4. NUTRITION

4.1. STANDARDS DE LA COMPOSANTE

- Tout enfant a droit, dès son premier contact avec le système de santé, à une évaluation de son état nutritionnel, puis à un suivi régulier de celui-ci.
- Toute femme enceinte a droit a une évaluation et à un suivi de son état nutritionnel et à une prévention des carences en nutriments pouvant être liés à sa grossesse
- La prise en charge des PVVIH doit comporter l'évaluation et le suivi de leur état nutritionnel et l'apport de compléments en nutriments si nécessaire.

4.2. NORMES ET PROCEDURES EN NUTRITION

- Le Centre Communautaire de Santé est la porte d'entrée pour la surveillance nutritionnelle tant de l'enfant que de la femme enceinte et de la personne vivant avec le VIH.
- L'ASCP est un prestataire clé de cette composante au niveau de la communauté soit par ses interventions à domicile, soit par ses activités dans les postes de rassemblement
- Le traitement des cas sévères de malnutrition infantile relève du centre de santé.
- La prise en charge des cas compliqués se fait à l'Hôpital Communautaire de Référence qui comporte une Unité de Stabilisation Nutritionnelle

4.3. PROCEDURES PAR SOUS-COMPOSANTE

4.3.1. Sous-composante: prise en charge de la malnutrition infantile

Niveau primaire.- Échelon 1: le Centre Communautaire de Santé (CCS)

➢ **Prestataires essentiels: ASCP et AI**

L'ASCP fait:

- Information, conseil, orientation
- Le dépistage systématique lors des visites à domicile et des postes de rassemblement: Périmètre brachial, recherche d'œdèmes, pesée
- Référence des cas dépistés au CCS
- Le suivi domiciliaire des enfants sous traitement nutritionnel

L'AI assure les prestations suivantes:

- Dépistage systématique
- Confirmation des cas référés: œdèmes, calcul du rapport Poids/Taille, test de l'appétit
- Traitement nutritionnel des cas modérés
- Référence au CS des cas sévères

Niveau primaire.- Échelon 2: le Centre de Santé (CS)

- **Prestataires essentiels: Médecin Généraliste et Infirmière Sage-femme**

Le personnel du CS assure:

- Le traitement des cas sévères sans complication (Programme Thérapeutique Ambulatoire)
- Le traitement médical systématique

Niveau primaire.- Échelon 3: l'Hôpital Communautaire de Référence (HCR)

- **Prestataire essentiel: Médecin de famille (MF)**

L'HCR assure :

- Le traitement nutritionnel et médical des cas sévères avec complications et des nourrissons à l'Unité de Stabilisation Nutritionnelle

Niveau Secondaire: l'Hôpital Départemental (HD)

L'Hôpital Départemental assure:

- Un appui spécialisé: nutritionniste

Profil de personnel, équipement et Matériel par échelon/ niveau

(*Tableau adapté du protocole national de prise en charge de la malnutrition aiguë globale en Haïti*)

	CCS	CS	HCR	HD
Personnel	ASCP Auxiliaire	Médecin Infirmière Auxiliaire	Médecin / Médecin de famille / pédiatre Infirmière Auxiliaire	Médecin / Médecin de famille / pédiatre Infirmière Auxiliaire Assistant social Nutritionniste
Équipements et matériel	– Matériel anthropométrique – Matériel de registre – Médicaments – Traitement systématique MAM – Traitement nutritionnel MAM	– Matériel anthropométrique – Matériel de registre – Médicaments – Traitement systématique MAM – Traitement nutritionnel MAM – Médicaments – Traitement systématique MAS – Traitement nutritionnel MAS	– Lits d'hospitalisation (USN) – Matériel anthropométrique – Matériel de registre – Médicaments – Traitement systématique MAM – Traitement nutritionnel MAM – Médicaments – Traitement systématique MAS – Traitement nutritionnel MAS	– Lits d'hospitalisation (USN) – Matériel anthropométrique – Matériel. de registre – Médicaments – Traitement systématique MAM – Traitement nutritionnel MAM – Médicaments – Traitement systématique MAS – Traitement nutritionnel MAS

MAM: Malnutrition Aiguë Modérée

Référence pour la sous-composante :

Protocole National de prise en charge de la malnutrition aiguë globale en Haïti

4.3.2. Sous-composante: Suivi nutritionnel des PVVIH

Niveau primaire.- Échelon 1: le Centre Communautaire de Santé (CCS)

- **Prestataires essentiels: ASCP et AI**

L'ASCP fait:

- Information, conseil, orientation
- Le suivi domiciliaire des PVVIH

L'AI assure les prestations suivantes:

- Evaluation de l'état nutritionnel des patients lors de leur réapprovisionnement
- Conseil diététique

Niveau primaire.- Échelon 2: le Centre de Santé (CS)

- **Prestataires essentiels: Médecin Généraliste et Infirmière Sage-femme**

Le personnel du CS assure:

- L'évaluation périodique de l'état nutritionnel au cours du suivi du traitement ARV

Niveau primaire.- Échelon 3: l'Hôpital Communautaire de Référence (HCR)

- **Prestataire essentiel: Médecin de famille (MF)**

L'HCR assure la fonction du CS dans son aire de proximité

Niveau Secondaire: l'Hôpital Départemental (HD)

L'Hôpital Départemental assure:

- Un appui spécialisé: nutritionniste

Références pour la sous-composante:
Manuel de Normes de Prise en Charge clinique et Thérapeutique des adultes et adolescents vivant avec le VIH

4.3.3. Sous-composante: Suivi nutritionnel des femmes enceintes

Niveau primaire.- Échelon 1: le Centre Communautaire de Santé (CCS)

- **Prestataires essentiels: ASCP et AI**

L'ASCP fait:

- Information, conseil, orientation

L'AI assure les prestations suivantes:

- Evaluation de l'état nutritionnel des femmes enceintes en consultation prénatale
- Distribution de suppléments : Fer-Acide folique
- Conseil diététique
- Administration de vitamine A en post-partum

Niveau primaire.- Échelon 2: le Centre de Santé (CS)

- **Prestataires essentiels: Médecin Généraliste et Infirmière Sage-femme**

Le personnel du CS assure:

- L'évaluation de l'état nutritionnel au cours des consultations prénatales
- Administration de vitamine A en post-partum

Niveau primaire.- Échelon 3: l'Hôpital Communautaire de Référence (HCR)

- **Prestataire essentiel: Médecin de famille (MF)**

L'HCR assure :

- La fonction du CS dans son aire de proximité

Niveau Secondaire : l'Hôpital Départemental (HD)

L'Hôpital Départemental assure:

- Un appui spécialisé: nutritionniste

4.3.4. Sous-composante: Prévention des carences en oligo-éléments

Niveau primaire.- Échelon 1: le Centre Communautaire de Santé (CCS)

- Prestataires essentiels: ASCP et AI

L'ASCP fait:

- Information, conseil, orientation

L'AI assure les prestations suivantes:

- Distribution de suppléments: Fer-Acide folique aux femmes enceintes
- Conseil diététique
- Administration de vitamine A en post-partum
- Administration de vitamine A aux enfants de 0 à 5 ans
- Administration de comprimés de zinc aux enfants atteints de diarrhée

Niveau primaire.- Échelon 2: le Centre de Santé (CS)

- **Prestataires essentiels: Médecin Généraliste et Infirmière Sage-femme**

Le personnel du CS assure:

- La fonction du CCS dans son aire de proximité

Références pour la sous-composante :

Protocole National de prise en Charge de la Malnutrition Aiguë Globale en Haïti.
Normes nationales relatives à l'alimentation du nourrisson, du jeune enfant sain et de ceux nés de mères séropositives.

5. LUTTE CONTRE LES MALADIES CHRONIQUES NON TRANSMISSIBLES

5.1. STANDARDS DE LA COMPOSANTE

- Les maladies chroniques non transmissibles occupent une place de plus en plus importante dans le lot des pathologies courantes. Les plus fréquentes sont le diabète, l'hypertension artérielle, les maladies respiratoires chroniques, les cancers du sein, du col et de la prostate.
- Le dépistage de ces pathologies doit être systématique à tous les échelons du système de soins sur la base de signes cliniques et/ou biologiques selon les capacités du niveau considéré.
- Toute personne présentant une de ces pathologies doit recevoir des soins appropriés selon les compétences des différents échelons et niveaux de l'architecture du système de soins. Au besoin les soins seront administrés en lien avec une unité spécialisée régionale ou nationale (ex. chimiothérapie anti cancéreuse).

5.2. NORMES DE LA LUTTE CONTRE LES MALADIES CHRONIQUES NON TRANSMISSIBLES

- Les Centres Communautaires de Santé (CCS) et les Centres de Santé (CS) représentent la première ligne de soins pour ces pathologies.
- La 2e ligne est constituée par l'Hôpital Communautaire de Référence (HCR), où le Prestataire essentiel est le médecin de famille.
- L'Hôpital Départemental, seul structure du niveau secondaire, forme la troisième ligne en offrant des services de spécialités comme l'urologie, l'oncologie…

5.3. PROCEDURES PAR SOUS-COMPOSANTE

5.3.1. Sous-composante : Prise en charge du Diabète et de ses complications

Niveau primaire.- Échelon 1: le Centre Communautaire de Santé (CCS)

- **Prestataires essentiels: ASCP et AI**

L'ASCP fait notamment:

- Information, conseil, orientation
- Promotion de mode de vie sain
- Promotion du dépistage volontaire
- Référence au CCS sur base de certains signes : soif intense, urines attirant les fourmis
- Accompagnement des personnes sous traitement

L'AI assure notamment les prestations suivantes:

- Précision du diagnostic: bandelette urinaire, glucomètre
- Suivi et réapprovisionnement des personnes mises sous traitement
- Dépistage systématique chez les plus de 40 ans
- Dépistage systématique chez les femmes enceintes

Niveau primaire.- Échelon 2 : le Centre de Santé (CS)

➢ **Prestataires essentiels: Médecin Généraliste et Infirmière Sage-femme**

Le personnel du CS assure:

- La confirmation biologique du diagnostic: laboratoire de premier niveau
- Le traitement médical
- Le rôle du CCS dans son aire de proximité
- La référence des cas compliqués

Niveau primaire.- Échelon 3: l'Hôpital Communautaire de Référence (HCR)

➢ **Prestataire essentiel: Médecin de famille (MF)**

L'HCR assure :

- Le diagnostic et le traitement des complications du diabète
- Le traitement des urgences diabétiques: coma hyper glycémique, coma hypoglycémique, hyper osmolaire, AVC

Niveau Secondaire: l'Hôpital Départemental (HD)

L'Hôpital Départemental assure:

- La prise en charge par des sous-spécialités: ophtalmologie, urologie,…

5.3.2. Sous-composante: Prise en charge de l'HTA et des maladies cardio-vasculaires

Niveau primaire.- Échelon 1: le Centre Communautaire de Santé (CCS)

➢ **Prestataires essentiels: ASCP et AI**

L'ASCP fait notamment:

- Information, conseil, orientation
- Promotion de mode de vie sain
- Référence au CCS sur base de certains signes: céphalée, vertige,…
- Accompagnement des personnes sous traitement

L'AI assure notamment les prestations suivantes:

- Dépistage systématique de l'hypertension artérielle par la mesure de la PA chez tout patient adulte venant en consultation
- Information des patients et identification chez eux de facteurs de risques: antécédents familiaux, tabac, alcool, …..
- Conseils diététiques
- Traitement des cas légers et modérés
- Suivi et réapprovisionnement des personnes mises sous traitement
- Dépistage systématique chez les femmes enceintes
- Référence des cas compliqués

Niveau primaire.- Échelon 2: le Centre de Santé (CS)

➢ **Prestataires essentiels: Médecin Généraliste**

Le personnel du CS assure:

- Le dépistage clinique des pathologies cardiovasculaires: insuffisance cardiaque, aortique,….
- Le traitement médical des cas sévères
- Le traitement ou l'initiation du traitement des urgences: crise hypertensive, arythmies cardiaques, infarctus du myocarde, AVC…et l'évacuation si nécessaire
- Le rôle du CCS dans son aire de proximité
- La référence des cas compliqués ou nécessitant hospitalisation

Niveau primaire : Échelon 3: l'Hôpital Communautaire de Référence (HCR)

➢ **Prestataire essentiel: Médecin de famille (MF)**

L'HCR assure :

- Le traitement des cas référés et évacués
- Le diagnostic et le suivi au moyen de supports: laboratoire (enzymes cardiaques), imagerie, ECG
- Le traitement des urgences: arythmies, infarctus du myocarde, AVC, Arythmies sévères,….

Niveau Secondaire: l'Hôpital Départemental (HD)

L'Hôpital Départemental assure:

- La prise en charge par des spécialistes: internistes, urgentistes
- Des soins intensifs

Références pour la sous-composante:
Guide diagnostique et thérapeutique. MSPP Septembre 2013.

5.3.3. Sous-composante: Prise en charge des maladies respiratoires chroniques

Niveau primaire.- Échelon 1: le Centre Communautaire de Santé (CCS)

- **Prestataires essentiels: ASCP et AI**

L'ASCP fait notamment : Information, conseil, orientation

- Référence au CCS sur base de certains signes: difficulté à respirer, toux chronique, …
- Accompagnement des personnes sous traitement

L'AI assure notamment les prestations suivantes:

- Diagnostic clinique de l'asthme
- Traitement de l'asthme stable par inhalation de salbutamol
- Traitement de la crise d'asthme légère ou modérée par inhalation de salbutamol…
- Référence des cas compliqués et des autres pathologies respiratoires chroniques
- Suivi et réapprovisionnement des personnes mises sous traitement

Niveau primaire : Échelon 2 - le Centre de Santé (CS)

- **Prestataires essentiels : Médecin Généraliste**

Le personnel du CS assure:

- Le traitement médical des cas d'asthme grave
- L'évacuation (avec assistance respiratoire y compris oxygène et médicale) vers l'HCR des cas à pronostic vital engagé
- Le rôle du CCS dans son aire de proximité

Niveau primaire : Échelon 3 - l'Hôpital Communautaire de Référence (HCR)

- **Prestataire essentiel: Médecin de famille (MF)**

L'HCR assure :

- Le traitement des cas référés et évacués
- Le diagnostic et le suivi au moyen de supports: laboratoire (enzymes cardiaques), imagerie, ECG

Niveau Secondaire: l'Hôpital Départemental (HD)

L'Hôpital Départemental assure:

- La prise en charge par des spécialistes: internistes, urgentistes
- Des soins intensifs

Références pour la sous-composante :
Guide diagnostique et thérapeutique. MSPP Septembre 2013.

5.3.4. Sous-composante: Prise en charge des cancers

A. Diagnostic et traitement du cancer du col

Se référer à *«Dépistage précoce et traitement des cancers du col utérin» dans la sous-composante «Pathologies gynécologiques» de la composante «Santé de la femme et de la mère»*

B. Diagnostic et traitement du cancer du sein

Se référer à *«Dépistage précoce et traitement des cancers du col utérin» dans la sous-composante «Pathologies gynécologiques» in composante «Santé de la femme et de la mère»*

C. Diagnostic et traitement du cancer de la prostate

Niveau primaire : Échelon 1 - le Centre Communautaire de Santé (CCS)

➢ **Prestataires essentiels: ASCP et AI**

L'ASCP fait notamment:

- Information, conseil, orientation
- Référence au CCS sur base de certains signes: difficulté à uriner,. …
- Accompagnement des personnes sous traitement

L'AI assure notamment les prestations suivantes:

- Recherche de facteurs de risques: antécédents familiaux, inflammation de la prostate,…
- Recherche de signes cliniques: obstacle à l'écoulement de l'urine
- Référence

Niveau primaire : Échelon 2 - le Centre de Santé (CS)

➢ **Prestataires essentiels : Médecin Généraliste**

Le personnel du CS assure:

- L'évaluation clinique de la prostate, diagnostic différentiel: prostatite,…
- Le dépistage systématique clinique chez les hommes de plus de 50 ans
- Le suivi des cas en traitement

Niveau primaire : Échelon 3 - l'Hôpital Communautaire de Référence (HCR)

➢ **Prestataire essentiel: Médecin de famille (MF)**

L'HCR assure :

- Le diagnostic et le suivi au moyen de supports: laboratoire, Echographie
- Le traitement médical en lien avec unité spécialisée

Niveau Secondaire: l'Hôpital Départemental (HD)

L'Hôpital Départemental assure:

- La prise en charge spécialisée: service d'urologie: traitement médical et chirurgical

6. SOINS OCULAIRES - LUTTE CONTRE LA CECITE EVITABLE

6.1. STANDARDS DE LA COMPOSANTE:

- Les pathologies oculaires touchent les personnes de tous âges.
- La prévention de la cécité évitable fait partie intégrante du mandat de chaque échelon du système de santé selon ses capacités.
- La prévention de la cécité évitable inclut la prévention et le traitement des carences nutritionnelles
- La lutte contre la cécité évitable et le dépistage des problèmes oculaires passe aussi par une collaboration multisectorielle: dépistage à l'école, en milieu du travail
- Le dépistage des pathologies oculaires les plus courantes doit être systématique et leur prise en charge fait selon leur gravité et engage tous les niveaux du système de soins.

6.2. NORMES ET PROCEDURES DES SOINS OCULAIRES ET DE LA LUTTE CONTRE LA CECITE EVITABLE

- C'est à l'Hôpital départemental que le système garantit la présence d'ophtalmologue. L'HD est apte à prendre en charge la majorité des causes de cécité évitable.
- Les Centres Communautaires de Santé (CCS) représentent la première ligne de soins oculaires/lutte contre la cécité évitable.
- L'ASCP et l'auxiliaire infirmière doivent être formés au dépistage précoce des pathologies ciblées.
- Ils sont aussi responsables des activités de promotion dans ce domaine et de l'orientation des patients au sein du système de soins oculaires.
- Les Centres de Santé (CS) contribuent au dépistage précoce des pathologies ciblées et assurent la prise en charge des traumas, infections et affections inflammatoires mineurs.
- L'Hôpital Communautaire de Référence (HCR) supporte la prise en charge médicale de certaines urgences et pathologies ciblées. Il accueille aussi, le cas échéant, des activités de proximité de l'équipe d'ophtalmologie de l'HD.

6.3. PROCEDURES PAR SOUS-COMPOSANTE

6.3.1. Sous-Composante: Prévention de la cécité nutritionnelle

Niveau primaire : Échelon 1 - le Centre Communautaire de Santé (CCS)

➢ **Prestataires essentiels: ASCP et AI**

L'ASCP fait notamment:

- Information, conseil, orientation
- Référence au CCS sur base de certains signes: baisse de la vision nocturne chez les enfants

L'AI assure notamment les prestations suivantes:

- Conseil diététique: recommandation d'aliments riche en vitamine A
- Dépistage de la carence en vitamine A: recherche de taches de Bitot particulièrement chez les enfants en malnutrition protéino-calorique
- Référence au CS des cas dépistés
- Prévention de la cécité par l'administration de vitamine A aux enfants de moins de 5 ans
- Supplémentation en vitamine A des femmes allaitantes en postpartum

Niveau primaire.- Échelon 2: le Centre de Santé (CS)

➢ **Prestataires essentiels: Médecin Généraliste et Infirmière Sage-femme**

Le personnel du CS assure:

- Le traitement de l'avitaminose A dès l'apparition des premiers signes cliniques

Niveau primaire : Échelon 3 - l'Hôpital Communautaire de Référence (HCR)

➢ **Prestataire essentiel: Médecin de famille (MF)**

L'HCR assure :

- Le traitement d'appoint en vitamine A des enfants admis dans son Unité de Stabilisation Nutritionnelle

Niveau Secondaire : l'Hôpital Départemental ***(HD)***

L'Hôpital Départemental assure:

- La prise en charge spécialisée: ophtalmologie

6.3.2. Sous-composante : Prise en charge de la cataracte

Niveau primaire : Échelon 1 - le Centre Communautaire de Santé (CCS)

➢ **Prestataires essentiels: ASCP et AI**

L'ASCP fait notamment:

- Information, conseil, orientation

L'AI assure notamment les prestations suivantes:

- Exploration fonctionnelle à l'aide d'une source lumineuse
- Test d'acuité visuelle en examen oculaire de routine
- Suivi des patients traités par le niveau supérieur

Niveau primaire : Échelon 2 - le Centre de Santé (CS)

- **Prestataires essentiels : Médecin Généraliste**

Le personnel du CS assure:

- Le dépistage systématique de la cataracte chez l'adulte de plus de 40 ans
- La référence des cas dépistés vers le niveau supérieur

Niveau primaire : Échelon 3 - l'Hôpital Communautaire de Référence (HCR)

- **Prestataire essentiel: Médecin de famille (MF)**

L'HCR assure:

- La fonction du CS dans son aire de proximité immédiate

Niveau Secondaire: l'Hôpital Départemental (HD)

L'Hôpital Départemental assure:

- Le traitement chirurgical de la cataracte
- La prescription de verres correcteurs

6.3.2. Sous-Composante : Prise en charge du glaucome

Niveau primaire : Échelon 1 - le Centre Communautaire de Santé (CCS)

- **Prestataires essentiels: ASCP et AI**

L'**ASCP fait notamment**:

- Information, conseil, orientation

L'AI assure notamment les prestations suivantes:

- Exploration fonctionnelle à l'aide d'une source lumineuse
- Suivi des patients traités par le niveau supérieur

Niveau primaire : Échelon 2 - le Centre de Santé (CS)

- **Prestataires essentiels: Médecin Généraliste et Infirmière Sage-femme**

Le personnel du CS assure:

- L**e** dépistage systématique du glaucome chez l'adulte de plus de 40 ans
- L'exploration fonctionnelle à l'aide d'une source lumineuse et d'un ophtalmoscope
- La mesure de la tension oculaire (tonomètre)
- La référence des cas dépistés vers le niveau supérieur

Niveau primaire : Échelon 3 - L'Hôpital Communautaire de Référence (HCR)

➢ **Prestataire essentiel: Médecin de famille (MF)**

L'HCR assure:

– Le traitement médical du glaucome

Niveau Secondaire: l'Hôpital Départemental (HD)

L'Hôpital Départemental assure:

– Le traitement chirurgical du glaucome

6.3.3. Sous-composante: Prise en charge des erreurs de réfraction

Niveau primaire : Échelon 1 - le Centre Communautaire de Santé (CCS)

➢ **Prestataires essentiels: ASCP et AI**

L'ASCP fait notamment:

– Information, conseil, orientation

L'AI assure notamment les prestations suivantes:

– Evaluation systématique de l'acuité visuelle en milieu scolaire en partenariat avec les instituteurs et institutrices

– Test d'acuité visuelle en examen oculaire de routine

Niveau primaire : Échelon 2 - le Centre de Santé (CS)

➢ **Prestataires essentiels: Médecin Généraliste**

Le personnel du CS assure:

– Le dépistage de la presbytie et la prescription de lunettes de lecture chez l'adulte de plus de 40 ans

Niveau primaire : Échelon 3 - l'Hôpital Communautaire de Référence (HCR)

➢ **Prestataire essentiel: Médecin de famille (MF)**

L'HCR assure:

– La fonction du CS dans son aire de proximité immédiate

Niveau Secondaire : l'Hôpital Départemental (HD)

L'Hôpital Départemental assure:

– Les tests de réfraction (erreur compliquée)

– La prescription de verres correcteurs

6.3.4. Sous-composante: Prise en charge de la rétinopathie diabétique

Niveau primaire : Échelon 1 - le Centre Communautaire de Santé (CCS)

- **Prestataires essentiels: ASCP et AI**

L'ASCP fait notamment:

- Information, conseil, orientation

L'AI assure notamment les prestations suivantes:

- Dépistage systématique du diabète chez le jeune adulte: bandelettes urinaires, glucomètre

Niveau primaire : Échelon 2 - le Centre de Santé (CS)

- **Prestataires essentiels: Médecin Généraliste**

Le personnel du CS assure:

- Le dépistage systématique du diabète chez le jeune adulte: laboratoire de premier niveau

Niveau primair : Échelon 3 - l'Hôpital Communautaire de Référence (HCR)

- **Prestataire essentiel: Médecin de famille (MF)**

L'HCR assure:

- L'exploration fonctionnelle de l'œil (fond d'œil)

Niveau Secondaire: l'Hôpital Départemental (HD)

L'Hôpital Départemental assure:

- Le traitement médical de la rétinopathie diabétique
- La prise en charge des cas référés par les échelons inférieurs

6.3.5.- Sous-composante: Prise en charge des inflammations et infections de l'œil (œil rouge)

Niveau primaire : Échelon 1 - le Centre Communautaire de Santé (CCS)

- **Prestataires essentiels: ASCP et AI**

L'ASCP fait notamment:

- Information, conseil, orientation

L'AI assure notamment les prestations suivantes:

- Dépistage et prise en charge de l'ophtalmie du nouveau-né
- Examen clinique de base de l'œil

- Diagnostic et prise en charge des uvéites et conjonctives: source lumineuse, test d'acuité visuelle
- Traitement par antibiotiques locaux
- Référence des cas compliqués

Niveau primaire : Échelon 2 - le Centre de Santé (CS)

➢ **Prestataires essentiels: Médecin Généraliste**

Le personnel du CS assure:

- La fonction du CCS dans son aire de proximité immédiate

Niveau primaire : Échelon 3 - l'Hôpital Communautaire de Référence (HCR)

➢ **Prestataire essentiel: Médecin de famille (MF)**

L'HCR assure :

- L'accueil et la prise en charge des cas référés

Niveau Secondaire : l'Hôpital Départemental (HD)

L'Hôpital Départemental assure:

- Prise en charge spécialisée: ophtalmologue
- La prise en charge des cas référés par les échelons inférieurs

6.3.6. Sous-composante : Prise en charge des traumatismes oculaires

Niveau primaire : Échelon 1 - le Centre Communautaire de Santé (CCS)

➢ **Prestataires essentiels: ASCP et AI**

L'ASCP fait notamment:

- Information, conseil, orientation

L'AI assure notamment les prestations suivantes:

- Promotion de normes de sécurité à l'école et en milieu de travail
- Prise en charge des traumas mineurs (plaies palpébrales superficielles, irritants légers,…)
- Evacuation des cas compliqués: transport en décubitus dorsal, tête immobilisée par des coussins, les deux yeux protégés

Niveau primaire : Échelon 2 - le Centre de Santé (CS)

- **Prestataires essentiels : Médecin Généraliste**

Le personnel du CS assure:

- La fonction du CCS dans son aire de proximité immédiate

Niveau primaire.- Échelon 3: l'Hôpital Communautaire de Référence (HCR)

- **Prestataire essentiel: Médecin de famille (MF)**

L'HCR assure:

- La prise en charge précoce des traumas majeurs (corps étrangers conjonctivaux, plaies conjonctivales pénétrantes, plaies cornéennes,…)

Niveau Secondaire: l'Hôpital Départemental (HD)

L'Hôpital Départemental assure:

- Prise en charge spécialisée: ophtalmologue
- La prise en charge des cas référés par les échelons inférieurs

7. SANTE MENTALE

7.1. STANDARDS DE LA COMPOSANTE

- La santé mentale fait partie intégrante de la santé globale de l'individu.
- L'état de santé mentale de tout patient se présentant à une institution de santé doit être rapidement et sommairement évalué
- Tout patient présentant des signes d'altération de sa santé mentale doit recevoir des soins appropriés selon les compétences des différents échelons et niveaux de l'architecture du système de soins
- La famille et la communauté sont considérées comme des acteurs-clés dans la prise en charge des problèmes de santé mentale. Toute personne atteinte de problème de santé mentale doit trouver un support dans sa famille et de la communauté en lien avec les institutions de santé.

7.2. NORMES EN SANTE MENTALE

- La prise en charge des problèmes de santé mentale commence dans la famille et la communauté.
- Les Centres Communautaires de Santé (CCS) et des Centres de Santé (CS) représentent la première ligne de soins en santé mentale. La 2e ligne est constituée par l'Hôpital Communautaire de Référence (HCR), où le système garantit la présence d'un psychologue. Le niveau tertiaire, où évolue le médecin psychiatre, assure la 3e ligne.
- L'équipe de santé familiale doit renforcer la collaboration avec la communauté et développer un véritable réseau de santé mentale, autour des CCS et des CS.
- Cette stratégie de «réseau de santé mentale» mise sur la communication sociale et l'influence des pairs. En ce sens,
  - Les membres de ce réseau doivent être bien insérés dans la communauté;
  - Ils travailleront, préférentiellement, à titre bénévole;
  - Tout individu intéressé à la santé mentale pourra intégrer le réseau. On s'assurera que ces personnes répondent aux pré-requis pour le module de formation préconisé;
  - On recherchera aussi l'inclusion des facilitateurs en santé mentale et/ou agents de changement de milieu déjà formés par le MSPP et/ou certains intervenants
  - Les membres de ce réseau recevront une formation appropriée, axée notamment sur la sensibilisation à la problématique de santé mentale et la détection de troubles psychologiques.
  - L'ESF bénéficie d'une formation adaptée en santé mentale et profite du support d'un psychologue attaché à l'HCR. Les médecins de l'ESF et de l'HCR fournissent un appui médical à la prise en charge psychologique au niveau primaire, notamment pour la dispensation des psychotropes.

7.3. PROCEDURES PAR SOUS-COMPOSANTE

7.3.1. Sous-composante: Approches communautaires en Santé Mentale

Niveau primaire.- Échelon 1: le Centre Communautaire de Santé (CCS)

- **Prestataires essentiels: ASCP et AI**

L'ASCP fait notamment:

- La Promotion de la Santé mentale dans la communauté: faire passer le message que la santé mentale fait partie intégrante de la santé
- Le dépistage de signes de certains problèmes de santé mentale: dépression du post-partum («lèt pase»), dépression, maltraitance,…
- La référence au CCS
- Interface entre tradipraticiens de la santé mentale (houngans, «doktè fèy», «fanm saj») et le CCS
- Accompagnement des personnes en soins et de leurs familles

L'AI assure notamment les prestations suivantes:

- Suivi des personnes mises sous traitement
- Education sur la santé mentale
- Information, conseil, orientation des patients et de leurs familles
- Soutien psychologique aux personnes atteintes de maladie grave et/ou de longue durée et à leurs familles: VIH/SIDA, tuberculose, diabète, cancers
- Détection passive en consultation des perturbations et troubles mentaux

Niveau primaire.- Échelon 2: le Centre de Santé (CS)

- **Prestataires essentiels: Médecin Généraliste et Infirmière Sage-femme**

Le personnel du CS assure:

- Le dépistage précoce de la dépression du post-partum
- Le rôle du CCS dans son aire de proximité

Niveau primaire.- Échelon 3: l'Hôpital Communautaire de Référence (HCR)

- Prestataire essentiel: Médecin de famille (MF)
- Capacité de SONUC

L'HCR assure:

- L'information, le conseil, l'orientation des patients et des familles sur les capacités de prise en charge dans son aire d'intervention: psychologue
- La promotion de la santé mentale en particulier en rapport avec les pathologies à haute charge émotionnelle: VIH/SIDA, cancers

Niveau Secondaire : l'Hôpital Départemental (HD)

L'Hôpital Départemental assure:

- La fonction de l'HCR dans son aire de proximité

7.3.2. Sous-composante: Prise en charge de problèmes courants en Santé Mentale

A. Support aux cas de maltraitance et d'agression (incluant agressions sexuelles)

Niveau primaire : Échelon 1 - le Centre Communautaire de Santé (CCS)

➢ **Prestataires essentiels: ASCP et AI**

L'ASCP fait notamment:

- La détection des cas dans la communauté, l'information le conseil et l'orientation
- La référence au CCS
- Accompagnement des personnes en soins et de leurs familles.

L'AI assure notamment les prestations suivantes:

- Suivi des personnes mises sous traitement
- Première intervention en prise en charge psycho-sociale dans les cas d'agression sexuelle (voir sous- composante «violences basées sur le genre» in composante «Santé de la femme et de la mère»)
- Consignation dans le dossier médical et dans le certificat médical préliminaire du retentissement psychologique de la maltraitance ou de l'agression sexuelle
- Référence

Niveau primaire : Échelon 2 - le Centre de Santé (CS)

➢ **Prestataires essentiels: Médecin Généraliste et Infirmière Sage-femme**

Le personnel du CS assure:

- Le counseling individuel
- Le traitement médical (psychotropes) des cas le nécessitant

Niveau primaire : Échelon 3 - l'Hôpital Communautaire de Référence (HCR)

➢ **Prestataire essentiel: Médecin de famille (MF)**

L'HCR assure:

- Des soins renforcés par la disponibilité d'un psychologue
- Rôle du CS dans son aire de proximité immédiate

Niveau Secondaire: l'Hôpital Départemental (HD)

L'Hôpital Départemental assure:

- Des soins médicaux spécialisés: disponibilité d'un psychiatre du niveau tertiaire en visites périodiques

B. Diagnostic et traitement de la dépression légère ou modérée

Niveau primaire : Échelon 1 - le Centre Communautaire de Santé (CCS)

➢ **Prestataires essentiels: ASCP et AI**

L'ASCP fait notamment:

- Le dépistage lors des visites domiciliaires en se basant sur certains signes: troubles du sommeil, troubles de l'appétit, troubles de l'humeur,…
- La référence au CCS
- Accompagnement des personnes en soins et de leurs familles.

L'AI assure notamment les prestations suivantes:

- Précision du diagnostic
- Support psychologique, counseling individuel
- Suivi avec attention particulière au passage à la dépression sévère

Niveau primaire : Échelon 2 - le Centre de Santé (CS)

➢ **Prestataires essentiels: Médecin Généraliste et Infirmière Sage-femme**

Le personnel du CS assure:

- La fonction du CCS dans son aire de proximité immédiate
- Une attention spéciale à la dépression du post-partum en tant que SONUB

Niveau primaire : Échelon 3 - l'Hôpital Communautaire de Référence (HCR)

➢ **Prestataire essentiel: Médecin de famille (MF)**

L'HCR assure:

- Une consultation spécialisée par la disponibilité d'un psychologue

Niveau Secondaire : l'Hôpital Départemental (HD)

L'Hôpital Départemental assure:

- La fonction de l'HCR dans son aire de proximité immédiate

C. Diagnostic et traitement de la dépression grave

Niveau primaire : Échelon 1 - le Centre Communautaire de Santé (CCS)

- **Prestataires essentiels: ASCP et AI**

L'ASCP fait notamment:

- Accompagnement des personnes en soins et de leurs familles.

L'AI assure notamment les prestations suivantes:

- Suivi et accompagnement des personnes mises sous traitement par le niveau supérieur

Niveau primaire : Échelon 2 - le Centre de Santé (CS)

- **Prestataires essentiels: Médecin Généraliste et Infirmière Sage-femme**

Le personnel du CS assure:

- La fonction du CCS dans son aire de proximité immédiate

Niveau primaire : Échelon 3 - l'Hôpital Communautaire de Référence (HCR)

- **Prestataire essentiel: Médecin de famille (MF)**

L'HCR assure:

- Une consultation spécialisée par la disponibilité d'un psychologue
- Le traitement médical

Niveau Secondaire: l'Hôpital Départemental (HD)

L'Hôpital Départemental assure:

- La fonction de l'HCR dans son aire de proximité immédiate
- Le traitement médical avec appui spécialisé: psychiatre du niveau tertiaire en visites périodiques

D. Diagnostic et traitement des troubles de développement de l'enfant

Niveau primaire.- Échelon 1: le Centre Communautaire de Santé (CCS)

- **Prestataires essentiels: ASCP et AI**

L'ASCP fait notamment:

- Dépistage des troubles de développement de l'enfant lors des visites domiciliaires et des postes de rassemblement
- Référence des cas dépistés au CCS

L'AI assure notamment les prestations suivantes:

- Précision du diagnostic et référence
- Suivi et accompagnement des enfants traités par le niveau supérieur

Niveau primaire : Échelon 2 - le Centre de Santé (CS)

➢ **Prestataires essentiels : Médecin Généraliste et Infirmière Sage-femme**

Le personnel du CS assure:

- La fonction du CCS dans son aire de proximité immédiate

Niveau primaire : Échelon 3 - l'Hôpital Communautaire de Référence (HCR)

➢ **Prestataire essentiel: Médecin de famille (MF)**

L'HCR assure:

- Une consultation spécialisée et traitement par la disponibilité d'un psychologue

Niveau Secondaire : l'Hôpital Départemental (HD)

L'Hôpital Départemental assure:

- La fonction de l'HCR dans son aire de proximité immédiate

E. Diagnostic et traitement des cas de psychoses (notamment délire de persécution)

Niveau primaire : Échelon 1 - le Centre Communautaire de Santé (CCS)

➢ **Prestataires essentiels: ASCP et AI**

L'ASCP fait notamment:

- Information, conseil, orientation
- Référence des cas dépistés au CCS

L'AI assure notamment les prestations suivantes:

- Référence
- Suivi et accompagnement des patients mis sous traitement par l'échelon ou le niveau supérieur

Niveau primaire : Échelon 2 - le Centre de Santé (CS)

➢ **Prestataires essentiels : Médecin Généraliste et Infirmière Sage-femme**

Le personnel du CS assure:

- Le traitement médical
- L'accompagnement psycho-social
- La référence des cas compliqués nécessitant une hospitalisation

Niveau primaire : Échelon 3 - l'Hôpital Communautaire de Référence (HCR)

➢ **Prestataire essentiel: Médecin de famille (MF)**

L'HCR assure:

- Une consultation spécialisée et le traitement par la disponibilité d'un psychologue
- Le traitement médical en hospitalisation

Niveau Secondaire : l'Hôpital Départemental (HD)

L'Hôpital Départemental assure:

- La fonction de l'HCR dans son aire de proximité immédiate

F. Support aux enfants en difficultés d'apprentissage

Niveau primaire : Échelon 1 - le Centre Communautaire de Santé (CCS)

➢ **Prestataires essentiels: ASCP et AI**

L'ASCP fait notamment:

- Information, conseil, orientation
- Dépistage au cours des visites domiciliaires et des postes de rassemblement
- Référence des cas dépistés au CCS

L'AI assure notamment les prestations suivantes:

- Dépistage en lien avec les instituteurs et institutrices
- Référence
- Accompagnement des enfants en difficulté en lien avec l'échelon ou le niveau supérieur

Niveau primaire : Échelon 2 - le Centre de Santé (CS)

➢ **Prestataires essentiels: Médecin Généraliste et Infirmière Sage-femme**

Le personnel du CS assure:

- L'évaluation de santé mentale: tests d'apprentissage
- L'accompagnement psycho-social
- Le counseling individuel

Niveau primaire : Échelon 3 - l'Hôpital Communautaire de Référence (HCR)

➢ **Prestataire essentiel: Médecin de famille (MF)**

L'HCR assure:

- Une consultation spécialisée par la disponibilité d'un psychologue

Niveau Secondairec: l'Hôpital Départemental (HD)

L'Hôpital Départemental assure:

- La fonction de l'HCR dans son aire de proximité immédiate

G. Prise en charge de l'épilepsie

Niveau primaire : Échelon 1 - le Centre Communautaire de Santé (CCS)

➢ **Prestataires essentiels: ASCP et AI**

L'ASCP fait notamment:

- Information, conseil, orientation
- Référence des cas dépistés au CCS

L'AI assure notamment les prestations suivantes:

- Premiers soins en cas de crise d'épilepsie
- Référence
- Suivi et réapprovisionnement des patients mis sous traitement médical

Niveau primaire : Échelon 2 - le Centre de Santé (CS)

➢ **Prestataires essentiels: Médecin Généraliste et Infirmière Sage-femme**

Le personnel du CS assure:

- L'évaluation de santé mentale: précision du diagnostic
- Le traitement médical
- Le counseling individuel

Niveau primaire : Échelon 3 - l'Hôpital Communautaire de Référence (HCR)

➢ **Prestataire essentiel: Médecin de famille (MF)**

L'HCR assure:

- Une consultation spécialisée par la disponibilité d'un psychologue

Niveau Secondaire: l'Hôpital Départemental (HD)

L'Hôpital Départemental assure:

- La fonction de l'HCR dans son aire de proximité immédiate

8. SOINS CHIRURGICAUX

8.1. STANDARDS DE LA COMPOSANTE

- Le système de soins offre à la population des soins chirurgicaux selon des prestations définies par niveaux
- Les prestations doivent répondre aux problèmes chirurgicaux courants, incluant les problèmes obstétricaux, ainsi qu'aux situations d'urgence.

8.2. NORMES DES SOINS CHIRURGICAUX

- Les Centres Communautaires de Santé (CCS) et les Centres de Santé (CS) représentent la première ligne pour les soins chirurgicaux mineurs. Ils assurent aussi la stabilisation des cas d'urgence et leur évacuation vers le niveau supérieur
- L'hôpital Communautaire de Référence vient en deuxième ligne en prenant en charge les cas de chirurgie majeure
- L'Hôpital Départemental, offrira en plus, les soins chirurgicaux de sous-spécialité: urologie, ophtalmologie

8.3. PROCEDURES PAR SOUS-COMPOSANTE

8.3.1. Sous-composante : Chirurgie mineure

Niveau primaire : Échelon 1 - le Centre Communautaire de Santé (CCS)

- **Prestataires essentiels: ASCP et AI**

L'ASCP fait notamment:

- Information, conseil, orientation

L'AI assure notamment les prestations suivantes:

- Information, conseil, orientation
- Traitement de plaies mineures, suture superficielle, brulures superficielles, abcès sans gravité
- Référence vers le CS

Niveau primaire : Échelon 2 - le Centre de Santé (CS)

- **Prestataires essentiels: Médecin Généraliste et Infirmière Sage-femme**
- **Capacité de SONUB**

Le personnel du CS assure:

- Extraction de corps étranger (selon localisation, gravité)
- Manœuvre d'assistance à l'accouchement/Prise de forceps-Ventouse
- Révision utérine manuelle
- Curetage par aspiration
- La stabilisation et l'évacuation des cas d'urgence chirurgicale majeure

Niveau primaire : Échelon 3 - l'Hôpital Communautaire de Référence (HCR)

- **Prestataire essentiel: Médecin de famille (MF)**
- **Capacité de SONUC**

L'HCR assure:

- Les méthodes chirurgicales de contraception

Niveau Secondaire : l'Hôpital Départemental (HD)

L'Hôpital Départemental assure:

- Fonction de HCR dans son aire de proximité

8.3.2. Sous-composante: Chirurgie majeure

Niveau primaire : Échelon 1 - le Centre Communautaire de Santé (CCS)

- **Prestataires essentiels: ASCP et AI**

L'ASCP fait notamment:

- Information, conseil, orientation

L'AI assure notamment les prestations suivantes:

- Information, conseil, orientation
- Référence
- Stabilisation et évacuation des cas d'urgence

Niveau primaire : Échelon 2 - le Centre de Santé (CS)

- **Prestataires essentiels: Médecin Généraliste et Infirmière Sage-femme**
- **Capacité de SONUB**

Le personnel du CS assure:

- Information, conseil, orientation
- Référence
- La stabilisation et l'évacuation des cas d'urgence chirurgicale majeure

Niveau primaire : Échelon 3 - l'Hôpital Communautaire de Référence (HCR)

- **Prestataire essentiel: Médecin de famille (MF)**
- **Capacité de SONUC**

L'HCR assure:

- Prise en charge des brûlures profondes et étendues
- Réalisation de césarienne
- Réparation de brèche utérine, hystérectomie, Salpingectomie
- Réparation de lacérations périnéales
- Traitement chirurgical de l'Abdomen aigu
- Drainage thoracique
- Trachéotomie
- Cystostomie 'urgence
- Réduction de phimosis et de paraphimosis
- Réduction Fracture simple
- Stabilisation fracture ouverte
- Amputation

Niveau Secondaire : l'Hôpital Départemental (HD)

L'Hôpital Départemental assure:

- Réduction de fractures compliquées: ouvertes, comminutives
- Chirurgie de spécialité: prostatectomie,…
- Fonction de HCR dans son aire de proximité

9. SOINS BUCCO-DENTAIRES

9.1. STANDARDS DE LA COMPOSANTE

- La santé bucco-dentaire fait partie intégrante de la santé globale.
- La promotion de la santé bucco-dentaire, particulièrement chez les enfants, relève du mandat de tous les échelons du système de soins.
- Toute personne doit avoir accès à des soins bucco-dentaires fournis selon les niveaux du système de soins.

9.2. NORMES DES SOINS BUCCO-DENTAIRES

- En matière de santé bucco-dentaire, l'accent est porté sur les enfants, notamment les enfants d'âge scolaire.
- C'est à l'Hôpital Communautaire de Référence (HCR), 3e échelon du niveau primaire, que le système garantit la présence d'un Chirurgien dentiste. Cependant, la prise en charge des problèmes de santé bucco-dentaire commence dès le 1er échelon, avec le Centre Communautaire de Santé (CCS). L'accent y est porté sur la promotion de la santé bucco-dentaire et sur l'orientation des patients au sein du système.
- Au niveau du Centre de Santé (CS), la prestation sera confiée à un/e auxiliaire en soins bucco-dentaires, formé/e à l'exécution de certains gestes techniques essentiels.
- L'ESF bénéficie du support du chirurgien-dentiste de l'HCR dans l'évaluation de la santé bucco-dentaire de la population.

9.3. PROCEDURES PAR SOUS-COMPOSANTE

9.3.1. Sous-composante: Promotion de la santé bucco-dentaire

Niveau primaire : Échelon 1 - le Centre Communautaire de Santé (CCS)

➢ **Prestataires essentiels: ASCP et AI**

L'ASCP fait notamment:

- Information, conseil, orientation
- Education à la Santé buccodentaire (promotion du brossage, utilisation de dentifrice fluoré, visite régulière à une clinique dentaire …)
- Promotion/distribution de kits dentaires contenant: tube de dentifrice, brosse à dent, un dépliant, un poster des bons gestes de brossage

L'AI assure notamment les prestations suivantes:

- Promotion de la santé bucco-dentaire: faire connaitre les liens entre santé bucco-dentaire et la santé en général
- Référence au CS pour la détermination de l'indice CAO

Niveau primaire : Échelon 2 - le Centre de Santé (CS)

- **Prestataires essentiel: Agent technique (Auxiliaire) ayant reçu une formation appropriée**

  Le CS assure:

  – L'évaluation systématique de l'état bucco-dentaire chez l'enfant.
  – La détermination de l'indice CAO

Niveau primaire : Échelon 3 - l'Hôpital Communautaire de Référence (HCR)

- **Prestataires essentiels: Chirurgien-dentiste / Agent technique (Auxiliaire) ayant reçu une formation appropriée.**
- **Capacité de SONUC**

  L'HCR assure :

  – Promotion de la santé bucco-dentaire
  – Détermination de l'indice CAO dans son aire de proximité

Niveau Secondaire : l'Hôpital Départemental (HD)

- **Prestataires essentiels: Chirurgien-dentiste / Agent technique**

  L'Hôpital Départemental assure:

  – Promotion de la santé bucco-dentaire
  – Détermination de l'indice CAO

9.3.2. Sous-composante: Prise en charge des urgences bucco-dentaires et des traumatismes

Niveau primaire : Échelon 1 - le Centre Communautaire de Santé (CCS)

- **Prestataires essentiels: ASCP et AI**

  L'ASCP fait notamment:

  – Information, conseil, orientation

  L'AI assure notamment les prestations suivantes:

  – Gestion de la douleur: analgésique de première ligne
  – Référence au CS

Niveau primaire : Échelon 2 - le Centre de Santé (CS)

- **Prestataires essentiel: Agent technique (Auxiliaire) ayant reçu une formation appropriée**

  Le CS assure:

  – Gestion de la douleur aiguë
  – Obturation provisoire de carie par pansement à l'eugénol

Niveau primaire : Échelon 3 - l'Hôpital Communautaire de Référence (HCR)

- **Prestataires essentiels: Chirurgien-dentiste / Agent technique(Auxiliaire) ayant reçu une formation appropriée.**

  L'HCR assure:

  – Réduction de luxation temporo-mandibulaire
  – Réduction de fractures alvéolaires et mandibulaires
  – Restauration ou extraction de dents fracturées suite à un trauma

Niveau Secondaire : l'Hôpital Départemental (HD)

- **Prestataires essentiels: Chirurgien-dentiste / Agent technique**

  L'Hôpital Départemental assure:

  – Prise en charge de la traumatologie bucco-dentaire
  – Lien avec le niveau tertiaire

9.3.3. Sous-composante : Prise en charge de la carie dentaire

Niveau primaire : Échelon 1 - le Centre Communautaire de Santé (CCS)

- **Prestataires essentiels: ASCP et AI**

  L'ASCP fait notamment:

  – Information, conseil, orientation

  L'AI assure notamment les prestations suivantes:

  – Gestion de la douleur: analgésique de première ligne
  – Référence au CS

Niveau primaire : Échelon 2 - le Centre de Santé (CS)

- **Prestataires essentiel: Agent technique (Auxiliaire) ayant reçu une formation appropriée**

Le CS assure:

- Examen dentaire de routine
- Prophylaxie de la carie dentaire : gel de fluor
- Obturation provisoire de carie par pansement à l'eugénol

Niveau primaire : Échelon 3 - l'Hôpital Communautaire de Référence (HCR)

- **Prestataires essentiels : Chirurgien-dentiste / Agent technique (Auxiliaire) ayant reçu une formation appropriée.**

L'HCR assure :

- Traitement conservateur de la carie/ Restauration de la dent
- Extraction de la dent en ultime recours

Niveau Secondaire : l'Hôpital Départemental (HD)

- **Prestataires essentiels: Chirurgien-dentiste / Agent technique**

L'Hôpital Départemental assure:

- Traitement conservateur de la carie/ Restauration de la dent
- Extraction de la dent en ultime recours

9.3.4. Sous-composante: Prise en charge de pathologies courantes en santé buc-co-dentaire

Niveau primaire : Échelon 1 - le Centre Communautaire de Santé (CCS)

- **Prestataires essentiels: ASCP et AI**

L'ASCP fait notamment:

- Information, conseil, orientation

L'AI assure notamment les prestations suivantes:

- Information, conseil, orientation
- Référence au CS

Niveau primaire : Échelon 2 - le Centre de Santé (CS)

- **Prestataires essentiel: Agent technique (Auxiliaire) ayant reçu une formation appropriée**

Le CS assure:

- Dépistage de la gingivite
- Traitement médical de la gingivite par le médecin généraliste

Niveau primaire : Échelon 3 - l'Hôpital Communautaire de Référence (HCR)

- **Prestataires essentiels: Chirurgien-dentiste / Agent technique(Auxiliaire) ayant reçu une formation appropriée.**

L'HCR assure :

- Détartrage et surfaçage
- Traitement chirurgical de la gingivite
- Traitement des parodontites

Niveau Secondaire : l'Hôpital Départemental (HD)

- Prestataires essentiels: Chirurgien-dentiste / Agent technique

L'Hôpital Départemental assure:

- Prise en charge des complications

9.3.5. Sous-composante: Prise en charge de tumeurs, des masses, des pathologies des glandes salivaires

Niveau primaire : Échelon 1 - le Centre Communautaire de Santé (CCS)

- **Prestataires essentiels: ASCP et AI**

L'ASCP fait notamment:

- Information, conseil, orientation

L'AI assure notamment les prestations suivantes:

- Information, conseil, orientation
- Référence à l'HCR sur la base des symptômes et signes cliniques

Niveau primaire : Échelon 2 - le Centre de Santé (CS)

- **Prestataires essentiel: Agent technique (Auxiliaire) ayant reçu une formation appropriée**

Le CS assure:

- Information, conseil, orientation
- Référence à l'HCR sur la base des symptômes et signes cliniques

Niveau primaire : Échelon 3 - l'Hôpital Communautaire de Référence (HCR)

- Prestataires essentiels: Chirurgien-dentiste / Agent technique(Auxiliaire) ayant reçu une formation appropriée.

  L'HCR assure:

  – Dépistage précoce et traitement supportif
  – Biopsie pour Diagnostic de confirmation

Niveau Secondaire : l'Hôpital Départemental (HD)

- **Prestataires essentiels: Chirurgien-dentiste / Agent technique**
  L'Hôpital Départemental assure:

  – Prise en charge des cas référés
  – Exérèse / traitement chirurgical
  – Chimiothérapie en lien avec unité spécialisée

10. URGENCES – SOINS INTENSIFS

10.1. STANDARDS DE LA COMPOSANTE

- Chaque niveau du système de soins doit pouvoir fournir des soins d'urgence à la population selon les capacités que lui confère son mandat.
- Ces soins ont pour objectif, dans un premier temps, de stabiliser le patient puis de lui donner accès aux services les plus appropriés à son état.

10.2. NORMES DES URGENCES ET SOINS INTENSIFS

- C'est l'Hôpital Départemental qui a les capacités de fournir les soins intensifs
- Les autres niveaux, CCS, CS et HCR, répondent aux urgences selon leurs capacités, les stabilisent et assurent leur évacuation (transport médicalisé).

10.3. PROCEDURES PAR SOUS-COMPOSANTE

10.3.1. Sous-composante: Prise en charge des Urgences médico-chirurgicales

Niveau primaire : Échelon 1 - le Centre Communautaire de Santé (CCS)

- **Prestataires essentiels: ASCP et AI**

L'ASCP fait notamment:

- Information, conseil, orientation

L'AI assure notamment les prestations suivantes:

- Évaluation-Gestes de base
- Stabilisation hémodynamique et respiratoire / abdomen aigu, polytraumatisé, … puis évacuation
- Stabilisation de fractures avant Référence
- Stabilisation de polytraumatisés et cas neurologiques puis évacuation

Niveau primaire : Échelon 2 - le Centre de Santé (CS)

- **Prestataires essentiel: Médecin généraliste, Infirmière Sage-femme**

Le CS assure:

- Prise en charge des Urgences Obstétricales et Néonatales (fonction SONUB)
- Prise en charge de la crise drépanocytaire (anémie falciforme)

L'HCR assure:

- Déchoquage - Réanimation hémodynamique et respiratoire (abdomen aigu, polytraumatisé)
- Traitement des plaies profondes ou surinfectées avec délabrement/lacération

- Prise en charge des brûlures profondes et étendues
- Drainage thoracique
- Trachéostomie
- Traitement chirurgical de l'Abdomen aigu

Niveau Secondaire : l'Hôpital Départemental (HD)

L'Hôpital Départemental assure:

- Prise en charge des polytraumatisés

10.3.2. Sous-composante: soins intensifs

Niveau primaire : Échelon 1 - le Centre Communautaire de Santé (CCS)

➢ **Prestataires essentiels: ASCP et AI**

L'ASCP fait notamment:

- Information, conseil, orientation

Niveau primaire : Échelon 2 - le Centre de Santé (CS)

➢ **Prestataires essentiels : Médecin généraliste, Infirmière Sage-femme**

Le CS assure:

- Stabilisation et évacuation

Niveau primaire : Échelon 3 - l'Hôpital Communautaire de Référence (HCR)

➢ **Prestataire essentiel: Médecin de famille**

L'HCR assure:

- Surveillance continue des cas à risque de défaillance vitale

Niveau Secondaire: l'Hôpital Départemental (HD)

L'Hôpital Départemental assure:

- Prise en charge des défaillances de l'appareil respiratoire **e**Prise en charge des défaillances de l'appareil digestif
- Prise en charge des défaillances de l'appareil locomoteur **e**Prise en charge des défaillances de l'appareil neurologique

CHAPITRE II

RATIO DE

PRESTATAIRES ESSENTIELS

PAR NIVEAU ET ECHELON

INTRODUCTION

Ce chapitre II du Module 2 du Manuel du Paquet Essentiel de Services présente des ratios pouvant permettre le calcul des effectifs minimum de prestataires essentiels. Pour un établissement de santé considéré, ces effectifs doivent être adaptés à la charge de travail attendue. Par ailleurs, les estimations d'effectifs doivent se baser également sur la charge de travail pour les autres catégories de prestataires de services: techniciens en anesthésie, techniciens en radiologie, techniciens en laboratoire,…

Ce chapitre – comme l'ensemble du Manuel – est élaboré conformément aux règles suivantes :

- S'accorder avec les orientations générales tracées par le MSPP, dans son Plan Directeur Santé 2012-2022 ;
- Exploiter la connaissance empirique des besoins, venant de l'expérience accumulée par les acteurs du système ;
- Capitaliser sur l'offre existante, en consolidant et améliorant les prestations couramment disponibles dans le système ;
- Rationaliser les choix, en tenant compte de critères économiques, techniques et politiques.

En ce qui concerne le rôle des prestataires essentiels, le module l'articule autour de la gamme de services retenue pour le PES qui couvre dix (10) composantes[5], inspirées des domaines de prestation du PDS :

1. La Santé de la femme et de la mère
2. La Santé de l'enfant
3. La lutte contre les Maladies transmissibles
4. La Nutrition
5. La lutte contre les Maladies chroniques non transmissibles
6. Les soins oculaires et la lutte contre la cécité évitable
7. La Santé mentale
8. Les Soins chirurgicaux
9. Les Soins bucco dentaires
10. Les Urgences et les Soins intensifs

[5] La composante *Promotion de la Santé* est partie intégrante du PES, sous la forme d'approches et/ou stratégies transversales.

RATIO DE PRESTATAIRES ESSENTIELS PAR ECHELON

Les profils de personnel prévus aux niveaux primaire et secondaire sont présentés es ratios proposés permettent le calcul des effectifs minimums de prestataires essentiels pour un établissement de santé considéré. Ces effectifs doivent être adaptés à la charge de travail attendue du prestataire concerné, tenant compte de celle des autres catégories de prestataires de services: techniciens en anesthésie, techniciens en radiologie, techniciens en laboratoire,…

On retiendra que le Manuel fixe les exigences pour la prestation de services par échelon. Ceci peut nécessiter, le cas échéant, des compétences additionnelles périodiques et/ou rotatoires à certains niveaux. Comme proposé, l'analyse des écarts doit représenter l'une des premières étapes du processus de mise en œuvre.

Niveau Primaire : Échelon 1- Centre Communautaire de Santé (CCS)

LE CCS fonctionne essentiellement avec des ASCP coiffés d'auxiliaire-infirmier/ère.

Hypothèse: Pour un CCS destiné à desservir 5000 à 6000 habitants :

- *ASCP* : 5 à 6. Le ratio proposé est de 1 ASCP pour 1000 habitants.
- *AI* : 1. Tel que défini dans le cadre de référence du PES, 1 AI coiffe 5 à 6 ASCP.

Ratios proposés

CATEGORIE DE PERSONNEL	NOMBRE
ASCP	5-6
AI	1

Niveau Primaire : Échelon 2 - Centre de Santé (CS)

Hypothèse: Soit un établissement de 15 lits - dont une maternité de 6 lits Post-Partum et 2 tables d'accouchement - desservant une commune d'environ 30.000 habitants et recevant 70 à 80% des accouchements, soit 80 à 120 accouchements par mois

Ratios proposés:

CATEGORIE DE PERSONNEL	NOMBRE
Médecins généralistes	3
Infirmières sages-femmes	3
Infirmières de ligne	3
Auxiliaires-Infirmières	5
Auxiliaire-Infirmière pour activités CCS	1
Technicien de laboratoire	1

Cette proposition s'inspire des normes prévues pour les SONUB et considère que les infirmières et auxiliaires assureront tant des prestations du CS que celles du SONUB. En effet, il est très peu probable qu'elles soient prises à plein temps par les activités de la maternité.

Niveau primaire : Echelon 3 : Hôpital Communautaire de Référence (HCR)

Hypothèse: Soit une institution de 50 lits dont une maternité de 10 lits avec 2 tables d'accouchement, ayant un taux d'occupation moyenne de 70%, soit environ 30 patients hospitalisés (hors Maternité).

- Considérant le fonctionnement continu de l'HCR (24h/24 et 7j/7), une rotation de 2 médecins généralistes en salle (avec appui aux Urgences), 2 en consultation ambulatoire, 1 en « santé communautaire » et 1 en congé ;
- considérant d'autre part les prestations des Médecins de Famille en salle d'opération et leur appui aux différents services incluant les urgences;
- considérant leur période de congé:

Ratios proposés:

CATEGORIE DE PERSONNEL	NOMBRE
Médecins de Famille	2
Médecins généralistes	6
Chirurgien-dentiste	1
Infirmières sages-femmes	6
Infirmières de ligne (1 pour 15 lits, 3 équipes par jour)	12
Infirmières ou techniciens en anesthésie	2

N.B. Ceci correspond à un ratio pour 50 lits sauf pour les catégories pour lesquelles un ratio spécifique est précisé.

Niveau secondaire : Échelon unique - Hôpital Départemental (HD)

Hypothèse: Soit un hôpital de 150 lits avec un taux d'occupation de 70 %. Considérant :

- le fonctionnement continu de l'institution,
- ses prestations de spécialités reposant sur un nombre limité de ressources,
- son rôle de dernière institution de référence dans le département qui, s'il lui confère des capacités techniques élevées, limite par contre le flot d'utilisateurs,
- les périodes de congés des prestataires:

Ratios minimum proposés pour un HD de 150 lits:

CATEGORIE DE PERSONNEL	NOMBRE
Médecins de famille *(1 médecin de famille pour 25 lits)*	6
Médecins généralistes *(1 MG pour 10 lits en considérant que dans chacune des 6 unités suivantes on aura au moins un MF et un ou 2 MG en rotation, en support aux spécialistes: Urgences et soins intensifs, Gynéco-obstétrique, Médecine, Chirurgie, Pédiatrie, Traumatologie)*	10
Gynéco-obstétriciens	2
Chirurgiens	2
Anesthésiologiste	2
Interniste avec capacités en maladies infectieuses	1
Interniste cardiologue	1
Interniste avec capacités en néphrologie *(lorsqu'un pôle de dialyse est disponible)*	1
Pédiatres	2
Traumato-orthopédistes	2
Ophtalmologue	1
Urologue	1
Dermatologue	1
Néonatologue	1
Chirurgien-dentiste	1
Infirmières sages-femmes	5
Infirmières *(1 infirmière pour 10 lits à raison de 3 équipes par jours soit 45 pour 150 lit*s)	45
Infirmières ou techniciens en anesthésie	2

Bibliographie

1. *Manuel de référence des Agents de Santé Communautaire Polyvalents. MSPP. Avril 2012*
2. *Cahiers de la Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant (PCIME). MSPP. Révision: mars 2012*
3. *Manuel de Normes Techniques et de Procédures du PEV en Haïti. MSPP 2014*
4. *Guide de mise en œuvre d'une maternité SONUB. Normes et Standards SONUB. MSPP 2014*
5. *Fiches techniques SONUB. Fiches Techniques SONUC. MSPP. Septembre 2012*
6. *Protocoles de prise en charge des complications obstétricales et néonatales. MSPP. Septembre 2012*
7. *Guide diagnostique et thérapeutique. MSPP. Septembre 2013*
8. *Normes de prise en charge de la malaria en Haïti. MSPP. 2012*
9. *Protocole National de prise en Charge de la Malnutrition Aiguë Globale en Haïti. Révision 2010. MSPP*
10. *Manuel de Normes en Planification Familiale et en Soins Maternels. MSPP. Septembre 2009*
11. *IST : Protocoles pour les soins de santé primaires révisés. MSPP Haïti 2005*
12. *Fiche technique : Prise en Charge des violences spécifiques faites aux femmes. MSPP / Concertation Nationale contre les Violences faites aux Femmes. 2011*
13. *Plan National 2012-2016 de lutte contre les violences faites aux femmes. Concertation nationale / MCFDF*
14. *Manuel de Normes de Prise en Charge Clinique et Thérapeutique des adultes et adolescents vivant avec le VIH/Sida. MSPP. 2013*
15. *Guide pour la Prévention de la Transmission Mère-Enfant. PNLS/MSPP*
16. *Guide pédiatrique, enfants de 0 à 5 ans. Programme National de Lutte contre le VIH/SIDA*
17. *Manuel des normes et procédures du Programme National de Lutte contre la Tuberculose*
18. *Normes nationales relatives à l'alimentation du nourrisson, du jeune enfant sain et de ceux nés de mères séropositives. MSPP octobre 2008*
19. *Guide relatif aux exigences minimales pour les laboratoires médicaux en Haïti. Laboratoire National de Santé Publique. LNSP/ MSPP. 25 octobre 2013*
20. *Harmonisation et Standardisation du Réseau National de Laboratoires de Biologie Médicale Intégrés et Hiérarchisés en Haïti. Laboratoire National de Santé Publique. LNSP/ MSPP. Novembre 2013*
21. *Liste des maladies et phénomènes sous surveillance. Calendrier Epidémiologique 2015 Direction d'Epidémiologie, de Laboratoire et de Recherche (DELR). MSPP*
22. *Implementation tools. Package of Essential Noncommunicable (PEN) disease interventions for primary health care in low-resource settings.World Health Organization*
23. *Manuel de Référence et Contre-Référence. MSPP*

Infrastructures Sanitaires

INFRASTRUCTURES SANITAIRES

Table des Matières

Lexique 5
Introduction 7
CHAPITRE I : ESPACE SANITAIRE 9
1. GESTION DE L'ESPACE DE PRESTATION DES SERVICES 11
GENERALITE DES NORMES DE DIMENSIONNEMENT 12
GENERALITE DU SYSTEME ELECTRIQUE 12
INSTALLATION ELECTRIQUE: 12
CLIMATISATION 13
TABLEAU RECAPITULATIF DE GESTION DE L'ESPACE SANITAIRE 13
GESTION DE L'ESPACE PAR ECHELON 15
PREMIER NIVEAU 15
PREMIER ECHELON : CENTRE COMMUNAUTAIRE DE SANTE (CCS) 17
DISTRIBUTION DES ESPACES DES DIFFERENTS SERVICES..... 17
DEUXIEME ECHELON : CENTRE DE SANTE (CS) 17
DISTRIBUTION DES ESPACES DES DIFFERENTS SERVICES 17
TROISIEME ECHELON : HOPITAL COMMUNAUTAIRE DE REFERENCE (HCR) .. 20
DISTRIBUTION DES ESPACES DES DIFFERENTS SERVICES 20
DEUXIEME NIVEAU 28
ECHELON UNIQUE : HOPITAL DEPARTEMENTAL (HD) **28**
DISTRIBUTION DES ESPACES DES DIFFERENTS SERVICES 28
2. ACCESSIBILITE DES BATIMENTS DE SANTE 36
GENERALITE SUR L'ACCESSIBILITE DES INSTITUTIONS SANITAIRES 36
3. SECURITE DES PATIENTS ET DU PERSONNEL..... 39
PROCEDURES DE SECURITE OBLIGATOIRES A TOUS LES NIVEAUX 40
Sécurité relative à la contamination 41
Sécurité relative à l'incendie..... 41
Sécurité relative aux rayonnements ionisants : 41
Sécurité relative à l'assainissement : 42
Sécurité relative à l'émission des bruits 42
Sécurité relative à la protection aux endroits dangereux : 42
CHAPITRE II : GESTION DES DECHETS MEDICAUX 43
CARACTERISATION DES DECHETS MEDICAUX 44
CATEGORISATION DES DECHETS MEDICAUX DANGEREUX..... 45
PRINCIPES DE BASE D'UN PROGRAMME DE GESTION DES DECHETS 46
STRUCTURE DE SUPERVISION ET DE GESTION
DES DECHETS DE SOINS MEDICAUX 46
PLAN DE GESTION DES DECHETS..... 47

CODAGE DES TYPES DE DECHETS 48
Tableau 1: Système de codage couleur des déchets de soins médicaux 48
Tableau 2: Etiquetage des conteneurs de déchets de soins médicaux 49
INCINERATEURS 51
TYPES D'INCINERATEURS 51
COMPOSITION DES INCINERATEURS 51
FONCTIONNEMENT ET MAINTENANCE 52
CHOIX D'INCINERATEUR PAR INSTITUTION 55
ANNEXES.....
ANNEXE 1 Document Technique complet sur l'Accessibilité Universelle. .....
ANNEXE 2 **Document de Gestion des Déchets**.....
ANNEXE 3 Fiches techniques « déchets » .....
Fiche 1 : Déchets piquants et tranchants (Catégorie 1) .....
Fiche 2 : Déchets avec danger de contamination (Catégorie 2.a) .....
Fiche 3 : Déchets anatomiques (Catégorie 2.b) .....
Fiche 4 : Déchets infectieux (Catégorie 2.c) .....
Fiche 5 : Déchets de médicaments (Catégorie 3.a) .....
Fiche 6 : Déchets cytotoxiques (Catégorie 3.b) .....
Fiche 7 : Déchets de mercure (Catégorie 3.c) .....
Fiche 8 : Liquides de développement photographique (Catégorie 3.d) ----------
Fiche 9 : Déchets chimiques (Catégorie 3.d) .....
Fiche 10 : Conteneurs sous pression (Catégorie 4) .....
Fiche 11 : Déchets radioactifs (Catégorie 5) .....
ANNEXE 4 Fiches techniques « Méthodes ».....
Fiche 12 : Choix du conteneur à déchets piquants/tranchants .....
Fiche 13 : Fosse d'enfouissement .....
Fiche 14 : Fosse d'enfouissement pour déchets anatomiques .....
Fiche 15 : Fosse (ou Puits) pour déchets piquants/tranchants .....
ANNEXE 5 Plans-type .....
PL1- Plan Type Centre Communautaire de Santé .....
PL2- Plan Type Centre de Santé .....
PL3- Plan Type Hôpital Communautaire de Référence .....
PL4- Plan Type Hôpital Départemental.....
BIBLIOGRAPHIE .....

LEXIQUE

AI :	Auxiliaire- Infirmière
PMS :	Paquet Minimum de Service
PES :	Paquet Essentiel de Service
SSPE :	Structure de Santé du Premier Echelon
CCS :	Centre Communautaire de Santé
CS :	Centre de Santé
HCR :	Hôpital Communautaire de Référence
HD :	Hôpital Départemental
AES :	Accident Avec Exposition au Sang
EPI :	Equipement de protection individuelle
FDS :	Fiche de données de sécurité
PCB :	Polychlorobiphényles
PE :	Polyéthylène
PET :	Polyéthylène Téréphtalate
POP :	Polluants Organiques Persistants
PP :	Polypropylène
PVC :	Polychlorure de vinyle
ERP :	Etablissement Recevant du Public

INTRODUCTION

La restructuration des établissements de santé en Haïti aujourd'hui passe par la prise en compte de l'ensemble de la problématique qui met en relief trois obligations essentielles :

1. Répondre aux besoins de santé sur un territoire donné,
2. Répondre aux exigences de qualité dans ses composantes de sécurité et de gestion de déchets entre autres.
3. S'adapter aux contraintes liées à la raréfaction des moyens humains et financiers**.**

En droite ligne avec la stratégie globale du Plan Directeur de Santé et de la Politique de Santé 2012 – 2022 qui prônent une approche régulatrice, et dans la foulée de la révision du PMS en PES, les décideurs du MSPP ont enclenché le processus de révision des normes relatives aux espaces des établissements sanitaires. Le processus a été très long. Il a comporté, entre autres, une revue de littérature internationale et nationale incluant le Paquet Minimum de Services (PMS), une évaluation rapide du niveau d'action entrepris en fonction du (PMS), des consultations d'acteurs, des rencontres avec des directeurs départementaux et centraux concernés.

Se basant sur les normes internationales de l'accessibilité universelle, la gestion de l'espace, la gestion des déchets et la sécurité des patients et du personnel retenues dans ce document visent à apporter une amélioration dans le système sanitaire du Pays. Toutes les solutions adoptées dans le domaine de la règlementation des infrastructures et consignées dans le PES visent à corriger les problèmes structurels du secteur. Elles tiennent compte de la réalité socio-économique du pays. Leur application en vue de la modernisation des Établissements de santé se traduit par des reconstructions totales ou partielles.

Pour ce faire, il est impératif de mettre en place des stratégies d'alliances internes et externes englobant l'ensemble des structures sanitaires et médico-sociales existantes et de respecter une approche contextuelle de regroupement de moyens, afin de recomposer et de rationaliser le paysage hospitalier. Dans le cadre des interventions sur les bâtiments sanitaires, il faudra y recourir et ceci devrait faciliter un meilleur suivi des activités liées à la mise en place de nouvelles structures et/ou au renforcement des infrastructures existantes dans une approche de rationalisation de la carte sanitaire haïtienne.

Le résultat des réflexions et concertations techniques ont été mis à profit par la Direction d'Organisation des Services de Santé (DOSS) pour élaborer les « Nouvelles Normes Nationales des infrastructures sanitaires d'Haïti». Ces Normes font l'objet du Module 3 du PES, lequel devra être pris en compte par tous les responsables d'institutions de santé et d'organisations travaillant dans le domaine de la santé.

Pour rappel, le système de soins haïtien comporte trois niveaux répartis comme suit :

- Premier niveau composé d'un 1er échelon avec des structures de santé, le centre communautaire de Santé (CCS) , d'un 2ème Echelon avec lit, le Centre de Santé (CS) , et un 3ème échelon avec des hôpitaux communautaires de référence (HCR) ;
- Deuxième niveau avec dix hôpitaux départementaux (HD) ;
- Troisième niveau avec l'Hôpital de l'Université d'État d'Haïti (HUEH) et quelques centres spécialisés.

A l'instar des autres modules du PES, celui des Infrastructures concerne seulement les niveaux primaire et secondaire du système de soins.

Les Plans types pour chacune des infrastructures des deux niveaux sont présentés en annexe du document de référence et serviront de guide pour les nouvelles infrastructures sanitaires qui devront s'ériger à l'avenir, et pour l'amélioration des services de santé au niveau des infrastructures sanitaires existantes.

Aussi, le Module 3 du PES va-t-il se présenter en 2 grands chapitres : Espace sanitaire et Gestion des déchets médicaux.

Le chapitre « Espace sanitaire » couvrira:

1. Gestion de l'espace de prestation des services
2. Accessibilité des espaces sanitaires
3. Sécurité des patients et du personnel

Deux annexes s'y rattachent :

ANNEXE 1 : Document complet sur l'Accessibilité des structures sanitaires

ANNEXE 5 : Plans-Type des différentes structures sanitaires selon leur niveau et échelon

Le chapitre « Gestion des déchets médicaux» prendra en compte les aspects suivants :

1. La caractérisation et la catégorisation des déchets
2. La Gestion des Déchets par échelon
3. Principes de base d'un programme de gestion des déchets
4. Structure de supervision de la gestion des déchets
5. Plan de gestion des déchets

Trois annexes s'y rattachent :

ANNEXE 2 : Document de Gestion des Déchets

ANNEXE 3 : Types de déchets et mode de gestion

ANNEXE 4 : Fiche technique / Méthodes - Types de Fosse/puits

CHAPITRE I

ESPACE SANITAIRE

Un espace fait naître des sensations et des sentiments variés. Chaque élément qui le constitue peut évoquer un souvenir. La configuration du local, sa couleur, sa vue, son odeur, la lumière, vont dans le subconscient et se rapportent à des événements heureux ou malheureux. Le lieu dégagera pour les uns, un sentiment de tristesse, d'angoisse, d'ambiguïté et, pour les autres, un sentiment de bonheur, de plénitude.

La dimension de l'espace sanitaire reste et demeure un sujet flottant : une grande pièce peut évoquer la puissance, la richesse; une petite pièce, à son tour, le confort mais toutes deux peuvent, suivant sa décoration, son environnement ou les individus, engendrer un sentiment d'insécurité.

La couleur est un élément qui, selon les cultures, a une signification différente : en Asie, le blanc est la couleur du deuil en opposition totale avec le noir auquel les pays occidentaux sont habitués. Certaines conceptions ont une influence sur des individus fragiles ; or, l'hôpital fragilise l'individu.

Le bruit est un facteur de fatigue et de dérangement, le silence peut devenir stressant et peut évoquer l'absence de vie. Le malade doit pouvoir se reposer mais doit, également, être rattaché à la vie par la vue sur l'extérieur et une isolation relative de la vie interne du service.

L'emploi des matériaux et des techniques de construction est également empreint d'une force symbolique. L'isolation thermique et phonique met l'homme en rupture avec la nature. L'emploi de ces matériaux peut rappeler un univers contraint et non choisi et peut provoquer un sentiment de rejet de l'espace sanitaire.

L'emplacement des différents services, l'espace utile de travail, l'aménagement et la distribution des espaces de service restent un problème que cette partie du manuel compte traiter et apporter certains éléments de solution par l'établissement de normes sanitaires à prendre en compte dans la conception et le fonctionnement des bâtiments du système sanitaire.

Cette section se focalisera sur les deux niveaux d'intervention aux différents échelons comme susmentionné.

1. GESTION DE L'ESPACE DE PRESTATION DES SERVICES

GENERALITE DES NORMES DE DIMENSIONNEMENT

Pour arriver à déterminer les surfaces utiles des locaux, des unités de service et des installations sanitaires, les calculs effectués reposent sur les dimensions des unités de base en termes de couverture.

- La hauteur sous plafonds des bâtiments doit être de 3 mètres dans les bureaux, les locaux de services, les espaces d'attente, les chambres communes et les chambres individuelles.
- La hauteur devra être de 3,30 m dans les grandes salles d'hospitalisation, dans les services de cuisine, pharmacie en raison de la nécessité d'un grand volume d'air.
- La surface des ouvertures dans les locaux sera de 1/5 de la surface du sol ou du plafond.
- Les couloirs de circulation auront 2,50 m de largeur minimum suivant le flux et doivent faciliter la circulation sans obstacle dans les couloirs.

- Les chambres doivent avoir une surface utile minimale de 8 m² par lits. Dans le cas des chambres d'isolement, on utilisera une surface utile de 17 m² pour un lit, 23 m² pour deux lits.
- Toutes les chambres de maternité doivent disposer d'une paillasse permettant de baigner et de changer les nouveau-nés.
- Chaque salle d'hospitalisation doit avoir un lave-main attenant à la station infirmière pour le personnel médical.

GENERALITE DU SYSTEME ELECTRIQUE

- On note que toutes les structures sont alimentées de courant électrique, de système d'éclairage, de système d'alerte.
- Le système d'alimentation en énergie principale est l'énergie solaire et Electrique.
- Le système électrique est conçu avec assez de capacité pour pouvoir s'adapter à tout projet d'extension future par rapport à l'augmentation de la demande et du besoin.

Pour une meilleure gestion du système électrique des différents centres de santé ou institutions sanitaires, on tient compte des requis suivants :

- Une prise tête de lit 10/16 A.
- L'éclairage général de la chambre est sur variateur, commandé à partir du lit et à l'extérieur de la chambre. Il est de type fluorescent. Les appareils sont traités anti-vandalisme.
- L'éclairage de veille ne doit pas être commandé par le malade.
- Un éclairage de 1000 lux est destiné aux soins.
- L'appel malade, accessible du lit, est sans fil. Une prise permet, éventuellement, de brancher un interphone.
- Toutes les chambres sont munies d'une détection incendie, inaccessible aux patients.
- Courant Monophasé 110/220 V.

INSTALLATION ELECTRIQUE:

- Au niveau des salles d'atelier ou salle d'attente, 6 prises de courant Monophasé 110 V – 30A
- 4 Prises de courant 110V – 10 A
- Bureau : minimum 4 prises de courant 110 V - 10 A et 2 prise 220 V – 40 A
- Magasins : 2 prises de courant 110 V – 10 A dans chaque magasin
- Laboratoire : 4 prises de courant 220 V – 40 A et 3 prises de courant 110V – 10 A
- Salle d'imagerie : 4 prises de courant 220V – 40 A et 3 prises de courant 110V – 10 A

CLIMATISATION

- Bureau : 1 climatiseur de 12000 BTU
- Salle de Conférence et Salle d'attente : 2 climatiseurs de 36.000 BTU
- Pharmacie : 1 climatiseur de 12000 BTU dans chaque magasin
- Laboratoire et imagerie : 1 Climatiseur de 12.000 BTU

TABLEAU RECAPITULATIF DE GESTION DE L'ESPACE SANITAIRE

Pour une bonne gestion de l'espace sanitaire, le tableau ci-dessous est présenté et sera pris en compte dans les recommandations futures de ce document :

Par rapport au lit		
	Fonctions à couvrir	*Espaces standard*
	Sortir le malade de la chambre	Portes : 1,20 m
	Pouvoir transférer le malade sur un brancard	1,30 m au pied du lit
	Le tirer pour effectuer un massage cardiaque	85 cm de chaque côté
	Pratiquer des actes infirmiers de chaque côté	Espace augmenté pour transfert d'un malade sur un brancard
Prise en compte du handicap		
	Fonctions à couvrir	*Espaces standard*
	Giration d'un fauteuil dans la chambre Entrée d'un fauteuil dans le sanitaire Giration d'un fauteuil dans la salle d'eau	Diamètre de 1,50 m au moins à un point de la chambre Porte de 0,90 m Diamètre de giration de 1,50 m + accessibilité aux divers éléments
Prise en compte du mobilier fixe		
	Fonctions à couvrir	*Espaces standard*
	Accommodation :	
	. Lit	2,15 m x 1,10 m
	. Table de chevet	0,45 m x 0,45 m x 0,80 m
	. Table de repas	0,80 x 0,40 m
	. Fauteuil	0,80 m x 0,80 m
	. Chaise	0,45 m x 0,45 m
	. Placard	Penderie - écritoire – valises étagères Voir rangement de chaises pliantes
Prise en compte du matériel mobile		
	. Armoire domotique	1,20 m de base ; 0,40 m de large; 0,20 m d'épaisseur
		0,84 m x 0,57 m
	. Chariot à pansements	1,30 m x 0,60 m
	. Chariot de réanimation	2,15 m x 0,70 m
	. Brancard	1,10 m x 0,55 m
	. Radio Mobile	
Prise en Compte de l'aménagement des toilettes		
	. Céramique installée jusqu'au niveau du plafond	

GESTION DE L'ESPACE PAR ECHELON

PREMIER NIVEAU

PREMIER ECHELON : CENTRE COMMUNAUTAIRE DE SANTE (CCS)

Comme précédemment défini, un Centre Communautaire de Santé est une institution conçue dans les sections communales, animée par cinq agents communautaires de santé et un Auxiliaire.

DISTRIBUTION DES ESPACES DES DIFFERENTS SERVICES[1]

Description	Remarque	Autres Particularités	Surface en m^2 et volume en m^3
Espace d'accueil et de Réception			
Réception et Attente	Dans cet espace sera aménagée une réception avec la capacité de faire des fiches	Cet espace sera aussi réservé aux activités communautaires, de vaccination, réunion du personnel, Planning Familial. Cet espace a la capacité de contenir 40 personnes	45 m^2
Toilette	Deux toilettes une pour hommes et une pour femmes	Ces toilettes respecteront les normes d'accessibilité et occuperont un espace 1.7 X 1.7 m2	6 m^2
Archives	10 classeurs des 5 ASCP et les archives du centre		10 m^2
Espace de Soin			
Salle de Consultation Principale	Cette salle sera bien équipée avec tout le matériel qu'il faut pour une consultation	Ces salles seront bien aménagées avec système d'évacuation d'eaux usées, point d'eau.	25 m^2
Salle de consultation secondaire	Cette salle sera bien équipée avec tout le matériel qu'il faut pour une consultation		20 m^2
Paillasse des Tests Rapides	Un espace aménagé dans la salle de consultation principale pour faire les tests rapide comme : (malaria, VIH, Etc...)	Cette paillasse sera bien aménagée avec point d'eau, système d'évacuation, Plastique Laminé résistant aux substances chimiques[1]	3 m^2
Espace intrant	Espace pour stocker les intrants		3 m^2
Espace Vaccination	Espace pour stocker les vaccins		3 m^2
Coin des Pansements	Un espace aménagé dans la salle de consultation secondaire pour faire les pansements	Cet espace sera bien aménagé avec point d'eau, système d'évacuation des eaux usées et avec des séparations adéquates	3 m^2
Dépôt	Pour les matériels du Centre		12 m^2
Coin Cagibi			10 m^2

Espace de Support			
Salle Multifonctions	Cette salle sera aménagée pour pouvoir prendre le Lunch	Elle aura aussi la capacité de faire des rencontres entre le personnel, et aura une capacité de contenir 6 Personnes	20 m^2
Toilette	Une toilette pour le personnel, un coin sera aménagé pour le dépôt des articles ménagers/domestiques		6 m^2
Administration et Logistique	Cet espace sera aménagé avec un bureau pour le responsable du CCS (AI)	Des espaces seront aménagés pour les équipements tels que réfrigérateur pour les intrants et matériels du CCS, matériel d'entretien	20 m^2
Pharmacie	Une armoire de pharmacie sera aménagée dans la salle de consultation principale pour la pharmacie		2 m^2
Espace de Cour			
Résidence / Dortoir	Espace pour recevoir l'AI	Cet espace sera aménagé de : - Une chambre et placard - Un Vivoir (**Petite Cuisine / salle à manger/Petit Salon**) - Toilette	60 m^2
Résidence du gardien	La résidence du gardien sera un petit studio avec Une Chambre et une toilette	Cet espace sera aménagé de : - Une Chambre à coucher avec placard - Une Toilette	20 m^2
Réservoir	Pour la collecte des eaux de pluies et d'une capacité de 7000 Gallons Soit de dimension : h=2m, L=4m, l= 3.30m	Mise en place de Château d'eau, système de pompage pour la distribution et un système de traitement des eaux.	26.5 m^3
Dépôt	Pour les matériels de salle		12 m^2
Espace Technique	Cage de Protection des batteries d'inverter.		12 m^2
Fosse septique	Pour les toilettes Soit de dimension : h=2m, L=3m, l=2m	Avec capacité de recevoir les eaux usées	12 m^3
Fosse de déchets/ Fosse à cendre	Cette fosse sera une fosse à cendre		12 m^3
Parking	Espace 3 Véhicules et un espace capable de recevoir 10 Motos	Voiture : 2.5X5, Moto : 1.25X5	100 m^2
Toilette de quatre cabines	La toilette sera munie d'une station de lavage des mains		40 m^2

DEUXIEME ECHELON : CENTRE DE SANTE (CS)

Un centre de Santé, comme nous l'avons défini plus haut, est une institution standard de santé avec différentes activités et des soins préventifs. On notera que tous les CS seront pourvus de lits, soit 25 Lits maximum, et dans le cadre de sa mission au sein de la communauté, cette structure dite polyvalente est implantée, selon ses différents services, comme suit.

DISTRIBUTION DES ESPACES DES DIFFERENTS SERVICES

Description	Remarque	Autre Particularités	Surface en m^2 et volume en m^3
Espace d'accueil et de Réception			
Réception et Attente	Aménagement d'un comptoir pour la réception des patients et la production de fiches	Cet espace a une capacité de contenir 60 Personnes	55 m^2
Archives			40 m^2
Toilettes	Deux toilettes avec lavabo pour les patients et accompagnateurs: une pour hommes et une pour femmes	Ces toilettes doivent respecter les normes d'accessibilité en rapport à la situation des personnes à besoins spéciaux.	12 m^2
Espace Administratif			
Espace de Bureaux	Bureaux pour Responsable du CS, Responsable du Personnel, Comptabilité, Logistique, Gestion des Soins infirmiers, Gestion des affaires médicales, Responsables d'unité, Responsable de Statistique	A ce niveau une salle est aménagée pour les responsables du CS, du personnel, et de la comptabilité. Les autres sont accommodés dans un grand espace aménagé et organisé pour les contenir	150 m^2
Salle de Réunion	Une Salle aménagée pour les réunions de Staff	Salle climatisée pouvant réunir 45 Personnes	50 m^2
Toilette	Toilette pour le personnel	Deux toilettes pour le personnel et une toilette personnelle au niveau des bureaux	12 m^2
Un Dépôt	Un dépôt pour le matériel de bureau/administratif pour le fonctionnement du CS		20 m^2
Espace de Soins et Services			
Salle d'Urgence	Une salle avec 2 lits		27 m^2
Salle d'observation			20 m^2
Quatre (4) Salles de Consultation	La salle de consultation a une superficie de 12 m^2		48 m^2
Une (1) salle de Consultation	Salle Bucco-dentaire		20 m^2
Une (1) salle pour pansements et Suture			12 m^2

Description	Remarque	Autre Particularités	Surface en m^2 et volume en m^3
Salle de Stérilisation avec autoclave			12 m^2
Salles des activités préventives			20 m^2
Toilettes	Deux toilettes avec lave-main pour les usagers de cet espace	Une pour homme et une pour femme	10 m^2
Espace d'Hospitalisation			
Salle de Maternité	Salle équipée de six lits d'hospitalisations avec berceaux		60 m^2
Salle d'accouche ment	Salle avec deux tables d'accouchement		42 m^2
Salle de Travail + Toilette	Cette salle est équipée de 4 lits d'observation	Un Box et une petite toilette pour les Examens obstétriques sont aménagés dans la salle	30 m^2
Salle Enfants	Avec 5[2] Lits d'hospitalisation		35 m^2
Salle Hommes	Avec 4 Lits d'hospitalisation		28 m^2
Salle Femmes	Avec 4 Lits d'hospitalisation		28 m^2
Toilette	Des toilettes pour 4 personnes	Les espaces sanitaires seront accessibles aux personnes à mobilité réduite, dans l'espace des hommes sont aussi aménagés d'urinoirs accessibles (quatre)	24 m^2
Zone d'isolement			
Une Salle d'isolement	Cette salle servira en cas de maladie contagieuse/chronique et dangereuse		20 m^2
Espace de Support			
Pharmacie[3]	Suivant les normes DPM-MT		75 m^2
Laboratoire[4]	Laboratoire primaire suivant les normes LNSP		80 m^2
Buanderie			25 m^2
Espace Ménager			
4 Chambres à coucher	4 personnes	Les chambres sont équipées de placard	48 m^2 à raison de 12 m^2 par chambre
Salle à manger	pour 4 personnes		15 m^2
Toilette	Deux toilettes accessibles une pour homme et une pour femme		20 m^2
Salon de repos	Un petit salon de repos pour le personnel de garde		15 m^2

Description	Remarque	Autre Particularités	Surface en m^2 et volume en m^3
Espace d'accompagnement			
Un salon d'attente	Cet espace doit avoir une capacité pour recevoir 15 Personnes	L'espace d'accompagnement est réservé seulement à un membre de la famille du patient en observation ou en hospitalisation ou en opération.	20 m^2
Toilette	Toilette avec douches pour les personnes en attente	Un espace de Lavoir est aménagé pour les attentes.	15 m^2
Une Cuisine	Pour le Personnel		20 m^2
Espace de Cour			
Hangar	Cet espace est aussi réservé pour les activités communautaires, de vaccination, PF	Un hangar avec base en béton couvert de tôles trapèze montés sur une structure métallique. Il doit respecter les normes d'accessibilité	70 m^2
Réservoir	Pour la collecte des eaux de pluies. Prévoir un réservoir de 63 m^3 avec deux compartiments de 31.5 m^3 chacun et, suivant la réalité du milieu, prévoir un forage qui accompagnera le réservoir d'un seul compartiment de 32m^3	Mise en place de Château d'eau, système de pompage et autre pour la distribution et un système de traitement des eaux.	62 m^3
Dépôt	Pour les matériels usagés et sales		20 m^2
Fosse septique		Aménagée suivant les normes pour le drainage de l'eau usée	12 m^3
Fosses de déchets[5]	Une (1) pour les déchets tranchants, piquants et une (1) pour les déchets anatomiques		12 m^3
Incinérateur			25 m^2
Salle d'équipement technique	Pour les Génératrice et Inverter		30 m^2
Espace pour le gardien	Espace aménagé avec une chambre à coucher, toilette, petite cuisine	Un château d'eau et un système de drainage des eaux de pluies et des eaux usées sont disponibles	30 m^2
Espace pour parking	Espace pour 1 ambulance, 15 véhicules patients/visiteurs et un espace capable de recevoir 15 Motos	Un espace est réservé pour le personnel et peut contenir 35 voitures	750 m^2
Toilette de Huit (8) cabines	La toilette est munie d'une station de lavage des mains	Un système de drainage	40 m^2
Guérite	Espace pour l'agent de sécurité et ½ toilette		12 m^2

TROISIEME ECHELON : HOPITAL COMMUNAUTAIRE DE REFERENCE (HCR)

Un Hôpital Communautaire de Référence représente une institution de référence au niveau des chefs-lieux de département qui est équipé de 50 Lits maximum.

DISTRIBUTION DES ESPACES DES DIFFERENTS SERVICES

Description	Remarque	Autre Particularités	Surface en m2 et volume en m3
Espace d'accueil et de Réception			
Réception			10 m^2
Attente	Cet espace a une capacité de contenir 100 Personnes	Cet espace est aussi réservé pour d'autres activités connexes	110 m^2
Archives			70 m^2
Toilette	Deux toilettes : une pour hommes et une pour femme	Ces toilettes devront respecter les normes d'accessibilité	20 m^2
Espace Administratif			
Bureau pour la direction			12 m^2
Bureau de l'administrateur			12 m^2
Bureau du comptable			20 m^2
Bureau du Chef de Service			20 m^2
Espace de Bureaux	Bureaux pour les différents Responsables Prévoir une cafeteria	Au niveau de la salle du responsable du personnel, un espace sera aménagé pour un responsable de Gestion des déchets au sein du centre	300 m^2
Salle de Réunion	Une Salle aménagée pour les réunions de Staff	Salle climatisée pouvant réunir 45 Personnes	50 m^2
Secrétariat			12 m^2
Toilette	Toilette pour le personnel	Deux toilettes pour le personnel et une toilette personnelle au niveau des bureaux	20 m^2
Un Dépôt	Pour le stockage des matériels Propres		25 m^2
Espace de Soins et Services			
Réception et Attente			20 m^2
Urgence	Cette salle sera équipée de 6 lits d'urgences		
Salle de tri			12 m^2
Salle d'observation			20 m^2

Description	Remarque	Autre Particularités	Surface en m2 et volume en m3
Toilette			20 m²
Dix (10) Salles de Consultation	Salles de consultation : prénatale, pédiatrique, adulte, planning familial, Counseling	Chaque salle occupe une superficie de 12 m² et est équipée de point d'eau et de paillasse, de poubelles	120 m²
Salle de Chirurgie Générale			20 m²
Réanimation			60 m²
Zone D'isolement			
Salles d'isolement	2 salles d'isolement qui servent en cas de maladies contagieuses et dangereuses et pour d'autres activités, ces salles font 20 m² chacune		40 m²
Toilette			12 m²
Soins Ambulatoires			
Salle de Pansement et Suture			10 m²
Petite salle de Plâtre			10 m²
Bloc de Soins Bucco-Dentaires	Espace bien aménagé		
Salle pour Réceptionniste et Chef de Service			20 m²
Salle de travail ou salle de consultation dentaire[6]	Deux Salles pour la consultation et la chirurgie qui comportent un fauteuil dentaire chacune	Chaque salle fait une superficie de 20 m²	40 m²
Salle des machines et radiographie dentaire			16 m²
Salle d'atelier dentaire			16 m²
Salle de Préparation	Espace pour la stérilisation et dépôt		20 m²
Toilette	Une Toilette pour les usagers de cet espace	Une pour homme et une pour femme	6 m²
Espace d'Hospitalisation			
Salle Enfants	Avec 5 Lits d'hospitalisation		40 m²

Description	Remarque	Autre Particularités	Surface en m2 et volume en m3
Salle Hommes	Avec 4 Lits d'hospitalisation		32 m^2
Salle Femmes	Avec 4 Lits d'hospitalisation		32 m^2
Salle de Chirurgie	Avec 6 Lits		50 m^2
Poste infirmier Médecine			16 m^2
Poste infirmier Chirurgie			16 m^2
Poste infirmier Pédiatrie			16 m^2
Poste infirmier Maternité			16 m^2
Dépôt matériel sale (service de base)			24 m^2
Dépôt matériel propre (service de base)			24 m^2
Dépôt de Sang	Avec des réfrigérateurs et buffets		20 m^2
Toilette			24 m^2
SERVICE MATERNITE			
Réception accueil			20 m^2
Bureau Médecin en Chef			20 m^2
Salle de garde Infirmière + Vestiaire			16 m^2
Salle de Maternité	Avec 10 Lits		70 m^2
Salle d'hospitalisation obstétrique	Avec 13 Lits + Station infirmière		104 m^2
Salle d'hospitalisation gynécologique	Avec 5 Lits + Station infirmière		45 m^2
Salle éclamptique pour 2 lits	Avec deux lits		27 m^2
Salle de travail	Cette salle est équipée de 4 lits d'observation	Un Box pour les examens obstétriques est aménagé dans la salle.	42 m^2
Salle d'accouchement	Salle avec quatre tables d'accouchement	A raison de 21 m^2 par table d'accouchement	60 m^2

Description	Remarque	Autre Particularités	Surface en m2 et volume en m3
Salle pouponnière	Avec 5 berceaux + Station infirmière		30 m^2
Salle de néonatalogie	+ Station infirmière		25 m^2
Salle des matériels propres			24 m^2
Salle des matériels sales			24 m^2
Dépôt			24 m^2
Cagibi			3 m^2
Toilette			24 m^2
PEDIATRIE	Avec 15 Lits		
Réception –attente			20 m^2
Salle de garde infirmière + vestiaire			16 m^2
Bureau médecin en chef			16 m^2
Salle d'hospitalisation pour grands enfants	Avec 5 Lits d'hospitalisation + Station infirmière		40 m^2
Salle d'hospitalisation pour petits enfants	Avec 5 Lits d'hospitalisation + Station infirmière		40 m^2
Salle des nourrissons (berceau)	Avec 5 Lits d'hospitalisation + Station infirmière		40 m^2
Salle de réhydratation	+ Station infirmière		30 m^2
Deux chambres de 2 lits (contagieux) avec SAS d'entrée			55 m^2
Toilette			24 m^2
BLOC OPERATOIRE			
SOP	2 Salles d'Opération de 50 m^2 chaque	Ces Salles sont équipées de point d'eau et de système d'évacuation d'eau usées	100 m^2

Description	Remarque	Autre Particularités	Surface en m2 et volume en m3
Espaces de support aux SOP			
Carré Infirmière	12 m^2		12 m^2
Bureau du Médecin	16 m^2		16 m^2
Aire de brossage	16 m^2		16 m^2
Salle de Stérilisation	20 m^2		20 m^2
Vestiaire + toilette	24 m^2		24 m^2
Salle Technique	20 m^2		20 m^2
Salle de Stockage d'équipement	16 m^2		16 m^2
Salle de Décontamination	16 m^2		16 m^2
Arsenal Stérile	20 m^2		20 m^2
Espace d'équipement stérile	16 m^2		16 m^2
Salle de réveil	20 m^2		20 m^2
Salle d'interprétation	16 m^2		16 m^2
Salle de Préparation du malade	20 m^2		20 m^2
Dépôt de Matériels Sales	24 m^2		24 m^2
Cagibi	Espace de 10 m^2		10 m^2
Toilette	10 m^2		10 m^2
Support Paraclinique			
Laboratoire	Laboratoire primaire suivant les normes LNSP		120 m^2
PHARMACIE	Suivant les normes DPM-MT		
Magasin			50 m^2
Salle de distribution			20 m^2
Toilette			8 m^2

Description	Remarque	Autre Particularités	Surface en m2 et volume en m3
IMAGERIE	Radio, Echogramme, Colposcopie, Sono		
Salle X-Ray	Tous les panneaux ainsi que les portes seront recouverts de feuille de plomb au niveau de la salle des rayons x		30 m^2
Chambre noire			10 m^2
Enregistrement			16 m^2
Salle d'échographie + toilette			30 m^2
Salle de lecture et d'interprétation			20 m^2
Dépôts de stockage de matériels			24 m^2
Vestiaire			24 m^2
Toilette			10 m^2
AUTRES SERVICES DE SUPPORT AU SOIN			
MORGUE			
Salle des corps			20 m^2
Salle de transit			16 m^2
Conservation chambre froide			50 m^2
Toilette			10 m^2
Espace Ménager			
5 Chambres à coucher	Pour 5 personnes	Médecins, Infirmières, Auxiliaires	60 m^2
Salle à manger	pour 5 personnes		20 m^2
Toilette	Deux toilettes accessibles une pour homme et une pour femme		18 m^2
Salon de repos	Un petit salon de repos pour le personnel de garde		20 m^2
Support aux Services et Soins			
BUANDERIE			
Réception-attente			24 m^2
Salle de réception, de tri et de traitements de linges sales			24 m^2
Salle de stockage et distribution des linges propres			25 m^2
Salle de stérilisation des linges			24 m^2

Description	Remarque	Autre Particularités	Surface en m2 et volume en m3
Dépôts stockage des linges stériles			25 m^2
Salle de reprise			25 m^2
Hall de séchage			30 m^2
CAFETERIA	pour 50 Personnes		
Toilette – vestiaire			20 m^2
Bureau de nutrition			16 m^2
Salle de réception et traitement des vaisselles sales	point d'eau et paillasse obligatoires		16 m^2
Salles de préparation, de cuisson	point d'eau et paillasse obligatoires		25 m^2
Salle de stockage des vaisselles propres			25 m^2
Cafétéria pour 50 Personnes	point d'eau et paillasse obligatoires	Cette salle sera la salle de distribution des repas	55 m^2
Dépôt de stockage des aliments secs			20 m^2
chambre froide pour stockage légumes et viandes			20 m^2
Toilette			20 m^2
Espace d'accompagnement			
Un salon d'attente	Avec capacité pour recevoir 20 Personnes	Réservé seulement à un membre de la famille du patient en observation ou en hospitalisation ou en travail.	20 m^2
Toilette	Toilette avec douches pour les personnes en attente	Un espace Lavoir de 5m^2 sera aménagé pour les attentes	17 m2
Espace de Cour			
Réservoir	Pour la collecte des eaux de pluies et autres, un réservoir d'une capacité 240 m^3 à trois compartiments de 80 m^3 chacun sera utilisé. Un puits artésien pourrait être disponible pour l'alimentation du réservoir.	Mise en place de château d'eau, système de pompage et autre pour la distribution et un système de traitement des eaux.	240 m^3

Description	Remarque	Autre Particularités	Surface en m2 et volume en m3
Espace Technique	Espace conçu pour les génératrices, espace pour sécuriser les batteries d'inverter, panneaux solaires.	Prévoir espace pour deux génératrices installées et un espace pour les installations d'inverter, batteries et autres installations électriques	50 m^2
Dépôt	Pour les matériels de Salles		20 m^2
Fosse septique		Aménagée suivant les normes pour le drainage de l'eau usée	20 m^3
Incinérateur			30 m^2
Fosse de déchets	Pour les déchets tranchants piquants et une pour les déchets Anatomique		25 m^3
Espace pour le gardien	Espace aménagé avec une chambre à coucher, toilette, petite cuisine	Un château d'eau et un système de drainage des eaux de pluies et des eaux usées seront aménagées.	30 m^2
Espace pour parking	Espace pour 2 ambulances, 50 véhicules patients/visiteurs	Un espace sera réservé pour le personnel et pourra contenir 30 voitures	1050 m^2
Toilette de Quinze (15) cabines	La toilette sera munie d'une station de lavage des mains	Un système de drainage	40 m^2
Guérite	Espace pour l'agent de sécurité et ½ toilette		12 m^2

DEUXIEME NIVEAU

ECHELON UNIQUE : HOPITAL DEPARTEMENTAL (HD)

L'hôpital départemental est conçu pour desservir une plus large population et offre une plus grande gamme de services puisqu'étant une structure de référence pour tout le département. Découlant des services à englober et de la fréquentation attendue, l'Hôpital départemental est subdivisé en divers espaces répartis de manière à garantir une meilleure gestion du flux de la circulation des patients et du personnel et est équipé de 150 lits.

DISTRIBUTION DES ESPACES DES DIFFERENTS SERVICES

Description	Remarque	Autre Particularités	Surface en m² et volume en m³
Espace d'accueil et de Réception			
Réception - Attente	Cet espace a la capacité de contenir 150 Personnes	Un espace est réservé dans la salle d'attente pour les personnes à mobilité réduite et aussi pour les femmes enceintes	170 m²
Archives			100 m²
Toilette	Une pour femmes et une pour hommes avec urinoir	Ces toilettes devront respecter les normes d'accessibilité	24 m²
Espace Administratif			
Salle pour la direction			12 m²
Bureau de l'administrateur			12 m²
Bureau du comptable			20 m²
Bureau du Chef de Service			20 m²
Espace de Bureaux	Cet espace sera aménagé d'une manière telle à ce que tous les bureaux soient représentés		300 m²
Salle de Réunion	Une Salle aménagée pour les réunions de Staff	Salle climatisée pouvant réunir 70 Personnes	80 m²
Toilette	Toilette pour le personnel	Deux toilettes pour le personnel et une toilette personnelle au niveau des bureaux	24 m²
Un Dépôt	Pour le Stockage des matériels et équipements		20 m²
Espaces de Soins et Services			
Salle de réception – attente			30 m²
URGENCES	Espace aménagé avec 12 Lits d'urgence		
Salle de tri			12 m²
Salle d'observation			20 m²
Consultation			20 m²

Description	Remarque	Autre Particularités	Surface en m^2 et volume en m^3
Soins intensifs			25 m^2
Réanimation			60 m^2
Dix (10) Salles de Consultation	Chaque salle fera une superficie de 12 m^2		120 m^2
Salle de consultation pour Médecine interne et maladie contagieuse			12 m^2
Soins Ambulatoires			
Salle de Pansement et Suture	Paillasse et point d'eau Aménager espace pour la stérilisation des matériels médicaux.		12 m^2
Petite salle de Plâtre			12 m^2
Bloc de Soins Bucco-Dentaires	Espace bien aménagé		
Salle pour Réceptionniste et Chef de Service			20 m^2
Salle de travail ou de consultation dentaire[7]	Deux salles pour la consultation et la chirurgie	Chaque salle fait une superficie de 30 m^2	60 m^2
Salle des machines et radiographie dentaire			16 m^2
Salle d'atelier dentaire			16 m^2
Salle de stérilisation et dépôt			20 m^2
Toilette	Une toilette pour les usagers de cet espace	Une pour homme et une pour femme	6 m^2
Espace d'Hospitalisation			
Service de Maternité	Salle équipée de dix lits d'hospitalisation avec berceaux + station infirmière		70 m^2
Réception accueil			20 m^2
Bureau Médecin en Chef			20 m^2
Salle de garde Infirmière + Vestiaire			16 m^2

Description	Remarque	Autre Particularités	Surface en m^2 et volume en m^3
Salle d'hospitalisation obstétrique	Avec 10 Lits + Station infirmière		80 m^2
Salle d'hospitalisation Gynécologique	Avec 20 Lits + station infirmière		80 m^2
Salle éclamptique	Avec 2 lits		16 m^2
Salle de travail ou Pré-partum	4 lits		24 m^2
Salle de néonatalogie	+ station infirmière		25 m^2
Salle des matériels propres			24 m^2
Salle des matériels sales			24 m^2
Salle d'accouchement	Salle avec six tables d'accouchement		90 m^2
Salle d'observation de Maternité	Cette salle est équipée de six lits d'observation à raison de 8 m^2/lits	Un Box pour les Examens obstétrique est aménagé dans la salle	63 m^2
Salles Pouponnière	Avec 10 berceaux à raison de 6 m^2/lits + station infirmière		60 m^2
Salle de garde pouponnière			12 m^2
Vestiaire			12 m^2
Hospitalisation et Service			
Salle Hommes	Avec 15 Lits d'hospitalisation à raison de 8 m^2/lits + station infirmière		120 m^2
Salle Femmes	Avec 15 Lits d'hospitalisation à raison de 8 m^2/lits + station infirmière		120 m^2
Salle de Chirurgie + Brulés	Avec 24 Lits + station infirmière	Deux salles hommes/femmes avec deux lits chaque pour les brûlés	195 m^2
Salle Urologie	5 Lits + station infirmière		40 m^2
Salle Dermato	4 Lits + station infirmière		35 m^2
Salle Cardio	5 Lits + station infirmière		40 m^2
Salle Orthopédie + Trauma	30 Lits + station infirmière		240 m^2
Poste infirmier Médecine			12 m^2
Poste infirmier Chirurgie			12 m^2

Description	Remarque	Autre Particularités	Surface en m^2 et volume en m^3
Dépôt matériel sale (service de base)			48 m^2
Dépôt matériel propre (service de base)			48 m^2
Cagibi			3 m^2
Toilette			24 m^2
Service de Pédiatrie	Avec 20 Lits + station infirmière	Nourrisson et enfant	
Réception –attente			20 m^2
Salle infirmière de garde	Poste infirmière de Garde		16 m^2
Bureau Médecin en chef			16 m^2
Salle d'hospitalisation pour grands enfants			65 m^2
Salle d'hospitalisation pour petits enfants			65 m^2
Salle des nourrissons (berceau)			35 m^2
Salle de réhydratation			30 m^2
Deux chambres de 6 lits (contagieux) avec SAS d'entrée	A raison de trois lits par chambre et occupant un espace de 20 m^2 par lit		120 m^2
Cagibi			3 m^2
Toilette			24 m^2
Block de Soins Ophtalmologiques	Avec 5 lits		
Administration et accueil			12 m^2
Salle d'op. Spécialisé			30 m^2
Unité de Dialyse			
Salle de Dialyse			30 m^2
Salle de Physio + Réhabilitation			
Salle de Physio + Réhabilitation			30 m^2

Description	Remarque	Autre Particularités	Surface en m^2 et volume en m^3
Bloc Opératoire			
Salles d'Opération (SOP)	5 salles d'Opérations (SOP) de 50 m^2 chaque	Avec une salle ophtalmo de 20 m^2	250 m^2 + 100 m^2
Espace de Support aux SOP			
Salle de Stérilisation	24m^2		24 m^2
Vestiaire + toilette	20 m^2		20 m^2
Salle Technique	20 m^2		20 m^2
Carré infirmières, médecin	16 m^2		16 m^2
Salle de Stockage d'équipement	16 m^2		16 m^2
Aire de brossage	16 m^2		16 m^2
Salle de Décontamination	16 m^2		16 m^2
Espace d'équipement stérile	20 m^2		20 m^2
Salle de réveil	20 m^2		20 m^2
Salle d'interprétation	16 m^2		16 m^2
Salle de préparation du patient	20 m^2		20 m^2
Dépôt de matériel sale	24 m^2		24 m^2
Cagibi			10 m^2
Toilette	Un espace sanitaire pour 4 toilettes soit 2 pour hommes et 2 pour femmes totalisant une superficie de 24 m^2	Espaces sanitaires accessibles aux personnes à mobilité réduite. Dans l'espace des hommes aménager des urinoirs accessibles	24 m^2
Zone d'isolement			
Salles d'isolement	4 salles d'isolement	Ces salles servent en cas de maladie contagieuse et dangereuse et autres activités connexes et chambre unique pour des cas nécessitant un isolement	80 m^2
Toilette	Deux toilettes	Ces toilettes seront accessibles et sécurisées	12 m^2

Description	Remarque	Autre Particularités	Surface en m² et volume en m³
Support paraclinique			
Un Dépôt de Sang	Avec un petit réfrigérateur et buffet		50 m²
Un Poste de Transfusion sanguine			24 m²
Laboratoire	Laboratoire primaire suivant les normes LNSP		150 m²
Pharmacie	Suivant les normes DPM-MT		
Magasin			100 m²
Salle de distribution			20 m²
Toilette			10 m²
Imagerie			
Salle X-Ray		Tous les panneaux ainsi que les portes seront recouverts de feuille de plomb au niveau de la salle des rayons X.	30 m²
Chambre noire			10 m²
Enregistrement			16 m²
Salle d'échographie + toilette			30 m²
Salle de lecture et d'interprétation			20 m²
Dépôts de stockage de matériels			24 m²
Vestiaire			24 m²
Toilette			10 m²
Dépôt	Pour le stockage des matériels sanitaires de l'HD		24 m²
Autre Espace de Support			
MORGUE			
Salle des corps			50 m²
Salle de transit			16 m²
Conservation chambre froide			50 m²
Toilette			10 m²
Espace Ménager			
7 Chambres à coucher	Pour 7 personnes de 16 m²/ chambre		112 m²
Salle à manger	pour 7 personnes		20 m²
Toilette	Deux toilettes accessibles une pour homme et une pour femme		24 m²

Description	Remarque	Autre Particularités	Surface en m^2 et volume en m^3
Salon de repos	Un petit salon de repos pour le personnel de garde		20 m^2
Espace d'accompagnement			
Un salon d'attente	Avec capacité pour recevoir 30 personnes	Espace réservé seulement à un membre de la famille du patient en observation ou hospitalisé.	35 m^2
Toilette	Toilette avec douches pour les personnes en attente	Aménager un espace lavoir pour les personnes en attente.	32 m^2
ESPACE DE SUPPORT DE L'HD			
BUANDERIE			
Réception-attente			24 m^2
Salle de réception, de tri et de traitements de linges sales			24 m^2
Salle de stockage et distribution des linges propres			30 m^2
Salle de stérilisation centrale des linges			80 m^2
Dépôts stockage des linges stériles			30 m^2
Salle de reprise			25 m^2
Hall de séchage			50 m^2
Dépôt			50 m^2
CAFETERIA - CUISINE			
CUISINE			
Toilette – Vestiaire			20 m^2
Bureau de nutrition			16 m^2
Salle de réception et traitement des vaisselles sales			16 m^2
Salles de préparation, de cuisson		point d'eau et paillasse sont obligatoires	25 m^2
Salle de stockage des vaisselles propres			25 m^2

Description	Remarque	Autre Particularités	Surface en m^2 et volume en m^3
Cafétéria pour 60 personnes	Espace aménagé avec tables et chaises pour la distribution des repas	point d'eau et paillasse obligatoires	80 m^2
Dépôt de stockage des aliments secs			40 m^2
Chambre froide pour stockage légumes et viandes			40 m^2
Toilette			30 m^2
Espace de Cour			
Réservoir	Pour la collecte des eaux de pluies et autres . Réservoir d'une capacité de 270 m^3 à trois compartiments de 90 m^3 chacun. Un puits artésien peut être disponible pour l'alimentation du réservoir.	Mise en place de château d'eau, d'un système de pompage et autre pour la distribution, d'un système de traitement des eaux.	270 m^3
Espace Technique	Espace conçu pour deux Génératrices, espace pour sécuriser les batteries d'inverter		60 m^2
Dépôt	Pour les matériels usagés		40 m^2
Fosse septique		Aménager suivant les normes pour le drainage de l'eau usée	30 m^3
Incinérateur			50 m^2
Fosse de déchets	Pour les déchets anatomiques et radio		24 m^3
Espace pour le gardien	Espace aménagé avec une chambre à coucher, toilette, petite cuisine	Un château d'eau et un système de drainage des eaux de pluies et des eaux usées seront aménagé	30 m^2
Espace pour parking	Espace pour 5 Ambulances, 150 Véhicules patients/visiteurs	Un espace réservé pour le personnel pouvant contenir 50 voitures	2900 m^2
Espace Vert			100 m^2
Toilette de Vingt (20) cabines	Munie d'une station de lavage des mains. L'intérieur des toilettes tous aménagés avec de la céramique jusqu'au plafond	Un système de drainage	70 m^2
Dépôt central	Pour stockage des intrants de l'HD		80 m^2
Guérite	Espace pour l'agent de sécurité et ½ toilette		12 m^2

2. ACCESSIBILITE DES BATIMENTS DE SANTE

GENERALITES SUR L'ACCESSIBILITE DES INSTITUTIONS SANITAIRES

Se basant sur le principe que tous les locaux doivent être accessibles pour tous, il est obligatoire qu'à tous les niveaux du système sanitaire ceci soit respecté. Tout centre communautaire de santé, centre de santé, Hôpital de référence et Hôpital départemental, où qu'il se trouve doit constituer un espace pratique de fonctionnement lui permettant de desservir la population relevant de lui qu'elle vive dans des quartiers, des communautés urbaines ou encore dans des zones reculées du pays.

Pour garantir l'accessibilité de ces bâtiments, dans un premier temps, il faut que ceux-ci soient dans un milieu facilement repérable et que les gens peuvent y pénétrer sans ambages. Dans un second temps, Il sera aussi essentiel, que les bâtiments sanitaires soient accessibles aux personnes vivant avec une déficience quelconque. Aussi, toute institution sanitaire devrait-elle respecter les normes universelles en termes d'accessibilité. Dans ce contexte, garantir l'orientation des personnes vivant avec un Handicap est un des premiers principes à respecter**:**

Pour garantir l'orientation des personnes vivant avec un handicap, il est important qu'au niveau de toutes les institutions sanitaires, il y ait la présence d'un agent de Santé qui soit en mesure d'orienter et de guider les personnes avec une déficience, telles :

1. Les aveugles
2. Les sourds-muets (Parler la langue des signes est obligatoire pour tout ASCP, Auxiliaire, Infirmière)
3. Les personnes à mobilité réduite

Il est important aussi d'avoir un dispositif de sonorisation pour pouvoir orienter les personnes qui ont un déficit de vision.

ACCESSIBILITE[1] DES BATIMENTS SANITAIRES

Dans les locaux des institutions de santé, les structures suivantes doivent être mises en place pour bien faciliter l'accessibilité :

Éléments	Recommandations
Entrée(s) accessible(s) / nombre total d'entrées	100 % des entrées piétonnières doivent être sans obstacles. Elles doivent également donner sur l'extérieur au niveau du trottoir ou sur une rampe d'accès conforme.
Signalisation de l'entrée accessible	Toutes les entrées doivent être sans obstacle et identifiées au moyen du pictogramme international d'accessibilité.
Rampe d'accès	Une rampe d'accès servant de moyen d'évacuation et d'accès sans obstacle doit être construite au niveau de toutes les entrées et avoir une largeur libre capable d'assurer le bon fonctionnement et un accès facile. Elle dispose de 2 mains courantes saisissables aisément sur toute sa longueur, à une hauteur raisonnable. De plus, au moins une main courante doit être continue sur toute la longueur de celle-ci. ❖ Avoir un palier au haut et au bas ainsi qu'aux niveaux intermédiaires des rampes conduisant à une porte; ❖ Avoir une surface antidérapante ainsi qu'une bande de couleur et de texture contrastantes en haut et en bas.

[1] *Le Document Technique en ANNEXE 1, permet aux ingénieurs et Architecte de bien dimensionner les bâtiments*

Éléments	Recommandations
Seuil de palier	Le seuil de palier doit être à une hauteur maximale par rapport au revêtement de plancher.
Espace de devant la porte manœuvre	Les paliers devant toutes les portes d'entrée doivent avoir une superficie raisonnable pour la circulation d'une chaise roulante.
Ferme-porte	Le ferme-porte doit être conçu pour permettre l'ouverture de la porte lorsque l'on applique sur la poignée une poussée de 38 N pour une porte ouvrant vers l'extérieur et de 22 N pour celle ouvrant vers l'intérieur.
Salle d'attente et espace de rassemblement pour les activités communautaires	
Place(s) réservée(s) aux personnes handicapées dans les salles d'attente ou salles de rencontres communautaires	Les places dans les salles d'attente doivent respecter les critères suivants : ❖ Être aménagées sur des surfaces horizontales dégagées ou avec des sièges amovibles; ❖ Avoir au moins trois places réservées côte à côte; ❖ Être situées à côté d'un parcours sans obstacle; ❖ Offrir un choix d'emplacements ainsi qu'une vue dégagée sur l'événement présenté. ❖ De plus, il doit y avoir un parcours sans obstacle à partir de l'entrée jusqu'aux places réservées pour les personnes à mobilité réduite ou avec un handicap quelconque.
Salle de Toilette à cabinet mixte unique accessible aux personnes à mobilité réduite	
Signalisation adéquate	Les salles de toilette doivent être adéquatement identifiées au moyen du pictogramme international d'accessibilité.
Espace de manœuvre devant la salle de toilette	Il doit y avoir un espace de manœuvre devant la porte de la salle de toilette.
Seuil de la porte de la salle de toilette	Le seuil de la porte doit être à une hauteur maximale par rapport au revêtement de plancher.
Largeur libre de la porte	Les portes doivent avoir une largeur libre minimale permettant l'accès facile et sans obstacle.
Poignée de la porte	La poignée doit permettre une ouverture de la porte sans effort de préhension ni de rotation du poignet. Une poignée à levier ou à anse est conseillée. Elle doit être installée à une hauteur raisonnable.
Sens d'ouverture de la porte	La porte doit s'ouvrir vers l'extérieur à moins qu'elle offre un espace de manœuvre libre.
Dispositif de verrouillage	Le dispositif de verrouillage doit être de type loquet et pouvant être utilisé par le poing.
Crochet portemanteau	Les crochets portemanteau doivent être installés.
Superficie de la salle de toilette	La salle de toilette doit avoir une superficie permettant la circulation sans obstacle d'une personne à handicap quelconque.
Poubelle sanitaire	La poubelle sanitaire doit être installée sur la paroi latérale la plus près de la toilette.
Distributeur de protège-siège	Le distributeur de protège-siège doit se trouver à un endroit accessible pour une personne handicapée.
Barre(s) d'appui	Des barres d'appui doivent être installées au niveau des cabines des toilettes.
Distributeur de papier hygiénique	Le distributeur de papier hygiénique doit être fixé à la paroi latérale la plus proche de la toilette et ne doit pas contrevenir à l'utilisation de la barre d'appui. De plus, nous suggérons d'installer cet équipement le plus près possible de la toilette, entre le centre et le devant de la cuvette de la toilette, afin de faciliter son utilisation pour une personne en situation de handicap.

Éléments	Recommandations
Miroir	Le bas du miroir ne doit pas être à plus de 1 m du sol ou être incliné par rapport à la verticale de façon à pouvoir être utilisé par une personne se déplaçant en fauteuil roulant (voir la figure 19).
Distributeur de savon, distributeur de papier à mains et séchoir à mains	Ces équipements doivent être installés à un endroit accessible aux personnes se déplaçant en fauteuil roulant.
Lavabo et robinetterie	Le lavabo doit être conforme et avoir une robinetterie à levier ou actionné automatiquement (détecteurs de mouvements); ❖ Avoir une tuyauterie isolée; ❖ Avoir un espace de manœuvre devant le lavabo
Espace Pharmacie	
Comptoir de la caisse (boutique)	Sur le comptoir de la caisse il doit y avoir au moins une section sans obstacle. Vous devez soit abaisser une partie du comptoir ou ajouter une tablette rétractable.
Parcours sans obstacle	Un parcours sans obstacle doit être aménagé afin de permettre à une personne se déplaçant en fauteuil roulant de circuler dans les différentes salles et de pouvoir atteindre le comptoir sans obstacle.
Aire de Stationnement	
Espace(s) réservé(s) / nombre total de places de stationnement	Pour un stationnement : ❖ de 25 à 100 places : 1 place réservée; ❖ de 101 à 200 places : 2 places réservées; ❖ de 201 et plus : au moins 1 % des places réservées.
Dimension d'un espace de stationnement réservé aux personnes handicapées	Un espace de stationnement doit être suffisamment bien dimensionné pour faciliter l'accès aux personnes et avoir une allée latérale suffisamment large.
Surface du stationnement	Le revêtement du stationnement doit être dur comme l'asphalte, le béton ou du gravier fin bien compacté.
Identification du stationnement	L'espace de stationnement réservé doit être clairement identifié. Vous devez obtenir un panneau de signalisation P 150-5 (voir la figure 2) et le placer à une hauteur minimale,tout en tenant compte des normes de signalisation du gouvernement[8].
Pente	L'emplacement du stationnement réservé aux personnes handicapées ne doit pas comporter de pente.
Parcomètre / Horodateur	Un espace de manœuvre est obligatoire devant le parcomètre ou l'horodateur.
Emplacement de l'espace réservé	L'espace de stationnement réservé doit être le plus près possible de l'entrée sans obstacle.
Bateau de trottoir	Rampe intégrée au trottoir dont la pente est proportionnelle à la largeur du trottoir.
Allée(s) extérieure(s)	Un parcours sans obstacle doit être aménagé entre le stationnement et l'entrée sans obstacle. Chaque allée extérieure doit avoir une largeur libre et avoir une surface dure comme l'asphalte, le béton ou du gravier fin bien compacté.
Zone extérieure d'arrivée et de départ de patients / (Débarcadère)	Le débarcadère doit respecter les critères suivants (voir la figure 3) : ❖ Avoir une allée d'accès de largeur libre; ❖ Avoir un bateau de trottoir, s'il y a un seuil de trottoir.

L'Annexe 1 de ce module 3 du PES spécifie les détails techniques ainsi que les mensurations pour chacun des éléments retenus pour garantir l'accessibilité des bâtiments sanitaires.

3. SECURITE DES PATIENTS ET DU PERSONNEL

SECURITE DES PATIENTS ET DU PERSONNEL AU NIVEAU DE TOUTES LES INSTITUTIONS SANITAIRES

Les enjeux de santé publique sont nombreux :

- **enjeux humains** (les patients et les familles en termes de conséquences émotionnelles et physiques, sociales et familiales, mais aussi les professionnels de santé impliqués par un événement indésirable),
- **enjeux stratégiques** (réputation de l'établissement, capacité à maintenir et développer une activité à risques dans le cadre des schémas régionaux d'organisation des soins),
- **enjeux techniques et organisationnels, économiques et financiers2, juridiques et assuranciels**.

Le risque en établissement de santé est encore trop souvent abordé de façon cloisonnée. Si certains risques cliniques sont fortement pris en compte (risque transfusionnel ou risque infectieux pour lesquels des démarches structurées ont été mises en œuvre au décours de crises sanitaires fortement médiatisées), d'autres peuvent l'être insuffisamment malgré leur importance (gestion de l'identification du patient, risque médicamenteux, iatrogénie associée aux actes techniques, etc.).

Trois grandes catégories de risques peuvent être identifiées (cf. schéma ci-dessous) :

- **la première directement associée aux soins** (organisation et coordination des soins, actes médicaux, hygiène, utilisation d'un produit de santé, gestion de l'information, etc.),
- **la seconde se rapportant aux activités dites de soutien** sans lesquelles les soins ne pourraient être correctement mis en œuvre (effectif de personnel et gestion des compétences, équipements et leur maintenance, achats et logistique, système d'information, etc.)
- **la troisième relative à la vie hospitalière et à l'environnement** (sécurité des personnes et des biens, etc.). Diverses études montrent le caractère fréquent, parfois grave, pourtant facile à contourner, des événements indésirables associés aux soins survenant dans les établissements de santé. La cause de ces événements est rarement liée au manque de compétence technique des professionnels. Ils sont le plus souvent secondaires à des défauts d'organisation, de coordination, de vérification ou de communication ; en résumé la résultante d'une insuffisance ou d'un manque de culture commune de sécurité.

Plusieurs arguments plaident pour une approche globale et coordonnée de la gestion des risques. En particulier les résultats des analyses approfondies montrant qu'un évènement grave associé aux soins est systématiquement lié à la combinaison de causes variées, issues de la sphère de soin mais aussi de son environnement, immédiat ou plus lointain.

Une démarche de gestion des risques doit être appliquée. Elle a pour but d'assurer la sécurité des patients et du personnel. Elle vise à amoindrir le risque et à contrer les évènements indésirables associés aux soins qui pourraient émerger. Cette démarche est guidée par une politique institutionnelle traduite dans un programme d'actions dynamique, établi selon les risques spécifiques de l'établissement et les priorités retenues.

Le Programme d'actions a minima doit prendre en compte les procédures de sécurité suivantes, obligatoires à tous les niveaux.

PROCEDURES DE SECURITE OBLIGATOIRES A TOUS LES NIVEAUX

1. Electrification de l'espace de soins 24/24
2. Disponibilité d'un système de gestion des risques et des désastres (GRD)
3. Tout produit pharmaceutique mis sur le marché national fera obligatoirement l'objet d'un suivi par le Centre de Pharmacovigilance du MSPP.
4. Toute réaction adverse non prévue ou excessive suite à la consommation d'un produit pharmaceutique doit être signalée au Bureau du Centre de Pharmacovigilance du MSPP
5. Les réactions adverses ci-après doivent obligatoirement être rapportées :
   a. **Pour un médicament déjà mis sur le marché national** :
      - ❖ réactions adverses de moindre importance
      - ❖ réactions adverses importantes, attendues et inattendues
      - ❖ un rapport détaillé est exigé sur;
        i. les informations fournies dès que le phénomène est observé
        ii. la procédure de récolte des données en ce qui concerne les réactions adverses et celle imposée par le Centre de Pharmacovigilance.
   b. **Réactions adverses survenant à l'étranger par un produit mis sur le marché au pays :**
      - ❖ il est demandé au fabriquant de fournir auprès de l'autorité réglementaire (Bureau de Pharmacovigilance) tous les effets adverses enregistrés dans d'autres pays ;
      - ❖ un rapport détaillé sera toutefois exigé lorsqu'il s'agit des effets adverses sérieux attendus ou non attendus.
   c. **Pour un médicament faisant objet d'un essai clinique avant sa mise sur le marché, l**es conditions ci-après sont exigées :
      - ❖ avis favorable de la Commission Pharmaceutique
      - ❖ Toutes les installations sanitaires doivent se munir d'un minimum de dispositif de sécurité pour protéger la vie des patients et du personnel du danger qui proviendrait :
        i. d'une contamination acquise au contact avec les malades infectieux ;
        ii. d'un incendie qui peut se déclarer dans les installations ;
        iii. d'une émission des isotopes, des rayons x provenant de la radiologie ;
        iv. d'un mauvais assainissement de l'environnement ;
        v. d'une érection insuffisante de barrières aux endroits dangereux.

Sécurité relative à la contamination

- Les malades contagieux doivent être isolés. Les locaux de service devront être fermés sur les couloirs, isolés de la circulation des malades.
- Les zones septiques doivent être séparées des zones aseptiques.

Sécurité relative à l'incendie

En milieu rural, un périmètre de protection d'au moins 25 m autour des bâtiments doit être prévu afin de prévenir l'incendie.

En milieu urbain, il faut :

- Placer les panses d'incendie au bout des corridors et couloirs ;
- Placer des bouches d'incendie aux alentours des bâtiments ;
- Placer des matériels de lutte contre l'incendie, tels que des extincteurs aux endroits stratégiques;
- Placer les issues de secours aux bouts des couloirs ;
- Prévoir un escalier de secours placé à l'extérieur des bâtiments ;
- Prévoir toutes les menuiseries (portes, fenêtres) résistant au feu ;
- Les circuits électriques doivent être protégés avec les fusibles adaptés ;
- Les fils électriques doivent être bien isolés ;
- Les câbles électriques doivent être des sections conformes aux charges ;
- Prévoir l'installation d'un système d'alarme anti-feu ;
- Mettre en place un système de protection anti-feu hydraulique ;

Sécurité relative aux rayonnements ionisants :

- La salle de radiologie doit être assez spacieuse pour augmenter les distances séparant les appareils des murs de la salle ;
- Elle doit être suffisamment éloignée des zones très fréquentées ;
- Le tube à rayons x doit être orienté vers le côté opposé à l'accès de la salle d'examen ;
- Dans les installations radiologiques de base, l'épaisseur des murs doit être l'équivalent de 2 mm de plomb de blindage ou un mur de béton d'épaisseur de 20 cm ;
- Si les murs sont en agglomérés de ciment (avec gravillons) l'épaisseur sera de 15 cm ;
- La chambre noire et la salle de radiologie doivent être séparées par un mur en aggloméré de ciment de 20 cm d'épaisseur ;
- Le mur situé derrière un statif mural (c.à.d. recevant le bombardement direct des rayons x) doit être blindé d'une feuille de plomb de 3 mm d'épaisseur et d'1 m^2 de surface.

Sécurité relative à l'assainissement :

- Prévoir un système d'alimentation en eau potable;
- Installer un système de traitement des déchets solides (hormis les déchets biologiques) tels que la poubelle avec couvercle;
- Prévoir un réseau de drainage des eaux usées et de ruissellement ;
- Installer un incinérateur ;
- Prévoir les installations sanitaires adéquates ;
- Prévoir un dispositif de désinsectisation, de dératisation et de désinfection.

Sécurité relative à l'émission des bruits

Les locaux qui abritent les malades nécessitant un isolement acoustique doivent être érigés en tenant compte de l'isolation phonique et acoustique. Ces bruits peuvent provenir de l'intérieur tout comme de l'extérieur. Afin de préserver la quiétude de ces lieux, on utilisera un ou plusieurs procédés suivants :

- Prévoir des fenêtres fixes et hermétiquement rejointoyées ;
- Eloigner ces salles des sources sonores extérieures ;
- Construire les murs extérieurs avec l'isolation acoustique consistant à la pose de matières de fibre d'épaisseur de 10 cm qui sera intercalé entre le mur de parement et celui des gros œuvres;
- Poser des plaques absorbantes sur les parois extérieures du mur. Ces parois seront en fibre de verre ou en fibre minérale ;
- Poser des plaques perforées au plafonnage pour diminuer la fréquence due à l'intensité des bruits ;
- Prévoir pour les planchers un revêtement supplémentaire en enduit posé sur des matériaux isolants, comme du polystyrène.

Sécurité relative à la protection aux endroits dangereux :

- Dans les bâtiments à étage, les balcons seront munis des garde-fous de 1,50m de hauteur ;
- Les accès aux zones à haut risque (des installations électriques, de machinerie, d'émanation de gaz) seront barricadés.
- Mettre en place un système de télésurveillance à tous les niveaux
- Mettre en place un système d'alarme (alerte pompier, police et autre…)

CHAPITRE II : GESTION DES DECHETS MEDICAUX

Le monde génère de plus en plus de déchets, et les hôpitaux, les centres de santé ne font pas exception. Les déchets médicaux peuvent être infectieux, contenir des substances chimiques toxiques et présenter un risque de contamination tant pour la population que pour l'environnement. Pour que les patients puissent recevoir les soins médicaux dont ils ont besoin et se rétablir dans un environnement sûr, il est indispensable d'éliminer les déchets en toute sécurité.

Les activités de soins permettent de protéger la santé, de guérir des patients et de sauver des vies. Mais elles génèrent des déchets dont approximativement 25 % représentent un risque infectieux, toxique, traumatique ou radioactif.

Les risques liés aux déchets médicaux dangereux et les moyens de les gérer sont relativement bien connus et décrits dans la littérature. Toutefois, les méthodes de traitement et d'élimination préconisées exigent des ressources techniques et financières importantes ainsi qu'un cadre légal qui font souvent défaut au niveau de nos institutions sanitaires. Le personnel est souvent démuni pour gérer cette tâche. Or, une mauvaise gestion des risques peut mettre en danger le personnel de soins, les employés s'occupant des déchets médicaux, les patients et leur famille, ainsi que l'ensemble de la population. D'autre part, le traitement ou le dépôt inadéquat de ces déchets peut représenter un risque de contamination ou de pollution de l'environnement.

Dans des contextes même défavorables, il est possible de diminuer d'une manière significative les risques liés aux déchets médicaux dangereux par des mesures simples et adaptées. Le but de ce manuel est de fournir un outil pratique et pragmatique pour gérer au quotidien les déchets hospitaliers dangereux. Il ne remplace en aucun cas les lois et plans de gestion des déchets nationaux, là où ils existent.

Les hôpitaux ont la responsabilité des déchets qu'ils produisent. Ils doivent s'assurer que la manipulation, le traitement et l'élimination de leurs déchets n'auront aucune conséquence néfaste sur la santé ou sur l'environnement.

Cette partie du manuel du PES va permettre au personnel médical, technique et administratif qui travaille au sein d'une institution sanitaire: Centres Communautaires de Santé, Centre de Santé, l'Hôpital Communautaire de Référence ou Hôpital Départemental de mieux gérer les déchets qu'ils produisent. Et, doivent-ils par la suite présenter des informations générales sur les déchets de soins médicaux et les éléments clefs des procédures de gestion à connaître avant de développer un plan de gestion des déchets de soins médicaux. Elle comprend les éléments suivants :

- **a.** Caractérisation des déchets médicaux ;
- **b.** La nécessité de développer des structures de supervision et de gestion ;
- **c.** Une présentation des risques associés aux déchets de soins médicaux ;
- **d.** Une définition et une classification des déchets de soins médicaux ;
- **e.** Les règles minimales à observer pour la gestion des déchets de soins médicaux ;
- **f.** Une directive pour la gestion spécifique des déchets de soins médicaux dangereux et infectieux;
- **g.** Des indications pour le développement de mesures de protection pour le personnel des établissements sanitaires et l'environnement.

CARACTERISATION DES DECHETS MEDICAUX

Les déchets médicaux comprennent tous les déchets produits lors d'activités de soins ou de diagnostic. Du point de vue général, 75 à 90 % de ces déchets sont comparables aux déchets domestiques ou déchets urbains et ne représentent pas de danger particulier. Ces déchets peuvent suivre la même filière de recyclage, de ramassage et de traitement que les déchets urbains de la communauté. Tandis que 10 à 25 % sont appelés déchets médicaux dangereux ou déchets spéciaux et présentent de véritables dangers et sont sérieusement nocifs à la santé.

Les déchets appartenant au deuxième groupe peuvent être divisés en cinq catégories suivant les risques qu'ils représentent :

CATEGORISATION DES DECHETS MEDICAUX DANGEREUX

1.	**Déchets piquants et tranchants (ci-après « les piquants/tranchants »**	➤ Déchets présentant un danger de blessure.
2.	a. **Déchets présentant un danger de contamination**	➤ Déchets contenant du sang, des sécrétions ou des excrétions présentant un danger de contamination.
	b. **Déchets anatomiques**	➤ Parties du corps, tissus présentant un danger de contamination.
	c. **Déchets infectieux**	➤ Déchets contenant d'importantes quantités de matériel, substances ou milieux de culture présentant un risque de propagation d'agents infectieux (cultures d'agents infectieux, déchets de patients infectieux à l'isolement).
3.	a. **Déchets de médicaments**	➤ Déchets de médicaments, médicaments périmés et récipients ayant contenu des médicaments.
	b. **Déchets cytotoxiques**	➤ Cytotoxiques périmés, restes de cytotoxiques, matériel contaminé par des cytotoxiques.
	c. **Déchets contenant des métaux lourds**	➤ Piles, déchets de mercure (thermomètres ou tensiomètres cassés, ampoules fluorescentes ou fluo compactes).
	d. **Déchets chimiques**	➤ Déchets contenant des substances chimiques : restes de solvants de laboratoire, désinfectants, bains de développement et de fixation photographique.
4.	**Réservoirs sous pression**	➤ Bonbonnes de gaz, bombes aérosol
5.	**Déchets radioactifs**	➤ Déchets contenant des substances radioactives : radionucléides utilisés en laboratoire ou en médecine nucléaire, urine ou excréta de patients traités.

PRINCIPES DE BASE D'UN PROGRAMME DE GESTION DES DECHETS

Une gestion appropriée des déchets médicaux repose sur une bonne organisation, un financement adéquat et la participation active d'un personnel informé[2] et formé. Ce sont là, en effet, les conditions pour que les mesures soient appliquées d'une manière constante tout au long de la filière du déchet (du point de production jusqu'à l'élimination finale).

Trop souvent, la gestion des déchets est reléguée au rang de tâche subalterne. Il s'agit au contraire de la valoriser et de responsabiliser tous les acteurs de l'hôpital en rapport à cette tâche.

STRUCTURE DE SUPERVISION ET DE GESTION DES DECHETS DE SOINS MEDICAUX

Le traitement des déchets de soins médicaux est d'abord une question de gestion avant d'être une question technique et dépend de ce fait, totalement de l'engagement de l'ensemble du personnel des établissements sanitaires. Cet engagement n'est possible que si les gens sont avant tout, correctement formés et sensibilisés sur les risques que pose ce type particulier de déchets. Il est dès lors, important de s'assurer que le programme de formation des personnels médicaux et paramédicaux, inclut cette importante question de santé publique

Lorsqu'un nouvel employé est recruté, il est fortement recommandé qu'une clause spécifique soit incluse dans son contrat pour qu'il soit entièrement sensibilisé et responsabilisé sur cet important aspect de son travail.

Pour s'assurer que les déchets de soins médicaux sont correctement gérés à long terme, il est important de superviser régulièrement les pratiques du personnel. Cette tâche devrait être accomplie par un responsable de la gestion des déchets de soins médicaux et / ou les membres du comité de gestion de ces déchets dans chaque établissement sanitaire (dépendant de sa taille : Centre de Santé, Centre Communautaire de Santé, Hôpital Communautaire et Hôpital Départemental) ; mais aussi peut être considéré pour les hôpitaux au troisième niveau du système sanitaire. Généralement, les membres de ce comité sont les mêmes que ceux responsables des infections nosocomiales. Des sessions de formations et de sensibilisation continues et appropriées doivent être organisées pour maintenir les pratiques de traitement de ces déchets aux meilleurs standards possibles.

Pour soutenir le responsable de la gestion des déchets de soins médicaux et/ou les membres du comité de gestion de ces déchets, un appui régional et national doit leur être fourni. Ces équipes de gestion régionales et nationales ont pour rôle d'apporter aux établissements sanitaires l'assistance technique nécessaire pour, à la fois, s'assurer que des standards et des procédures harmonisées sont appliqués et faciliter le travail quotidien du responsable de la gestion des déchets de soins médicaux et des membres des comités de gestion des déchets de soins médicaux.

Ainsi, cette structure de supervision et de gestion ou groupe de travail « gestion des déchets » devra être formé par le responsable de l'hôpital. Cette équipe devra inclure les membres suivants : chef de projet de l'hôpital, ingénieur eau et habitat, responsable local des déchets, ainsi que les membres suivants du personnel de l'hôpital : administrateur, infirmier-chef, responsable de la radiologie, pharmacien et chef du laboratoire.

[2] *Pour le Personnel à prendre en compte voir le Document de Gestion de déchets en Annexe : Module 2 – ANNEXE 2. P.6 Principe de base d'un programme de gestion de déchets*

PLAN DE GESTION DES DECHETS

Dans le cadre de la gestion des déchets, un plan de mise en œuvre est important. Dans le cadre du Manuel du PES, la proposition d'un plan est mise à la disposition des institutions sanitaires qui en feront l'usage suivant leur catégorie et suivant les types de déchets qu'ils produisent. Ainsi, à partir d'informations clé, un plan de gestion des déchets au niveau des institutions sanitaires doit contenir les éléments suivants :

1. Etat des lieux
2. Minimisation/recyclage et politique des achats
3. Tri, collecte, stockage et transport
4. Identification et évaluation des options de traitement-élimination diagramme des flux
5. Mesure de Protection
6. Formation pour le staff
7. Estimation des coûts
8. Stratégie de mise en œuvre audit et suivi

MINIMISATION DES DECHETS

La réduction de la production de déchets doit être encouragée au niveau des institutions sanitaires en tenant compte et en encourageant les pratiques suivantes au niveau des institutions par :

a. Réduction de la quantité à la source par l'utilisation des produits générant le moins de déchets possible ;
b. Etablir une politique d'achat au sein des institutions visant à minimiser les risques de la production et en faisant le choix de produits les moins toxiques ;
c. Mise en place d'un système de recyclage des produits ;
d. Une bonne politique de gestion des stocks ;

TRI DES DECHETS

Le tri des déchets doit toujours être la responsabilité de celui qui les produit. Il doit se faire le plus près possible du lieu où le déchet a été produit. Le tri est une étape sensible de la gestion des déchets. Il concerne tous les collaborateurs. Formation, information régulière et contrôles fréquents sont essentiels pour garantir la pérennité du système mis en place.

La façon la plus simple d'identifier les différentes catégories de déchets et d'encourager le tri est de séparer les déchets dans des conteneurs ou des sacs en plastique de différentes couleurs et/ou marqués d'un symbole.

Un système de tri à trois conteneurs :

1. Piquants/tranchants,
2. Déchets potentiellement infectieux
3. Déchets domestiques)

Ce système représente un premier pas efficace, facile à mettre en œuvre, et qui permet de réduire drastiquement les risques les plus importants et garantir un max de sécurité.

CODAGE[11] DES TYPES DE DECHETS

Le système de codes couleur

L'application du système de codes couleur (voir tableau 1) vise à assurer une identification immédiate et non équivoque du risque associé aux types de déchets biomédicaux à manipuler ou à traiter. De ce point de vue, le système des codes couleur doit rester simple et être appliqué de manière uniforme à travers tout le pays.

Tableau 1: Système de codage couleur des déchets de soins médicaux

Noir	Jaune	Marron
➤ Déchets sans risques de catégorie **A** ➤ Exceptionnellement, quantité réduite de déchets de catégorie **B1** ➤ Déchets pharmaceutiques de catégorie **B3**, seulement classe **B31**	➤ Déchets spéciaux des catégories **B1**, **B2**, **B4**, **B5** ➤ Déchets infectieux et hautement infectieux des catégories **C1** et **C2** ➤ Déchets radioactifs de catégorie **E**	➤ Déchets pharmaceutiques des catégories **B3**, classes **B32** et **B33** ➤ Catégorie **D** comme les substances chimiques et les métaux lourds

L'étiquetage *(voir tableau 2)*

Tous les déchets de soins médicaux de catégories B1, B4, B5, C1, C2 devraient être mis dans des conteneurs de couleur jaune (de préférence, des sacs en polyéthylène possédant une jauge d'au moins 300 microns) marqués et indiqués du symbole international de bio danger. De préférence, les sacs doivent être fixés à des porte-sacs. En cas de non disponibilité de ces sacs, des poubelles jaunes pourront être utilisées.

Les déchets de soins médicaux de catégorie B2 (objets piquants et tranchants) doivent être, soit détruits à la source par des équipements spéciaux, soit déposés dans des boites spécifiques en carton ou des conteneurs de sûreté en plastique résistants aux perforations, imperméables aux fuites de liquides et conçus de sorte que les objets puissent y être jetés avec une seule main et ne puissent pas en être retirés (voir annexe 1). Les conteneurs de sûreté doivent toujours être de couleur jaune, porter la mention « Danger ! Objets tranchants /piquants contaminés » et être marqués du symbole bio danger. Les conteneurs et boites devront, impérativement, être scellés et enlevés lorsqu'ils sont remplis aux trois quarts.

Tableau 2: Etiquetage des conteneurs de déchets de soins médicaux

Catégorie	Etiquetage	Symboles Internationaux
B1	« Danger ! déchets anatomiques, à incinérer ou enterrer très profondément»	
B2	« Danger ! Objets tranchants/piquants, ne pas ouvrir »	
B4, B5, C1	« Danger ! Déchets infectieux dangereux »	
C2	« Danger ! Déchets hautement infectieux, à prétraiter »	
B32, B33, D	« Danger ! Ne doit être enlevé que par le personnel autorisé »	
E	« Danger ! Déchets Radioactifs »	

Les déchets de soins médicaux radioactifs (catégorie E) doivent être déposés dans des conteneurs jaunes, scellés, marqués et indiqués par le symbole international des substances radioactives tel que montré dans le tableau ci-dessus.

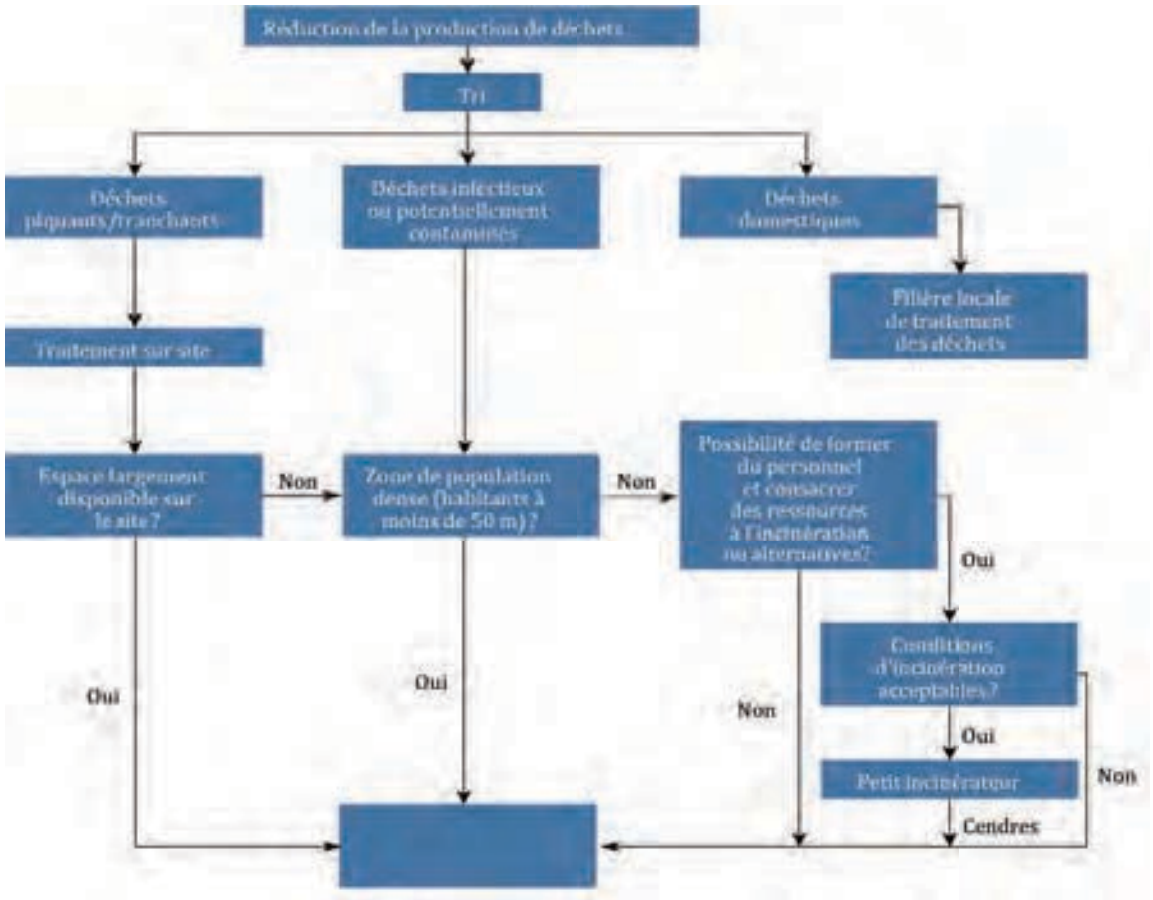
Règles de base à observer pour le tri et l'étiquetage des déchets

- Etablir un système de trois poubelles avec un étiquetage approprié dans tous les établissements sanitaires du pays comme suit :
  1) Déchets de soins médicaux ordinaires (sacs/poubelles noirs ; aucun symbole)
  2) Déchets de soins médicaux potentiellement infectieux (sacs/poubelles jaunes ; symbole bio danger)
  3) Objets tranchants/piquants usagers, verres compris (conteneurs jaunes ; symbole bio danger)
- Assurer la sensibilisation et la formation du corps médical et des gestionnaires des déchets au tri et au marquage des déchets.

Catégorie de déchets	Codage couleur – symbole	Type de conteneurs
0. déchets domestiques	**Noir**	Sacs plastiques
1. déchets piquants et tranchants	**Rouge et**	Conteneurs à piquants/ tranchants
2a. déchets présentant un danger de contamination **2b. déchets anatomiques**	**Jaune et**	Sacs plastiques ou conteneurs
2c. déchets infectieux	Jaune, marqué « hautement infectieux » et	Sacs plastiques ou conteneurs pouvant être passés à l'autoclave
3. déchets chimiques ou pharmaceutiques	Brun avec symbole approprié (Étiquetage des produits chimiques)	Sacs plastiques, conteneurs

L'annexe 2 de ce chapitre traite des types de déchets et des risques qui y sont attachés ; les mesures de gestion des déchets, les mesures et méthodes de collecte, de tri, de traitements, de transport, de protection du personnel et les modules de formation pour le personnel de gestion et les caractéristique des cadres ou de l'équipe de gestion de déchets sont dans le document de gestion des déchets en annexe.

Diagramme d'aide à la décision concernant le choix de traitement/ Elimination en l'absence d'infrastructures régionales adéquates



INCINERATEURS

TYPES D'INCINERATEURS

Il existe des types simples d'incinérateurs pour traiter de petites quantités de déchets médicaux. Plusieurs sont construits sur place avec les matériaux locaux d'après un plan relativement facile. Les types d'incinérateurs sont :

1. Incinérateurs à hautes températures (1000^0 C)
2. Incinérateurs four rotatif (> 1200^0 C)
   - ➤ À chambre double (800^0, 900^0 C)
   - ➤ À chambre Unique (300^0 - 400^0 C)
3. Incinérateurs à grilles amovibles
4. Incinérateurs à liquides, gaz et fumées

COMPOSITION DES INCINERATEURS

Les incinérateurs se composent essentiellement d'une chambre unique ou de deux chambres de combustion (chambre primaire et chambre secondaire) et d'un tuyau d'évacuation. Le système de contrôle de la combustion et des émissions aériennes est simple.

Ainsi lors de la construction d'un incinérateur, on s'assurera qu'il suit l'ordre suivant :

1. Une Porte pour le remplissage
2. Une Chambre de combustion primaire
3. Une Entrée d'air
4. Une Grille
5. Une Porte d'évacuation des cendres
6. Un Tunnel de transfert des gaz
7. Une Chambre de combustion secondaire
8. Une Cheminée

Suivant les moyens existant pour le type d'institution sanitaire, on pourra toujours importer un incinérateur et en faire le montage sur place. On notera que ces installations sont les plus fiables mais nécessitent obligatoirement pour leur fonctionnement de l'énergie électrique d'où la nécessité, le cas échéant, d'équiper les institutions sanitaires d'une source d'énergie électrique sûre.

FONCTIONNEMENT ET MAINTENANCE

Pour un meilleur usage des incinérateurs, on notera qu'il faut :

- ❖ Allumer l'incinérateur avec du papier, du bois ou du fuel ;
- ❖ Au bout de 30 minutes charger avec de petites quantités de déchets à intervalles réguliers (5-10 minutes).
- ❖ Mélanger les déchets humides avec des déchets plus secs.

- Introduire les conteneurs à piquants/ tranchants l'un après l'autre.
- Faire fonctionner l'incinérateur sur de longues périodes (deux heures minimum).
- Toujours porter des gants résistants, une protection pour le corps et des lunettes, ainsi qu'un masque lors de l'évacuation des cendres.
- Eviter d'incinérer les plastiques PVC ou autres déchets chlorés.

Maintenance planifiée et régulière :

Il faut toujours faire l'inspection et le remplacement des éléments défectueux, l'inventaire des pièces détachées .

Aussi, s'avère-t-il important de faire la formation régulière des opérateurs suivant le manuel d'utilisation et de contrôler les émissions.

CHOIX D'INCINERATEUR PAR INSTITUTION

Aussi, tenant compte des déchets que génèrent les différentes institutions sanitaires, il est important de noter que tout incinérateur doit se placer dans un rayon de 30m3 du bâtiment sanitaire et de la communauté pour la protection de l'environnement et des voisins de l'institution sanitaire.

Le type d'incinérateur variera suivant le niveau et l'échelon de:

CCS :

Les CCS ne génèrent pas un très grand nombre de déchets, sinon des déchets tranchants et piquants. De ce fait, l'on propose de faire l'utilisation d'une fosse à cendre4 conçue comme suit :

Ainsi lors de la construction d'un incinérateur on s'assurera qu'il suit l'ordre suivant :

- Une porte pour le remplissage
- Une chambre de combustion primaire
- Une entrée d'air
- Une grille
- Une porte d'évacuation des cendres
- Un tunnel de transfert des gaz
- Une cheminée

Au cas où le budget pour la construction de fosse à cendres n'est pas disponible en fonction des normes de distance pour l'emplacement des fosses à cendre (incinérateur local) on prévoit de faire la gestion des déchets par réseaux de tous les CCS vers un lieu destiné pour la destruction de ces déchets produits par les CCS vers le centre de destruction des déchets qui se trouvera soit au niveau de l'HCR ou du HD soit sous la gestion de la municipalité.

[3] *Voir le document de gestion des déchets au bureau de la DOSS*
[4] *Voir le document de gestion des déchets au bureau de la DOSS*

Centre de Santé (CS) :

Les CS vont commencer par générer d'importantes quantités de déchets tels que les déchets tranchants/piquants, mais aussi des déchets anatomiques. Ainsi pour une meilleure gestion de ces déchets, au niveau des CS on utilisera : **un Incinérateur à Haute Température soit 1000^0 C.**

Hôpital Communautaire de Référence et Hôpital Départemental (HCR et HD) :

Les HCR et les HD sont des institutions qui vont générer de très importantes quantités de déchets et des déchets dit dangereux et infectieux. Aussi, dans le but de bien gérer ces types de déchets on utilisera un **Incinérateur à Four Rotatif de Température > 1200^0 C ou un modèle qui possède les mêmes caractéristiques et la même capacité.**

Système de Drainage

Pour assurer une bonne gestion des déchets au niveau des espaces sanitaires, il est important que ces règlements soient respectés :

1. Construction de fosse adéquate avec la capacité de recevoir les eaux usées de l'institution ;
2. On s'assurera que le système de drainage est bien fait et puisse être fonctionnel, tout en étant adapté à l'institution ;
3. Il faut la présence de points d'eaux à tous les niveaux de l'institution sanitaire .

Remarque :

Les annexes 3 et 4 présentent des fiches techniques relatives aux types de déchets, à leur mode de disposition, aux différents types d'incinérateurs et fosses pour chaque institution selon son niveau. Les directives de ces fiches devront être prises en compte en vue d'assurer une bonne gestion de ces éléments nocifs à la santé.

ANNEXES

Annexe 1 : Document Technique complet sur l'Accessibilité Universelle.

Annexe 2 : Document de Gestion des Déchets

Annexe 3 : Fiches techniques « déchets »

Fiche 1 : Déchets piquants et tranchants (Catégorie 1)
Fiche 2 : Déchets avec danger de contamination (Catégorie 2.a)
Fiche 3 : Déchets anatomiques (Catégorie 2.b)
Fiche 4 : Déchets infectieux (Catégorie 2.c)
Fiche 5 : Déchets de médicaments (Catégorie 3.a)
Fiche 6 : Déchets cytotoxiques (Catégorie 3.b)
Fiche 7 : Déchets de mercure (Catégorie 3.c)
Fiche 8 : Liquides de développement photographique (Catégorie 3.d)
Fiche 9 : Déchets chimiques (Catégorie 3.d)
Fiche 10 : Conteneurs sous pression (Catégorie 4)
Fiche 11 : Déchets radioactifs (Catégorie 5)

Annexe 4 : Fiches techniques « Méthodes »

Fiche 12 : Choix du conteneur à déchets piquants/tranchants
Fiche 13 : Fosse d'enfouissement
Fiche 14 : Fosse d'enfouissement pour déchets anatomiques
Fiche 15 : Fosse (ou Puits) pour déchets piquants/tranchants

Annexe 5 : Plans-type

PL1- Plan Type Centre Communautaire de Santé
PL2- Plan Type Centre de Santé
PL3- Plan Type Hôpital Communautaire de Référence
PL4- Plan Type Hôpital Départemental

BIBLIOGRAPHIE

1. Principes fondamentaux de la gestion des déchets de soins médicaux (OMS / Programme des Nations Unies pour l'Environnement / SCB)
2. Protocole de Gestion de Déchets (MSPP)
3. Manuel de Gestion des Déchets (CICR)
4. Recommandations en Matière de Gestion de Déchets de Soin de Santé (Conseil supérieur d'hygiène)
5. *Safe management of wastes from health-care activities*, édité par A. Prüss, E. Giroult, P. Rushbrook, OMS, 2010.
6. **Sites de l'OMS (sujet déchets médicaux) : http://www.who.int/topics/medical_waste/fr/index.html http://www.healthcarewaste.org**
7. *Non-Incineration Medical Waste Treatment Technologies*, Health Care without Harm, 2001.
8. **Site de Health Care Without Harm : http://www.noharm.org**
9. *Prévention et prise en charge des AES, manuel pratique*, GERES/ESTHER, 2008.
10. Publications de PATH (séparateur et destructeur d'aiguilles) : **http://www.path.org/publications/browse.php ?k=10**
11. ISWA technical policy No. 11: Healthcare Waste, ISWA, 2007.
12. *Healthcare waste management assessment on three Afghani hospitals*, CICR, O. Aki Kleiner, 2003.
13. *Hospital waste management in Lopiding surgical hospital, Lokichokio, Kenya, Evaluation report*, CICR, S. Praplan, 2001.
14. Amélioration des Pratiques et Sécurité des Soins (haute autorité de Santé de France)
15. Management des Risques dans les Hôpitaux
16. Guides Pour la Construction des Hôpitaux Résistant aux Aléas Naturels en Haïti
17. Guide des Nouvelles Organisations et Architecture Hospitalière
18. Conception et Réalisation des Services de Santé en Zone Sismique
19. Plan Directeur de Santé (2010 – 2022)
20. Politique Nationale de Santé 2012
21. Normes de Conception Sans Obstacle (version Novembre 2010)
22. Code de Construction du Québec
23. Les locaux des professionnels de santé : réussir l'accessibilité (Janvier 2015)
24. Normes D'accessibilité Universelle
25. Tourisme Culture Accessible /AIDE-MÉMOIRE ATTRAIT TOURISTIQUE
26. Guide Pratique d'Accessibilité Universelle

27. **Lignes directrices sur la planification et la conception d'établissements**

Santé et bien-être social – Canada

28. **L'habitat des personnes âgées,** *Guide de Programmation*

Ministère de l'Equipement, du Logement, de l'Aménagement du Territoire et des Transports - Direction de la Construction

29. **La poétique de l'espace**

Gaston Bachelard *PUF – 1989*

30. **Dictionnaire Encyclopédique des Sciences Médicales**

Gaston Bachelard, *Masson-Asselin - 1877*

ACCESSIBILITÉ

DES INFRASTRUCTURES

SANITAIRES

Table des Matières

Accessibilité des infrastructures 5
Accessibilité des locaux 5
Accessibilité aux Personnes handicapées 6
Normes d'accessibilité à prendre en compte à tous les niveaux du système sanitaire 7
Stationnement 9
Entrée et intérieur de l'établissement sanitaire 10
Escaliers 16
Aire de restauration / Terrasse/ Espace communautaire 19
Pharmacie / Salle de réunion / Salle d'exposition / Salle d'attente 21
Salle de toilettes à cabinets multiples accible aux Personnes handicapées 24
Salle de toilette à cabinet unique mixte accessible aux Personnes handicapées 29
Sur le site 30
Principe général d'un éclairage adapté 32
Signalisation 32

ACCESSIBILITÉ DES INFRASTRUCTURES

Circuler en fauteuil roulant, ouvrir une porte les bras chargés de paquets, se déplacer avec un diable *, se mouvoir avec des béquilles, transporter un enfant dans sa poussette, suivre la signalisation favorisant le déplacement des visiteurs et touristes, saisir un message transmis par haut-parleur... toutes ces situations supposent un aménagement particulier des espaces extérieurs et des bâtiments destinés aux personnes circulant en fauteuil roulant ou présentant des problèmes visuels ou auditifs mais aussi à la population en général. Ce chapitre vise à établir les normes d'accessibilité nécessaires pour faciliter l'accès aux espaces sanitaires et favoriser l'équité, l'inclusion dans un environnement sain et qui répondent aux normes d'accessibilité universelle.

ACCESSIBILITÉ DES LOCAUX

Le Guide pour la Construction des Hôpitaux Résistants aux Aléas Naturels présente l'aspect accessibilité des locaux du point de vue environnemental en mentionnant les normes qui doivent aussi être prises en compte et obligatoirement être respectées aux différents échelons et niveaux du système sanitaire. On notera que les voiries menant à l'établissement doivent permettre l'accès des véhicules d'incendie et de secours dans des conditions satisfaisantes en toutes circonstances (largeur des voiries d'accès publique, des voiries internes, accessibilité des façades, accessibilité des espaces privés extérieurs de l'établissement, aires de retournement, etc.). Il convient de s'assurer que les dispositions architecturales adoptées permettent aux véhicules d'incendie et de secours, aux lances d'incendie et aux échelles, d'atteindre les façades opposées des bâtiments, à tous les étages, ainsi que toutes les entrées. Il faut également prévoir que, suite à un séisme ou à un cyclone, les voiries pourraient être inaccessibles pour différentes raisons (cf. 1ère Partie), et que les services de lutte contre l'incendie soient saturés de demandes. Ce qui impose que des moyens d'extinction autonomes de proximité, appropriés à l'importance et à la taille de l'établissement, soient également disponibles et accessibles (extincteurs, citernes, pompes, lances à incendie, etc.).

On retiendra que l'accès aux bâtiments sanitaires doit respecter les exigences minimales suivantes :

- Etablissements de premier niveau, ayant un étage maximum et n'assurant pas d'hébergement de nuit des patients : une voie permettant l'accès direct à chaque bâtiment ;
- Etablissements de second niveau ou de premier niveau assurant l'hébergement de nuit des patients ou ayant plus d'un étage : voies permettant l'accès aux façades opposées de chaque bâtiment ;
- Hôpitaux de troisième niveau : voies d'accès à toutes les façades de tous les bâtiments. Les voies et ouvrages permettant le cheminement interne, ne doivent pas devenir inaccessibles ou impraticables par exposition à des ouvrages et arbres instables. La circulation des ambulances et véhicules de secours doit se faire sans qu'il y ait besoin de faire une marche arrière. La circulation doit de préférence se faire selon une ou plusieurs « boucles », les éventuels « culs-de-sac » doivent comporter une plateforme de retournement appropriée au gabarit de giration des camions de pompier. Pour les hôpitaux, l'entrée des urgences et la voie interne qui y mène doivent de préférence être séparées de l'accès public ordinaire.

* *Le diable est un outil de levage et de transport de charges, à la forme d'un petit chariot muni de deux ou six roues basses, utilisant le principe du levier pour permettre de mouvoir des charges lourdes.*

ACCESSIBILITÉ AUX PERSONNES HANDICAPÉES

Ceci se base sur le principe que l'ensemble des locaux doit être accessible pour tous sans exception (normes d'accessibilité Universelle). Dans cette partie du manuel du PES un ensemble de normes sur l'accessibilité est pris en compte et ces normes doivent être suivies sans réserve dans les constructions et servir de guide pour assurer une bonne supervision des travaux de construction ou de réaménagement des structures sanitaires.

Dans un premier temps, en l'absence d'ascenseur ou d'élévateur pouvant fonctionner en toutes circonstances (ce qui inclut la question de la maintenance et des réparations d'urgence), des rampes appropriées, à faible pente, doivent permettre cette accessibilité aux personnes à mobilité réduite. Les sanitaires et les postes de travail administratif seront également adaptés pour permettre l'accès aux personnes à mobilité réduite. Les « décalages » dans le sol (fausses marches) supérieurs à 2 centimètres sont prohibés. On se réfèrera aux recommandations internationales d'accessibilité pour le détail des : gabarit, hauteur, pente et équipement à choisir lors de la conception de l'établissement.

Les diverses sections qui sont prises en compte dans cette partie du document du PES sur les pratiques et normes de conception universelle d'aménagement sont les suivantes :

- L'anthropométrie, c'est-à-dire des données de base sur les dimensions particulières établies pour les personnes qui utilisent des aides à la mobilité ;
- L'hébergement et le logement provisoire ;
- Les indicateurs tactiles ;
- Les mains courantes;
- Les portes ;
- Les auditoriums, arénas et aires d'attente
- Les postes de travail et les rassemblements ;
- Salles informatiques ;
- Les baignoires ;
- Les rampes ;
- Les rampes de bordure, les intersections et les îlots de sécurité;
- Les salles de réunion, de conférence et de formation;
- La sécurité;
- La signalisation ;
- Le stationnement ;
- Les toilettes;
- Les voies d'accès.

Cette section du document comporte des exemples illustrés d'application des pratiques exemplaires, accompagnés de remarques.

NORMES D'ACCESSIBILITE A PRENDRE EN COMPTE A TOUS LES NIVEAUX DU SYSTEME SANITAIRE

STATIONNEMENT

Éléments	**Recommandations**
Espace(s) réservé(s) / nombre total de places de stationnement	Pour un stationnement : •h de 25 à 100 places : 1 place réservée; •h de 101 à 200 places : 2 places réservées; •h de 201 et plus : au moins 1 % des places réservées.
Dimension d'un espace de stationnement réservé aux personnes handicapées	Un espace de stationnement réservé doit respecter les critères suivants (voir la figure 1) : •h Compter au moins 2,4 m de largeur; •h Avoir une allée latérale d'au moins 1,5 m de largeur sur un côté.
Surface du stationnement	Le revêtement du stationnement doit être dur comme l'asphalte, le béton ou du gravier fin bien compacté.
Identification du stationnement	L'espace de stationnement réservé doit être clairement identifié. Vous devez obtenir un panneau de signalisation et le placer à une hauteur minimale de 1,5 m du sol.
Pente	L'emplacement du stationnement réservé aux personnes handicapées ne doit pas comporter de pente.
Parcomètre / Horodateur	Un espace de manœuvre de 1,5 m par 1,5 m est obligatoire devant le parcomètre ou l'horodateur. La fente à monnaie doit être à une hauteur maximale de 1,2 m.
Emplacement de l'espace réservé	L'espace de stationnement réservé doit être le plus près possible de l'entrée sans obstacle.
Bateau de trottoir	Rampe intégrée au trottoir dont la pente est proportionnelle à la largeur du trottoir.

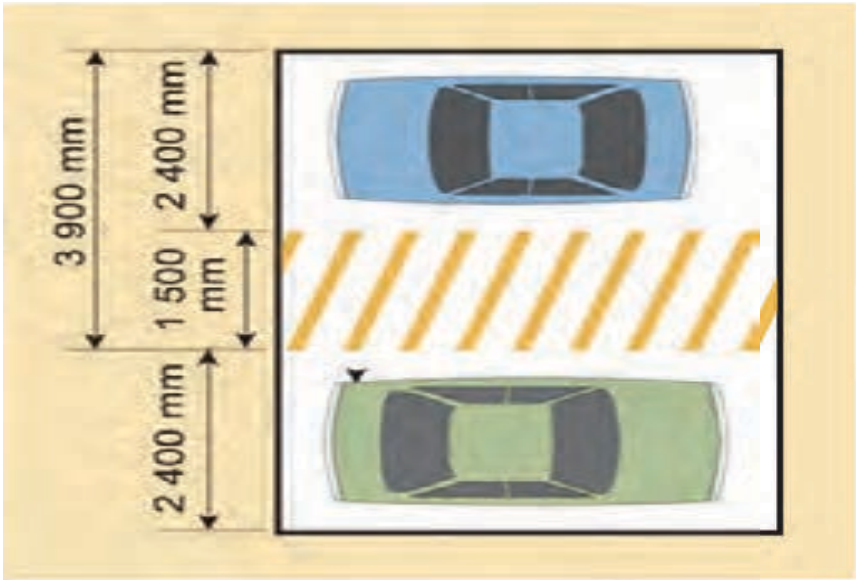


Figure 1
Espace de stationnement réservé aux personnes handicapées
Tirée de : Régie du bâtiment du Québec, Normes de Conception sans obstacles - Guide d'utilisation - Mise à jour: novembre 2010, Québec, 2010, p. 22

Figure 2
P 150-5

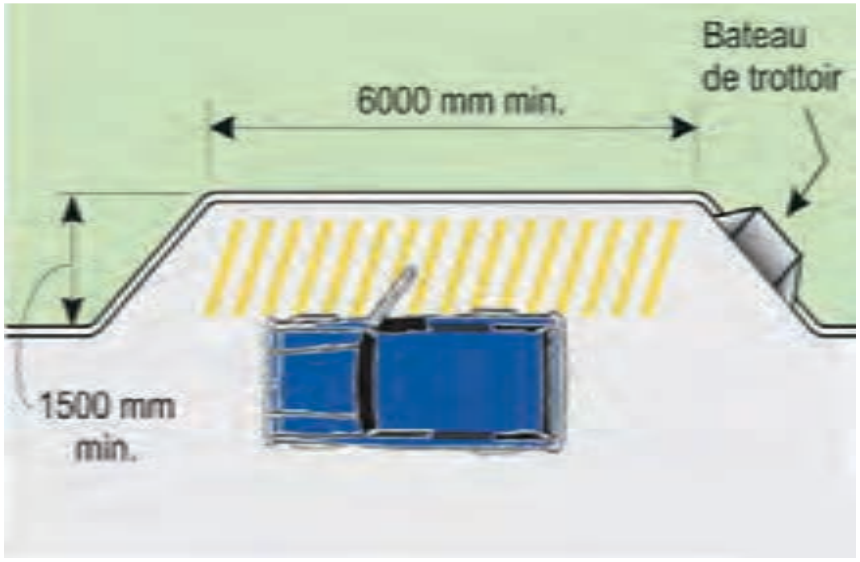


Figure 3
Débarcadère (zone extérieure d'arrivée et de départ des passagers)
Tirée de Régie du bâtiment, op. cit. p. 23

NORMES D'ACCESSIBILITE A PRENDRE EN COMPTE A TOUS LES NIVEAUX DU SYSTEME SANITAIRE

STATIONNEMENT

Éléments	**Recommandations**
Espace(s) réservé(s) / nombre total de places de stationnement	Pour un stationnement : •h de 25 à 100 places : 1 place réservée; •h de 101 à 200 places : 2 places réservées; •h de 201 et plus : au moins 1 % des places réservées.
Dimension d'un espace de stationnement réservé aux personnes handicapées	Un espace de stationnement réservé doit respecter les critères suivants (voir la figure 1) : •h Compter au moins 2,4 m de largeur; •h Avoir une allée latérale d'au moins 1,5 m de largeur sur un côté.
Surface du stationnement	Le revêtement du stationnement doit être dur comme l'asphalte, le béton ou du gravier fin bien compacté.
Identification du stationnement	L'espace de stationnement réservé doit être clairement identifié. Vous devez obtenir un panneau de signalisation et le placer à une hauteur minimale de 1,5 m du sol.
Pente	L'emplacement du stationnement réservé aux personnes handicapées ne doit pas comporter de pente.
Parcomètre / Horodateur	Un espace de manœuvre de 1,5 m par 1,5 m est obligatoire devant le parcomètre ou l'horodateur. La fente à monnaie doit être à une hauteur maximale de 1,2 m.
Emplacement de l'espace réservé	L'espace de stationnement réservé doit être le plus près possible de l'entrée sans obstacle.
Bateau de trottoir	Rampe intégrée au trottoir dont la pente est proportionnelle à la largeur du trottoir.

ENTRÉE ET INTÉRIEUR DE L'ÉTABLISSEMENT SANITAIRE

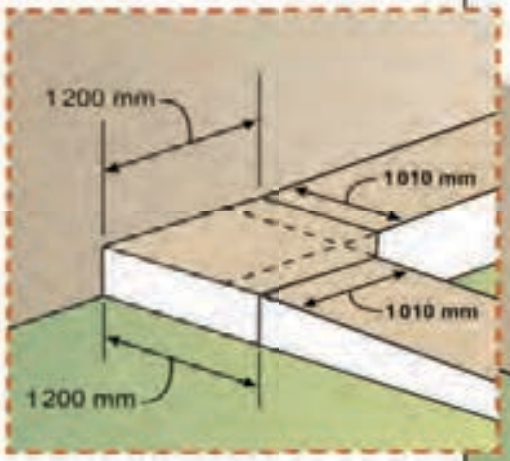
Éléments	**Recommandations**
Entrée(s) accessible(s) / nombre total d'entrées	Au moins 50 % des entrées piétonnières (dont l'entrée principale) doivent être sans obstacle. Elles doivent également donner sur l'extérieur au niveau du trottoir ou sur une rampe d'accès conforme.
Signalisation de l'entrée accessible	Vous devez identifier les entrées sans obstacle au moyen du pictogramme international d'accessibilité.
Allée(s) extérieure(s)	Un parcours sans obstacle doit être aménagé entre le stationnement et l'entrée sans obstacle. Chaque allée extérieure doit avoir un minimum de 1,1 m de largeur libre et avoir une surface dur comme l'asphalte, le béton ou du gravier fin bien compacté.
Rampe d'accès	Une rampe d'accès servant de moyen d'évacuation et d'accès sans obstacle doit avoir les caractéristiques suivantes (voir les figures 4 et 5) : •h Avoir une largeur libre comprise entre 87 cm et 92 cm; •h Avoir une pente d'au plus 1 :12; •h Avoir un palier d'au moins 1,5 m sur 1,5 m devant; •h Avoir une surface antidérapante ainsi qu'une bande de couleur et texture contrastante en haut et en bas.
Largeur libre de la porte	La largeur libre minimale de la porte doit être de 80 cm. Si la porte est vitrée, nous vous conseillons d'installer des bandes et/ou motifs horizontaux sur la vitre à une hauteur comprise entre 1 m et 1,3 m afin de sécuriser les déplacements d'une personne ayant une déficience visuelle.
Poignée de la porte	La poignée doit permettre une ouverture de la porte sans effort de préhension ni rotation du poignet. Une poignée à levier ou à anse est conseillée (voir les figures 10 et 11). Elle doit être installée à une hauteur comprise entre 90 cm et 1 m du sol.
Vestibule	Le vestibule doit permettre le déplacement d'une personne en fauteuil roulant entre les portes et doit avoir une distance libre, entre les deux portes consécutives, d'au moins 1,2 m, en plus de la largeur de la porte qui empiète entre les deux portes (voir la figure 6).
Téléphone public	La fente pour insérer la monnaie du téléphone public doit être à une hauteur maximale de 1,2 m. De plus, le téléphone public doit être dans une alcôve afin d'éviter de créer des saillies pouvant nuire aux personnes ayant une déficience visuelle (voir la figure 7). Différentes options peuvent être offertes pour les personnes ayant une déficience auditive, notamment un appareil téléscripteur pour sourds (ATS).

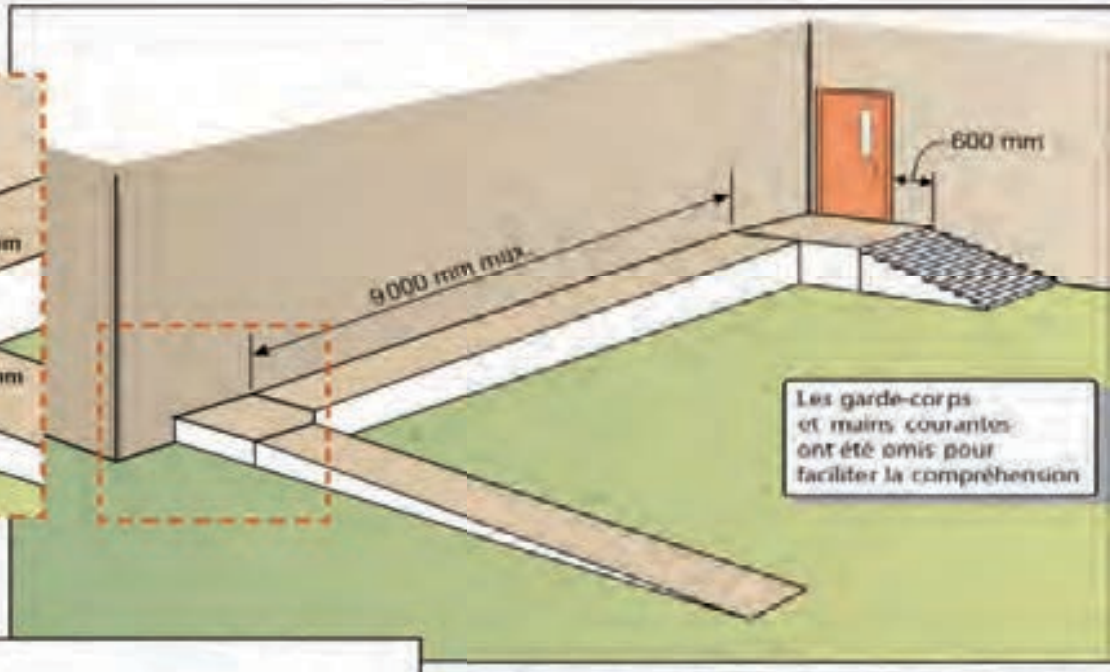
Éléments	**Recommandations**
Comptoir d'accueil	Le comptoir d'accueil ayant plus de 2 m de long, il doit avoir au moins une section sans obstacle. Vous devez soit abaisser une partie du comptoir ou ajouter une tablette rétractable. La solution que vous choisirez doit respecter les critères suivants (voir la figure 12) : •h La surface du comptoir doit être à une hauteur maximale de 86,5 cm au-dessus du sol; •h Le dégagement sous le comptoir devant servir de plan de travail doit avoir au moins 76 cm de largeur, 68,5 cm de hauteur et 48,5 cm de profondeur. •h Il doit également y avoir un parcours sans obstacle menant au comptoir.
Parcours sans obstacle	Un parcours sans obstacle doit être aménagé afin de permettre à une personne se déplaçant en fauteuil roulant de circuler dans l'établissement. Chaque corridor de circulation doit avoir une largeur libre minimale de 92 cm et avoir une pente d'au plus 1 :16 (6 %).
Déplacement entre les étages	Vous devez effectuer les modifications nécessaires afin de permettre un accès à tous les étages ouverts au public. Cet équipement (ascenseur, monte-personne ou plate-forme élévatrice) doit répondre aux critères suivants : •h Être muni d'un synthétiseur vocal annonçant les étages desservis; •h Comporter des caractères en braille correspondant aux caractères en relief; •h Être muni à chaque palier de signaux sonores indiquant le sens du déplacement; •h Avoir des dimensions minimales : 80 cm sur 1,5 m; •h Avoir des commandes à une hauteur maximale de 1,2 m.
Poste d'ordinateur	Le poste d'ordinateur doit respecter les critères suivants : •h La surface du bureau doit être à au plus 86,5 cm au-dessus du sol; •h Le dégagement sous le bureau ou la tablette du clavier doit avoir au moins 76 cm de largeur, 68,5 cm de hauteur et 48,5 cm de profondeur.
Machine distributrice	Les machines distributrices doivent être installées afin de respecter les critères suivants : • Avoir une fente à monnaie à une hauteur maximale de 1,2 m; • Avoir un parcours sans obstacle menant aux machines.
Fontaine d'eau	La fontaine d'eau doit respecter les critères suivants (voir la figure 8) : •h Être dans une alcôve afin d'éviter de créer des saillies pouvant nuire aux personnes ayant une déficience visuelle. La base de la fontaine doit être à au plus 68 cm afin de permettre à une personne utilisant une canne blanche de la détecter; •h Avoir un bec à une hauteur d'au plus 91,5 cm au-dessus du plancher; •h Avoir un dégagement de 68 cm de hauteur et de 76 cm de largeur; •h Avoir une commande facile à utiliser.

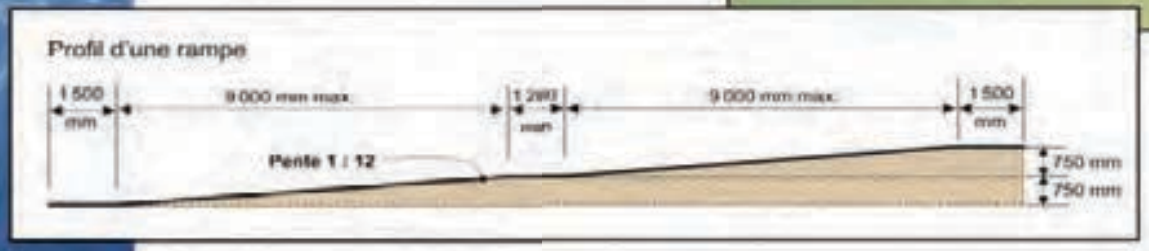
Conception sans obstacles

Des paliers de 1200 mm sont nécessaires afin que les personnes utilisant un fauteuil roulant puissent tourner sur une surface plane ; ces paliers, situés à intervalles de 9 m, permettent également à ces personnes de s'arrêter un moment durant la montée ou la descente.

Les prescriptions concernant la conception des mains courantes et des garde-corps sont décrites aux articles 3.4.6.4. et 3.4.6.5. (voir dans la section, « Autres articles du Code » pour des explications supplémentaires concernant ces éléments).







La surface des rampes doit être stable, ferme et antidérapante. Une rampe extérieure peut devenir inutilisable s'il y a accumulation de glace ou de neige ; il est donc souhaitable de couvrir celle-ci. Bien que des ouvertures soient permises dans la surface d'un parcours sans obstacles, il est souhaitable que leur surface soit lisse. Il est également souhaitable d'éviter les tapis dont les fibres ne sont pas assez serrées ou trop longues.

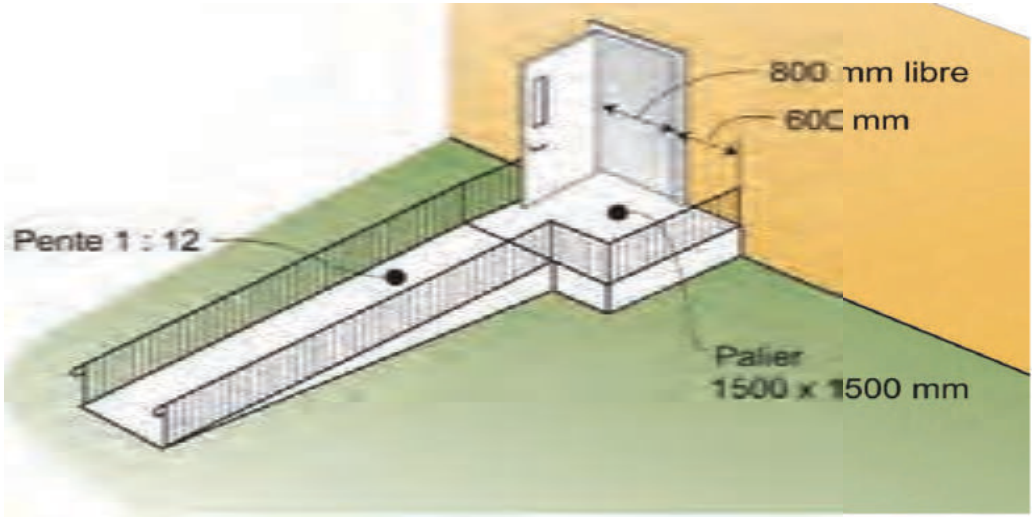


Figure 4
Rampe d'accès
Tirée de : Ibid., p. 37

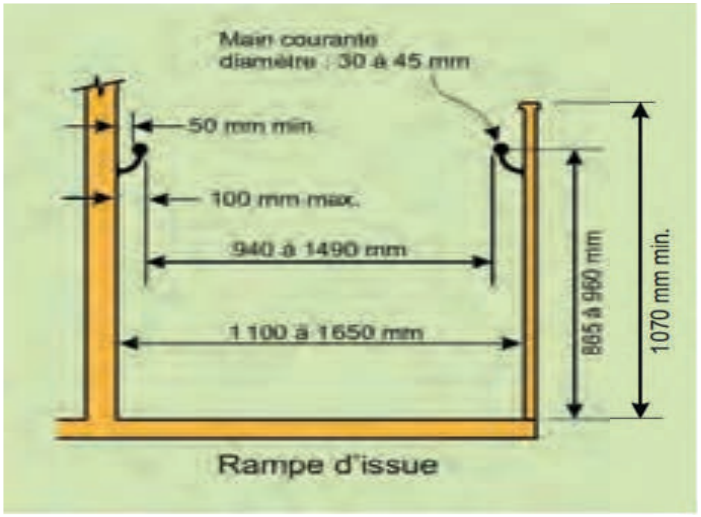


Figure 5
Rampe d'accès
Tirée de : Ibid., p. 57

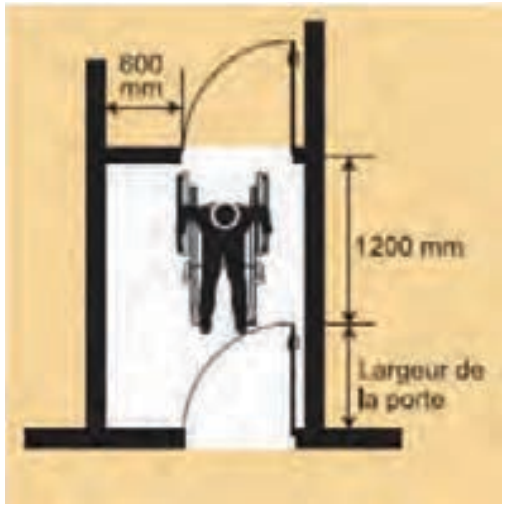


Figure 6
Vestibule
Tirée de : Ibid., p. 36

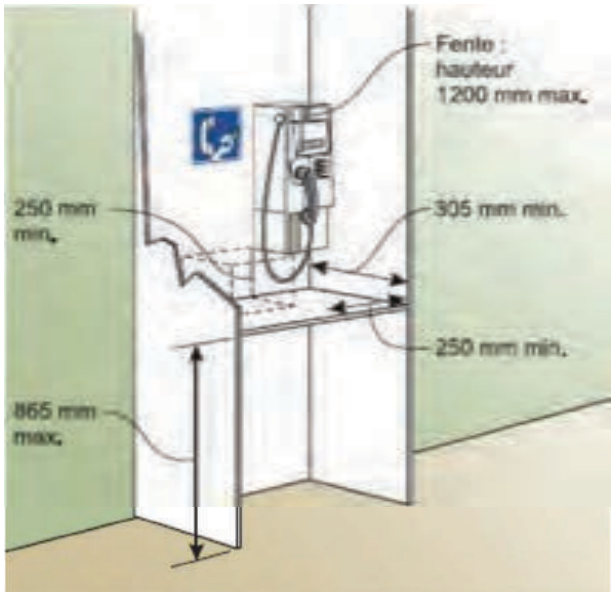


Figure 7
Téléphone public
Tirée de : Ibid, p.47

Figure 8
Fontainre d'eau
Tirée de : Ibid, p.48

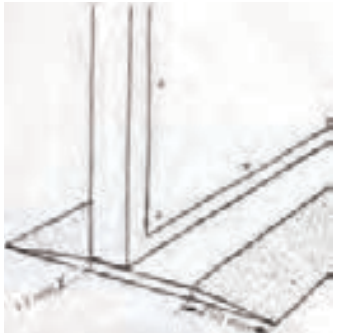


Figure 9
Seuil biseauté de la porte

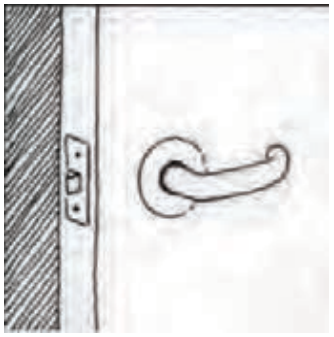


Figure 10
Poignée à levier

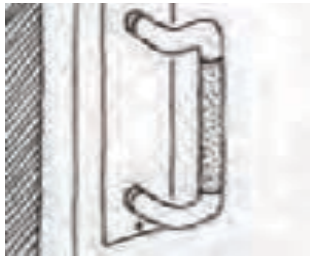


Figure 11
Poignée à anse

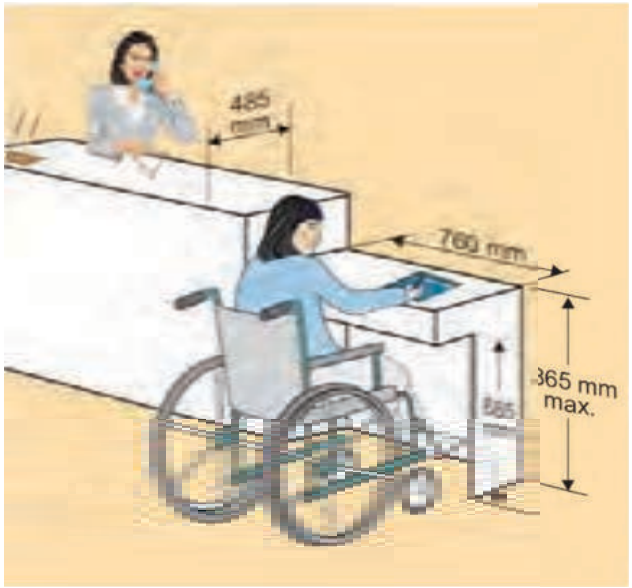
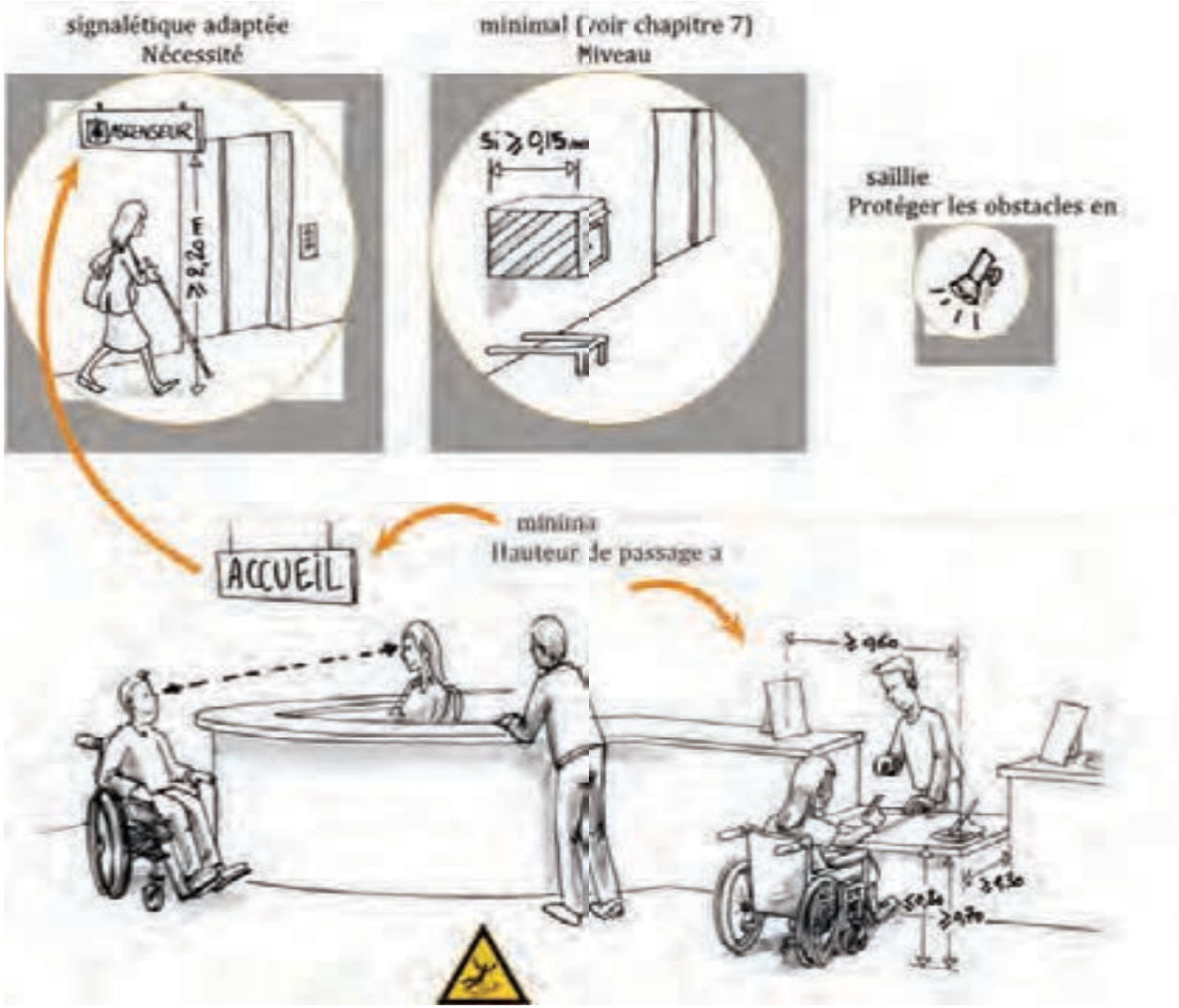


Figure 12
Comptoir de service
Tirée de : Régie du bâtiment, op. cit. p.47



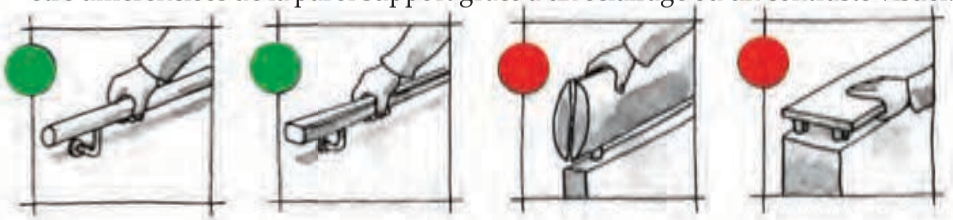
ESCALIERS

Principe général

		Hauteur des marches (≤ en cm)	Profondeur de la marché (giron) (≥ en cm)	Largeur entre mains courantes (en cm)	Nombre de mains courantes
Etablissement Recevant du Public (= le local)	Règle générale	16	28	120	2
	ERP existants en cas de contraintes techniques impactant la solidité du bâtiment	17	28	100	1
Bâtiment d'habitation collectif (= les parties communes de l'immeuble d'habitation)	Parties communes	17	28	100 (80 pour les bâtiments existants en cas de contraintes techniques impactant la solidité du bâtiment)	2

Huit points particuliers à respecter

Les mains courantes doivent être continues, rigides, facilement préhensibles et être différenciées de la paroi support grâce à un éclairage ou un contraste visuel.

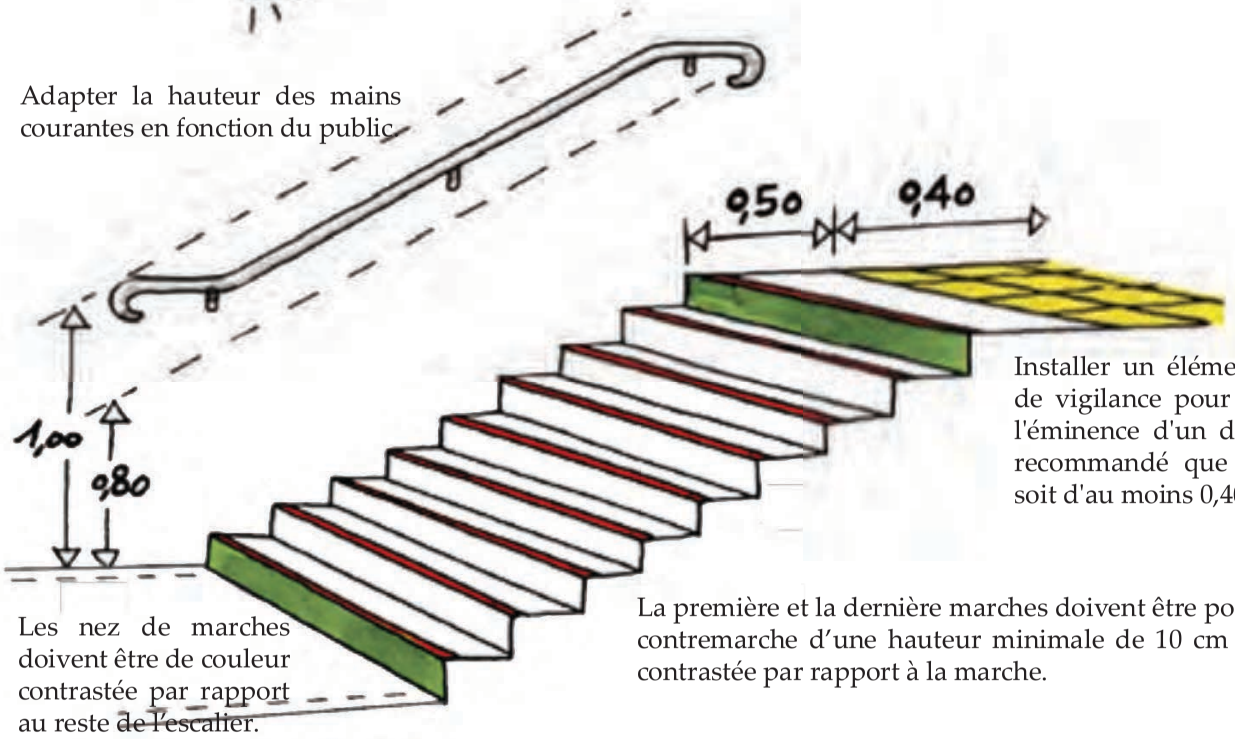


Prévoir des valeurs d'éclairement adaptées

Sortie

Prévoir une signalisation adaptée

Adapter la hauteur des mains courantes en fonction du public



Installer un élément d'éveil et de vigilance pour prévenir de l'éminence d'un danger. Il est recommandé que cet élément soit d'au moins 0,40 m de large.

Les nez de marches doivent être de couleur contrastée par rapport au reste de l'escalier.

La première et la dernière marches doivent être pourvues d'une contremarche d'une hauteur minimale de 10 cm visuellement contrastée par rapport à la marche.

Cas des escaliers hélicoïdaux
La largeur minimale du giron doit être mesurée à 50 cm du mur extérieur.

AIRE DE RESTAURATION / TERRASSE / ESPACE COMMUNAUTAIRE

Éléments	**Recommandations**
Rampe d'accès	Une rampe d'accès servant de moyen d'évacuation et d'accès sans obstacle doit avoir les caractéristiques suivantes (voir les figures 4 et 5) : • Avoir une largeur libre comprise entre 1,1 m et 1,65 m; • Être entre 2 mains courantes saisissables aisément sur toute leur longueur à une hauteur comprise entre 86,5 cm et 96,5 cm. De plus, au moins une main courante doit être continue sur toute la longueur de la rampe et doit se prolonger sur au moins 30 cm à chaque extrémité; • Avoir une pente d'au plus 1 :12 (8 %); • Avoir un seuil d'au plus 1,3 cm; • Avoir un rebord d'au moins 10 cm de haut de chaque côté de la rampe; • Avoir un palier d'au moins 1,2 m x 87 cm à tous les 9 m ou à chaque changement de direction; • Avoir un palier d'au moins 1,5 m sur 1,5 m au haut et au bas ainsi qu'aux niveaux intermédiaires des rampes conduisant à une porte; • Avoir une surface antidérapante ainsi qu'une bande de couleur et texture contrastante en haut et en bas.
Espace de manœuvre devant la porte	Il doit y avoir un espace de manœuvre de 1,5 m x 1,5 m devant la porte.
Ferme-porte	Le ferme-porte doit être conçu pour permettre l'ouverture de la porte lorsqu'on applique sur la poignée une poussée de 38 N pour une porte ouvrant vers l'extérieur et de 22 N pour celle ouvrant vers l'intérieur.
Seuil de la porte	Le seuil de la porte doit être à une hauteur maximale de 1,3 cm par rapport au revêtement de plancher. Le biseau doit respecter les critères suivants (voir la figure 9) : • Avoir une largeur libre comprise entre 87 cm et 92 cm; • Avoir une pente d'au plus 1 :12; • Avoir un palier d'au moins 1,5 m sur 1,5 m devant; • Avoir une surface antidérapante ainsi qu'une bande de couleur et texture contrastante en haut et en bas.
Largeur libre de la porte	La largeur libre minimale de la porte doit être de 80 cm. Si la porte est vitrée, nous vous conseillons d'installer des bandes et/ou motifs horizontaux sur la vitre à une hauteur comprise entre 1 m et 1,3 m afin de sécuriser les déplacements d'une personne ayant une déficience visuelle.
Poignée de la porte	La poignée doit permettre une ouverture de la porte sans effort de préhension ni rotation du poignet. Une poignée à levier ou à anse est conseillée et doit être installée entre 90 cm et 1 m du sol (voir les figures 10 et 11).
Vestibule	Le vestibule doit permettre le déplacement d'une personne en fauteuil roulant entre les portes et doit avoir une distance libre, entre les deux portes consécutives, d'au moins 1,2 m, en plus de la largeur de la porte qui empiète entre les deux portes (voir la figure 6).
Comptoir de cafétéria	Le support où l'on fait glisser les plateaux ainsi que le comptoir-caisse doivent avoir une hauteur maximale de 86,5 cm. De plus, les aliments sur les tablettes doivent être à une hauteur d'au plus 1,35 m et à une distance maximale de 50 cm du bord du comptoir (voir la figure 13). De plus, il est important de conserver un corridor de circulation d'au moins 92 cm devant le comptoir

Éléments	**Recommandations**
Comptoir de restauration (buffet)	Le comptoir de restauration doit respecter les critères suivants : • La surface du comptoir doit être à au plus 86,5 cm au-dessus du sol; • Le dégagement sous le comptoir doit avoir au moins 76 cm de largeur, 68,5 cm de hauteur et 48,5 cm de profondeur; • Les aliments doivent être à une distance maximale de 50 cm du bord du comptoir; • Avoir un corridor circulation d'au moins 92 cm de largeur libre devant le comptoir.
Comptoir de bar	Le comptoir du bar ayant plus de 2 m de long, il doit avoir au moins une section sans obstacle. Vous devez soit abaisser une partie du comptoir ou ajouter une tablette rétractable. La solution que vous choisirez doit respecter les critères suivants (voir la figure 12) : • La surface du comptoir doit être à une hauteur maximale de 86,5 cm au-dessus du sol; • Le dégagement sous le comptoir devant servir de plan de travail doit avoir au moins 76 cm de largeur, 68,5 cm de hauteur et 48,5 cm de profondeur; • Avoir un corridor circulation d'au moins 92 cm de largeur libre devant le comptoir.
Comptoir de la caisse	Le comptoir de la caisse ayant plus de 2 m de long, il doit avoir au moins une section sans obstacle. Vous devez soit abaisser une partie du comptoir ou ajouter une tablette rétractable. La solution que vous choisirez doit respecter les critères suivants (voir la figure 12) : • La surface du comptoir doit être à une hauteur maximale de 86,5 cm au-dessus du sol; • Le dégagement sous le comptoir devant servir de plan de travail doit avoir au moins 76 cm de largeur, 68,5 cm de hauteur et 48,5 cm de profondeur. • Il doit également y avoir un parcours sans obstacle menant au comptoir.
Table(s)	Chaque table doit respecter les critères suivants : • La surface de la table doit être à au plus 86,5 cm au-dessus du sol; • Le dégagement sous la table doit avoir au moins 76 cm de largeur, 68,5 cm de hauteur et 48,5 cm de profondeur.
Machine distributrice	Les machines distributrices doivent être installées afin de respecter les critères suivants : • Avoir une fente à monnaie à une hauteur maximale de 1,2 m; • Avoir un parcours sans obstacle menant aux machines.
Parcours sans obstacles	Un parcours sans obstacle doit être aménagé afin de permettre à une personne se déplaçant en fauteuil roulant de circuler entre les tables dans l'aire de restauration et sur la terrasse. Chaque corridor de circulation doit avoir une largeur libre minimale de 92 cm. De plus, il doit y avoir quelques aires de manœuvre de 1,5 m x 1,5 m afin de permettre à une personne en fauteuil roulant de faire un tour sur elle-même.
Menu en braille ou en gros caractères (plus de 2 cm)	Nous vous recommandons d'avoir au moins un menu en braille ou en gros caractères. À distance de lecture, nous vous suggérons une grosseur de caractère moyenne de 16 points. De plus, le menu situé à l'extérieur doit être à une hauteur maximale de 1,2 m et être facilement accessible pour une personne se déplaçant en fauteuil roulant.

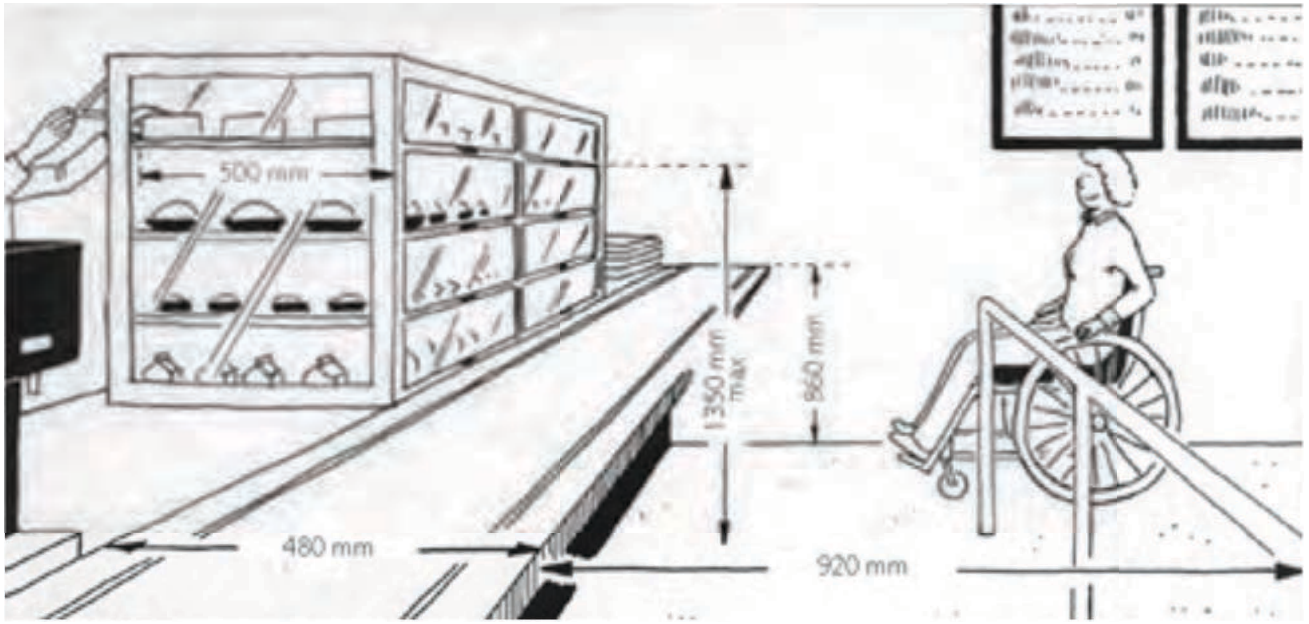


Figure 13
Comptoir de Cafétéria ou de Vente de Produits Pharmaceutiques

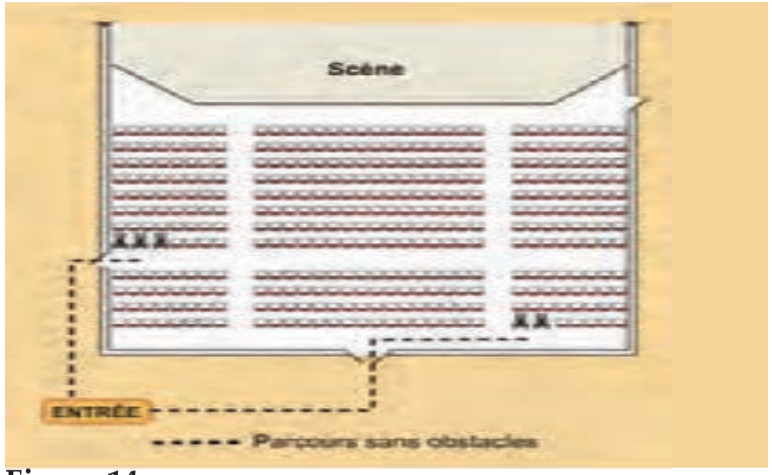


Figure 14
Salle d'attente ou de spectacle
Tirée de : Régie du bâtiment, op. cit. p.20

Nombre de places prévues pour fauteuils roulants
Faisant partie intégrante du paragraphe 3

Nombre de sièges fixes	Nombre de places exigées pour les fauteuils roulants
2 - 100	2
101 - 200	3
201 - 300	4
301 - 400	5
401 - 500	6
501 - 900	7
901 - 1300	8
1301 - 1700	9
chaque tranche additionnelle d'au plus 400 sièges au-dessus de 1700	une place supplémentaire

Figure 15
Places réservées aux personnes handicapées
Tirée de : Ibid. p.20

PHARMACIE / SALLE DE REUNION / SALLE D'EXPOSITION / SALLE D'ATTENTE

Éléments	**Recommandations**
Rampe d'accès	Une rampe d'accès servant de moyen d'évacuation et d'accès sans obstacle doit avoir les caractéristiques suivantes (voir les figures 4 et 5) : • Avoir une largeur libre comprise entre 1,1 m et 1,65 m; • Être entre 2 mains courantes saisissables aisément sur toute leur longueur à une hauteur comprise entre 86,5 cm et 96,5 cm. De plus, au moins une main courante doit être continue sur toute la longueur de la rampe et doit se prolonger sur au moins 30 cm à chaque extrémité; • Avoir une pente d'au plus 1 :12 (8 %); • Avoir un seuil d'au plus 1,3 cm; • Avoir un rebord d'au moins 10 cm de haut de chaque côté de la rampe; • Avoir un palier d'au moins 1,2 m x 87 cm à tous les 9 m ou à chaque changement de direction; • Avoir un palier d'au moins 1,5 m sur 1,5 m au haut et au bas ainsi qu'aux niveaux intermédiaires des rampes conduisant à une porte; • Avoir une surface antidérapante ainsi qu'une bande de couleur et texture contrastante en haut et en bas.
Espace de manœuvre devant la porte	Il doit y avoir un espace de manœuvre de 1,5 m x 1,5 m devant la porte.
Ferme-porte	Le ferme-porte doit être conçu pour permettre l'ouverture de la porte lorsque l'on applique sur la poignée une poussée de 38 N pour une porte ouvrant vers l'extérieur et de 22 N pour celle ouvrant vers l'intérieur.
Seuil de la porte	Le seuil de la porte doit être à une hauteur maximale de 1,3 cm par rapport au revêtement du plancher. Le biseau doit respecter les critères suivants (voir la figure 9) : • Avoir une largeur libre comprise entre 87 cm et 92 cm; • Avoir une pente d'au plus 1 :12; • Avoir un palier d'au moins 1,5 m sur 1,5 m devant; • Avoir une surface antidérapante ainsi qu'une bande de couleur et texture contrastante en haut et en bas.
Largeur libre de la porte	La largeur libre minimale de la porte doit être de 80 cm. Si la porte est vitrée, nous vous conseillons d'installer des bandes et/ou motifs horizontaux sur la vitre à une hauteur comprise entre 1 m et 1,3 m afin de sécuriser les déplacements d'une personne ayant une déficience visuelle.
Poignée de la porte	La poignée doit permettre une ouverture de la porte sans effort de préhension ni rotation du poignet. Une poignée à levier ou à anse est conseillée (voir les figures 10 et 11). Elle doit être installée à une hauteur comprise entre 90 cm et 1 m du sol.
Vestibule	Le vestibule doit permettre le déplacement d'une personne en fauteuil roulant entre les portes et doit avoir une distance libre, entre les deux portes consécutives, d'au moins 1,2 m, en plus de la largeur de la porte qui empiète entre les deux portes (voir la figure 6).

Éléments	**Recommandations**
Comptoir de la caisse (boutique)	Le comptoir de la caisse ayant plus de 2 m de long, il doit avoir au moins une section sans obstacle. Vous devez soit abaisser une partie du comptoir ou ajouter une tablette rétractable. La solution que vous choisirez doit respecter les critères suivants (voir la figure 12) • La surface du comptoir doit être à 86,5 cm au-dessus du sol; • Le dégagement sous le comptoir devant servir de plan de travail doit avoir au moins 76 cm de largeur, 68,5 cm de hauteur et 48,5 cm de profondeur; • Il doit également y avoir un parcours sans obstacle menant au comptoir.
Table(s)	Chaque table doit respecter les critères suivants : • La surface de la table doit être à au plus 86,5 cm au-dessus du sol; • Le dégagement sous la table doit avoir au moins 76 cm de largeur, 68,5 cm de hauteur et 48,5 cm de profondeur.
Parcours sans obstacles	Un parcours sans obstacles doit être aménagé afin de permettre à une personne se déplaçant en fauteuil roulant de circuler dans les différentes salles et au pourtour de la piscine et du bain à remous. Chaque corridor de circulation doit avoir une largeur libre minimale de 92 cm et il doit y avoir une aire de manœuvre d'au moins 1,5 m de diamètre afin de permettre à la personne de faire un tour sur elle-même.
Salle d'exposition	
Pièce(s) exposée(s)	Une table sur laquelle des objets sont placés doit avoir une hauteur maximale de 1,2 m. Vous devez éviter d'exposer les pièces dans des modules vitrés afin de permettre aux personnes ayant des problèmes de vision de s'approcher des pièces exposées et aux personnes aveugles de les toucher. Si elles doivent être placées dans des modules vitrés, les pièces exposées doivent être inclinées afin que tous les visiteurs puissent bien les voir. Nous vous recommandons d'utiliser du verre antireflet pour ces modules.
Éclairage direct	Afin de faciliter la visite des salles d'exposition, nous vous recommandons d'installer des éclairages directs sur les différentes pièces exposées.
Panneaux descriptifs et/ ou cartels	Les petits panneaux d'orientation ou ceux décrivant les pièces exposées doivent se trouver à une hauteur maximale de 1,2 m du sol et doivent comporter un texte en lettres minuscules et majuscules d'au moins 20 mm de hauteur (72 points). De plus, les personnes aveugles apprécieront la transcription de l'information en braille.
Exploration tactile des pièces exposées	Il s'agit d'offrir une visite guidée descriptive des différentes pièces exposées en permettant aux personnes ayant une déficience visuelle de manipuler les objets.

Éléments	**Recommandations**
Audioguide avec réglage de volume disponible	Nous vous suggérons de faire l'acquisition d'audioguide avec réglage de volume. Cela permettra aux personnes ayant une déficience auditive d'accéder aux différentes informations divulguées lors de la visite guidée de vos différentes salles d'exposition.
Salle d'attente et spectacle	
Place(s) réservée(s) aux personnes handicapées dans les salles d'attente et salle de spectacle	Les places réservées doivent respecter les critères suivants (voir les figures 14 et 15) : • Être aménagées sur des surfaces horizontales dégagées ou avec des sièges amovibles; • Avoir une superficie de 90 cm de largeur sur 1,53 m de longueur si l'accès se fait latéralement ou au moins 1,22 m de longueur si l'accès se fait par l'avant ou par l'arrière; • Avoir au moins deux places réservées côte à côte; • Être situées à côté d'un parcours sans obstacle; • Offrir un choix d'emplacements ainsi qu'une vue dégagée sur l'événement présenté. De plus, il doit y avoir un parcours sans obstacle à partir de l'entrée jusqu'aux places réservées.

SALLE DE TOILETTES À CABINETS MULTIPLES ACCESSIBLE AUX PERSONNES CREUSES

Éléments	**Recommandations**
Signalisation adéquate	Les salles de toilette sans obstacle doivent être adéquatement identifiées au moyen du pictogramme international d'accessibilité.
Rampe d'accès	Une rampe d'accès servant de moyen d'évacuation et d'accès sans obstacle doit avoir les caractéristiques suivantes (voir les figures 4 et 5) : • Avoir une largeur libre comprise entre 1,1 m et 1,65 m; • Être entre 2 mains courantes saisissables aisément sur toute leur longueur à une hauteur comprise entre 86,5 cm et 96,5 cm. De plus, au moins une main courante doit être continue sur toute la longueur de la rampe et doit se prolonger sur au moins 30 cm à chaque extrémité.; • Avoir une pente d'au plus 1 :12 (8 %); • Avoir un seuil d'au plus 1,3 cm; • Avoir un rebord d'au moins 10 cm de haut de chaque côté de la rampe; • Avoir un palier d'au moins 1,2 m x 87 cm à tous les 9 m ou à chaque changement de direction; • Avoir un palier d'au moins 1,5 m sur 1,5 m au haut et au bas ainsi qu'aux niveaux intermédiaires des rampes conduisant à une porte; • Avoir une surface antidérapante ainsi qu'une bande de couleur et texture contrastante en haut et en bas.
Espace de manœuvre devant la salle de toilette	Il doit y avoir un espace de manœuvre de 1,5 m x 1,5 m devant la porte de la salle de toilette.
Ferme-porte	Le ferme-porte doit être conçu pour permettre l'ouverture de la porte lorsque l'on applique sur la poignée une poussée de 38 N pour une porte ouvrant vers l'extérieur et de 22 N pour celle ouvrant vers l'intérieur.
Seuil de la porte de la salle de toilette	Le seuil de la porte doit être à une hauteur maximale de 1,3 cm par rapport au revêtement du plancher. Le biseau doit respecter les critères suivants (voir la figure 9) : • Avoir une largeur libre comprise entre 87 cm et 92 cm; • Avoir une pente d'au plus 1 :12; • Avoir un palier d'au moins 1,5 m sur 1,5 m devant; • Avoir une surface antidérapante ainsi qu'une bande de couleur et texture contrastante en haut et en bas.
Largeur libre de la porte de la salle de toilette	La largeur libre minimale de la porte de la salle de toilette doit être de 80 cm. Si la porte est vitrée, nous vous conseillons d'installer des bandes et/ou motifs horizontaux sur la vitre à une hauteur comprise entre 1 m et 1,3 m afin de sécuriser les déplacements d'une personne ayant une déficience visuelle.
Poignée de la porte de la salle de toilette	La poignée doit permettre une ouverture de la porte sans effort de préhension ni rotation du poignet. Une poignée à levier ou à anse est conseillée (voir les figures 10 et 11). Elle doit être installée à une hauteur comprise entre 90 cm et 1 m du sol.

Éléments	**Recommandations**
Interrupteur	L'interrupteur doit être à une hauteur maximale de 1,2 m.
Espace de manœuvre dans la salle de toilette	Il doit y avoir un dégagement d'au moins 1,7 m entre la face extérieure de la porte du cabinet de toilette accessible et la face d'une porte de la salle de toilette s'ouvrant vers l'intérieur, et un dégagement de 1,4 m entre la face extérieure du devant du cabinet accessible et tout appareil sanitaire fixé au mur (voir la figure 16).
Lavabo et robinetterie	Le lavabo doit être conforme aux critères suivants (voir la figure 19) : • Avoir une hauteur maximale de 86,5 cm au-dessus du sol ; • Avoir un dégagement d'au moins 76 cm de largeur et un dégagement d'une hauteur d'au moins 68,5 cm à l'avant ; • Avoir une robinetterie à levier ou actionné automatiquement (détecteurs de mouvements); • Avoir une tuyauterie isolée; • Avoir un espace de manœuvre d'au moins 80 cm x 1,2 m devant le lavabo.
Miroir	Le bas du miroir ne doit pas être à plus de 1 m du sol ou être incliné par rapport à la verticale de façon à pouvoir être utilisé par une personne se déplaçant en fauteuil roulant (voir la figure 19).
Distributeur de savon, distributeur de papier à mains et séchoir à mains	Ces équipements doivent être installés à une hauteur comprise entre 1,05 m et 1,2 m et à un endroit accessible aux personnes se déplaçant en fauteuil roulant (voir la figure 19).
Urinoir aménagé pour les personnes handicapées	L'urinoir doit être installé afin que la bordure soit à une hauteur comprise entre 48,8 cm et 51,2 cm. Il doit y avoir un accès dégagé de 80 cm de largeur, centré sur l'urinoir, et comporter, de chaque côté et à une distance d'au plus 38 cm de l'axe de l'urinoir, une barre d'appui verticale d'au moins 30 cm de longueur et dont l'axe est à au plus 1 m de hauteur (voir la figure 21). Nous vous suggérons d'installer une troisième barre d'appui au-dessus de l'urinoir à une hauteur comprise entre 1,02 m et 1,04 m afin de faciliter son utilisation.

Éléments	**Recommandations**
CABINET DE TOILETTE AMÉNAGÉ POUR LES PERSONNES HANDICAPÉES	
Espace de manœuvre devant le cabinet de toilette accessible	L'espace de manœuvre devant la porte du cabinet de toilette accessible doit être d'au moins 1,5 m x 1,5 m.
Seuil de la porte	Le seuil de la porte doit être à une hauteur maximale de 1,3 cm par rapport au revêtement de plancher. Le biseau doit respecter les critères suivants (voir la figure 9) : • Avoir une largeur libre comprise entre 87 cm et 92 cm; • Avoir une pente d'au plus 1 :12; • Avoir un palier d'au moins 1,5 m sur 1,5 m devant;
Largeur libre de la porte	La largeur libre minimale de la porte du cabinet de toilette accessible doit être de 80 cm.
Poignée de la porte	La poignée doit permettre une ouverture de la porte sans effort de préhension ni rotation du poignet. Une poignée à levier ou à anse est conseillée (voir les figures 10 et 11). Dans le cabinet de toilette accessible, une 2e poignée de 14 cm de longueur, du côté intérieur, doit être installée. Chaque poignée doit être située à une distance, côté charnière, comprise entre 20 cm et 30 cm et à une hauteur comprise entre 90 cm et 1 m.
Sens d'ouverture de la porte du cabinet de toilette accessible	La porte doit s'ouvrir vers l'extérieur à moins qu'elle offre un espace de manœuvre libre d'une grandeur de 1,2 m de diamètre (voir la figure 17).
Dispositif de verrouillage	Le dispositif de verrouillage doit être de type loquet et pouvant être utilisé par le poing. Celui-ci doit être installé à une hauteur située entre 90 cm et 1 m.
Crochet portemanteau	Le crochet portemanteau doit être installé à une hauteur maximale de 1,2 m.
Superficie du cabinet de toilette accessible	Le cabinet de toilette accessible aux personnes handicapées doit avoir une superficie minimale de 1,5 m x 1,5 m (voir les figures 17 et 18).
Cuvette de la toilette et zone de transfert	La cuvette de toilette doit être à une distance comprise entre 28,5 cm et 30,5 cm d'un mur et, de l'autre côté, à au moins 87,5 cm. Cela vous permettra d'avoir une zone de transfert située sur le côté de la toilette conforme d'une largeur libre de 87,5 cm (voir les figures 17 et 18).
Siège de la toilette et chasse d'eau	La hauteur du rabat du siège doit être entre 40 cm et 46 cm. S'il est plus haut, il est considéré comme un siège surélevé. Ce type de siège peut être un obstacle pour certaines personnes en fauteuil roulant, les personnes de petites tailles et même les enfants. Nous vous suggérons de vous procurer un siège à la hauteur recommandée et un siège amovible qui pourra être utilisé lorsqu'un client en exprimera le besoin (voir la figure 20). De plus, la chasse d'eau de la toilette doit être à une hauteur maximale de 1,2 m.
Poubelle sanitaire	La poubelle sanitaire doit être installée sur la paroi latérale la plus près de la toilette, à une hauteur maximale de 1 m du sol.
Distributeur de protège-siège	Le distributeur de protège-siège doit être situé entre 1,05 m et 1,2 m du sol et à un endroit accessible pour une personne handicapée.

Éléments	**Recommandations**
Barre(s) d'appui	Des barres d'appui doivent être installées de façon à respecter les critères suivants (voir la figure 17) : • L'une d'entre elles doit être fixée horizontalement à la paroi latérale la plus près de la cuvette, d'une longueur minimale de 60 cm et de façon à se prolonger d'au moins 45 cm du devant de la cuvette; • La seconde doit être fixée au mur arrière de manière à couvrir toute la largeur de la cuvette de la toilette lorsque cette dernière n'a pas de réservoir d'eau. Nous vous suggérons de procéder à l'installation de cette barre d'appui même si la cuvette est munie d'un réservoir d'eau. Cela facilitera grandement l'utilisation de la toilette par les personnes handicapées; • Elles doivent être fixées entre 84 cm et 92 cm au-dessus du plancher.
Distributeur de papier hygiénique	Le distributeur de papier hygiénique doit être fixé à la paroi latérale la plus près de la toilette et ne doit pas contrevenir à l'utilisation de la barre d'appui. De plus, nous vous suggérons d'installer cet équipement le plus près possible de la toilette, entre le centre et le devant de la cuvette de la toilette, à une hauteur comprise entre 90 cm et 1 m du sol afin de faciliter son utilisation pour une personne en situation d'handicap.

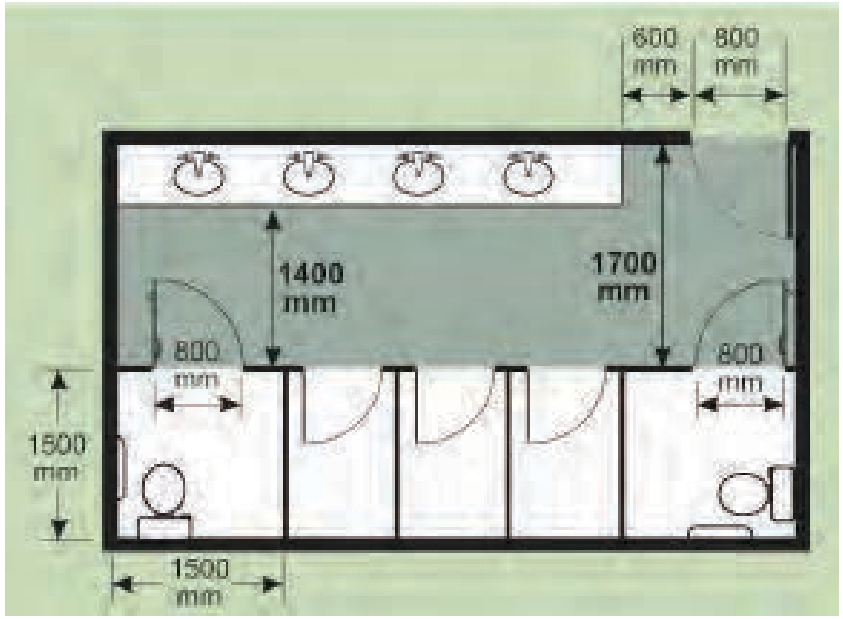


Figure 16
Salle de toilettes à cabinets multiple
Tirée de : Régie du bâtiment, op. cit. p. 34

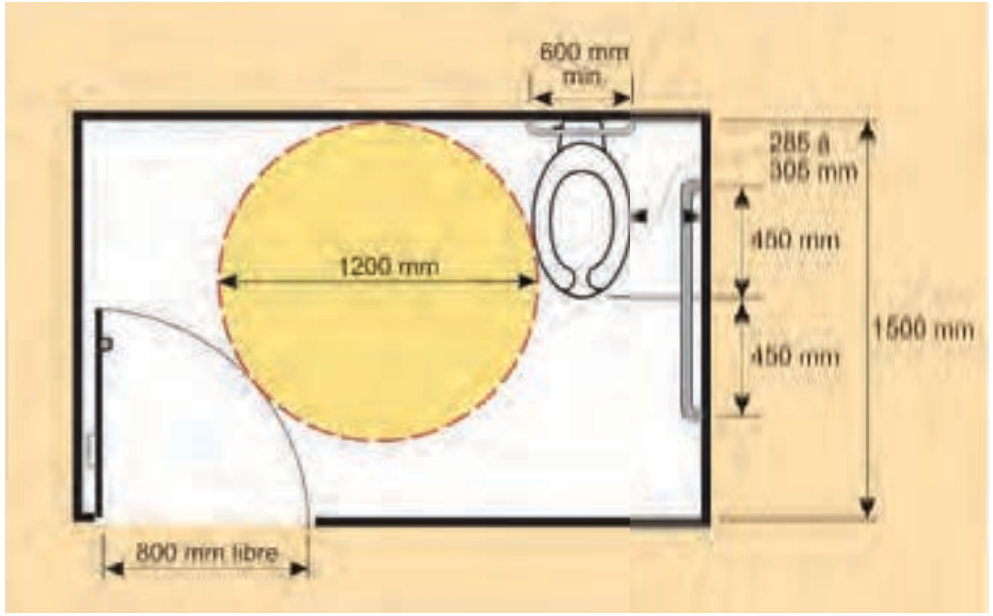


Figure 17
Cabinet de toilette accessible aux personnes handicapées
Tirée de : Ibid. p. 41

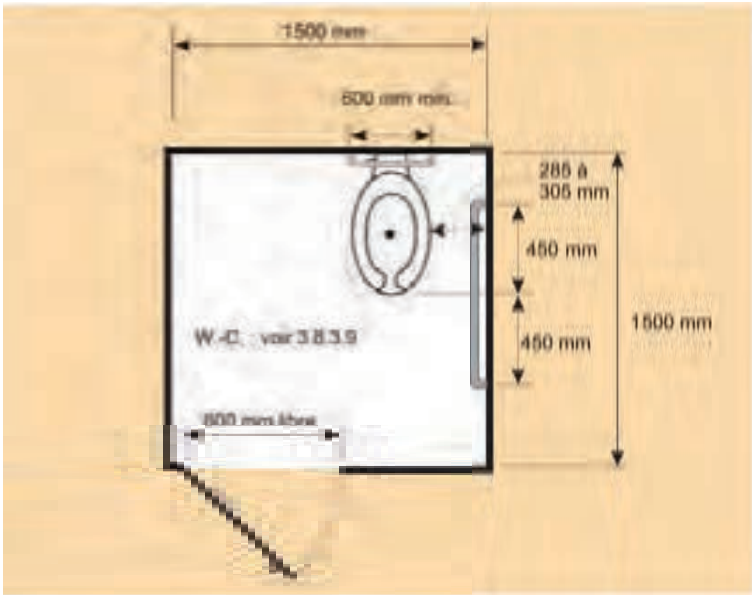


Figure 18
Cabinet de toilette accessible aux personnes handicapées
Modèle 2 - Tirée de : Ibid. p. 41

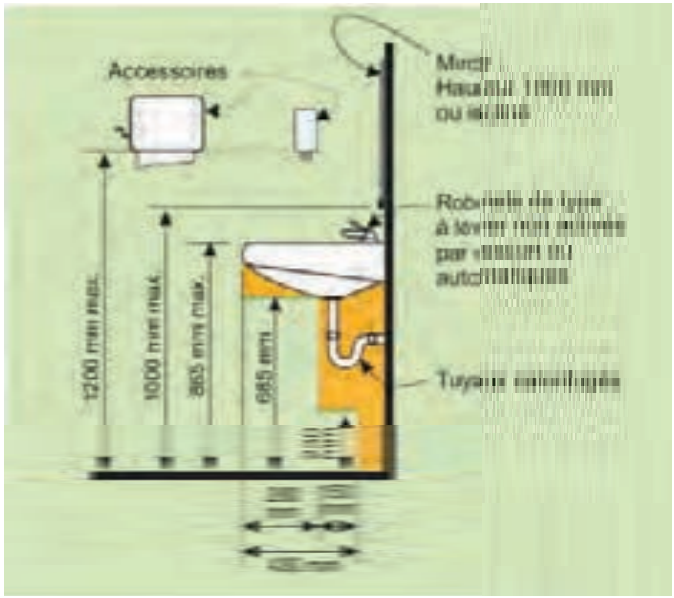


Figure 19
Lavabo
Tirée de : Ibid. p. 43

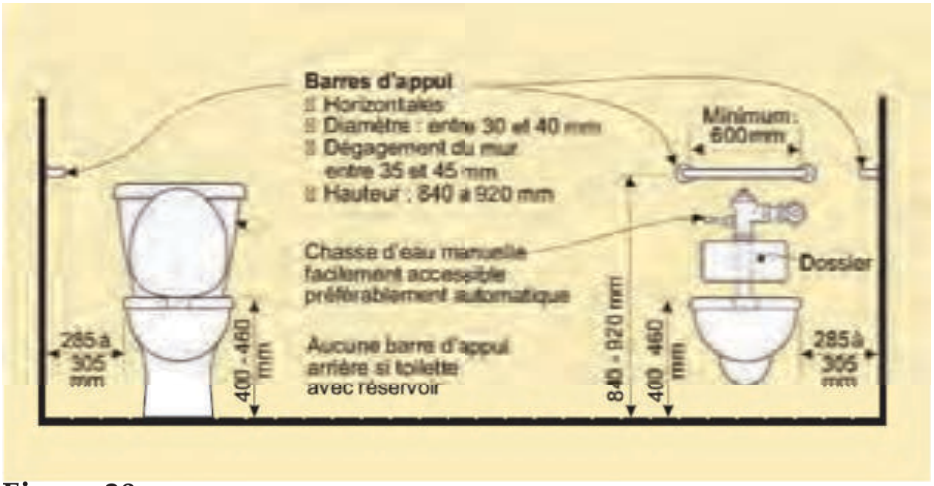


Figure 20
Cuvette de la toilette et barre d'appui
Tirée de : Ibid. p. 42

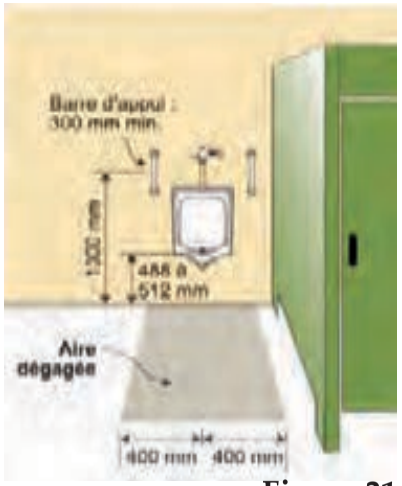


Figure 21
Urinoir aménagé pour les personnes handicapées
Tirée de : Ibid. p. 43

SALLE DE TOILETTE A CABINET UNIQUE MIXTE ACCESSIBLE AUX PERSONNES HANDICAPEES

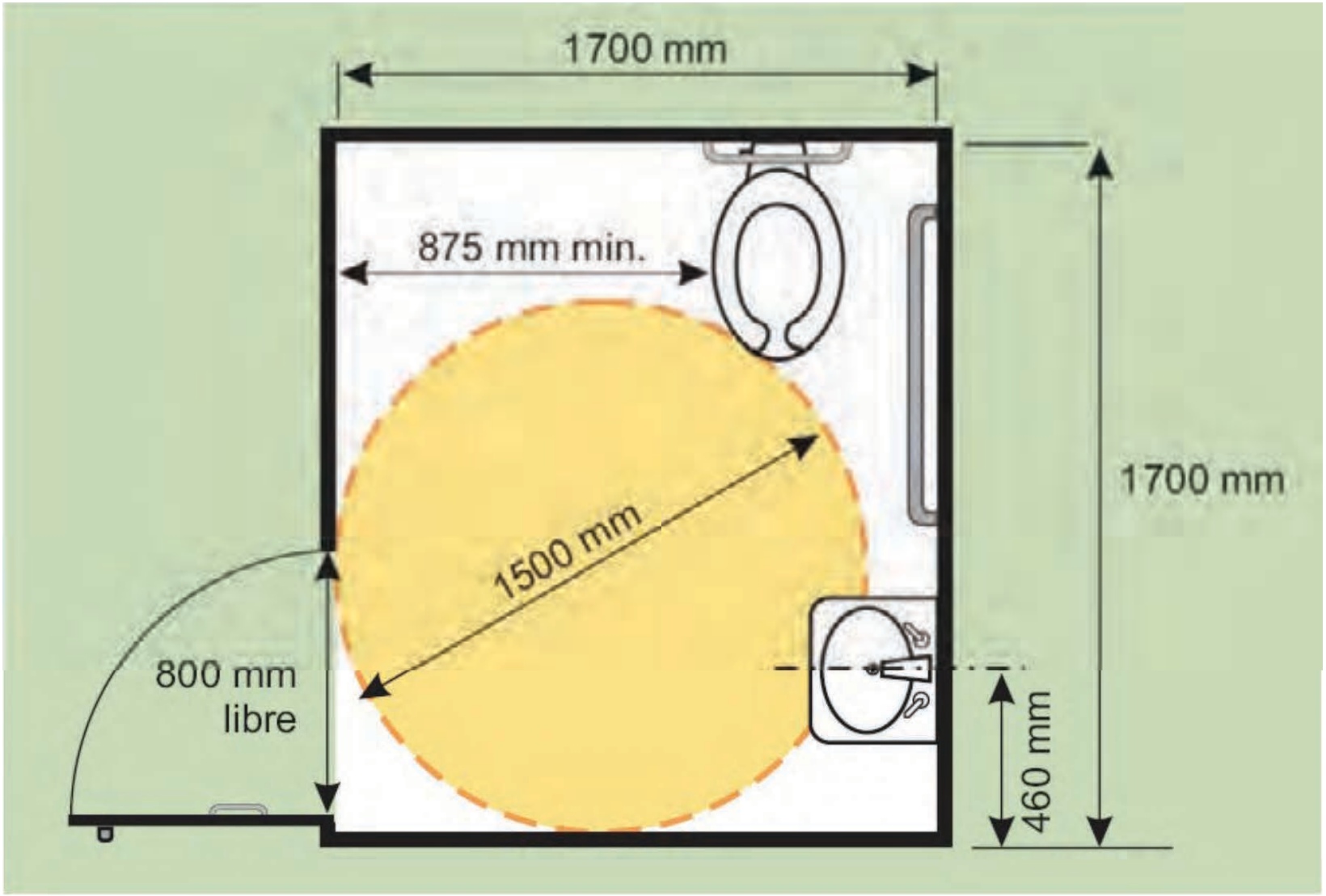


Figure 22
Salle de toilette à cabinet accessible aux personnes handicapées
Tirée de : Ibid. p. 25

SUR LE SITE

Éléments	**Recommandations**
Parcours sans obstacle	Un parcours sans obstacle doit être aménagé afin de permettre à une personne de déplaçant en fauteuil roulant d'accéder à la table de pique-nique accessible. L'allée extérieure menant à cette table doit avoir un minimum de 1,1 m de largeur libre et avoir un revêtement de sol dur et sans pente afin de faciliter la circulation des personnes à capacité physique restreinte. Les matériaux comme l'asphalte, le béton ou le gravier fin bien compacté sont conseillés. Lorsqu'il y a une bordure de trottoir à franchir pour accéder à la table, une partie du trottoir doit être abaissé en pratiquant un bateau. Un bateau est une rampe intégrée au trottoir dont la pente est proportionnelle à la largeur du trottoir.
Revêtement du sol autour de la table	Nous vous recommandons d'avoir un revêtement de sol dur comme de l'asphalte, du béton ou du gravier fin bien compacté tout autour de chaque table aménagée pour les personnes handicapées afin de faciliter la circulation d'une personne se déplaçant en fauteuil roulant (voir la figure 24).
Table de pique-nique aménagée pour les personnes handicapées	Voici les modifications à apporter afin de rendre une table de pique-nique standard accessible aux personnes se déplaçant en fauteuil roulant. Il suffit de lui apporter une des modifications suivantes : • Enlever un banc sur un des côtés (dépendant du type de table); • Ajouter une surface de 61 cm à chacune des extrémités de la table; • Faire un dégagement de 91 cm au centre d'un banc de la table; • Utiliser une table dont les bancs sont amovibles. Il est important de noter que la surface de la table de pique-nique doit être à au plus 86,5 cm au-dessus du sol et que le dégagement sous celle-ci doit avoir au moins 76 cm de largeur, 68,5 cm de hauteur et 48,5 cm de profondeur.
Sentier	Chaque sentier doit respecter les critères suivants : • Avoir une surface dure (bois, asphalte, terre battue, poussière de pierre, etc.) et facilement praticable pour une personne se déplaçant en fauteuil roulant; • Avoir une pente d'au plus 6 %; • Avoir une largeur libre minimale de 1 m; • Être sans obstacle (aucune marche et aucun seuil ne doit être présent sur le parcours); • Avoir des aires de repos à tous les 500 m.
SIGNALISATION	
Identification des objets exposés	Tout panneau d'identification pour les objets exposés doit être situé à une hauteur maximale de 1,20 m.
Signalisation de la salle	Elle devra être uniforme à l'intérieur de la salle et d'une salle à l'autre. Le texte devra être d'une couleur contrastante d'au moins 70 % par rapport au panneau et les polices de caractères suggérées sont Helvetica, Univers 55, Avant garde et Arial. Le panneau devra être de fini mat. De plus, la hauteur des caractères devra répondre aux critères énoncés dans le Tableau 1 : Critères d'accessibilité pour la grosseur des caractères selon les types de panneaux.
Signalisation tactile	Les personnes ayant une déficience visuelle peuvent, dans certains cas, lire les textes écrits en relief. Si cette option est envisagée, la police de caractère suggérée est le Helvetica gras. La hauteur de caractère doit être située entre 15 mm et 50 mm, avoir une largeur de trait entre 10 et 15 % de la hauteur, avoir un relief de 1 mm à 1,5 mm avec des contours légèrement arrondis.

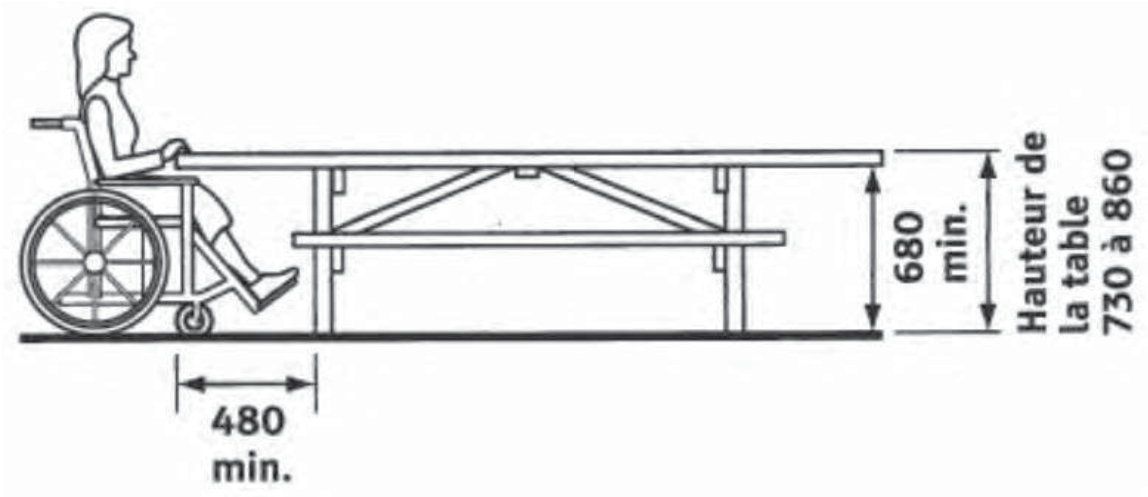


Figure 23
Table de pique-nique aménagée pour les personnes handicapées
Tirée de : Association Canadienne de Normalisation, Conception accessible pour l'environnement bâti (B651-04), Ontario, 2005, p. 153

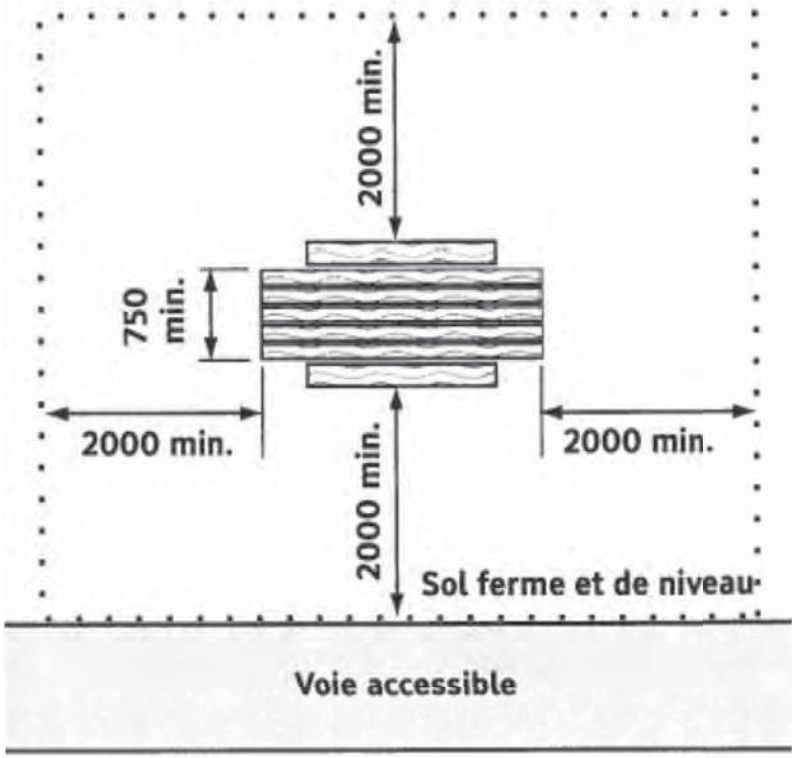


Figure 24
Parcours sans obstacle autour de la table

PRINCIPE GENERAL D'UN ECLAIRAGE ADAPTE

La qualité de l'éclairage, artificiel ou naturel, de l'ensemble des circulations intérieures et extérieures doit être traitée sans créer de gêne virtuelle. Un éclairage peut être renforcé aux endroits particuliers (escalier, ressaut, signalétique, etc.)

	Valeurs numériques d'éclairement à minima (en lux)
Cheminement extérieur	20
Circulations piétonnes des parcs de stationnement	50
Escalier et équipement mobile	150
Parcs de stationnement	20
Postes d'accueil	200
Circulation intérieure horizontale	100

Un éclairage doit éviter les reflets sur la signalétique ou tout effet d'éblouissement direct des usagers en position «debout» comme en position «assis».

PRINCIPE GENERAL D'UNE SIGNALETIQUE ADAPTEE

Tableau indicatif

Distance d'observation	Hauteur minimale des lettres	Dimension à minima du logo
1 m	30 mm	50 mm
2 m	60 mm	100 mm
5 m	150 mm	250 mm

- Recourir à des polices de caractères facilement identifiables (arial, verdana, helvetica...)
- Eviter le recours aux caractères en italique
- Pour un seul mot, utiliser uniquement des caractères majuscules.
- Pour un groupe de mots, utiliser des caractères majuscules et minuscules

Tableau 1 : Critères d'accessibilité pour la grosseur des caractères selon les types de panneaux

Hauteur minimale des caractères	Distance maximale de lecture	Emploi
203 mm	6,1 m	Entrées de l'installation
152 mm	4,6 m	Panneaux de direction à l'intérieur du bâtiment
100 mm	2,5 m	Panneaux d'identification (salles de toilette, etc.)
51 mm	1,5 m	Panneaux d'information
25 mm	76 cm	Portes et pièces

Pour tout panneau situé à distance de lecture, nous vous suggérons une grosseur de caractère moyenne de 16 points.

GESTION DES DÉCHETS

Table des Matières

GESTION DES DÉCHETS MÉDICAUX 5
CARACTERISATION DES DÉCHETS MÉDICAUX 6
CATEGORISATION DES DECHETS MEDICAUX DANGEREUX 6
PRINCIPES DE BASE D'UN PROGRAMME DE GESTION DE DÉCHETS 7
STRUCTURES DE SUPERVISION ET DE GESTION
DES DECHETS DE SOINS MEDICAUX 9
PLAN DE GESTION DES DÉCHETS 10
MINIMISATION DES DÉCHETS 10
TRI DES DÉCHETS 10
CODAGE DES TYPES DE DÉCHETS 11
RISQUES DES TYPES DE DÉCHETS 13
RISQUES RADIOACTIFS 13
RISQUES TOXIQUES 14
RISQUES CHIMIQUES 14
RISQUES INFECTIEUX 15
RISQUE RESSENTI OU PSYCHO-EMOTIONNEL 15
MESURES A PRENDRE EN CAS D'ACCIDENT AVEC EXPOSITION AU SANG 15
MESURES D'URGENCE EN CAS DE DEVERSEMENT
OU DE CONTAMINATION DE SURFACES 16
MESURES D'URGENCE EN CAS DE CONTAMINATION DE PERSONNES 17
COLLECTE ET STOCKAGE DES DECHETS 18
PRINCIPES DE STOCKAGE DES DÉCHETS 18
CRITÈRES ET CARACTERISTIQUES DES ESPACES DE STOCKAGE 19
TRANSPORT DES DÉCHETS 19
TRANSPORT INTERNE 19
TRANSPORT EXTERNE 19
TRAITEMENT ET ÉLIMINATION DES DÉCHETS 20
TECHNIQUES DE TRAITEMENT ET D'ÉLIMINATION DES DÉCHETS 20
TYPES D'INCINÉRATEUR 22
COMPOSITION DES INCINÉRATEURS 22
FONCTIONNEMENT ET MAINTENANCE 22
MODÈLES D'INCINÉRATEUR 23
MESURES DE PROTECTION DU PERSONNEL 24
ÉQUIPEMENTS DE PROTECTION INDIVIDUELLE (EPI) 25
FORMATION ET INFORMATION 26
HYGIENE DU PERSONNEL 26
VACCINATION 27

GESTION DES DÉCHETS MÉDICAUX

Le monde génère de plus en plus de déchets, et les structures sanitaires, hôpitaux et centres de santé ne font pas exception. Les structures de santé ont la responsabilité des déchets qu'ils produisent. Ils doivent s'assurer que le personnel et les patients évoluent dans un environnement sain ; que la manipulation, le traitement et l'élimination de leurs déchets n'auront aucune conséquence néfaste sur la santé ou sur l'environnement.

Les activités de soins permettent de protéger la santé, de guérir des patients et de sauver des vies. Mais elles génèrent des déchets dont approximativement 25 % représentent un risque infectieux, toxique, traumatique ou radioactif. Les risques liés aux déchets médicaux dangereux et les moyens de les gérer sont relativement bien connus et décrits dans la littérature. Toutefois, les méthodes de traitement et d'élimination préconisées exigent un cadre légal et des ressources techniques et financières importantes qui font souvent défaut au niveau de nos institutions sanitaires. Le personnel est souvent démuni pour gérer cette tâche.

Or, une mauvaise gestion des risques peut mettre en danger le personnel de soins, les employés s'occupant des déchets médicaux, les patients et leur famille, ainsi que l'ensemble de la population. D'autre part, le traitement ou le dépôt inadéquat de ces déchets peut représenter un risque de contamination ou de pollution de l'environnement.

Dans des contextes défavorables, il est possible de diminuer d'une manière significative les risques liés aux déchets médicaux dangereux par des mesures simples et adaptées. Le but de ce manuel est de fournir un outil pratique et pragmatique pour gérer au quotidien les déchets hospitaliers dangereux. Il ne remplace en aucun cas les lois et plans de gestion des déchets nationaux, là où ils existent.

Cette partie du manuel du PES va permettre au personnel médical, Technique et administratif qui travaille au sein d'une institution sanitaire telle que : Centre Communautaire de Santé, Centre de Santé, Hôpital Communautaire de Référence et Hôpital Départemental de mieux gérer les déchets qu'ils produisent. Elle présente des informations générales sur les déchets de soins médicaux et les éléments clefs des procédures de gestion à connaître avant de développer un plan de gestion des déchets de soins médicaux. Elle comprend les éléments suivants :

- **a.** Caractérisation des déchets médicaux ;
- **b.** La nécessité de développement de structures de supervision et de gestion ;
- **c.** Une présentation des risques associés aux déchets de soins médicaux ;
- **d.** Une définition et une classification des déchets de soins médicaux ;
- **e.** Les règles minimales à observer pour la gestion des déchets de soins médicaux ;
- **f.** Une directive pour la gestion spécifique des déchets de soins médicaux dangereux et infectieux;
- **g.** Des indications pour le développement de mesures de protection pour le personnel des établissements sanitaires et l'environnement.

CARACTERISATION DES DÉCHETS MÉDICAUX

Les déchets médicaux comprennent tous les déchets produits lors d'activités de soins ou de diagnostic. Du point de vue général, 75 à 90 % de ces déchets sont comparables aux déchets domestiques ou déchets urbains et ne représentent pas de danger particulier et ces déchets peuvent suivre la même filière de recyclage, de ramassage et de traitement que les déchets urbains de la communauté. Les autres 10 à 25 % sont appelés déchets médicaux dangereux ou déchets spéciaux. Ces déchets représentent des risques pour la santé.

Ils peuvent être divisés en cinq catégories suivant les risques qu'ils représentent :

CATEGORISATION DES DECHETS MEDICAUX DANGEREUX

1.	Déchets piquants et tranchants (ci-après « les piquants/tranchants »	❖ Déchets présentant un danger de blessure.
2.	a. Déchets présentant un danger de contamination b. Déchets anatomiques c. Déchets infectieux	❖ Déchets contenant du sang, des sécrétions ou des excrétions présentant un danger de contamination. ❖ Parties du corps, tissus présentant un danger de contamination. ❖ Déchets contenant d'importantes quantités de matériels, substances ou milieux de culture présentant un risque de propagation d'agents infectieux (cultures d'agents infectieux, déchets de patients infectieux à l'isolement).
3.	a. Déchets de médicaments b. Déchets cytotoxiques c. Déchets contenant des métaux lourds d. Déchets chimiques	❖ Déchets de médicaments, médicaments périmés et récipients ayant contenu des médicaments. ❖ Cytotoxiques périmés, restes de cytotoxiques, matériels contaminés par des cytotoxiques. ❖ Piles, déchets de mercure (thermomètres ou tensiomètres cassés, ampoules fluorescentes ou fluo compactes). ❖ Déchets contenant des substances chimiques : restes de solvants de laboratoire, désinfectants, bains de développement et de fixation photographique.
4.	Réservoirs sous pression	❖ Bonbonnes de gaz, bombes aérosol
5.	Déchets radioactifs	❖ Déchets contenant des substances radioactives : radionucléides utilisés en laboratoire ou en médecine nucléaire, urine ou excréta de patients traités.

PRINCIPES DE BASE D'UN PROGRAMME DE GESTION DE DÉCHETS

Une gestion appropriée des déchets médicaux repose sur une bonne organisation, un financement adéquat et la participation active d'un personnel informé et formé. Ce sont là, en effet, les conditions pour que les mesures soient appliquées d'une manière constante tout au long de la filière du déchet (du point de production jusqu'à l'élimination finale).

Trop souvent, la gestion des déchets est reléguée au rang de tâche subalterne. Il s'agit au contraire de la valoriser et de responsabiliser tous les acteurs de l'hôpital.

Un groupe de travail « gestion des déchets » devra être formé par le responsable de l'hôpital. Cette équipe devra inclure les membres suivants : chef de projet de l'hôpital, ingénieur eau et habitat, responsable local des déchets, ainsi que les membres suivants du personnel de l'hôpital : administrateur, infirmier-chef, responsable de la radiologie, pharmacien et chef du laboratoire.

Cahier des charges du chef de projet de l'hôpital

- Responsabilité générale de s'assurer que les déchets de l'hôpital sont gérés dans le respect des législations nationales et des conventions internationales.
- Mise en place du groupe de travail chargé de la rédaction du plan de gestion des déchets.
- Désignation du responsable local des déchets pour la supervision et la coordination quotidienne du plan de gestion des déchets.
- Désignation des responsabilités.
- Rédaction des cahiers des charges.
- Allocation des ressources financières et humaines.
- Mise en œuvre du plan de gestion des déchets.
- Audits, mise à jour et amélioration continue du système de gestion des déchets.

Cahier des charges de l'Ingénieur eau et habitat

- Évaluation initiale.
- Proposition au groupe de travail d'un plan de gestion des déchets (entre autres : choix des méthodes de traitement-élimination) en accord avec le plan national de gestion des déchets, s'il existe.
- Planification de la construction et de la maintenance des installations de stockage et d'élimination des déchets.
- Évaluation de l'impact environnemental de la gestion des déchets (contrôle de pollution, évaluation hydrogéologique, etc.).
- Analyse régulière des risques pour le personnel.
- Supervision du responsable local des déchets.
- Formation.

Cahier des charges du responsable local des déchets

Le responsable local des déchets est la personne chargée de gérer le plan de gestion des déchets au quotidien. Cette personne assure la pérennité du système à long terme. Elle doit donc avoir des contacts directs avec tous les membres du groupe de travail et avec tous les collaborateurs de l'hôpital.

- Contrôle quotidien de la collecte, du stockage et du transport des déchets.
- Contrôle de l'état des stocks de conteneurs, de sacs et d'EPI (équipements de protection individuelle), ainsi que des moyens de transport. Transmission des commandes à l'administrateur.
- Supervision des personnes responsables de la collecte et du transport des déchets.
- Contrôle des mesures en cas d'accident (affichage, connaissance du personnel).
- Contrôle des mesures de protection.
- Investigations sur les incidents/accidents impliquant des déchets.
- Établissement de rapports (quantités de déchets produits, incidents).
- Maintenance des installations de stockage et de traitement.

Cahier des charges de l'administrateur de l'hôpital

- Mise à disposition permanente des stocks de consommables (sacs, conteneurs, EPI, etc.)
- Étude et évaluation des coûts.
- Rédaction de contrats avec les tiers (transporteurs, sous-traitants).
- Apporter conseil sur la politique des achats en matière de minimisation/substitution (équipement sans mercure, sans PVC, etc.).
- Contrôle des mesures de protection.
- Supervision en l'absence de l'ingénieur eau et habitat.

Cahier des charges de l'infirmier-chef

- Formation du personnel de soins en matière de gestion des déchets (une attention particulière sera donnée aux nouveaux collaborateurs).
- Contrôle des procédures de tri, de collecte, de stockage et de transport dans les unités de soins.
- Contrôle des mesures de protection.
- Surveillance de l'hygiène hospitalière et contrôle de l'infection.

Cahier des charges du pharmacien-chef

- Responsabilité des stocks de médicaments et de la minimisation des périmés.
- Gestion des déchets contenant du mercure.

En l'absence du pharmacien, l'administrateur médical reprend ces responsabilités.

Cahier des charges du chef de laboratoire

- Responsabilité du stock de produits chimiques et de la minimisation des déchets chimiques.
- Gestion des déchets chimiques

STRUCTURES DE SUPERVISION ET DE GESTION DES DECHETS DE SOINS MEDICAUX

Le traitement des déchets de soins médicaux est d'abord une question de gestion avant d'être une question technique et dépend de ce fait, totalement de l'engagement de l'ensemble du personnel des établissements sanitaires. Cet engagement n'est possible que si les gens sont avant tout, correctement formés et sensibilisés sur les risques que pose ce type particulier de déchets. Il est dès lors, important de s'assurer que le programme de formation des personnels médicaux et paramédicaux, inclut cette importante question de santé publique.

Lorsqu'un nouvel employé est recruté, il est fortement recommandé qu'une clause spécifique soit incluse dans son contrat pour qu'il soit entièrement sensibilisé et responsabilisé sur cet important aspect de son travail.

Pour s'assurer que les déchets de soins médicaux sont correctement gérés à long terme, il est important de superviser régulièrement les pratiques du personnel. Cette tâche devrait être accomplie par un responsable de la gestion des déchets de soins médicaux et / ou les membres du comité de gestion de ces déchets dans chaque établissement sanitaire (dépendant de sa taille : Centre Communautaire de Santé, Centre de Santé, Hôpital Communautaire de référence et Hôpital Départemental) mais aussi peut être considéré pour les hôpitaux au troisième niveau du système sanitaire. Généralement, les membres de ce comité sont les mêmes que ceux responsables des infections nosocomiales. Des sessions de formation et de sensibilisation continues et appropriées doivent être organisées pour maintenir les pratiques de traitement de ces déchets aux meilleurs standards possibles.

Pour soutenir le responsable de la gestion des déchets de soins médicaux et / ou, les membres du comité de gestion de ces déchets, un appui régional et national doit leur être fourni. Ces équipes de gestion régionales et nationales ont pour rôle d'apporter aux établissements sanitaires l'assistance technique nécessaire pour s'assurer que des standards et des procédures harmonisés sont appliqués et faciliter le travail quotidien du responsable de la gestion des déchets de soins médicaux et des membres des comités de gestion des déchets de soins médicaux.

Ainsi, cette structure de supervision et de gestion ou groupe de travail « gestion des déchets » devra être formé par le responsable de l'hôpital. Cette équipe devra inclure les membres suivants : chef de projet de l'hôpital, ingénieur eau et habitat, responsable local des déchets, ainsi que les membres suivants du personnel de l'hôpital : administrateur, infirmier-chef, responsable de la radiologie, pharmacien et chef du laboratoire.

PLAN DE GESTION DES DÉCHETS

Dans le cadre de la gestion des déchets, un plan de mise en œuvre est important. Aussi le Manuel du PES propose-t-il un plan dont les institutions sanitaires feront usage suivant leur catégorie et suivant les types de déchets qu'ils produisent. D'une manière générale, à partir d'informations clés, un plan de gestion des déchets au niveau des institutions sanitaires doit traiter des aspects suivants :

1. Etat des lieux
2. Minimisation/recyclage et politique des achats
3. Tri, collecte, stockage et transport
4. Identification et évaluation des options de traitement-élimination diagramme des flux
5. Mesure de Protection
6. Formation pour le staff
7. Estimation des coûts
8. Stratégie de mise en œuvre audit et suivi

MINIMISATION DES DÉCHETS

La réduction de la production de déchets doit être encouragée au niveau des institutions sanitaires en tenant compte et en encourageant les pratiques suivantes au niveau des institutions par :

a. Réduction de la quantité à la source par l'utilisation des produits générant le moins de déchets possible ;
b. Etablir une politique d'achat au sein des institutions visant à minimiser les risques de la production et en faisant le choix de produits les moins toxiques ;
c. Mise en place d'un système de recyclage des produits ;
d. Une bonne politique de gestion des stocks.

TRI DES DÉCHETS

Le tri des déchets doit toujours être la responsabilité de celui qui les produit. Il doit se faire le plus près possible du lieu où le déchet a été produit. Le tri est une étape sensible de la gestion des déchets. Il concerne tous les collaborateurs. Formation, information régulière et contrôles fréquents sont essentiels pour garantir la pérennité du système mis en place.

La façon la plus simple d'identifier les différentes catégories de déchets et d'encourager le tri est de séparer les déchets dans des conteneurs ou des sacs en plastique de différentes couleurs et/ou marqués d'un symbole.

Un système de tri à trois conteneurs est retenu :

1. Piquants/tranchants,
2. Déchets potentiellement infectieux
3. Déchets domestiques

Ce système représente un premier pas efficace, facile à mettre en œuvre, et qui permet de réduire drastiquement les risques les plus importants et garantir un maximum de sécurité.

CODAGE DES TYPES DE DÉCHETS

Le système de codes couleur

L'application du système de codes couleur (voir tableau 1) vise à assurer une identification immédiate et non équivoque du risque associé aux types de déchets biomédicaux à manipuler ou, à traiter. De ce point de vue, le système des codes couleur doit rester simple et appliqué de manière uniforme à travers tout le pays.

Tableau 1: Système de codage couleur des déchets de soins médicaux

Noir	Jaune	Marron
➤ Déchets sans risques de catégorie **A** ➤ Exceptionnellement, quantité réduite de déchets de catégorie **B1** ➤ Déchets pharmaceutiques de catégorie **B3**, seulement classe **B31**	➤ Déchets spéciaux des catégories **B1**, **B2**, **B4**, **B5** ➤ Déchets infectieux et hautement infectieux des catégories **C1** et **C2** ➤ Déchets radioactifs de catégorie **E**	➤ Déchets pharmaceutiques des catégories **B3**, classes **B32** et **B33** ➤ Catégorie **D** comme les substances chimiques et les métaux lourds

L'étiquetage *(voir tableau 2)*

Tous les déchets de soins médicaux de catégories B1, B4, B5, C1, C2 devraient être mis dans des conteneurs de couleur jaune (de préférence, des sacs en polyéthylène possédant une jauge d'au moins 300 microns) marqués et indiqués du symbole international de bio danger. De préférence, les sacs doivent être fixés à des porte-sacs. En cas de non disponibilité de ces sacs, des poubelles jaunes pourront être utilisées.

Les déchets de soins médicaux de catégorie B2 (objets piquants et tranchants) doivent être, soit détruits à la source par des équipements spéciaux, soit déposer dans des boites spécifiques en carton ou des conteneurs de sûreté en plastique résistant aux perforations, imperméable aux fuites de liquides et conçus de sorte que les objets puissent y être jetés avec une seule main et ne puissent pas en être retirés (voir annexe 3). Les conteneurs de sûreté doivent toujours être de couleur jaune, porté la mention « Danger ! Objets tranchants /piquants contaminés » et indiqués par le symbole bio danger. Les conteneurs et boites devront, impérativement, être scellés et enlevés lorsqu'ils sont remplis aux trois quarts.

Tableau 2: Etiquetage des conteneurs de déchets de soins médicaux

Catégorie	Etiquetage	Symboles Internationaux
B1	« Danger ! déchets anatomiques, à incinérer ou enterrer très profondément»	
B2	« Danger ! Objets tranchants/piquants, ne pas ouvrir »	
B4, B5, C1	« Danger ! Déchets infectieux dangereux »	
C2	« Danger ! Déchets hautement infectieux, à prétraiter »	
B32, B33, D	« Danger ! Ne doit être enlevé que par le personnel autorisé »	C
E	« Danger ! Déchets Radioactifs »	

Les déchets de soins médicaux radioactifs (catégorie E) doivent être déposés dans des conteneurs jaunes, scellés, marqués et indiqués par le symbole international des substances radioactives tel que montré dans le tableau ci-dessus.

Critères de choix des conteneurs:

- Résistance à la perforation et étanchéité aux liquides.
- Résistance à la chute, avec maintien de l'étanchéité.
- Capacité et orifice d'introduction adaptés aux différents déchets à éliminer.
- Facilité d'introduction du déchet en utilisant une seule main.

Règle de base à observer pour le tri et l'étiquetage des déchets
➤ Etablir un système de trois poubelles avec un étiquetage approprié dans tous les établissements sanitaires du pays comme suit : 1. Déchets de soins médicaux ordinaires (sacs/poubelles noirs ; aucun symbole) 2. Déchets de soins médicaux potentiellement infectieux (sacs/poubelles jaunes ; symbole bio danger) 3. Objets tranchants/piquants usagers, verres compris (conteneurs jaunes ; symbole bio danger) ➤ Assurer la sensibilisation et la formation du corps médical et des gestionnaires des déchets au tri et au marquage des déchets.

Catégorie de déchets	Codage couleur – symbole	Type de conteneurs
0. déchets domestiques	**Noir**	Sacs plastique
1. déchets piquants et tranchants	**Jaune et**	Conteneurs à piquants/ tranchants
2a. déchets présentant un danger de contamination **2b. déchets anatomiques**	Jaune et	Sacs plastique ou conteneurs
2c. déchets infectieux	Jaune, marqué « hautement infectieux » et	Sacs plastique ou conteneurs pouvant être passés à l'autoclave
3. déchets chimiques ou pharmaceutiques	Brun avec symbole approprié (Étiquetage des produits chimiques)	Sacs plastique, conteneurs

RISQUES DES TYPES DE DÉCHETS

Plusieurs types de risques peuvent être encourus tels que :

- risques radioactifs
- risques toxiques
- risques chimiques
- risques infectieux
- risque ressenti ou psycho émotionnel.

Risques radioactifs

La nocivité des déchets radioactifs nécessite de bien les identifier dès l'utilisation des radioéléments. L'exposition directe, et/ ou l'inhalation de matière ayant un niveau de radioactivité et une intensité de rayonnement illimité constituent un risque d'accident et peuvent entraîner des conséquences graves pour la santé et l'environnement. Ces matières se subdivisent en trois types:

Types I : Matière ayant une période de radioactivité inférieure à 6 jours

Types II : Matière ayant une période de radioactivité comprise entre 6 et 71 jours.

Types III : Matière ayant une période de radioactivité supérieure à 71 jours.

Risques toxiques

Deux principales voies d'exposition concernent les déchets de nature toxique :

- **Par inhalation**, en cas d'émanation diffusante d'un produit volatile ou du mélange accidentel de substances chimiques entre elles et produisant un gaz toxique.
- **Par contact cutanéomuqueux** en manipulant des produits ayant des effets caustiques ou volatils. Tous produits chimiques utilisés lors des activités de soins (réactifs, solvants, bases, acides, amalgame dentaire…) peuvent s'accumuler dans l'environnement (F. Squinazi, 98). Les déchets chimiques peuvent être responsables, lorsqu'ils sont manipulés sans précaution, d'intoxications aigues ce sont ceux :
  - Issus des services de soins
    - Mercure et composés contenant du mercure
    - Résidu argentique des films radiologiques
    - Bains de développement
    - Médicaments périmés
  - Issus des services techniques et services d'entretien :
    - Huiles
    - Solvants Peintures
    - Peintures
    - Acides, bases, pesticides et autres caustiques etc…

Risques chimiques

Tous les produits chimiques sont susceptibles de présenter un danger, lequel peut être lié à :

- **Leurs propriétés physiques : inflammable**, explosif, désinfectant, réactif
- **Leurs propriétés chimiques :** actions nocives sur l'organisme. Ce sont des produits corrosifs et toxiques.

Les produits classés « **nocifs** » sont en fait des produits « toxiques ». Les génotoxiques sont des toxiques nocifs à long terme qui peuvent entrainer l'apparition des cancers, des leucémies ou des malformations sur l'embryon. En effet, il est conseillé de:

- Consulter et appliquer les règles de l'étiquetage pour identifier les dangers des produits chimiques.
- Lire les fiches de sécurité des produits chimiques
- Respecter les règles de rangements

Toute manipulation de ce type de produit nécessite une attention soutenue.

Risques infectieux

Ces risques sont représentés par les micro-organismes suivants, résidents dans l'environnement et contenus dans les déchets :

- Les bactéries : bacilles tuberculeux, Staphylococcus aureus, Pseudomonas aeruginosa et de façon plus générale tous les germes sporulés.
- Les virus tels que, entérovirus, VIH et virus des hépatites B et C (risques représentés par les piqures d'aiguilles souillées) (FUL97)

Tous déchets éliminés incorrectement peuvent contaminer :

- Le personnel médical et paramédical
- Les malades
- Les visiteurs

Risque ressenti ou psycho-émotionnel

Le risque ressenti ou encore psycho-émotionnel, n'est pas nécessairement un risque réel. C'est un ensemble de phénomènes qui traduit la crainte du public ou des professionnels lorsqu'ils sont en présence des déchets d'activités de soins **(F.Squinazi.98)** tels : matériels de soins usagés, souillés ou non par du sang et des liquides biologiques, médicaments ou emballage, lesquels représentent un risque pour eux ou pour l'environnement.

D'autres éléments peuvent s'associer à l'accroissement du sentiment de crainte vis-à-vis de ce type de déchets, il s'agit de la présence potentielle de micro-organismes pathogènes dans les déchets d'activités de soins. Cet impact psychologique, très marqué aussi bien dans la population qu'au niveau des professionnels de l'environnement, ne doit jamais être négligé et doit être pris en compte dans l'élimination des déchets d'activités.

MESURES A PRENDRE EN CAS D'ACCIDENT AVEC EXPOSITION AU SANG[23]

50% des accidents avec exposition au sang (AES) sont évitables. L'objectif d'une politique de prévention des AES est de réduire les risques d'accident du personnel lors de la manipulation des liquides biologiques et des déchets, mais aussi de diminuer le risque de contamination lorsqu'un accident se produit.

Le risque de transmission de l'infection après accident par piqûre est présenté comme suit :

Risque de transmission de l'infection après accident per cutané avec du sang contaminé

Virus	Risque de transmission de l'infection
vih	0,3 %
vhb	5-30 %
vhc	1-3 %

La gestion des AES devrait contenir les éléments suivants :

- Affichage des mesures en cas d'accident (exemple d'affiche annexe 3.6) :
  - laver la zone contaminée à l'eau et au savon. Ne pas faire saigner. Désinfecter (eau de Javel fraîchement diluée à 0,5 % chlore actif ou Bétadine® ou alcool 70° ou Dakin stabilisé, durée de contact supérieure à cinq minutes) ;
  - numéro de téléphone à appeler 24h/24 ; où vous trouverez une personne compétente à toute heure.
- Prise en charge de l'accident par une personne compétente (évaluation de l'accident, tests, prophylaxie post-exposition [HIV, tuberculose, hépatite B], suivi, information, prise en charge psychologique de la victime) ;
- Enregistrement des incidents/accidents, investigation et action corrective.

La prophylaxie post-exposition peut réduire de 80 % le risque de la maladie causée par le VIH.

MESURES D'URGENCE EN CAS DE DEVERSEMENT OU DE CONTAMINATION DE SURFACES

La plupart des accidents avec déversement de produits chimiques ou de matériel infectieux ont lieu dans un laboratoire. Mais il peut aussi s'agir d'accidents avec des déchets de mercure (bris d'un thermomètre, d'un tensiomètre, d'un récipient en verre contenant du mercure), d'accidents lors de transports de déchets chimiques (renversement de bidons mal fermés, bris de bouteilles en verre), ou encore en cas de déchirure de sacs de déchets infectieux.

Déversement sur la paillasse ou le sol de matériel biologique infectieux

- Les blouses et habits visiblement souillés doivent être remplacés immédiatement.
- Avertir les autres collaborateurs présents et sécuriser la zone contaminée.
- Porter des gants jetables et, en cas de formation d'aérosols, des lunettes et un masque respiratoire pour particules (FFP1 ou FFP2).
- Recouvrir la zone contaminée de papier absorbant, imbibé de désinfectant.
- Recouvrir la zone contaminée avec un désinfectant d'une façon concentrique en commençant par le bord et en progressant vers le centre de la contamination. Éviter de pulvériser ou de verser le désinfectant de haut, ce qui peut engendrer des aérosols.
- Laisser agir selon les spécificités du désinfectant (mais généralement au moins trois minutes).
- Éponger, et éliminer tous les déchets et le matériel souillé dans le conteneur adéquat (déchets infectieux). Attention aux débris piquants et coupants qui devront être ramassés à l'aide d'une pincette et jetés dans le conteneur à piquants/tranchants.
- Désinfecter l'ensemble des objets présents sur la paillasse, les parois des meubles ou l'équipement susceptibles d'être contaminés.

- Enlever l'équipement de protection individuelle, jeter le matériel contaminé dans la poubelle pour déchets infectieux et auto claver (ou incinérer en l'absence d'autoclave).
- Se désinfecter les mains.
- Enregistrer l'accident.

Procédure en cas de déversement de produits chimiques

- Alerter les personnes dans le périmètre immédiat.
- Revêtir blouse, gants, lunettes de protection.
- Éviter de respirer des vapeurs.
- Si les matières déversées sont inflammables, couper les sources d'ignition et de chaleur.
- Ouvrir les fenêtres et aérer ; fermer les portes des pièces infectées.
- Couvrir le déversement avec un matériel absorbant (granulats ou chiffons absorbants) de l'extérieur vers l'intérieur, de façon concentrique.
- Mélanger doucement avec une spatule en bois jusqu'à ce que la matière chimique déversée soit complètement absorbée.
- Éliminer les granulats comme déchets spéciaux.
- Nettoyer abondamment la région souillée avec de l'eau (sauf si le produit concerné est incompatible avec l'eau !).

Procédure en cas de déversement de mercure

- Délimiter la zone à décontaminer et en interdire l'accès.
- Il est essentiel de récupérer la totalité du mercure répandu (également sous les instruments, dans les interstices, etc.) sans le disperser. Mettre des gants à usage unique. Prendre une éponge à mercure, une pipette en verre ou en plastique, ou encore deux feuilles de papier pour ramasser les gouttelettes (ne pas utiliser de brosse, ni d'aspirateur).
- Placer le mercure et le matériel de récupération dans un conteneur bien hermétique. Fermer correctement le conteneur et l'étiqueter comme déchet spécial de mercure et l'amener à la pharmacie.
- À l'aide d'un faisceau lumineux (lampe de poche, par exemple), vérifier que toutes les gouttelettes ont bien été récupérées.

MESURES D'URGENCE EN CAS DE CONTAMINATION DE PERSONNES

Projection de produits chimiques sur la peau et les yeux

- Rincer abondamment les parties exposées avec de l'eau pendant 15 minutes, sans frotter. Ne pas utiliser de neutralisant, ni aucun autre produit (détergent, crème, etc.).

- En cas de projection dans les yeux, rincer à l'eau courante 10-30 minutes (bien écarter les paupières, tête inclinée, œil atteint positionné vers le bas).
- Consulter un ophtalmologue en urgence.
- Retirer avec précaution les vêtements contaminés (dans le cas de brûlures chimiques), avec des gants.
- Consulter un médecin en urgence.

Procédure en cas d'ingestion de produits chimiques

- Pour la cavité buccale, rincer abondamment à l'eau.
- Ne pas faire vomir, ni donner à boire.
- Consulter un médecin en urgence.

Procédure en cas d'inhalation de gaz toxiques

- Sortir aussitôt de la zone contaminée.
- Consulter un médecin en urgence même s'il n'y a pas de symptômes

COLLECTE ET STOCKAGE DES DECHETS

Les déchets doivent être collectés régulièrement, au minimum une fois par jour. Ils ne doivent pas s'accumuler à l'endroit où ils sont produits. Un programme quotidien et un circuit de collecte doivent être planifiés suivant le type d'institution. Chaque catégorie de déchets sera récoltée et stockée séparément.

Les déchets à caractère infectieux (catégories 1 et 2) ne doivent en aucun cas être stockés dans des lieux ouverts au public.

Les employés chargés de la collecte et du transport des déchets doivent être informés de ne prendre que les sacs jaunes et les conteneurs à piquants/tranchants qui ont été fermés par le personnel de soins. Ils doivent porter des gants.

Les sacs collectés doivent immédiatement être remplacés par des sacs neufs.

PRINCIPES DE STOCKAGE DES DÉCHETS

Les déchets peuvent être stockés dans un endroit réfrigéré pendant une semaine (3 à 8° C). En l'absence d'endroit réfrigéré, le temps de stockage des déchets médicaux à risque infectieux ne doit pas excéder :

1. Climat tempéré : 72 heures en hiver et 48 heures en été ;
2. Climat chaud : 48 heures durant la saison fraîche et 24 heures durant la saison chaude ;

CRITÈRES ET CARACTERISTIQUES DES ESPACES DE STOCKAGE

Les espaces de stockage doivent répondre aux caractéristiques suivantes :

- Espace fermé, avec accès limité aux seules personnes autorisées ;
- Espace séparé des denrées alimentaires ;
- Espace couvert et protégé du soleil ;
- Un sol imperméable avec un bon drainage ;
- Espace facilement nettoyable ;
- Espace protégé des rongeurs, des oiseaux et autres animaux ;
- Avec accès facile aux moyens de transport interne et externe ;
- Bien aéré et bien éclairé ;
- Compartimenté (séparation des différentes catégories de déchets) ;
- A proximité de l'incinérateur si l'incinération est l'option choisie ;
- Equipé de lavabos à proximité ;
- Signalé (entrée interdite, matières toxiques ou risque infectieux) ;

TRANSPORT DES DÉCHETS

Dans la mesure du possible, les moyens utilisés pour le transport des déchets médicaux doivent être réservés seulement à cet effet et être différents pour chaque catégorie de déchets (par exemple, une brouette pour les déchets domestiques et une pour les déchets médicaux de type 1 ou 2).

Aussi, on utilise deux types de transport au niveau des institutions sanitaire de différents types qui sont :

1. Transport interne
2. Transport externe

TRANSPORT INTERNE

Tenant compte des caractéristiques qui doivent être prises en compte pour l'utilisation du type de transport au niveau des institutions, les moyens de transport interne au niveau de l'établissement peuvent-être de plusieurs sortes : brouettes, conteneurs sur roulettes, chariots.

Le transport interne des déchets doit se faire pendant les périodes de basse activité. Le trajet doit être planifié pour éviter toute exposition du personnel, des patients et du public. Il faudra minimiser le passage à travers les zones propres (stérilisation), les zones sensibles (bloc opératoire, soins intensifs) et les zones publiques.

TRANSPORT EXTERNE

Dans le cadre des transports externes tous les produits de déchets doivent être :

a. Emballés;
b. Etiquetés;

L'emballage et l'étiquetage doivent être conformes aux codes nationaux en matière de transport des matières dangereuses et à la Convention de Bâle on pourra aussi se référer aux Recommandations des Nations Unies sur la question relative au transport de déchets dangereux.

TRAITEMENT ET ÉLIMINATION DES DÉCHETS

Le choix des techniques de traitement et d'élimination dépend de nombreux paramètres :

- quantité et type de déchets produits,
- présence ou non d'un site de traitement des déchets à proximité de l'hôpital,
- acceptation culturelle des modes de traitement,
- présence de moyens de transport fiables,
- espace suffisant autour de l'hôpital,
- disponibilité de ressources financières, matérielles et humaines,
- approvisionnement en courant fiable,
- climat et niveau de la nappe phréatique, etc.

Le choix doit être fait en ayant comme objectif principal la minimisation des impacts négatifs sur la santé et sur l'environnement. **Il n'existe pas de solution universelle de traitement, mais cette partie du manuel du PES devra nous permettre de faire les meilleurs choix en matière de gestion de déchets.** Le choix ne peut être qu'un compromis dépendant des conditions locales existantes.

En l'absence d'infrastructure de traitement adéquate à proximité, il est de la responsabilité de chaque institution sanitaire de traiter ou prétraiter ses déchets **sur le site avant tout autre intervention.** Ceci présente aussi l'avantage d'éviter les complications liées au transport de matières.

TECHNIQUES DE TRAITEMENT ET D'ÉLIMINATION DES DÉCHETS

Il existe différents types de procédures pour traiter et éliminer les déchets médicaux au niveau des institutions sanitaires. Dans le cadre du PES nous allons prendre en compte les moyens retenus, présentés ci-devant mais une institution peut d'une manière ou d'une autre faire état d'autres moyens de traitement et d'élimination selon ses moyens (financiers ou matériels).

Dans le cadre des institutions aux différents échelons et niveaux, les techniques d'élimination et de traitement suivantes peuvent être utilisées :

A. **DÉSINFECTION:**

- **Chimique**: adjonction de désinfectants (dioxyde de chlore, hypochlorite de sodium, acide per acétique, ozone, hydrolyse alcaline) ;
-

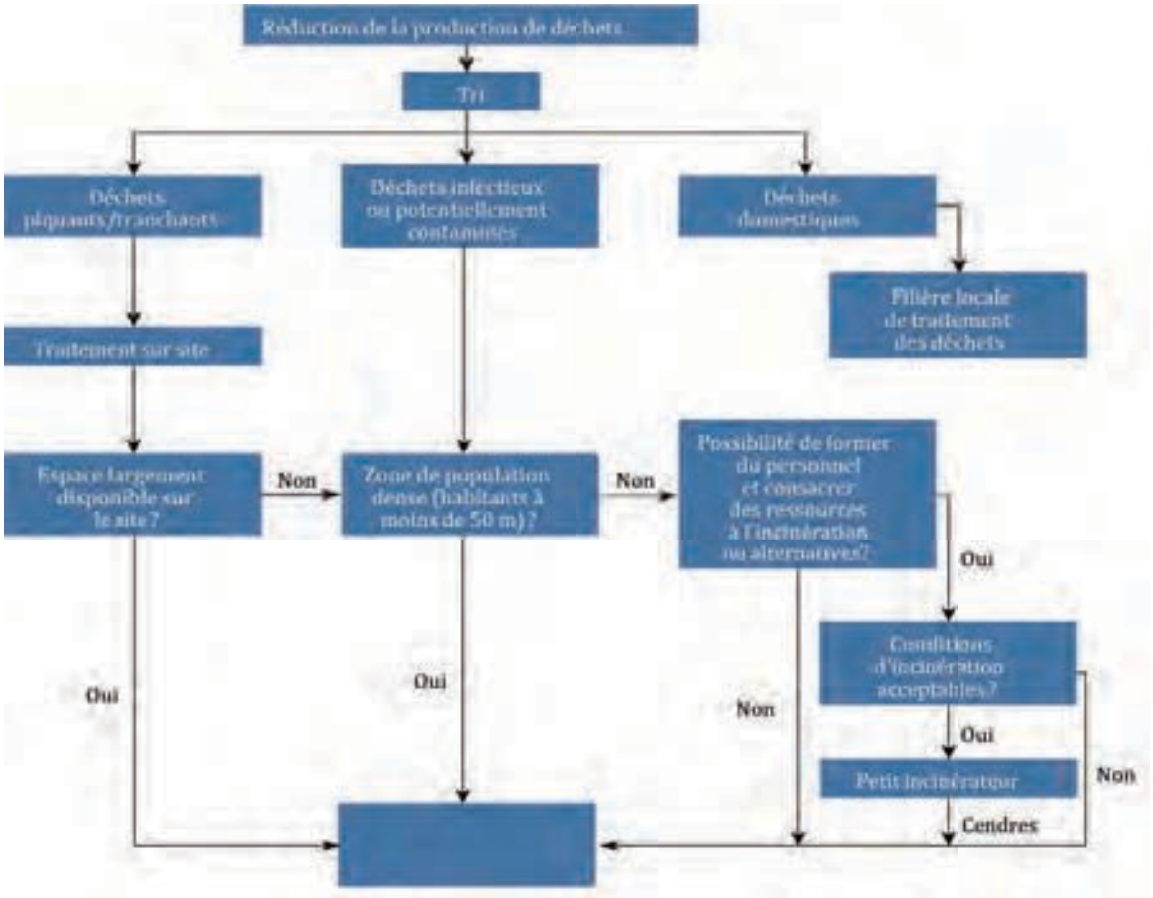
- **Thermique**
  - basses températures (100 à 180° C) : Vapeur (autoclave, micro-ondes) ou air chaud (Convexion, conduction, IR);
  - hautes températures (200 à plus de 1000° C) : incinération (combustion, pyrolyse et/ou gazéification) ;
- **Par irradiation :** UV, faisceaux d'électrons ;
- **Biologique** : enzymes ;

B. **PROCÉDURE MÉCANIQUE : déchiquetage** (Procédé non décontaminant) ;

C. **ENCAPSULATION** (ou solidification) des déchets perforants ;

D. **ENFOUISSEMENT :** décharge contrôlée, tranchées, fosses.

Diagramme d'aide à la décision concernant les choix de traitement/ élimination en l'absence d'infrastructures régionales adéquates



TYPES D'INCINÉRATEUR

Il existe des types simples d'incinérateurs pour traiter de petites quantités de déchets médicaux. Plusieurs sont construits sur place avec des matériaux locaux d'après un plan relativement facile. Les types d'incinérateurs sont :

1. Incinérateurs à hautes températures (1000^0 C)
2. Incinérateurs four rotatif (> 1200^0 C)
   À chambre double (800^0, 900^0 C)
   À chambre Unique (300^0 - 400^0 C)
3. Incinérateurs à grilles amovibles
4. Incinérateurs à liquides, gaz et fumées

COMPOSITION DES INCINÉRATEURS

Les incinérateurs se composent essentiellement d'une chambre unique ou de deux chambres de combustion (chambre primaire et chambre secondaire) et d'un tuyau d'évacuation. Le système de contrôle de la combustion et des émissions aériennes est simple.

Ainsi lors de la construction d'un incinérateur on s'assurera qu'il suit l'ordre suivant :

1. Une porte pour le remplissage
2. Une chambre de combustion primaire
3. Une entrée d'air
4. Une grille
5. Une porte d'évacuation des cendres
6. Un tunnel de transfert des gaz
7. Une chambre de combustion secondaire
8. Une cheminée

Suivant les moyens existant pour le type d'institution sanitaire, on pourra toujours importer un incinérateur et faire le montage sur place. On notera que ces installations sont les plus fiables mais nécessitent obligatoirement pour leur fonctionnement de l'énergie électrique d'où la nécessité d'équiper les institutions sanitaires d'une source d'énergie électrique sure.

FONCTIONNEMENT ET MAINTENANCE

Pour un meilleur usage des incinérateurs, on notera qu'il faut :

- Allumer l'incinérateur avec du papier, du bois ou du fuel ;
- Au bout de 30 minutes charger avec de petites quantités de déchets à intervalles réguliers (5-10 minutes)
- Les déchets humides doivent être mélangés avec des déchets plus secs.
- Les conteneurs à piquants/ tranchants doivent être introduits l'un après l'autre.

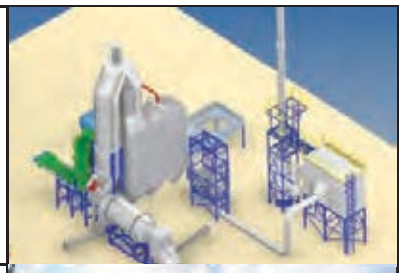
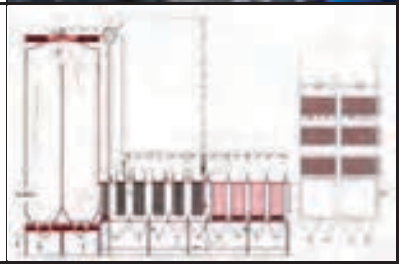
- L'incinérateur doit fonctionner sur de longues périodes (deux heures minimum).
- Toujours porter des gants résistants, une protection pour le corps et des lunettes, ainsi qu'un masque lors de l'évacuation des cendres
- Pas d'incinération de plastiques PVC ou autres déchets chlorés.

Maintenance planifiée et régulière :

Il faut toujours faire :

- le remplacement des éléments défectueux, inspection, inventaire des pièces détachées ;
- la formation régulière des opérateurs, manuel d'utilisation ;
- le contrôle des émissions.

MODÈLES D'INCINÉRATEUR

Four rotatif- Incinérateur déchets médicaux et dangereux Les déchets arrivent à une cadence comprise entre 0,3-5 tonnes/heure. Ceux-ci entrent dans le tambour rotatif à +/- 1200 °C. Ce type d'incinérateur est utilisé pour la combustion de déchets dangereux, médicaux et chimiques. Il est également possible de bruler les déchets domestiques, mais l'installation doit rester rentable. En savoir plus...	
"Déchets en énergie", incinérateur de déchets domestiques ou ménagers Les déchets arrivent à une cadence à partir de 9-12 tonnes par heure. Après mixage et déchiquetage, les déchets sont amenés dans l'incinérateur. La température y est alors de +/- 1000°C. Ce type d'incinérateurs est utilisé pour les déchets collectifs, domestiques ou ménagers. En savoir plus...	
Incinérateur de gaz, fumés et liquides C'est un four avec une chambre à combustion statique pour la destruction thermique de fumées, gaz, et liquides dangereux. Ce système n'est pas approprié pour l'incinération de déchets solides. Dans cette chambre de combustion statique, seuls les déchets liquides et gazeux sont autorisés. En savoir plus...	
Système de récupération d'énergie Le système de récupération d'énergie est toujours un système particulier adapté à la nature des déchets et des besoins de l'exploitation. Il faut une bonne dose de créativité pour transformer cette énergie car l'électricité n'est pas toujours la solution la plus efficace pour la récupération d'énergie. En savoir plus...	

MESURES DE PROTECTION DU PERSONNEL

La gestion des déchets de soins médicaux est une partie intégrale du contrôle d'hygiène et d'infection. Les déchets de soins médicaux infectieux contribuent aux risques d'infections nosocomiales qui mettent à risque la santé du personnel médical et des patients. Des pratiques de gestion appropriées des déchets de soins médicaux doivent de ce fait être strictement appliquées comme partie d'une approche globale et systématique du contrôle d'hygiène et des infections des hôpitaux. Une série de mesures devraient être développées en rapport avec la manipulation et le traitement/l'élimination des déchets de soins médicaux pour promouvoir l'hygiène personnelle et des mesures de protection. Ces mesures doivent aussi concerner le personnel municipal en charge de la gestion des déchets solides au niveau de la ville. Ce chapitre développe une directive de base qui doit être respectée pour limiter les risques de blessures/contaminations liés à la gestion des déchets de soins médicaux dangereux/infectieux

De grandes précautions doivent être prises durant la manipulation de déchets de soins médicaux. Les risques les plus élevés sont liés aux blessures que peuvent occasionner les objets tranchants et piquants. Lors de la manipulation de déchets de soins médicaux, le personnel sanitaire et de nettoyage doit toujours porter une tenue de protection comprenant, au minimum, des blouses ou tabliers industriels, des bottes et des gants de travail épais.

Comme mentionné, plus haut, le personnel en contact avec les déchets de soins médicaux devrait porter les éléments de protection suivants :

- Des gants de travail épais lorsqu'ils manipulent les conteneurs à déchets de soins médicaux ;
- Des chaussures de protection ou des bottes industrielles pour protéger leurs pieds contre le risque de conteneurs qui y seraient accidentellement renversés ;
- Des tabliers industriels ou des protèges jambes si les conteneurs peuvent causer des blessures

ÉQUIPEMENTS DE PROTECTION INDIVIDUELLE (EPI)

D'une manière générale, les équipements de protection individuelle suivants doivent être mis à la disposition du staff de gestion de déchets :

protection du visage – visière protection des yeux – lunettes de protection	Pour toutes les activités avec risque de projection de liquides biologiques ou produits chimiques, et le travail à l'incinérateur.
protection respiratoire – masques	Masque poussière FFP1 pour toute activité qui génère de la poussière (enlèvement de cendres, nettoyage au balai du local de stockage des déchets). Masques FFP2 pour manipuler les déchets de patients atteints par exemple de tuberculose. **attention :** ➤ les masques poussières (FFP1-FFP2-FFP3) ne protègent pas contre les gaz et vapeurs (p. ex. : mercure, solvants) ; ➤ les masques chirurgicaux protègent le patient. Ils n'offrent qu'une protection limitée au personnel (voir photos 12.1 et 12.2).
protection du corps – tabliers, combinaisons	Pour la collecte, le transport et le traitement des déchets.
protection des mains – gants	Gants jetables pour le personnel de soins ou de nettoyage (vinyle ou nitrile). Gants jetables pour le personnel des laboratoires (nitrile). Gants de protection robustes pour le transport et le traitement des déchets. **attention :** ➤ éviter les gants en latex (allergie) ; ➤ le nitrile est plus résistant aux produits chimiques et aux déchirures que le vinyle.
protection des pieds – bottes, chaussures	Chaussures fermées et antidérapantes pour tout le personnel. Chaussures de sécurité ou bottes avec protection contre la perforation pour le personnel des déchets.

FORMATION ET INFORMATION

Pour être effective, une politique de gestion des déchets de soins médicaux doit être appliquée avec soin, de manière pertinente et universelle. La formation est un aspect crucial pour une amélioration réussie des pratiques de gestion des déchets de soins médicaux. L'objectif global de la formation est de développer la sensibilisation sur les questions sanitaires, sécuritaires et environnementales liées à la gestion des déchets de soins médicaux. Elle doit mettre l'accent sur les rôles et les responsabilités de chaque acteur impliqué dans le processus de gestion des déchets de soins médicaux (devoir de soin).

Les employés qui doivent recevoir une formation

Des programmes de formation séparés mais d'égale importance doivent être conçus pour les catégories de personnels suivantes:

1) Les directeurs d'hôpitaux et le personnel administratif responsable de la mise en œuvre des réglementations sur la gestion des déchets de soins médicaux,
2) Les médecins ; Infirmiers et aide-infirmiers,
3) Le personnel de nettoiement, les porteurs et le personnel de service et les manutentionnaires de déchets,
4) Les travailleurs municipaux de collecte des déchets solides et les ramasseurs d'ordures.

Contenu de la formation

Les programmes de formation des personnels doivent couvrir :

- Information, et des justificatifs de tous les aspects de la politique de gestion des déchets de soins médicaux;
- Des informations sur les rôles et les responsabilités de chaque membre du personnel de la mise en œuvre de la politique de gestion des déchets de soins médicaux ;
- Des instructions techniques pertinentes pour les groupes ciblent sur l'application des pratiques de gestion des déchets;
- Des informations sur les techniques de contrôle.

HYGIENE DU PERSONNEL

L'hygiène personnelle de base est importante pour réduire les risques d'infection et briser la chaîne de l'infection lors de la manipulation des déchets médicaux. Idéalement, des lavabos avec eau chaude et savon devront être installés partout où des déchets sont manipulés (zone de stockage et de traitement en particulier).

Les Mesures à prendre en Compte :

Se laver les mains :

- À la prise du service et en fin de service ;
- Après tout contact avec des déchets ;
- Après avoir retiré ses gants ;
- Après avoir retiré son masque ;
- Avant/après certains gestes de la vie courante (manger, aller aux toilettes, se moucher).

Comment se laver les mains ? (Norme EN 1500)

- Se mouiller les mains et les poignets ;
- appliquer une dose de savon liquide ;
- faire mousser en se massant les mains et en insistant sur les espaces interdigitaux, le pourtour des ongles, les pouces (40-60 secondes) ;
- Rincer;
- Sécher par tamponnement;
- Ne pas utiliser de brosse (favorise la pénétration de micro-organismes).

VACCINATION

Le personnel qui manipule les déchets doit avoir une protection vaccinale appropriée, incluant l'hépatite A et B, et le tétanos.

Pour faciliter une meilleure gestion des déchets et une mise en œuvre efficace de cette gestion, des fiches technique et des fiches de mise en œuvre sont mis en annexe 3 et 4 de ce module 3 du PES. Ces fiches doivent être connues de tous les membres de la structure de gestion des déchets et du personnel de l'hôpital ou du centre de santé en question et ceci pour quel que soit le niveau de service.

TYPES DE DÉCHETS

Fiche 1

Déchets piquants et tranchants

(Catégorie 1)

Bref descriptif : déchets présentant un danger de blessure.

Exemples : aiguilles, mandrins, tubes capillaires, pipettes, lames de bistouri, lancettes, trocants, lames porte-objet, butterfly, ampoules, flacons en verre, etc...

Risques

Les déchets présentant un danger de blessures sont à considérer comme des déchets hautement dangereux. Risque de blessures et de transmission de maladies (risque d'accidents avec exposition au sang [AES] : VIH, hépatites B et C, etc.).

Mesures de protection:

Collecte et emballage:

- Ces déchets doivent être collectés dans des récipients résistants au percement, imperméables et pouvant être fermés. Pour le choix du conteneur à piquants/tranchants, voir la fiche 12 (annexe 4).
- Le personnel soignant veillera à avoir un conteneur à objets piquants/ tranchants à côté de lui lorsqu'il utilisera ces objets. Il jettera immédiatement les objets piquants/ tranchants dans le conteneur après usage, sans recapuchonner, sans désolidariser à la main l'aiguille de la seringue et sans déposer l'objet non sécurisé sur une surface.
- Le personnel de soin veillera à fermer hermétiquement les conteneurs quand ils sont aux deux tiers pleins, avant qu'ils soient évacués au lieu de stockage intermédiaire.

Stockage et transport :

- Les conteneurs à piquants/tranchants seront entreposés dans un local ou un endroit séparé qui ne sera accessible qu'au personnel spécialisé.
- Les conteneurs ne seront ni vidés, ni réutilisés, ni comprimés pour en réduire le volume.

Traitement et élimination :

1. Idéalement, ce type de déchets doit être incinéré dans des fours dont la température est supérieure à 1000° C (four pyrolytique, four rotatif), avec destruction totale des aiguilles. Autre formule possible : dans des incinérateurs à excès d'air ou des incinérateurs à auto-combustion à double chambre améliorés (800 à 900° C).
2. À défaut de 1 : évacuation dans une fosse pour objets piquants/ tranchants ou incinération sur site dans de petits incinérateurs à chambre unique ou double (cependant, les cendres produites pendant le processus contiennent encore les aiguilles et doivent être enfouies avec précaution). Ou l'autre formule possible si elle est disponible.
3. À défaut de 2 : mise en décharge après encapsulation.

Autrement, et dans certains contextes : destructeurs ou extracteurs d'aiguille, déchiquetage des seringues, recyclage du plastique et élimination des aiguilles dans une fosse pour objets piquants/tranchants.

Fiche 2

Déchets avec danger de contamination

(Catégorie 2.a)

Bref descriptif : déchets contenant du sang, des sécrétions ou des excrétions présentant un danger de contamination.

Exemples : poches de recueil d'urine, drainage d'abcès, pansements souillés, champs opératoires, matériel d'aspiration (Réceptal, redons, agrafeuses, broches, solutés de rinçage, éprouvettes de laboratoire.

Risques :

Risque de transmission de maladies infectieuses

Mesures de protection :

Collecte et emballage :

- Supports ou conteneurs équipés de sacs en plastique jaunes, ou de doubles sacs en présence de beaucoup de liquide.
- Les sacs ne seront ni tassés, ni vidés. Les manipuler par le haut.
- Ne pas les remplir plus qu'aux deux tiers.

Stockage et transport :

- Les sacs jaunes remplis ne doivent pas stationner dans les chambres.
- Les sacs seront transportés et stockés séparément des déchets domestiques. Ils seront entreposés dans un local séparé qui ne soit accessible qu'au personnel spécialisé.
- Ne pas compacter ce genre de déchets.

Traitement et élimination :

1. Idéalement, ce type de déchets doit être incinéré dans des fours dont la température est supérieure à 1000° C (four pyrolytique, four rotatif). Ou autre formule possible : dans des incinérateurs à excès d'air ou des incinérateurs à auto-combustion à double chambre améliorés (800 à 900° C).

2. À défaut de 1 : incinération sur site dans de petits incinérateurs à chambre unique ou double, ou l'autre formule possible si elle est disponible, ou fosse d'enfouissement spécialement conçue sur le site (si espace suffisant et/ou zone de population dense).
3. À défaut de fosse d'enfouissement spéciale : enfouissement dans une décharge contrôlée avec précaution (voir le chapitre 10.8).
4. Les liquides peuvent être mis à l'égout si non infectieux. Si infectieux : voir la fiche 4.

Fiche 3
Déchets anatomiques
(Catégorie 2.b)

Bref descriptif : parties du corps, tissus présentant un danger de contamination.

Exemples : déchets de tissus, placentas, organes prélevés, membres amputés, fœtus, animaux de laboratoire.

Risques

Risque de transmission de maladies infectieuses.

Ces déchets représentent les mêmes risques que les 2.a (déchets avec danger de contamination), mais ils doivent souvent être pris en charge différemment, pour des raisons d'ordre éthique ou culturel.

Mesures de protection :

Collecte et emballage :

- Supports ou conteneurs équipés de sacs en plastique jaunes, ou double sacs en présence de beaucoup de liquide.
- Les sacs ne seront ni tassés, ni vidés. Les manipuler par le haut. Ne pas trop les remplir.
- Pour des raisons culturelles, il ne sera pas toujours acceptable de collecter ces déchets dans des sacs.

Stockage et transport :

- Stockage intermédiaire séparé dans un local réfrigéré.
- Pas de compactage.

Traitement et élimination :

- Ces déchets doivent être incinérés ou traités suivant les coutumes locales. En Suisse, les placentas et éléments de corps humains sont incinérés dans des fours crématoires ou des fours à déchets spéciaux. Les déchets de tissus sont éliminés par la même filière que la catégorie 2.a.
- Au CICR, la pratique la plus commune pour les placentas est de les placer dans une fosse d'enfouissement pour placentas (décomposition naturelle).

Fiche 4

Déchets infectieux (Catégorie 2.c)

Bref descriptif : liquides corporels et excrétions de personnes atteintes de maladies infectieuses, à l'isolement par exemple ; matériel de laboratoire classé infectieux.

Exemples : expectorations de patients atteints de TB bacillaire ; selles en cas de typhoïde, choléra, dysenterie bactérienne à rotavirus ; selles et liquides biologiques de patients atteints d'infections à micro-organismes des groupes 3 et 4 : fièvres hémorragiques, SRAS à conavirus, charbon bactéridien (anthrax), peste, poliomyélite; cultures de laboratoire.

Risques : Risque élevé de transmission de maladies infectieuses.

Mesures de protection :

+ désinfection des mains.

Collecte et emballage :

- Supports ou conteneurs équipés de sacs en plastique jaunes marqués du symbole risque infectieux, ou double sacs en présence de beaucoup de liquide.
- Les sacs ne seront ni tassés, ni vidés. Les manipuler par le haut.
- Ne pas trop les remplir.

Stockage et transport :

- Les déchets infectieux seront traités sans tarder. Temps de stockage minimum.
- Les sacs seront transportés et stockés séparément des autres déchets. Ils seront entreposés dans un local séparé qui ne soit accessible qu'au personnel spécialisé.
- Pas de compactage.

Traitement et élimination :

1. Ce type de déchets ne doit en aucun cas sortir de l'hôpital avant prétraitement (incinération, autoclave, traitement chimique) sur site.
2. À défaut de 1 : fosse d'enfouissement spécialement conçue sur le site (couverture des déchets avec de la chaux). Pour les liquides : mise à l'égout après prétraitement (autoclave ou désinfection chimique [pour le sang : eau de Javel non diluée ou dioxyde de chlore, temps de contact >12h]).
3. Enfouissement dans une décharge contrôlée après prétraitement.

Fiche 5

Déchets de médicaments (Catégorie 3.a)

Bref descriptif : déchets de médicaments et récipients ayant contenu des mediaments.

Exemples : médicaments périmés, non utilisés, médicaments contaminés, bouteilles et flacons avec résidus de médicaments.

Exceptions : déchets de cytotoxiques (voir la fiche 6)

Risques :

Risque toxique principalement lié au commerce illégal des médicaments périmés.

Propagation de pathogènes résistants aux antibiotiques en cas de rejet dans les eaux usées.

Mesures de protection :

Collecte et emballage :

- Gestion de la collecte et de l'emballage par la pharmacie.

Stockage et transport :

- Stockage séparé à la pharmacie, accès limité aux personnes autorisées.

Traitement et élimination :

1. Retour chez le fournisseur.
2. À défaut de 1 : incinération dans des fours rotatifs, fours à déchets spéciaux (> 1200° C).
3. À défaut de 1 et 2 : encapsulation de petites quantités, mise en décharge.
4. Les liquides non dangereux (vitamines, fluides intraveineux : Sels, glucose, gouttes pour les yeux, etc.) peuvent être mis à l'égout.
5. Les ampoules et flacons vides peuvent être éliminés avec les piquants/ tranchants.

Fiche 6
Déchets cytotoxiques
(Catégorie 3.b)

Les déchets cytotoxiques n'étant pas couverts dans ce manuel, seules des informations sommaires sont données ci-dessous.

Les cytotoxiques sont des substances principalement destinées à la chimiothérapie des cancers. Elles ont la particularité de tuer des cellules ou de stopper la croissance cellulaire. Elles sont utilisées dans les services d'oncologie, unités de radiothérapie, laboratoires et blocs opératoires lors de certaines interventions.

Les déchets sont constitués par le matériel contaminé lors de la préparation ou de l'administration de ces médicaments, les médicaments périmés, et les sécrétions et excrétions de patients traités avec des cytotoxiques.

Le danger potentiel que représente pour la santé la manipulation de cytotoxiques provient surtout des propriétés mutagènes, cancérigènes et tératogènes de ces substances. De plus, celles-ci sont irritantes pour la peau et les yeux. Les déchets de cytotoxiques doivent être considérés comme déchets hautement dangereux et ne doivent jamais être mis en décharge, ni brûlés dans des incinérateurs à basse ou moyenne température, ni évacués dans les égouts.

Les cytotoxiques non utilisés doivent être retournés au fournisseur. Les déchets doivent être déposés dans des récipients hermétiques et étanches. Ils doivent être incinérés à haute température (plus de 1200° C). Une autre option est la décontamination chimique. Pour la plupart des médicaments cytotoxiques courants, il existe une méthode de décontamination chimique.

La décontamination chimique ne convient pas pour les liquides biologiques contaminés par des cytotoxiques.

Lorsque l'incinération à haute température et la décontamination chimique ne sont pas envisageables, l'encapsulation et l'inertisation peuvent être considérées comme dernière solution.

Pour en savoir plus :

Safe management of Wastes from health-care activities (en anglais), OMS, 1999. Op. cit.

The Cytotoxics Handbook, fourth edition, edited by M. Allwood, A. Stanley et P. Wright, Radcliffe Medical Press, 1993.

Laboratory decontamination and destruction of carcinogens in laboratory wastes : some antineoplasic agents, M. Castegnaro, International Agency for Research on Cancer (IARC), 1985.

Fiche 7

Déchets de mercure (Catégorie 3.c)

Bref descriptif : déchets contenant du mercure.

Exemples : thermomètres ou tensiomètres cassés ; matériel utilisé pour enlever du mercure renversé ; lampes fluorescentes ou fluocompactes.

Remarque : le mercure doit être remplacé par d'autres substances moins toxiques (thermomètres et tensiomètres sans mercure).

Risques :

Le mercure est une substance toxique pour le système nerveux, toxique pour la reproduction, sensibilisante.

Mesures de protection :

Masque à gaz avec cartouche chimique contre les composés du mercure (EN-141-2000)

Collecte et emballage :

Dans tous les cas, le mercure sera récolté séparément (voir « Mesures d'urgence en cas de déversements ou de contamination de surfaces », section 11.5) dans un récipient étanche et hermétique (par exemple un récipient en verre).

Stockage et transport :

Les déchets de mercure seront stockés séparément dans un endroit frais, fermé à clef.

Traitement et élimination :

Les déchets de mercure ne seront en aucun cas brûlés, ni traités suivant d'autres méthodes, ni mis en décharge, ni mis à l'égout. Les déchets de mercure doivent être rapportés au fournisseur ou déposés dans une entreprise de recyclage agréée pour recevoir des déchets de mercure.

Fiche 8

Liquides de développement photographique (Catégorie 3.d)

Bref descriptif : liquides utilisés pour le développement photographique en radiologie.

Exemples : révélateur, fixteur, bain d'arrêt (halogénure d'argent, hydroquinone, bromure de potassium, sulfite de sodium, carbonate de sodium, thiosulfate de sodium, acide acétique, hydroxyde de potassium, glutaraldéhyde, etc.) .

Risques :

Contient des substances corrosives, nocives, suspectées d'être cancérigènes pour l'homme, nocives par ingestion, sensibilisantes, très toxiques pour l'environnement et en particulier pour les organismes aquatiques.

Mesures de protection :

Collecte et emballage :

Les liquides photographiques seront collectés dans des récipients étanches, étiquetés.

Stockage et transport :

- Stockage dans des bacs de rétention.
- Ne pas mélanger avec d'autres substances.
- Sécuriser la charge lors du transport.

Traitement et élimination :

1. Ces substances seront amenées dans une entreprise qui recycle l'argent.
2. À défaut de 1 : incinération dans un four rotatif ou une usine d'incinération pour déchets spéciaux.
3. À défaut de 2 et pour de petites quantités : fours pyrolytiques, encapsulation, mise à l'égout dans les limites de l'exemption (mélange des bains de fixation avec ceux de développement, stockage pendant un jour, puis dilution [1 : 2] et vidange lentement dans l'évier).
4. À défaut de 3 : exportation (voir la Convention de Bâle et l'annexe 3.5).

Fiche 9

Déchets chimiques (Catégorie 3.d)

Bref descriptif : déchets chimiques.

Exemples : solvants, acides et bases de laboratoire non utilisés, désinfectants périmés, huiles de moteur, insecticides, pesticides, restes de peintures.

Risques :

Risques chimiques divers selon les caractéristiques des produits chimiques (voir Fiche de données de sécurité et étiquetage).

Mesures de protection :

Collecte et emballage :

- Les déchets chimiques seront collectés par une personne connaissant les risques liés aux substances chimiques considérées (pharmacien, chef du laboratoire).
- Emballage adapté (en général polyéthylène haute densité HDPE ; pour les acides minéraux très oxydants : PVC ou verre).
- Ne jamais remplir complètement les récipients (moins de 90 %).
- Les emballages doivent être étiquetés (désignation du contenu).
- Les produits ne doivent pas être mélangés.

Stockage et transport :

- Stockage en fonction des substances concernées. Attention aux incompatibilités (stocker les catégories bases – acides – solvants halogénés – solvants non halogénés dans des bacs de rétention différents).
- Attention au renversement lors du transport : stockage dans des récipients adaptés, étanches, bacs de rétention, sécurisation de la charge.

Traitement et élimination :

1. Retour au fournisseur ou traitement dans une usine de traitement des déchets spéciaux, fours rotatifs.
2. À défaut de 1 et pour de petites quantités : fours pyrolytiques (pas pour les solvants halogénés), encapsulation (pas pour les désinfectants inflammables et corrosifs). Mise à l'égout si cela s'inscrit dans les limites d'exemption.
3. À défaut de 2 : exportation (voir la Convention de Bâle).

Fiche 10

Conteneurs sous pression (Catégorie 4)

Bref descriptif : réservoirs sous pression.

Exemples : bombonnes de gaz médicaux, bombonnes de gaz combustibles, bombes aérosol de pesticides, désodorisants.

Risques :

Risque d'explosion en cas de choc ou d'incinération.
Risque toxique ou risque d'incendie en cas de fuite.

Mesures de propection :

Collecte et emballage :

- Les bombonnes de gaz doivent être conformes.
- Les bombes aérosol complètement vidées peuvent être mises dans les sacs noirs si ceux-ci ne sont pas destinés à l'incinération.

Stockage et transport :

Les bombonnes de gaz pleines ou vides seront toujours sécurisées contre les chutes.

Traitement et élimination :

1. Les bombonnes de gaz doivent être retournées chez le fournisseur pour être recyclées ou remplies.
2. Les bombes aérosol sans reprise par le fournisseur doivent être complètement vidées et mises en décharge avec les ordures ménagères. Ne pas incinérer.

Fiche 11
Déchets radioactifs (Catégorie 5)

Les déchets radioactifs n'étant pas couverts dans ce manuel, seules des informations sommaires sont données ci-dessous.

Les substances radioactives sont des substances génotoxiques. En milieu de soins, elles sont utilisées lors d'analyses in vitro de tissus, en imagerie diagnostique et lors de diverses pratiques thérapeutiques (médecine nucléaire) ou diagnostiques, ainsi que dans les laboratoires de recherche. La plupart du temps, il s'agit de sources non scellées sous forme liquide (par exemple : $99m_{Tc}$, 32_{P}, 125_{I}, 131_{I}).

Les déchets sont constitués par les restes de liquides radioactifs, les objets contaminés par ces liquides, ainsi que les excreta de patients traités ou testés avec des radionucléides.

L'élimination des déchets médicaux radioactifs s'effectue selon les dispositions des législations nationales en matière de radioprotection. Les déchets sont classés selon leur niveau d'activité et leur demi-vie. En raison de la courte demi-vie de la plupart des radionucléides utilisés dans les hôpitaux (6 heures à 60 jours), les déchets médicaux radioactifs sont stockés dans les établissements jusqu'à ce qu'ils soient considérés comme inactifs. Les conditions de stockage et la signalisation sont strictement réglementées.

Pour en savoir plus :

Safe management of Wastes from health-care activities (en anglais), WHO, 1999. Op. cit.

Clearance of materials resulting from the use of radionuclides in medicine, industry and research, Vienna, International Atomic Energy Agency (IAEA), 1998.

FICHE TECHNIQUE

Fiche 12

Choix du conteneur à déchets tranchants/ coupants

Brève description : Collecteurs pour l'éliminitation des aiguilles et déchets tranchants / Piquants (Catégorie 1)

Exemple : Collecteurs à usage unique et incinérables

Autres Options : Récipients, Boîtes en carton

Exclusion : les apareils destructeurs ou stérilisateurs d'aiguilles ne seront pas traités dans ce cas.

- Présence d'encoches de désadaptation (s'il n'est pas possible de jeter sans désolidariser les aiguilles).
- Visualisation du niveau de remplissage.
- Système de fermeture définitive et inviolable.
- Stabilité et support de fixation.
- Existence d'une poignée pour le transport.
- Signalisation du danger par code couleur ou pictogramme « risque infectieux ».
- Facilité de stockage.
- Sans intérêt pour la collectivité.
- Pas de risque pour les personnes, les animaux, ni pour l'environnement lors de l'élimination.
- Possibilité d'être complètement incinéré en limitant les émissions toxiques (pas de PVC).

Autres aspects à prendre en compte :

- Il est préférable de ne pas multiplier les types de collecteurs dans un même établissement.
- Utiliser des conteneurs à usage unique, car la vidange des conteneurs réutilisables représente un risque d'accidents important.
- Lorsque l'hôpital dispose d'un incinérateur à chambre unique, le conteneur en carton fort est un bon choix.

Fiche 13

Fosse d'enfouissement

Source: Site OMS, Health Care Waste.

http://www.healthcarewaste.org/en/technicals.html?id=111

Le choix du site est important (minimum 50 à 100 m d'une source d'eau en fonction des caractéristiques du terrain).

Capacité annuelle	1200 kg
Durée de vie	5 ans
Dimensions	3 x 2 x 2 m
Désavantages	➢ Ne convient pas dans les endroits soumis à de fortes pluies ou inondations. ➢ Inapproprié si la nappe phréatique est proche de la surface (< 1,5-2 m). ➢ Difficile et dangereux à construire dans les zones sablonneuses. ➢ Pas de réduction du volume des déchets. ➢ Supervision et surveillance nécessaires pour éviter la récupération.
Avantages	➢ Simple et bon marché.
Bonnes pratiques	➢ Couverture des déchets avec de la terre (5-10 cm). ➢ En cas d'épidémie : couverture avec de la chaux. ➢ Lorsqu'il n'y a pas plus que 50 cm de libre : fermeture avec de la terre ou du ciment. Marquage de la zone. ➢ Barrière de protection pour limiter l'accès aux animaux, aux enfants et aux récupérateurs.

Fiche 14

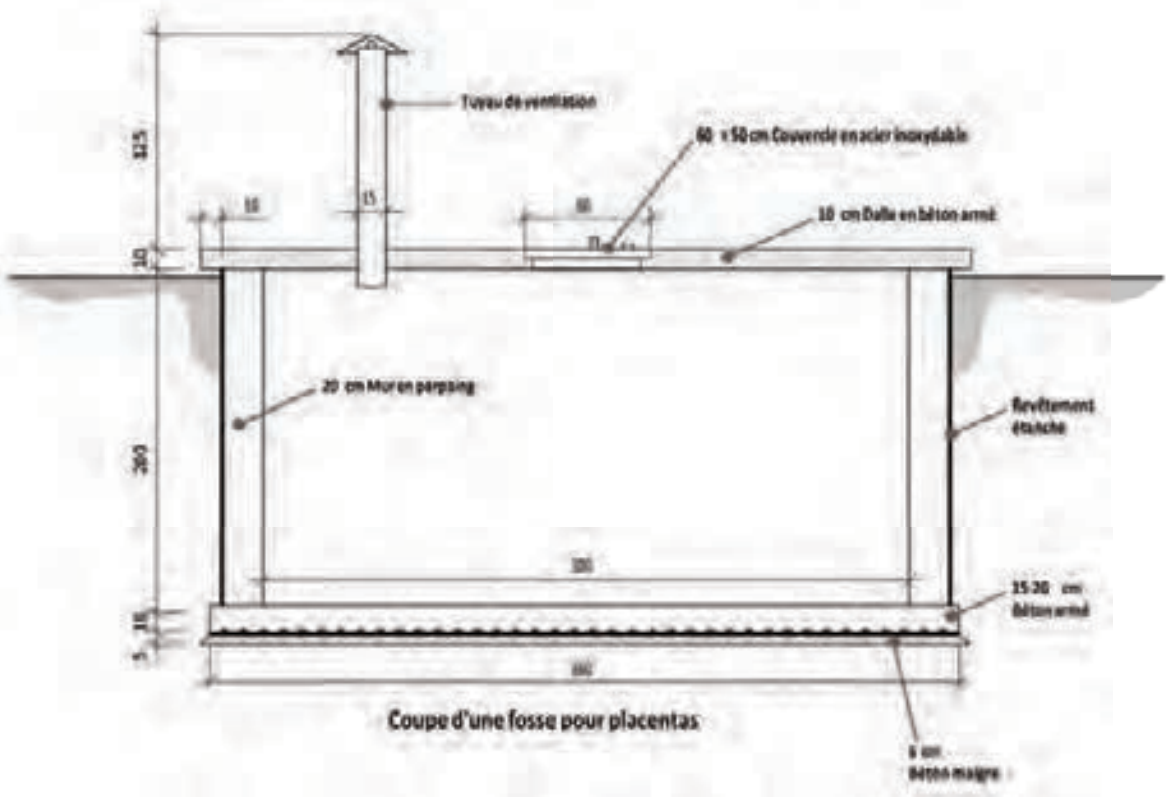
Fosse d'enfouissement pour déchets anatomiques

Source : site OMS, Health Care Waste.

http://www.healthcarewaste.org/en/technicals.html?id=110

Ces fosses d'enfouissement sont utilisées pour les déchets organiques comme les placentas. Le choix du site est important (ne doit pas être trop près des habitations à cause des odeurs).

Capacité annuelle	1200 kg
Durée de vie	5 ans
Dimensions	3 x 2 x 2 m
Désavantages	➢ Ne convient pas dans les endroits soumis à de fortes pluies ou inondations. ➢ Inapproprié si la nappe phréatique est proche de la surface (< 1,5-2 m). ➢ Odeurs.



Coupe d'une fosse pour placentas

Fiche 15

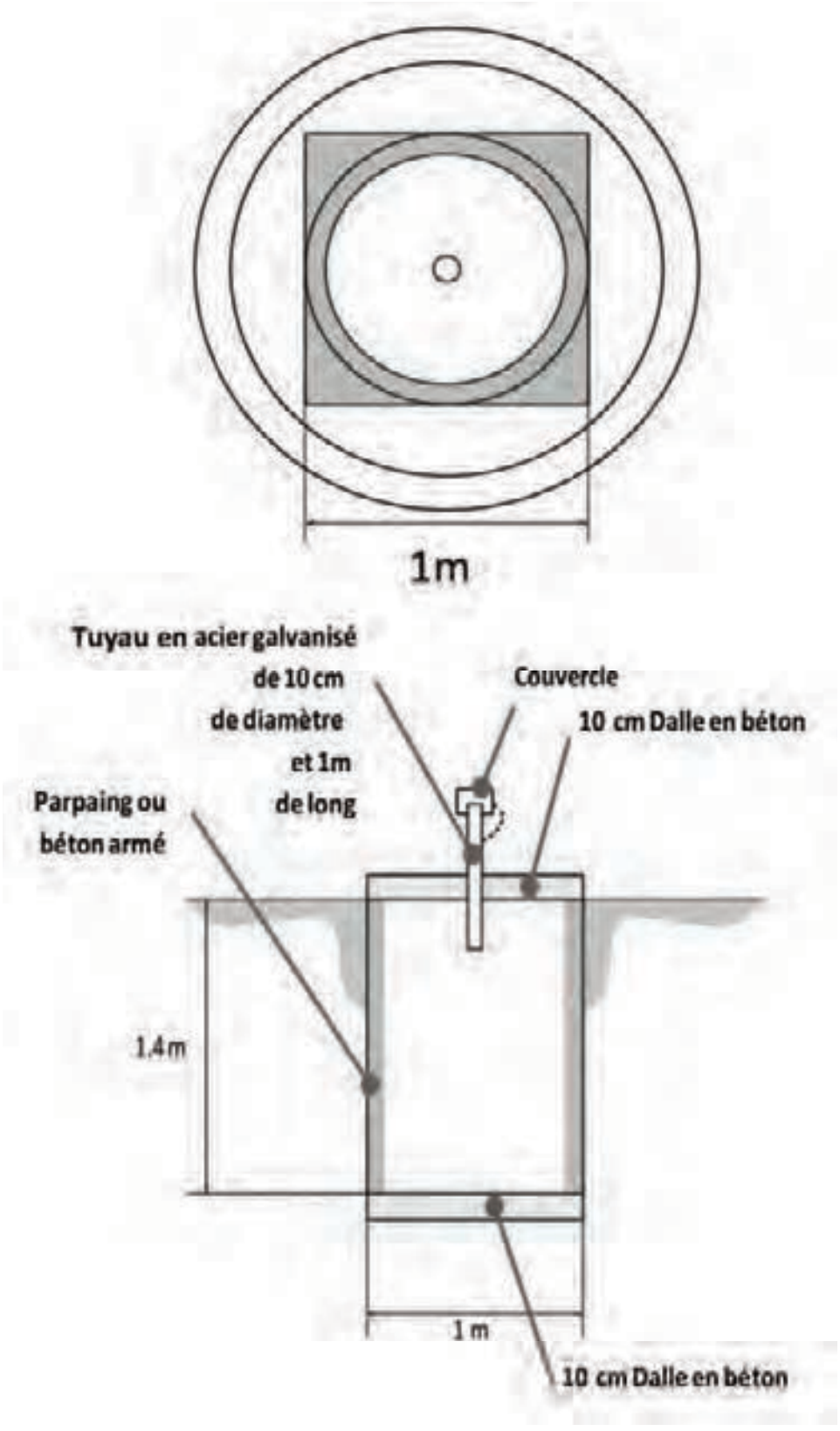
Fosse/(Puits) pour Déchets Piquants/Tranchants

Source : Site OMS, Health Care Waste.
http://www.healthcarewaste.org/en/technicals.html?id=37

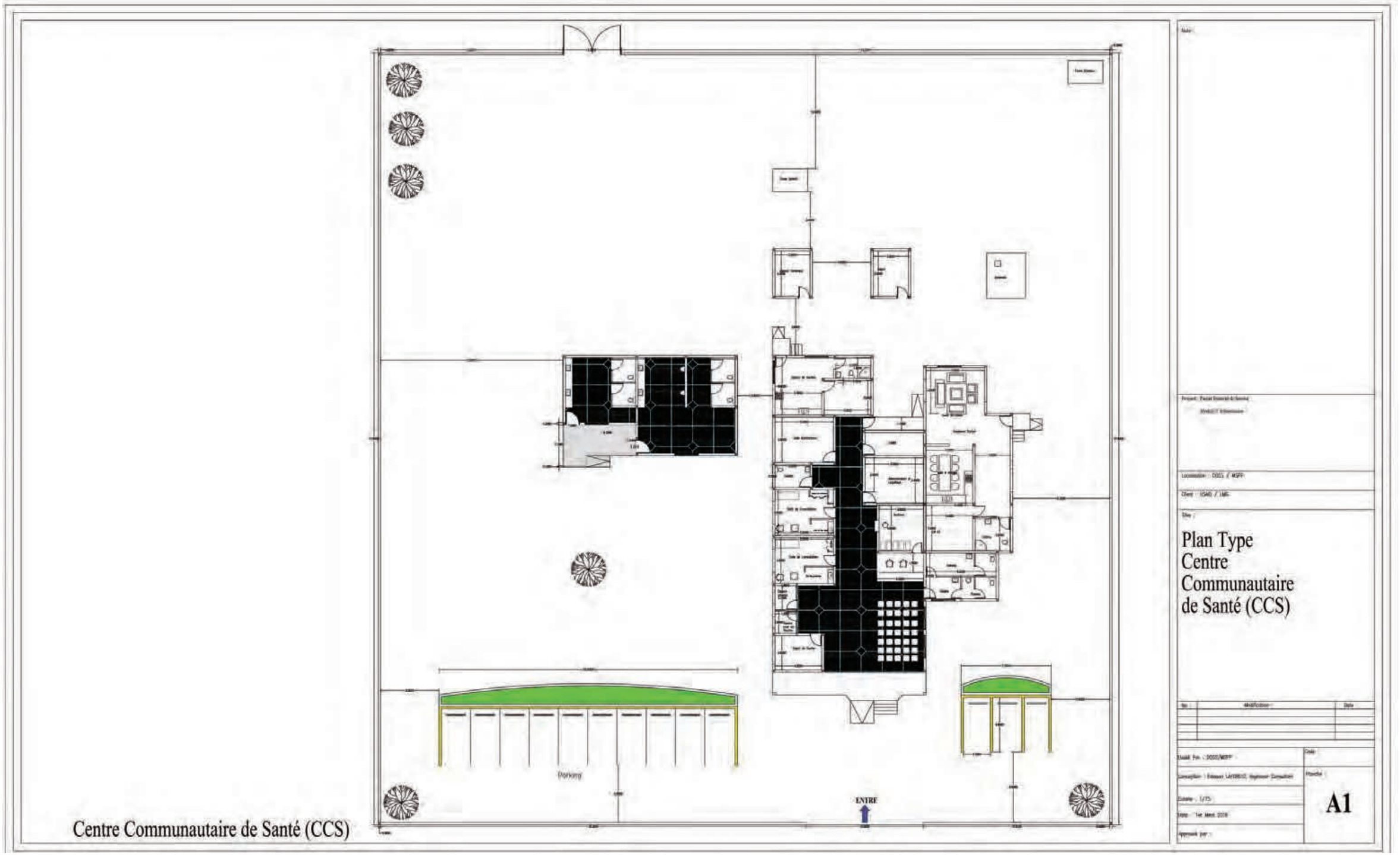
Si la fosse se situe au-dessus de la nappe phréatique, laisser des orifices de drainage dans la paroi. Si la nappe phréatique est plus élevée que la base de la fosse, recouvrir de ciment la paroi interne pour éviter que l'eau ne s'infiltre dans la fosse.

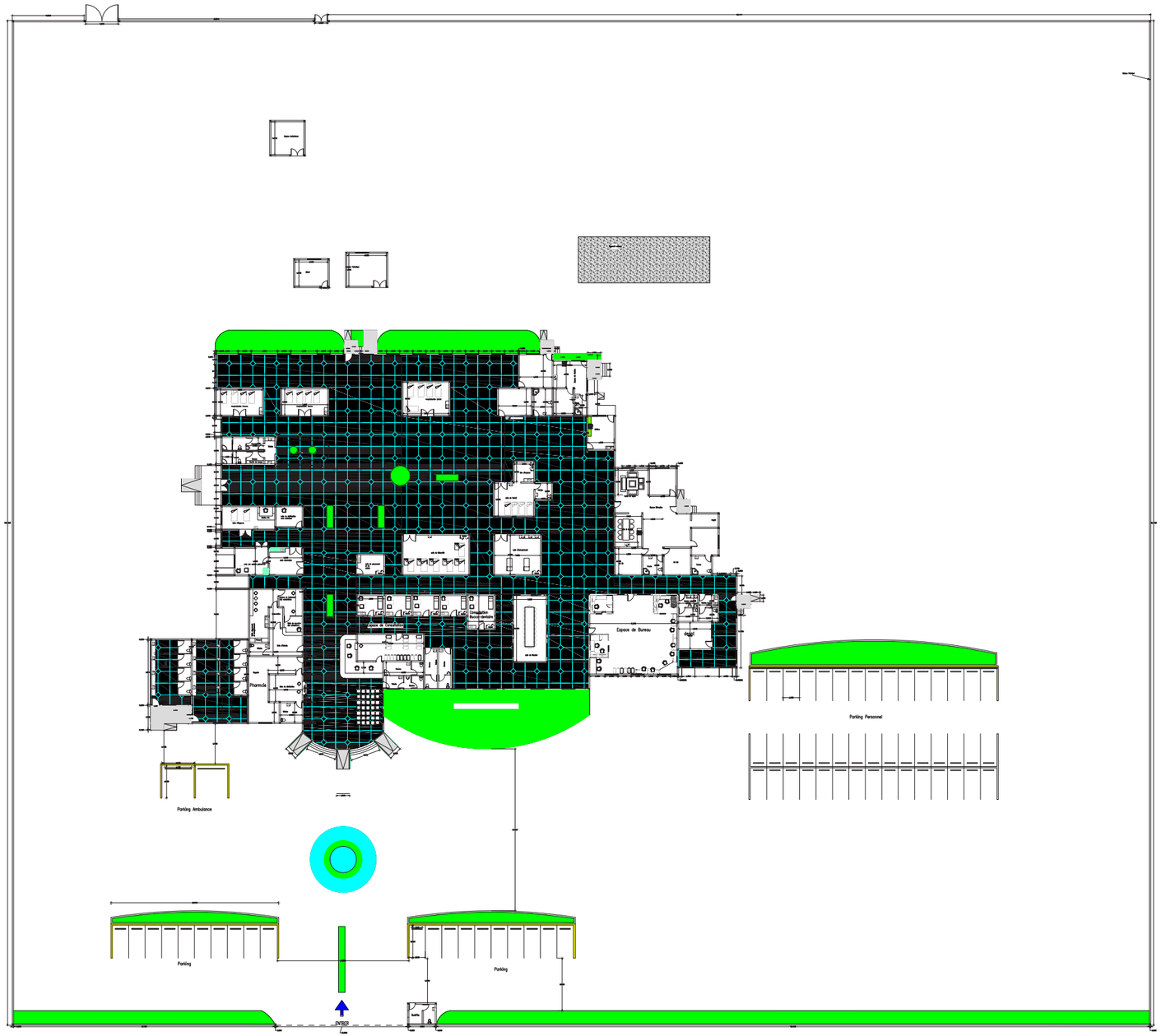
Capacité annuelle	480 kg
Durée de vie	5 ans
Dimensions	1 m x 1 m x 1,4m
Désavantages	➢ Ne convient pas dans les endroits soumis à de fortes pluies ou inondations. ➢ Inapproprié si la nappe phréatique est proche de la surface. ➢ Pas de réduction du volume. ➢ Le tube de chargement peut se casser accidentellement.
Avantages	➢ Bonne sécurité pour le dépôt de déchets piquants/tranchants. ➢ Simple et bon marché.
bonnes pratiques	Les déchets piquants/tranchants sont introduits par l'ouverture. Quand la fosse est presque pleine, le tube de chargement est enlevé. Du béton ou un mélange de ciment-chaux-eau est versé par l'ouverture. L'endroit doit être marqué.
Remarque	À la place du béton, il serait intéressant d'utiliser un réservoir en HDPE (polyéthylène haute densité).

Modèle de fosse pour déchets



PLANS TYPES


Parking
ENTRE
Centre Communautaire de Santé (CCS)
Plan Type
Centre
Communautaire
de Santé (CCS)
A1



Centre de Santé (CS)

Note :

Project: Paquet Essentiel de Service

Module 2: Infrastructure

Localisation : DOSS / MSPP

Client : USAID / LMG

Titre :

Plan Type
Centre de Santé (CS)

No :	Modification :	Date

Etudié Par : DOSS/MSPP

Code :

Conception : Edisson LAFOREST, Ingénieur Consultant

Planche :

A2

Echelle : 1/75

Date: : 1er Mars 2016

Approuvé par :

Plan Type
Hopital
Communautaire de
Référence
(HCR)
A3
Hopital Communautaire de Référence (HCR)

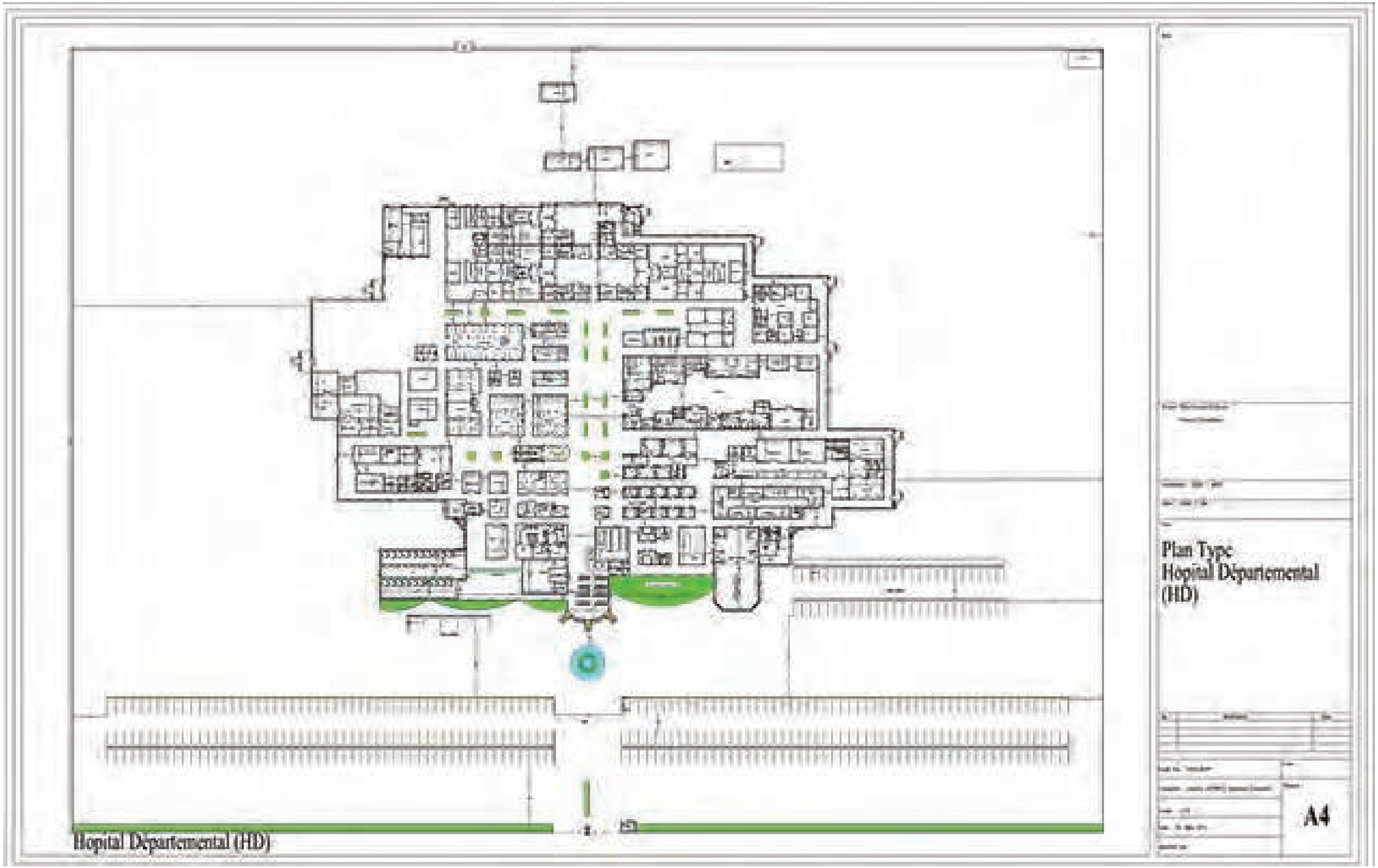

Plan Type
Hopital Departemental
(HD)
A4
Hopital Departemental (HD)

Schéma d'application et de mise en œuvre

SCHÉMA D'APPLICATION

ET DE MISE EN ŒUVRE

AOÛT 2015

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS 5
INTRODUCTION 7
I. JUSTIFICATION 7
II. OBJECTIFS 8
III. STRATÉGIE DE MISE EN ŒUVRE 8
III.1. Axes d'interventions 9
a) Articulation avec le développement global du système 9
b) Intégration des stratégies de mise en œuvre des programmes nationaux 9
c) Renforcement de capacités techniques et managériales 9
d) Plaidoyer et Communication 10
e) Concertation et Partenariat 10
f) Documentation – Diffusion des expériences 10
III.2 Mécanismes de gestion 10
A) Le processus de Planification 11
a) Le processus de Pilotage 11
b) Le processus de Coordination 11
c) Le processus de mobilisation et d'exploitation des ressources 11
d) Le processus de suivi et évaluation 12
III.3 Structure de gestion 12
a) Un Comité de pilotage (CP)..... 12
b) Un Comité de Coordination (CC)..... 12
c) Une Cellule de Gestion (CG) 13
d) Un Comité Technique (CT) 13
e) Les Plateformes départementales 13
IV. ÉLÉMENTS DE PROGRAMMATION 14
a) Calendrier global de mise en œuvre. 14
B) Ciblage des activités de mise en œuvre 14
c) Principales activités 14
CONCLUSION 16

LISTE DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS

AT : Assistance Technique
CC : Comité de Coordination
CG : Comité de Gestion
CP : Comité de Pilotage
CT : Comité Technique
DD : Direction Départementale
DOSS : Direction d'Organisation des Services de Santé
FBR : Financement Basé sur les Résultats
MSPP : Ministère de la Santé Publique et de la Population
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
PDS : Plan Directeur Santé 2012-2022
PES : Paquet Essentiel de Services
PMS : Paquet Minimum de Services
PNS : Politique Nationale de Santé
UADS : Unité d'Appui aux Départements Sanitaires
UAS : Unité d'Arrondissement de Santé
UCS : Unité Communale de Santé
UEP : Unité d'Études et de Planification

INTRODUCTION

L'*Assistance technique pour la définition du Paquet Essentiel de Services (PES)* a permis d'élaborer un manuel du PES, répondant aux stratégies d'amélioration, de renforcement et d'extension de l'offre de soins et services envisagées dans la Politique Nationale de Santé 2012 (PNS). Les objectifs poursuivis, déclinés dans les termes de référence, étaient les suivants :

a) Concevoir un PES qui s'adapte à l'évolution de la situation épidémiologique, particulièrement la situation créée par le séisme du 12 Janvier 2010 et par l'épidémie de Choléra, sans sous-estimer l'importance accordée à la santé bucco-dentaire et à la gestion des déchets tout en tenant compte des défis du financement de la santé pour proposer des interventions coûts-efficaces pour une utilisation rationnelle des ressources disponibles.

b) Adapter l'offre de services des niveaux primaire et secondaire aux grandes orientations de la politique du gouvernement en matière de santé. Dans cette perspective, le « paquet minimum de services ou PMS » deviendra un « paquet essentiel de services de santé ou PES ».

c) Adapter les normes, standards et procédures de l'offre de soins pour les niveaux primaires et secondaires.

d) Adapter les normes d'infrastructures sanitaires du PES aux standards nationalement et internationalement reconnus et aux «directives pour la réduction de la vulnérabilité dans la conception des nouvelles installations de santé» publiées par l'Organisation Panaméricaine de la Santé (OPS).

Les termes de référence de l'AT prévoyaient aussi la production de documents complémentaires au manuel du PES, notamment le plan de mise en œuvre du PES. Au terme du mandat, ce *Schéma d'application et de mise en* œuvre *du PES* présente les grandes lignes de la mise en œuvre et propose un dispositif d'accompagnement et d'encadrement en support à l'opérationnalisation du manuel du PES. La perspective adoptée s'inscrit essentiellement dans le cadre des mandats et responsabilités assignées aux instances centrales et départementales concernées du MSPP.

I. JUSTIFICATION

Le Paquet Essentiel de Services (PES) définit les mandats et oriente les activités de prestation au sein des établissements de soins. Il introduit des normes de pratique pour les prestataires, mais aussi des normes de planification et de gestion pour les gestionnaires (responsables d'établissements de soins, de programme et/ou de projets, …) départemental et local. Par ailleurs, il doit être abordé comme faisant partie intégrante d'une stratégie globale d'amélioration, de renforcement et d'extension de l'offre services, dont il représente l'un des principaux leviers. En ce sens, la démarche de mise en œuvre du PES doit rechercher et favoriser l'articulation avec différents volets de ladite stratégie, ainsi qu'avec d'autres stratégies du PDS 2012-2022.

L'élaboration d'un plan de mise en œuvre se justifie par la nécessité de prendre en compte, dès le départ, les multiples contraintes qui sont, en pratique, susceptibles d'affecter l'application effective des interventions, stratégies et politiques sanitaires. Un état des lieux réalisé en prélude à la rédaction du manuel du PES a permis de faire le point sur le processus de mise en œuvre du Paquet Minimum de Services. Les observations produites ont été, par la suite, testées et validées lors de différents rencontres avec des intervenants du secteur.

En vue de maximiser les chances de réussite, le plan de mise en œuvre du PES doit adresser de manière adéquate des défis majeurs ayant affecté la mise en oeuvre des UCS, entre autres : le degré de leadership des entités centrales et départementales du MSPP, le niveau de participation des acteurs du secteur, le degré de formalisation de la stratégie de mise en œuvre, la capacité de mobilisation et d'allocation des ressources et l'harmonisation des orientations systémiques avec les réalités locales.

Il faut aussi préciser, et ajuster au besoin, les priorités du système en regard du PES. Au cours de la démarche de rédaction du PES, les autorités sanitaires ont porté l'accent sur deux (2) points :

i. la couverture de proximité au 1er échelon, grâce au déploiement des CCS et, en particulier, des ASCP ;

ii. la disponibilité de la césarienne au 3ème échelon du niveau primaire, en réponse aux complications obstétricales et à la mortalité maternelle.

La définition des priorités doit être complétée aux étapes initiales du processus de mise en œuvre.

II. OBJECTIFS

Les objectifs poursuivis concernent les trois (3) prochains exercices fiscaux. Ainsi, durant la période allant d'octobre 2015 à septembre 2018, le MSPP devra :

- Rendre effective, à l'échelle nationale, la mise en application des prescrits du PE
- Réaliser les conditions générales nécessaires au renforcement de la production de services.

III. STRATÉGIE DE MISE EN ŒUVRE

La stratégie de mise en œuvre du PES privilégie certains axes d'intervention spécifiques. Elle implique aussi, d'une part la création d'une structure de gestion appropriée et, d'autre part la définition des **mécanismes clés de gestion du** processus. Les différents éléments de stratégie doivent être agencés de manière **à** répondre au souci de cohérence des interventions. Une certaine emphase est portée sur l'identification des préalables et/ou pré requis à la mise en œuvre du PES**.**

III.1. Axes d'interventions

Six (6) axes d'interventions sont identifiés. Il s'agit de i) l'articulation avec le développement global du système; ii) l'intégration avec les stratégies des programmes de prise en charge; iii) le renforcement de capacités; iv) la communication et le plaidoyer; v) la concertation et le partenariat; vi) la documentation des expériences.

a) ***Articulation avec le développement global du système***.

Cet axe doit permettre de faire le lien avec certains axes du PDS autour de thématiques essentielles comme **:** la rationalisation de la carte sanitaire, le développement des ressources humaines et aussi le financement des soins. La mise en œuvre du PES est, en effet, tributaire des choix opérés en ce qui a trait à ces thématiques.

i. **Rationalisation de la carte sanitaire.-** Les aspects les plus pertinents à aborder en rapport au PES concernent le nombre et l'emplacement d'établissements par catégories (1er échelon, 2ème échelon, 3ème échelon, niveau secondaire), pour un département ou une UAS donnés et, le statut octroyé aux établissements existants.

ii. **Développement des Ressources humaines**.- La disponibilité de prestataires répondant au profil requis pour la dispensation du PES est un facteur crucial. Tout au long du processus de mise en œuvre, il faut tenir compte de la capacité de système, en réponse à ses besoins, à produire, allouer et retenir les travailleurs de santé.

iii. **Financement des soins.-** Les mécanismes de financement adoptés par le MSPP doivent garantir le niveau de ressources requis pour l'application du PES, incluant les coûts de prestation du PES (tel que défini et selon les priorités retenues) et l'investissement additionnel nécessaire pour la mise à niveau du réseau d'établissements sanitaires. La stratégie FBR développée par le MSPP doit influencer de manière déterminante la mise en œuvre du PES.

b) ***Intégration des stratégies de mise en œuvre des programmes nationaux***.-

La recherche d'alignement avec les programmes, initiée dans l'élaboration du manuel du PES, doit être poursuivie et renforcée. Les objectifs de couverture des différents programmes doivent être pris en compte – et harmonisés – **à l'échelle nationale et au niveau départemental** lors de la formulation des plans de mise en œuvre. Un effort majeur de concertation doit **être** consenti pour la définition – et l'exécution - des activités de formation, de supervision et de suivi.

c) ***Renforcement de capacités techniques et managériales***.-

Cet axe d'intervention représente une dimension fondamentale pour la mise en œuvre du PES. Diverses entités du système ne possèdent pas, à date, les compétences organisationnelles requises pour participer efficacement au processus. Il s'agit donc d'identifier et de renforcer lesdites compétences, aux niveaux national, départemental et local. Les interventions couvriront **:**

i. Le développement de nouvelles filières de formation (en réponse aux besoins définis, dans le manuel du PES)

ii. La formation continue (mise à niveau) du personnel prestataire de services

iii. La formation des gestionnaires (à tous les niveaux) pour la planification/ gestion du développement de l'offre

iv. L'appui à la définition de standards, normes et procédures dans les domaines de prestation non couverts par les programmes nationaux

v. L'introduction/adaptation de mécanismes de gestion (procédures, outils) favorisant une approche intégrée de l'offre.

d) ***Plaidoyer et Communication***.-

La stratégie de plaidoyer et communication poursuit comme objectifs l'information éclairée, l'obtention de l'appui et/ou l'adhésion des différents acteurs du système aux orientations établies. Les interventions sont diversifiées et adaptées aux principaux groupes ciblés : *i)* travailleurs de santé, notamment les cadres du MSPP; *ii)* populations locales et leurs représentants et *iii)* **décideurs et détenteurs d'enjeux majeurs.** Cette stratégie est initiée dès le début du processus de mise en œuvre, avec la divulgation du manuel du PES.

e) ***Concertation et Partenariat***.-

Le MSPP doit élargir et maintenir ouverts les canaux d'**échanges** avec les différents intervenants du système. Les mécanismes de concertation existants, aux niveaux national, départemental et local, doivent être exploités de manière à assurer une implication adéquate des intervenants en santé dans la formulation des plans et stratégies de mise en œuvre. Au besoin des espaces plus flexibles doivent être créés en support à des interactions plus spécifiques. Autant que possible, des accords de partenariat formels sont **établis, vers l'atteinte des objectifs fixés.**

f) ***Documentation – Diffusion des expériences***.-

Cet axe d'intervention revêt une importance doublement significative : d'une part, dans sa dimension de suivi-évaluation et, d'autre part, pour alimenter les interventions de communication et de plaidoyer. Le dispositif de suivi-évaluation doit être défini en tout début de processus, dans la foulée de l'élaboration des plans opérationnels de mise en œuvre. On veillera particulièrement à l'adoption de critères/ indicateurs explicites – et aisément mesurables – qualitatifs et quantitatifs. Le suivi reposera sur la mise en place d'un système d'information adéquat et l'élaboration d'une programmation conforme aux stratégies préalablement définies.

III.2 Mécanismes de gestion

Cinq (5) processus de gestion revêtent un caractère essentiel pour la mise en œuvre du PES. Ce sont : la planification, le pilotage, la coordination, la mobilisation/exploitation des ressources et le suivi/évaluation.

a) Le processus de Planification.-

La mise en œuvre du PES doit s'appuyer sur une planification adéquate, aux niveaux central et départemental.

Au niveau central, les plans porteront sur :

- les domaines connexes liés au PES, notamment la carte sanitaire et les ressources humaines, mais aussi le financement des soins ;
- les objectifs de développement des programmes ;
- les interventions d'accompagnement et la formulation de stratégies appropriées. Outre le support technique et financier aux activités locales et régionales, on veillera particulièrement à l'élaboration d'un tableau de bord commun, harmonisant les indicateurs de suivi et de performance.

La démarche de mise en œuvre du PES appuiera directement les activités de planification intégrée à l'échelle départementale et au niveau des UAS, en vue d'une meilleure articulation avec les programmes.

Le dispositif d'appui à la planification devrait être rapidement mis en place en vue du prochain cycle de planification annuelle.

b) Le processus de Pilotage.-

Ce processus couvre les activités de formulation des grandes orientations et d'arbitrage en rapport avec le PES. Il débute avec la validation formelle du PES et la définition de priorités pour sa mise en œuvre. La Haute Direction doit exprimer clairement et diffuser largement les orientations et priorités retenues.

c) Le processus de Coordination.-

Ce processus mise sur : l'aménagement de canaux de communication diversifiés et efficaces, la circulation adéquate de l'information, la répartition équilibrée des fonctions et responsabilités.

La divulgation du manuel du PES est un pré requis majeur au lancement de la démarche d'application. L'effort de coordination doit être supporté par d'autres activités spécifiques, telles: la diffusion d'un Bulletin d'information, l'organisation de visites d'échanges sur le terrain, la tenue d'ateliers de travail thématiques, …

Le processus repose, en grande partie, sur le fonctionnement effectif de la structure de gestion déjà décrite, à travers la tenue régulière des réunions de travail et la participation active des différentes instances concernées.

d) Le processus de mobilisation et d'exploitation des ressources-

La mise en œuvre du PES est contingente à la capacité du système à mobiliser et allouer des ressources adéquates en qualité et en quantité. A cet égard, un des nœuds du mécanisme de mise en œuvre est, sans nul doute, la mobilisation et l'intégration des ressources. A partir des plans et des prévisions de ressources qui en découlent, il s'agit d'harmoniser les sources de financement, de suivre le mouvement des ressources et d'en évaluer l'utilisation. Deux dispositions s'avèrent

essentielles à cet égard et doivent être opérationnalisées en support au processus de planification :

- La budgétisation consolidée des différentes ressources allouées, par composante du PES, à chaque département et à chaque UAS ;
- L'élaboration d'un tableau de bord permettant le suivi des flux de ressources.

e) Le processus de suivi et évaluation.-

Le cadre de suivi et évaluation doit permettre : (i) le suivi de la mise en œuvre effective des interventions ; (ii) le suivi et l'évaluation de l'utilisation des services (en termes de résultats) et (iii) le suivi et l'évaluation de l'exploitation des ressources. Cela implique la mise en place d'un système d'information adapté.

Ce processus recoupe les précédents en ce qui a trait à la formulation d'indicateurs et à la construction de tableaux de bord. Une articulation devra être recherchée aussi avec les projets de prestation de services en cours.

III.3 Structure de gestion

Pour une prise en charge correcte des différentes préoccupations relatives à la mise en œuvre du PES, il est proposé de mettre en place une structure de gestion répondant aux principes d'intégration des différents niveaux de responsabilités du MSPP et de coordination/concertation entre l'ensemble des acteurs concernés.

La structure en question s'articule autour des organes suivants :

a) Un Comité de pilotage (CP).-

Organe d'orientation et de décision stratégique, il a pour mandat de diriger, d'orienter et de contrôler l'ensemble du processus. Il est présidé par le Ministre de la Santé Publique et de la Population, assisté du Directeur général du MSPP. Le CP rassemble par ailleurs, les représentants des principaux partenaires financiers[1] dans ce domaine, deux (2) délégués du Comité de Coordination et deux (2) délégués du Comité Technique. Le cas échéant, des représentants d'autres ministères et de partenaires techniques seront conviés aux sessions. Ce comité se **réunit** sur une base semestrielle pour établir les directives nécessaires au bon déroulement du processus, apprécier la mise en œuvre des différentes interventions et adopter les **décision**s susceptibles de renforcer la performance des opérations. Le cas échéant, des représentants du Comité technique seront conviés aux sessions.

b) Un Comité de Coordination (CC).-

Organe d'encadrement, de concertation et de suivi **à l'échelle nationale**, cette entité est coiffée par le Directeur général du MSPP, assisté des Directeurs de la DOSS et de l'UEP. Y siègent aussi : les Directeurs départementaux et les représentants des partenaires techniques et financiers appuyant la mise en œuvre du PES. La Coor-

[1] On précisera dans les termes de référence du CP qu'il s'agit de représentation de haut niveau.

dination nationale se réunit sur une base trimestrielle[2] ; elle coordonne la programmation des activités, mobilise les appuis nationaux nécessaires à la mise en œuvre, anime les échanges avec les partenaires et veille à la production et à la diffusion de l'information générée dans le cadre du processus.

c) Une *Cellule de Gestion* (CG),-

Elle inclut le Directeur de la DOSS - qui l'anime - le Directeur de l'UEP et un Assistant technique travaillant à temps plein sur ce dossier, assure le secrétariat de la Coordination nationale. La cellule se charge du suivi des décisions prises lors des sessions de travail du comité. Dans l'intervalle des sessions, pour les besoins de sa tâche, elle maintient la relation avec les autres instances de la structure de gestion et, plus largement, avec les différents acteurs impliqués dans le processus.

d) Un *Comité Technique* (CT).-

Organe de consultation et de conseil, il est chargé d'analyser les problèmes survenus dans le cadre du processus et de produire des recommandations appropriées. Il instruit les dossiers techniques jugés pertinents par le CP et/ou le CC, aux différentes phases du processus. Sous la coordination de la DOSS, il se réunit chaque mois et rassemble les représentants des directions centrales concernées, ainsi que les cadres techniques des organisations partenaires intéressées.

e) Les *Plateformes départementales*.-

Organes d'encadrement, de concertation et de suivi, elles sont constituées du Directeur départemental et des cadres départementaux, des Coordonnateurs d'UAS, des représentants d'organisations partenaires et de firmes d'appui au projet. Elles se réunissent chaque trimestre. Ces plateformes ont pour mandat de faciliter l'articulation du processus avec les planifications départementales, de stimuler les échanges entre intervenants en santé, d'appuyer la mise en œuvre et le suivi du processus au niveau régional, de veiller à la production et à la diffusion de l'information générée dans le cadre du processus. Le secrétariat de la plateforme est assuré par un cadre désigné par la direction départementale, en tant que *point focal* pour le processus.

La Direction départementale (DD) est l'instance opérationnelle principale pour l'application du PES. Elle bénéficie de l'appui du CC et de la DOSS. Autant que possible, des assistances techniques rapprochées seront mobilisées au profit de la DD.

La structure de gestion doit être mise en place au tout début du processus. L'emphase doit être mise, au départ, sur les instances centrales, notamment le Comité de pilotage et le Comité de Coordination. La mise en place des Plateformes départementales est réalisée progressivement, en fonction de la dynamique spécifique et des ressources disponibles dans chaque région.

[2] Une fois complétée la mise en place des Plateformes départementales, la Co[ordination nationale siège chaque semestre en prélude à la réunion du Comité de pilotage.

IV. ÉLÉMENTS DE PROGRAMMATION

En support à une véritable programmation d'activités, on propose : un calendrier global de mise en œuvre, une approche de ciblage et une liste préliminaire d'activités par période d'exécution.

a) Calendrier global de mise en œuvre.-

Le calendrier doit considérer deux grandes balises temporelles :

- la définition de priorités couvrant les cinq (5) prochaines années (2015-2021) ;
- la période 2015-2018 qui est couverte par le premier plan opérationnel de mise en œuvre.

Cette double perspective permet de concilier l'horizon fixé par le PDS, tout en aménageant des moments d'ajustement du processus.

b) Ciblage des activités de mise en œuvre.-

La mise en œuvre du PES ne peut pas être envisagée de manière uniforme, sur l'ensemble du territoire. Les priorités établies, au départ, par la Haute Direction représentent un premier niveau de ciblage et permettent de dégager les principaux résultats à atteindre. De là, il convient d'opérer d'autres choix, en cohérence avec lesdites priorités :

- En termes de ciblage territorial, il faut sélectionner trois ou quatre départements sanitaires, dans lesquels concentrer l'effort d'intervention. Le ciblage doit aussi identifier certains établissements prioritaires.
- Certaines composantes de prestation (ou services spécifiques) peuvent aussi faire l'objet d'une attention nationale.

c) Principales activités.-

Le premier plan opérationnel de mise en œuvre distinguera 3 grandes phases :

- Une 1ère étape, dite de *Mise en place*, d'octobre 2015 à juin 2016;
- Une 2ème étape, de *Développement*, d'avril 2016 à mars 2018; et
- Une 3ème étape, de *Consolidation-Extension*, de janvier à septembre 2018.

Le tableau ci-après propose certaines activités essentielles à réaliser durant les deux premiers trimestres de la période retenue, en indiquant les principales responsabilités.

Activités essentielles à réaliser durant les deux premiers trimestres

	Activités	Intervenant(s) Principal(aux)
1er trimestre	**1.** Validation formelle du manuel du PES	Haute Direction du MSPP
	2. Définition des priorités 2015-2020 pour la prestation de services	
	3. Activités de divulgation du manuel du PES	DG/DOSS
	4. Elaboration des termes de référence pour les différentes entités de la structure de gestion du processus de mise en œuvre	DG/DOSS
	5. Etat des lieux/Réflexions sur les facteurs systémiques entourant la production de services – Rationalisation de la carte sanitaire, – Planification des ressources humaines, – Mécanismes de financement des soins,	DG/UEP/DOSS
	6. Définition d'orientations pour la mise en œuvre	
	7. Mise en place du Comité de Pilotage	Haute Direction du MSPP
	8. Mise en place du Comité de Coordination et de la Cellule de gestion – Identification des besoins d'assistance technique	
	9. Définition des mécanismes de planification pour la mise en œuvre du PES	CG
2ème trimestre	1. Élaboration du Plan national d'application et de mise en œuvre du PES – Analyse initiale – Programmation d'activités – Prévision de ressources - Budgétisation	CG/CC
	2. Élaboration des Plans départementaux d'application et de mise en œuvre du PES	CG/CC/DD
	3. Élaboration du Plan de financement de la mise en œuvre du PES - Analyse initiale	CG/CC

CONCLUSION

Le *Schéma d'application et de mise en œuvre du PES* offre des directives sur lesquelles peuvent s'appuyer les démarches de planification à venir. Les balises proposées tentent d'appréhender la complexité du processus de mise en œuvre, particulièrement dans le contexte haïtien. Dans l'expérience récente du MSPP, la création d'un consensus suffisant autour des orientations choisies représente l'un des principaux défis à adresser.

En ce sens, on ne soulignera pas assez l'importance de certaines activités prévues au 1er trimestre du processus. Convenablement exécutées, elles peuvent permettre de susciter le niveau adéquat de dynamique organisationnelle que requiert le processus de mise en œuvre du PES.

USAID

LEADERSHIP, MANAGEMENT & GOVERNANCE PROJECT

Octobre 2015