

République du Sénégal
Un Peuple - Un But - Une Foi

MINISTERE DE LA SANTE
ET DE LA PREVENTION MEDICALE



DIRECTIO \ SANTE

DIVISION DES SOINS DE SANTE PRIMAIRES

**MANUEL NATIONAL DE STRATEGIES
SUR LA REFERENCE
ET LA CONTRE REFERENCE**

Janvier 2006

En collaboration avec le Projet d'Appui à la Région Médicale de Diourbel (ARMD phase II)

SOMMAIRE

	Pages
LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS	2
REMERCIEMENTS	3
INTRODUCTION	4
I. CONTEXTE	5 à 18
1. DONNEES DEMOGRAPHIQUES ET SANITAIRES	6
2. ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT DU SYSTEME DE REFERENCE ET DE CONTRE REFERENCE	7 à 12
3. CADRE INSTITUTIONNEL	13 à 17
3.1 CLARIFICATION DES RÔLES DES ACTEURS	14
3.2 CLARIFICATION DES FONCTIONS	15 à 16
3.3 CADRE DE COORDINATION NATIONAL	17
4. MECANISME DE PARTICIPATION COMMUNAUTAIRE	18
II. CADRE CONCEPTUEL DE LA REFERENCE ET DE LA CONTRE REFERENCE	19 à 23
1. PROBLEMATIQUE	19 à 20
2. BUT / OBJECTIFS	20
3. AXES STRATEGIQUES	21
4. RESULTATS ATTENDUS	21
5. INDICATEURS DE SUIVI	21
4. DEFINITION DE LA REFERENCE ET DE LA CONTRE REFERENCE	21 à 22
5. NORMES D'UN BON SYSTEME DE REFERENCE ET DE CONTRE REFERENCE	22
III. IDENTIFICATION DES ECARTS DU SYSTEME DE REFERENCE ET DE CONTRE REFERENCE	23 à 24
1. DETERMINANT COMPORTEMENTAL	23
2. DETERMINANT NON COMPORTEMENTAL	23 à 24
IV. STRATEGIES CORRECTRICES	25 à 49
1. NIVEAU INSTITUTIONNEL	25 à 31
2. RENFORCEMENT DES CONNAISSANCES ET DES COMPETENCES DU PERSONNEL	32 à 34
3. PARTICIPATION COMMUNAUTAIRE	35 à 37
4. PRISE EN CHARGE FINANCIERE DES MALADES REFERES	38 à 39
5. ORGANISATION DES SERVICES	40 à 44
6. SUIVI/ EVALUATION	45 à 47
7. SYSTEME D'INFORMATION SANITAIRE	46 à 49
CONCLUSION	50
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	51
ANNEXES	52 à 57

Sigles et abréviations

AGR	A ctivités G énératrice de R evenu
ASC	Agent de S anté C ommunautaire
CAT	C onduite À T enir
CERP	C entre E xpansion R ural P olyvalent
CDD	C omité D épartemental de D éveloppement
CHN	C entre Hospitalier N ational
CME	C ommission M édical d' E tablissement
CLD	C omité L ocal de D éveloppement
CRD	C omité R égional de D éveloppement
CPC	C onsultation P rimaire C urative
CS	C entre de S anté
CSR	C entre de S anté de R éférence
DES	D irection des E tablissements de S anté
DS	D irection de la S anté
ECS	E quipe C ommunautaire de S anté
EDS	E nquête D émographique de S anté
EPS	E tablissement P ublic de S anté
FAR	F emme en A ge de R eproduction
GE	G outte E paisse
GIES	G roupement d' I ntérêt E conomique et S anitaire
ICP	I nfirmier C hef de P oste
IEC	I nformation E ducation C ommunication
IRA	I nsuffisance R espiratoire A igue
MED	M icro E ntreprise de D éveloppement
MCD	M édecin C hef de D istrict
MCR	M édecin C hef de R égion
MSPAS	M inistère de la S anté P ublique et de l' A ction S ociale
MSPM	M inistère de la S anté et de la P révention M édicale
NV	N aissances V ivantes
PCA	P résident C onseil d' A dministration
PCR	P résident C ommunauté R urale
PNDS	P lan N ational de D éveloppement S anitaire
PS	P oste de S anté
RCR	R éférence C ontre R éférence
RM	R égion M édicale
SMUR	S ervice M obile d' U rgence et de R éanimation
SAU	S ervice d' A ccueil et d' U rgence
SNIS	S ervice N ational I nformation S anitaire
TP	T radi- P raticien

Remerciements

Nous adressons nos sincères remerciements à toutes les personnes qui se sont investies dans la réalisation de ce travail. Leur réel engagement a été déterminant.

Nos remerciements vont également à tous les acteurs de la santé notamment à ceux de la région de Diourbel pour leur contribution à l'enrichissement de ce document.

INTRODUCTION

Le gouvernement du Sénégal est depuis longtemps conscient du rôle que joue la santé dans le processus du développement national.

Ainsi, bien avant la conférence mondiale de Alma Ata sur les soins de santé primaires, le Sénégal avait institué les soins de santé de base au niveau rural.

Cette stratégie renforcée par la réforme administrative territoriale et locale de 1972 s'appuie sur la décentralisation, et la participation pour une organisation dynamique de la communauté.

Cet engagement politique se manifeste à travers la Politique Nationale de Santé déclinée par les objectifs stratégiques des Plans Nationaux de Développement Sanitaire (**Phase I 1998 – 2003 et Phase II 2004 - 2008**).

Les grandes orientations du Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale pour atteindre les Objectifs du Millénaire pour le Développement d'ici 2015 se concrétisent en terme d'interventions prioritaires en vue de réduire la morbidité et la mortalité de la population particulièrement le couple mère/enfant.

Pour relever ces défis du millénaire, le MSPM conduira un vaste chantier, visant à permettre aux populations, notamment les groupes vulnérables, un meilleur accès aux services de santé de qualité par :

- 1. le renforcement des soins de santé primaires**
- 2. le relèvement du plateau technique des structures de référence**
- 3. le développement du système de référence et de contre référence**

Cette référence pose quelques problèmes à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Les facteurs évoqués sont surtout liés à la prise de décision, au transport, et à la disponibilité d'un plateau technique performant.

Il faut noter par ailleurs, que le besoin d'avoir un outil de référence national a été d'une part exprimé dans plusieurs instances de décisions du MSPM et d'autre part ressenti par tous les acteurs sur le terrain.

Aussi, le présent manuel conçu pour répondre aux différentes attentes servira de guide national à tous les acteurs du système de santé. Il propose des lignes directrices pour la mise en œuvre de la référence et de la contre référence et aborde les axes d'interventions en rapport avec les aspects suivants :

- 1. Le cadre institutionnel ;**
- 2. Le renforcement des connaissances et compétences ;**
- 3. La participation communautaire ;**
- 4. La prise en charge financière des évacuées ;**
- 5. Le suivi/ évaluation ;**
- 6. L'organisation des services ;**
- 7. Le Système d'Information Sanitaire.**

Aussi nous espérons que le contenu de ce document sera d'une grande utilité pour tous ceux qui oeuvrent pour la qualité des services offerts dans nos structures de santé.

I - CONTEXTE

Depuis la conférence d'Alma Ata, (URSS, 1978), il a été partout admis que les Soins de Santé primaires (SSP) revêtent une importance capitale pour atteindre l'objectif de la « santé pour tous ». Dès lors, notre pays a redéfini ses orientations politiques en matière de santé en mettant particulièrement l'accent sur la restructuration de son système sanitaire. A cela s'ajoute la décentralisation des soins concrétisée par l'application de la **circulaire n°1753 du 15 mars 1991** relative à la restructuration du système de santé en district et la définition du paquet minimum d'activité au niveau des structures.

La stratégie des soins de santé primaires dont la finalité est la santé pour tous constitue une composante fondamentale de la Politique Nationale du Sénégal. Dans sa mise en œuvre, elle est renforcée par l'Initiative de Bamako qui permet par ailleurs de dégager des ressources additionnelles pour mieux garantir la pérennisation des activités, améliorer le fonctionnement et la gestion des services de santé.

Par ailleurs, il faut souligner l'importance de la participation communautaire par l'implication de la population à l'effort de santé qui intègre les principes d'auto responsabilisation et d'autofinancement. C'est dans ce sens que les comités de santé ont été créés par le **décret 92-118**.

L'application de la politique des soins de santé primaires et de la stratégie de l'Initiative de Bamako a favorisé de manière déterminante le processus de décentralisation des soins au niveau de notre système de santé.

Par ailleurs, la **loi 96-07 du 22 mars** portant transfert des compétences aux régions, aux communes et aux communautés rurales et son décret **d'application 96-1135 du 22 mars 1996** qui confèrent les compétences plus accrues aux élus locaux renforce le pouvoir de décision du niveau local. Dans le cadre de la décentralisation neuf **domaines de compétences ont été transférés dont la santé**.

Le choix du District comme aire géographique opérationnelle dans le scénario de développement sanitaire et social au Sénégal, traduit son importance dans la réalisation des performances de la politique nationale de santé.

Toutefois, si la mission du district sanitaire est clairement définie, le rôle des établissements publics de santé est resté équivoque dans ce grand mouvement.

Il est reconnu par tous que les principes cardinaux de participation communautaire, de collaboration intersectorielle, d'accessibilité technologique, financière et informationnelle dans un contexte d'équité, d'assurance de service de qualité ne peuvent être mis en œuvre sans une interrelation, une communication entre le niveau opérationnel et les établissements publics de santé.

Dès lors, l'année 1998 a été une étape repère dans la promulgation de lois relatives aux établissements publics de santé et à la réforme hospitalière notamment :

- ✓ La **loi 98-12 du 2 mars 1998** relative à la création, à l'organisation et au fonctionnement des établissements publics de santé ;
- ✓ La **loi 98-08 du 2 mars 1998** portant sur la réforme hospitalière.

1. Données démographiques et sanitaires

Le Sénégal composé de onze régions administratives couvre une superficie de 196.722 km². C'est un pays à relief plat avec quelques sommets au Sénégal Oriental et dans les régions de Thiès et Dakar. La région de Dakar occupe 0,3 % de la superficie avec une densité de 4 387 habitants/km² à l'opposé de la région de Tambacounda qui occupe 30,4% du territoire avec une densité faible de 11 habitants au km² (source projection de population du Sénégal issu du recensement – Direction de la Prévention et de la Statistique 2004).

Les régions sont subdivisées en 30 départements qui comptent 48 communes, 91 arrondissements et 320 communautés rurales, 60 communes urbaines, 13.465 villages, 950.000 ménages.

La population du Sénégal est évaluée à 10 564 303 avec un le taux d'urbanisation de 41%, un rythme d'accroissement annuel de la population de 2,7% qui est principalement dû à la forte fécondité (L' Indice Synthétique de Fécondité ISF est estimé à 5,3 enfants par femme).

Le taux Brut de mortalité est de 18 %. Le ratio de mortalité maternelle est de 434 pour 100 000 NV avec une forte disparité régionale. Les régions les plus touchées sont celles périphériques (Kolda, Tambacounda, Ziguinchor) et à forte concentration humaine (Diourbel, Kaolack, Fatick). Quand à la mortalité néonatale elle est passée de 37,4 pour 1000 NV en 1997 à 35 pour 1000 NV en 2005 (EDS IV) et constitue environ 28,9% de la mortalité infanto – juvénile.

Au vue de cette situation, le Gouvernement du Sénégal met en œuvre, en relation avec les partenaires au développement plusieurs stratégies en termes :

- ✓ d'initiatives communautaires ;
- ✓ de développement de programmes prioritaires ;
- ✓ de renforcement du plateau technique ;
- ✓ de décentralisation de certaines activités techniques (SONU, consultations spécialisées itinérantes).

Le Plan National de Développement Sanitaire 1998-2007 traduit concrètement l'orientation politique du Gouvernement en matière de santé pour améliorer les indicateurs nationaux de morbidité, de mortalité surtout en ce qui concerne les personnes vulnérables.

La mise en place d'un système de référence et de contre référence contribue à l'atteinte de trois des huit Objectifs du Millénaire pour le Développement (**OMD**) à savoir :

- ✓ la réduction de la mortalité infanto juvénile ;
- ✓ l'amélioration de la santé maternelle ;
- ✓ la lutte contre le VIH/SIDA, le paludisme, la tuberculose et les autres maladies.

2. Organisation et Fonctionnement du Système de Santé

La carte sanitaire

La révision de la carte sanitaire nationale en juin 2005 a abouti à l'élaboration d'un instrument de gestion stratégique qui permet d'apprécier et de satisfaire les besoins en infrastructures sanitaires de base, en ressources humaines, financières, matérielles et en activités, pour une réponse satisfaisante aux objectifs de santé du pays.

Cette carte sanitaire, outil de planification, permet de mettre en adéquation l'offre et la demande de services de santé qui reposent entre autres sur trois principes :

La globalité qui contribue à la cohérence du système de soins concerne :

- ∅ Les trois niveaux de recours de la pyramide sanitaire (primaire, secondaire et tertiaire) ;
- ∅ Les différents types de prestations de soins (préventif, curatif et promotionnel) ;
- ∅ Les différentes composantes de l'offre de soins (les infrastructures, les équipements, les ressources humaines et les paquets d'activités) ;
- ∅ Les différents secteurs d'activités médicales : public, privé à buts lucratif ou non lucratif.

L'intégration du système de santé caractérisé par :

- ∅ Une complémentarité fonctionnelle des différentes composantes de l'offre de soins ;
- ∅ Une absence de chevauchement entre les niveaux de recours aux soins pour éviter de rallonger les délais de recours et compromettre la continuité des services ;
- ∅ La disponibilité d'un système d'orientation/référence contre référence des patients entre les différentes structures de la pyramide sanitaire y compris le niveau communautaire.

La viabilité : qui tient compte de la capacité de mobilisation des ressources humaines et financières à un niveau suffisant et durable.

Le système de santé

Les actions de renforcement du plateau technique concernent la construction ou la réhabilitation de structures de santé, la construction ou la réhabilitation de blocs opératoires dont 14 sont fonctionnels dans les centres de santé de référence.

Aussi les structures de santé sont réparties comme suit :

∨ Structures du système de santé :

Secteur public de santé

Compte actuellement :

- 11 Régions médicales ;
- 56 Districts sanitaires ;
- 08 Etablissements Publics de Santé niveau trois (**EPS3**) ;

- 12 Etablissements Publics de Santé niveau deux (EPS2) ;
- 19 Centres de Santé de Référence type 2 (CSR2 avec bloc opératoire) ;
- 41 Centres de Santé de Référence type 1 (CSR1 sans bloc opératoire) ;
- 579 Postes de Santé complets ;
- 234 Postes de Santé sans maternité ;
- 16 Maternités.

Secteur privé de santé

Compte actuellement les Etablissements privés à but lucratifs et non lucratifs qui sont constitués par :

- 01 Hôpital privé ;
- 20 Cliniques privées ;
- 44 Postes de santé ;
- 88 Cabinets de spécialistes ;
- 90 Cabinets de médecins généralistes ;
- 23 Structures d'entreprises ;
- 17 Cabinets de soins infirmiers.

Toutes les structures sanitaires situées dans l'aire géographique de la région sont hiérarchiquement liées et contribuent à l'atteinte des objectifs de santé de la zone.

Ratio population/structure de santé

Elle est de :

- Un Centre de Santé pour 193 715 Habitants ;
- Un Poste de santé pour 13 086 Habitants ;
- Un Hôpital pour 542 403 Habitants.

Cette couverture laisse apparaître un déficit par rapport aux normes de l'OMS :

- 01 Centre de Santé/district 150 à 250.000 habitants ;
- 01 poste de santé urbain 10.000 habitants ;
- 01 poste de Santé rural pour 5000 habitants ;
- 01 case de santé pour 500 habitants située à plus de 5kms du poste.

✓ Ressources humaines

En ce qui concerne les ressources humaines le renforcement de l'effectif du plateau technique porte d'une part sur la formation de base avec l'ouverture de sept nouvelles écoles privées, et trois écoles régionales de formation d'assistants infirmiers, le doublement du recrutement de sages femmes et infirmiers d'état à l'ENDSS et d'autre part la formation continue des médecins, sages femmes et infirmiers au niveau des structures de référence.

Malgré les efforts consentis, le ratio personnel qualifié par rapport à la population reste inférieur aux normes de l'OMS.

Ratio population /Personnel qualifié

- 1 médecin pour 19 000 habitants (OMS : 1 médecin pour 5000 à 10.000 habitants) ;
- 1 infirmier pour 8 000 habitants (OMS : 1 infirmier pour 300 habitants) ;
- 1 sage femme pour 12 000 FAR (OMS : 1 sage femme pour 300 femmes en Age de Reproduction (FAR)).

✓ Paquet minimum d'activités

Le paquet minimum des activités défini par la circulaire **MSPAS n° 01753** du 15 mars 1991 et l'arrêté **MSPM n° 009128** du 20 novembre 2001 relatif à la carte sanitaire a été revisité au cours des ateliers sur la référence et la contre référence. Les activités de référence souvent occultées ont été intégrées dans l'actualisation du paquet proposé dans ce document.

Case de santé et maternité rurale

- IEC et activités de prévention (visites à domicile, pesées, hygiène et assainissement) ;
- Accouchements simples ;
- Petits soins (pansements) ;
- Planification familiale (distribution de condoms et réapprovisionnement en pilules) ;
- Référence et suivi (identification des signes de danger, référence avec outils de référence, organisation de la communauté) ;
- Soins curatifs : IRA, paludisme simple et diarrhée ;
- Distribution de médicaments essentiels de la case ;
- Participation des populations à l'effort de santé (accès à l'eau potable, assainissement du milieu et mutualisation).

Poste de santé (idem case + complément)

- Planification ;
- Prise en charge des affections courantes (CPC) ;
- Consultation pré, post natale, accouchements normaux et planification familiale (Soins obstétricaux d'urgence de base) ;
- Récupération nutritionnelle ;
- IEC ;
- Visites à domicile (**médecin sans blouse**) ;
- Prise en charge des avortements ;
- Formation, supervision, recherche ;
- Monitoring ;
- Référence contre référence ;
- Promotion de la qualité des services ;
- Gestion : des données, de l'information, des ressources humaines, des médicaments et du matériel) ;
- Examens complémentaires (crachat, GE) ;
- Evacuations sanitaires type VSAB (Véhicule de Soins aux Asphyxiés et Blessés).

Centre de santé (idem poste + complément)

- Prise en charge des accouchements compliqués ;
- Prise en charge des urgences médicales et chirurgicales ;
- Prise en charge des affections bucco-dentaires ;
- Aide au diagnostic (laboratoire et imagerie médicale : radiographies, échographie) ;
- Visites à domicile (**médecin sans blouse**) ;
- Evacuation sanitaire médicalisée.

EPS niveau 1 (idem paquet centre de santé + complément)

- Soins obstétricaux et néonataux d'urgence (**SONU**).

EPS niveau 2 (idem paquet EPS1 + complément)

- Prestation de médecine, de chirurgie générale ou de psychiatrie ;
- Activités de formation et de recherche fondamentale et opérationnelle ;
- Activités de médecine préventive, d'éducation pour la santé et leur coordination ;
- Spécialités médicales et chirurgicales.

EPS niveau 3 (idem niveau 2 + complément)

Vocation qui s'étend au niveau national du fait de la haute spécialisation.

✓ **Organisation administrative**

Les comités de gestion planifient, délibèrent sur le projet de budget, les comptes, le fonctionnement, les travaux de réparation et les activités sociales y compris la mise en place du système de référence et de contre référence.

✓ **Organisation financière : Sources de financement**

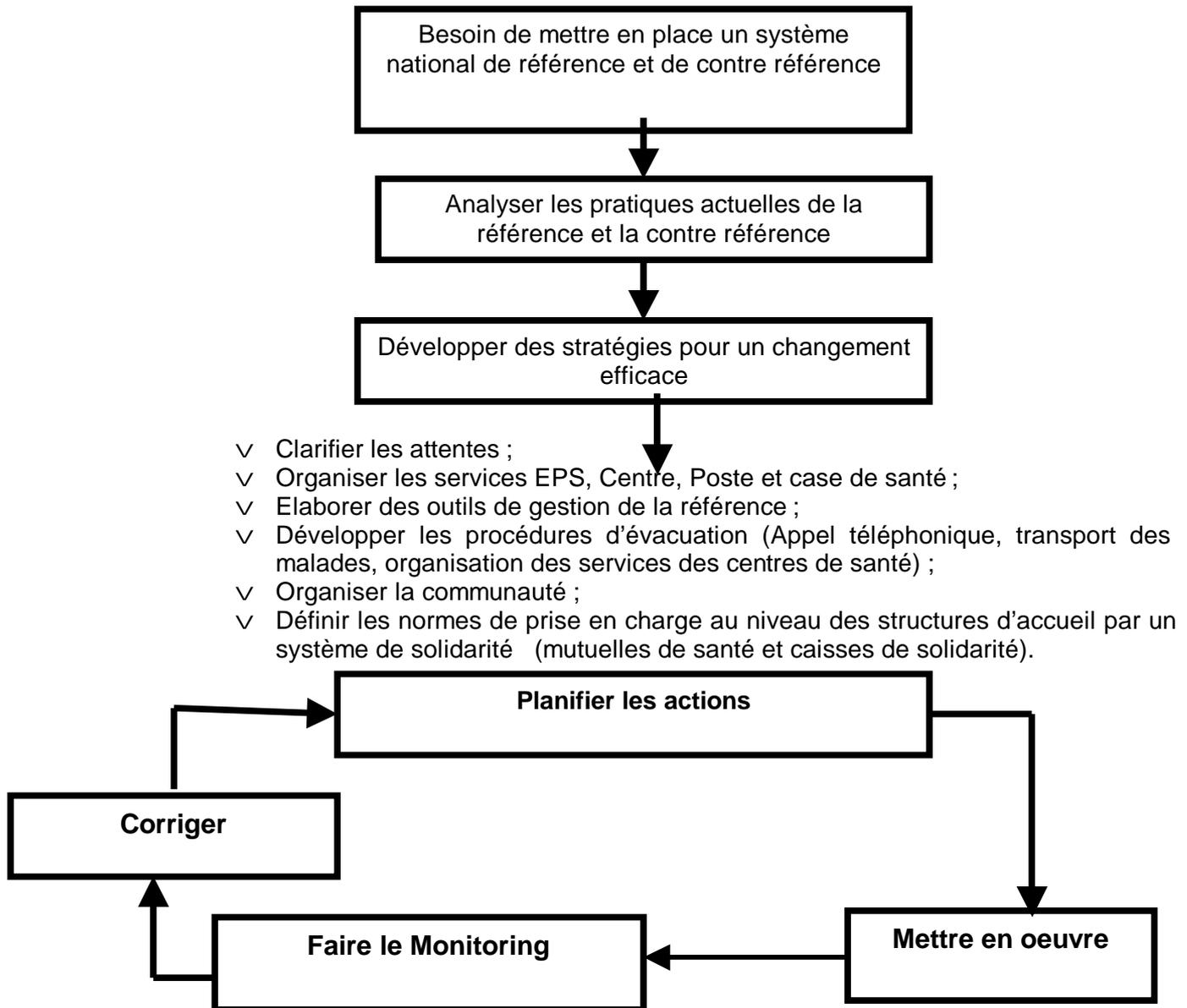
- L'Etat Sénégalais consacre 10 % de son budget à la santé ;
- L'allocation des collectivités locales ;
- La participation communautaire (comité de santé, autres associations et Organisations Non Gouvernementales) ;
- Les autres subventions ou donations.

✓ **Concernant le fonctionnement du système de référence, on note :**

- **A la base** : les postes de santé implantés dans les chefs lieux de communautés rurales ou arrondissements et dans les villes. Les postes de santé assurent les soins de base, supervisent un certain nombre de structures communautaires (cases de santé et maternités rurales) et constituent le premier recours des cases de santé ;

- **Au niveau départemental** : fonctionnent **les centres de santé** ou hôpital de district (**EPS1**) qui sont les structures de référence des postes de santé aux plans préventif, curatif administratif et parfois chirurgical notamment les centres de santé qui offrent des soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) ;
- **Au niveau régional** : se trouve l'Etablissement public de santé niveau 2 (**EPS2**) qui constitue la référence des centres de santé dispense des soins en médecine interne, en obstétrique, en gynécologie, en pédiatrie et en chirurgie ;
- **Au sommet de la pyramide sanitaire** : les Etablissements publics de santé niveau 3 (**EPS3**) représentent le dernier recours de la pyramide sanitaire.

Modèle conceptuel de la référence et de la contre référence



- ✓ Clarifier les attentes ;
- ✓ Organiser les services EPS, Centre, Poste et case de santé ;
- ✓ Elaborer des outils de gestion de la référence ;
- ✓ Développer les procédures d'évacuation (Appel téléphonique, transport des malades, organisation des services des centres de santé) ;
- ✓ Organiser la communauté ;
- ✓ Définir les normes de prise en charge au niveau des structures d'accueil par un système de solidarité (mutuelles de santé et caisses de solidarité).

- ✓ Formulation d'indicateurs pertinents qui peuvent servir à un contrôle de qualité d'une prestation donnée. Ces indicateurs peuvent être utilisés par :
 - Le prestataire de service lui même dans le cadre de son auto-évaluation ;
 - Les équipes cadres des districts dans le cadre de la supervision, de comparaison entre postes de santé sur les pratiques de la référence ;
 - Par des personnes externes dans le cadre d'une évaluation du processus mis en place. (niveau central et niveau régional).

(Les indicateurs seront définis par niveau (PS, CS, EPS1, EPS2, EPS3)).

3. Cadre institutionnel

Le cadre institutionnel de la référence contre référence intègre les orientations générales du MSPM dont le tableau de bord est le **Plan National de Développement Sanitaire**. Le rôle et le niveau d'appui organisationnel des EPS, des Régions médicales et des Districts sont ainsi définis :

Objectifs

1. Clarifier les rôles des acteurs ;
2. Mener le plaidoyer auprès des responsables locaux pour les mobiliser dans les activités de la référence et de contre référence (autorités publiques, religieuses, locales et partenaires).

Résultats attendus

1. Chaque acteur connaît son rôle dans la planification, la mise en œuvre et le suivi des activités de référence et de contre référence ;
2. Chaque acteur reconnaît la référence et la contre référence comme une activité prioritaire pour la lutte contre la mortalité et la morbidité en général et celles maternelles et infantiles en particulier.

Indicateurs de suivi

1. Document de diagnostic validé par l'ensemble des acteurs ;
2. Plans régionaux et districts élaborés disponibles ;
3. Réunions de pilotage sur la RCR tenue selon le calendrier ;
4. Nombre de plans régionaux d'opération intégrant les activités de référence contre référence/nombre de plan régionaux ;
5. Nombre d'interventions exécutées avec l'appui et le suivi des différents acteurs /nombre d'interventions prévues ;
6. Nombre de comités de gestion fonctionnels/nombre de structures de la zone ;
7. Nombre de comités de gestion fonctionnels qui mènent des activités de RCR/nombre prévu.

Etapes de la procédure

1. Réunion préliminaire d'information pour aboutir à un consensus sur le contexte, le but, les objectifs et les résultats attendus du système de référence contre référence ;
2. Création d'un comité de pilotage régional de la référence contre référence
3. Evaluation de la situation de base sur la référence contre référence dans les onze régions y compris au niveau des EPS (cahier de charge national base des termes de référence) ;
4. Réunion de restitution des résultats de la recherche opérationnelle avec accord sur les écarts, les causes et solutions ;
5. Dissémination du manuel de procédure et adaptation des interventions prioritaires ;
6. Mise en place du système local de référence contre référence ;
7. Suivi, supervision et évaluation des actions.

3.1) Clarification des rôles des acteurs

Le rôle de chaque acteur, dans chaque structure doit être bien défini et partagé avec toutes les équipes, il en est de même du circuit des urgences qui doit être matérialisé et affiché :

3.1.1) Rôles des Etablissements Publics de Santé (EPS) :

- ✓ L'organisation et le fonctionnement des EPS sont définis par la loi portant réforme hospitalière, dans tous les cas, ils sont tenus de fournir des rapports d'activité à la tutelle selon la périodicité définie par la réglementation ;
- ✓ Les EPS élaborent des plans d'opération annuels extraits de leur projet d'établissement avec un budget validé par le conseil d'administration.

3.1.2) Rôles des Régions médicales :

- ✓ Au niveau régional, la coordination technique du plan d'opération est assurée par le médecin chef de région (**MCR**). Il veille à l'élaboration des plans d'action trimestriels et des budgets extraits du plan d'opération (PO) de l'année en cours ;
- ✓ Le MCR anime au niveau régional, des réunions de coordination trimestrielles auxquelles participent les élus locaux, les médecins chefs de district et les autres acteurs à la base ;
- ✓ Le MCR présente chaque trimestre au cours des réunions de coordination élargie, un rapport d'étape sur l'état d'avancement de leur plan d'action validé au préalable par les instances régionales (CRD, ARD ou Conseil régional).

3.1.3) Rôles des Districts :

- ✓ Au niveau du district, la gestion du plan d'opération est assurée par le médecin chef de district (**MCD**) ;
- ✓ Le MCD et son équipe élaborent chaque année un plan d'opération validé par la région. Il organise des réunions de coordination mensuelles auxquelles participent les élus locaux, les infirmiers chefs de poste et les autres acteurs à la base ;
- ✓ Il élabore un rapport mensuel qu'il envoie au médecin chef de région et au préfet.

Les activités de référence et de contre référence peuvent être intégrées dans ce cadre institutionnel de planification, de suivi et de coordination déjà mis en place par le MSPM.

Le MCR en coordination avec la CME devrait pleinement jouer son rôle de pivot entre le district et les EPS pour que les EPS jouent pleinement leurs fonctions du Paquet de Santé, notamment les fonctions de référence, de formation, de supervision et de choix des technologies.

3.2) Clarification des fonctions

3.2.1) Fonction de référence contre référence

Les centres de santé, les EPS2 et les EPS3 devraient coordonner la prise en charge des cas de référence venant du niveau inférieur en organisant des conditions particulières d'hébergement, des mécanismes appropriés de communication, de soutien social et de logistique :

- ✓ **Hébergement** : Pavillon spécial d'accueil et d'urgence de 6 à 10 lits avec un équipement approprié et un personnel formé aux différentes tâches seront disponibles 24 h sur 24 h (cela nécessite une organisation interne des gardes et permanence). Le médecin de garde du service d'urgence, de l'accueil ou des services spécialisés de l'hôpital décide de la référence et assure la contre référence.
- ✓ **Communication** : Lignes spéciales de téléphone, de communication radio, ou d'Internet devrait être disponibles pour connecter le réseau des cases, postes centres de santé, les EPS2 et les EPS3. Un centre de régulation médicale d'appel entre les centres de santé et les hôpitaux permettra la jonction de ce système.
- ✓ **Transport** : Recours d'urgence du niveau inférieur doit atteindre le niveau supérieur en utilisant la voie la plus rapide et la plus courte selon le moyen disponible en fonction de la zone : hélicoptère, avions, ambulance, ou d'autres moyens de transports conduits par des équipes d'urgence qualifiées. Le moyen de transport doit conserver ou améliorer l'état du malade au cours du transfert (transport sanitaire primaire et secondaire).

3.2.2) Fonction de formation

Le personnel du niveau supérieur, qualifié dans les disciplines comme la médecine interne, la pédiatrie, la chirurgie et la gynéco obstétrique doit renforcer les compétences du niveau inférieur par un bon plan de formation. Le programme de formation doit inclure :

- ✓ Les nouvelles techniques de prises en charge des urgences pour le personnel selon une méthodologie accès sur la compétence au niveau des sites ;
- ✓ Les problèmes liés aux cas de référence envoyés par le niveau inférieur vers les structures du niveau supérieur sous forme de cours spéciaux dans les EPS (formation continue) ;
- ✓ La recherche action tenant compte de l'ampleur et de la spécificité des cas constatés.

3.2.3) Fonction de supervision

L'équipe de supervision des EPS et l'équipe cadre de région doivent élaborer ensemble un plan de supervision ayant pour cible les centres et les postes de santé. Les objectifs et indicateurs de supervision seront définis en synergie et doivent tenir compte des tâches critiques des activités de référence et de contre référence.

La compétence en méthodologie de supervision tiendra compte du pré-requis de chacun. Le guide national sur la supervision servira de document de référence (**cf guide sur la supervision version 2005 - MSPM**).

3.2.4) Fonction de coordination

Les EPS et les districts sanitaires font partie intégrante de la région médicale, ils ont des relations fonctionnelles avec les autres services de développement qui sont également sous l'autorité administrative du gouverneur, du préfet ou du sous-préfet.

Les relations entre les autorités sanitaires, les autorités administratives et celles locales sont clairement définies dans les lois relatives à la décentralisation et la déconcentration. Les comités de gestions des structures constituent les instances de décision et de collaboration.

3.3) Cadre de coordination national

Acteurs Niveaux	Autorités administratives	Autorités locales	Autorités sanitaires	Instances de coordination administrative et technique
Central	Ministère Intérieur	Maire	CHN MSPM DS DES	Conseil des Ministres Coordination Cabinet Coordination Directions
Régional	Gouverneurs	Conseil régional	Médecin chef de région Hôpitaux de régions MC centre de santé	Coordination Régionale Conseil d'administration et CME Comité Régional de développement Comité de gestion : représentant du conseil régional médecin chef du centre de santé Président comité de santé Trésorier du CS
Départemental	Préfet	Maire commune	Médecin chef de district Centre de santé	Coordination District Coordination centre de santé Conseil Municipal CDD Comité de gestion : représentant de la commune Responsable de la structure de santé Président et Trésorier comité de santé
Communauté rurale	Sous préfet	Président Communauté Rurale	Chef de poste Poste de santé	Coordination poste santé CLD Comité de gestion : représentant du conseil rural Responsable de la structure de santé Président et Trésorier comité de santé
Village	Chefs de village	Conseil Rural	Agents communautaires	Conseil villageois Comité de santé

4) Mécanisme de participation communautaire

Objectif :

Mobiliser, éduquer la communauté (autorités coutumières, locales, tradipraticiens, les groupements des femmes, des jeunes, association des transporteurs, ONG, les accoucheuses traditionnelles etc.) pour sa pleine participation dans les stratégies d'amélioration de la référence contre référence dans sa localité.

Cette éducation communautaire vise à amener tous les acteurs à une compréhension commune des questions de la référence et de la contre référence afin d'aider la communauté à définir ses besoins et ses ressources en matière de référence et de contre référence pour passer à des actions concrètes.

Etapes :

- ✓ Discuter avec la communauté de leurs connaissances, attitudes, croyances en matière de RCR ;
- ✓ Discuter avec les acteurs clefs de leurs priorités et ce qu'ils peuvent faire pour aider à améliorer la RCR (prise de décision, ressources financières, moyens de transports, hôtellerie et suivi) ;
- ✓ Elaborer des paquets de messages sur la reconnaissance des signes de dangers des maladies cibles selon les priorités et les réalités de la localité (ordinogramme pour la référence communautaire) ;
- ✓ Elaborer des plans pour la RCR : plan de transport, plan de décaissement, plan IEC et plan de suivi ;
- ✓ Développer au sein de la communauté des activités de sensibilisation, d'éducation sur la RCR visant les groupes clés dans les lieux officiels, traditionnels, religieux, pendant les consultations dans les structures ou dans la communauté (**médecin sans blouse**) ;
- ✓ Amener la communauté à initier des stratégies locales pour améliorer le revenu de la population :
 - création de groupement d'intérêt économique et sanitaire (GIES) ;
 - micro-entreprise de développement (MED) ou banque villageoise ;
 - équipe communautaire de santé (ECS).

Résultats attendus

- ✓ Connaissance améliorée de la communauté sur les signes de danger et les conséquences des retards dans la RCR ;
- ✓ Coopération accrue dans l'organisation de la référence dans la communauté.

Indicateurs

- ✓ Nombre de localités disposant d'un système fonctionnel sur la référence contre référence sur nombre de zones ciblées par la région, le district, le poste et le village ;
- ✓ Nombre de personnes référées de la localité selon le niveau (cases, postes centre de santé, EPS 2) ;
- ✓ Nombre de malades ayant bénéficiés du système de référence et de contre référence mis en place sur nombre de références faites ;
- ✓ Nombre de malades ayant été satisfaits du service offert/nombre total de malades ayant bénéficié du système.

II - CADRE CONCEPTUEL DE LA REFERENCE ET DE LA CONTRE REFERENCE

1. Problématique

Plusieurs évaluations de la performance des structures sanitaires ont relevé des insuffisances dans l'offre et la demande de services de santé y compris l'absence de cadre formel et d'indicateurs de suivi de la référence et la contre référence :

- ✓ fonction de supervision de l'hôpital au sein de l'équipe cadre de région négligée ;
- ✓ non maîtrise des diverses filières et étapes qu'implique une référence/contre référence ;
- ✓ non respect des critères de référence vers le niveau d'appui.

En effet, la problématique de l'organisation d'un système de référence recours intégrant des actions de renforcement des capacités, de prise en charge des postes de santé, des centres de santé et des hôpitaux régionaux, se pose encore avec beaucoup d'acuité.

La structure de premier contact de la communauté (case de santé), la structure de dernier recours (le centre hospitalier) en passant par la structure de premier recours (poste de santé), constituent les éléments interdépendants et inter reliés d'un système devant faciliter le développement des processus gestionnaires.

Tout malade devrait d'abord être soigné à l'unité sanitaire de premier contact où un traitement initial approprié pourrait lui être administré et où une décision de référence serait prise au besoin en toute sécurité avec les informations requises.

Il importe que les structures de santé des districts n'orientent sur les centres hospitaliers de recours que seuls les patients pour lesquels des soins secondaires ou tertiaires sont essentiels. De façon générale, l'orientation sur le centre hospitalier de recours devrait être réservée aux cas suivants :

- ✓ patients ayant besoin de conseil d'expert ;
- ✓ patients devant bénéficier des examens techniques qui ne peuvent être effectués dans ce district ;
- ✓ patients dont les affections nécessitent une intervention technique ne pouvant être faite au niveau du district.

Cette orientation/référence est une démarche qui passe par la coopération, la coordination et le transfert d'informations entre le district et le centre hospitalier. En matière de prise en charge des malades, la communication entre la communauté, les services de soins de santé primaires et les hôpitaux est particulièrement importante aux deux occasions suivantes :

- ✓ au moment de l'orientation/la référence vers le niveau supérieur ;
- ✓ au moment de la contre référence vers le niveau inférieur pour le suivi des clients.

Dans ces deux cas, l'éducation du malade et des membres de sa famille ainsi que le transfert harmonieux des informations dans les deux sens sont nécessaires pour assurer l'efficacité et la continuité des soins par une prise en compte des attentes du personnel de santé et des patients.

En règle générale, le renforcement de l'organisation du système de santé de district doit aboutir à la mise en place de services de soins de santé primaires satisfaisants et acceptables en vue d'éviter l'auto référence.

En tout état de cause, malgré les possibilités de retards pour de multiples raisons (retard à la prise de décision, retard au transfert ou retard à la prise en charge), il est admis que l'intégration du centre hospitalier de premier recours dans le système de soins de santé du district est le meilleur moyen de renforcer les soins de santé primaires. Il sera possible de surmonter la plupart des nombreux obstacles grâce à un changement de comportement, une bonne motivation chez les différents acteurs et un large échange de vues.

En vue de contribuer de manière significative à la réduction de la mortalité et la morbidité en général et particulièrement celles infantile et maternelle dont un des facteurs explicatifs s'intègre dans le « Modèle des Trois Retards », l'amélioration de la qualité des services fournis par les centres hospitaliers en tant que partie intégrante du système de santé, a été successivement recommandée par :

- ✓ L'étude sur l'évaluation du système de santé de district au Sénégal en 1998 ;
- ✓ Les assises de la santé en 2000 ;
- ✓ La Banque mondiale dans sa mission de supervision en 2002 ;
- ✓ La revue annuelle conjointe du PDIS en 2004.

La satisfaction des patients reste une préoccupation majeure du gouvernement dont la vision est traduite de manière opérationnelle dans le Plan National de Développement Sanitaire (**PNDS Phase II 2004 2008**) à travers l'objectif d'amélioration de l'accès des groupes vulnérables à des services de santé de qualité par :

- ✓ Le renforcement des soins de santé primaires ;
- ✓ Le relèvement du plateau des structures de référence ;
- ✓ Le développement du système de référence contre référence ;
- ✓ La couverture sociale (rendre solvable la démarche de soins).

2. But et Objectifs

But :

Ce manuel propose aux acteurs de la santé les principes, stratégies de mise en œuvre de la référence et de la contre référence pour améliorer l'accessibilité pour tous à des soins de qualité.

Objectifs :

- ✓ Améliorer la qualité des services offerts pour la référence des personnes vulnérables du niveau inférieur vers le niveau supérieur de la pyramide sanitaire ;
- ✓ Améliorer la qualité des services offerts pour la contre référence des personnes vulnérables du niveau supérieur vers le niveau inférieur de la pyramide sanitaire ;
- ✓ Mettre en place des mécanismes de gestion du système de référence de contre référence et de rétro information.

3. Axes stratégiques

- ✓ Amélioration du cadre institutionnel de gestion et de coordination de la Référence et la contre référence au niveau de la région et des Etablissements Publics de Santé dans le cadre de la décentralisation ;
- ✓ Mise en œuvre d'un plan national de communication pour la santé des populations qui intègre la référence et la contre référence ;
- ✓ Détermination des tarifs de soins accessibles aux populations ;
- ✓ Amélioration de l'organisation des structures sanitaires ;
- ✓ Amélioration de la gestion des structures de soins ;
- ✓ Renforcement du plateau technique au niveau des structures de référence (dotation supplémentaire en personnel, équipement, logistique, personnel qualifié) ;
- ✓ Développement du partenariat et de la contractualisation pour l'utilisation des avantages comparatifs du secteur privé au profit de la référence et de la contre référence.

4. Résultats attendus

- ✓ Une bonne circulation des malades entre les niveaux de la pyramide sanitaire (y compris le niveau communautaire) pour une prise en charge globale et intégrée des cas référés ;
- ✓ Une meilleure performance des services de santé en ce qui concerne l'offre et la demande de service (accessibilité, continuité, sécurité et rapidité) ;
- ✓ Une rationalisation de l'utilisation des ressources humaines, matérielles et financières ;
- ✓ Une maîtrise du mouvement des malades à des fins de gestion des programmes de santé ;
- ✓ Une harmonisation des indicateurs de santé à collecter lors de la référence contre référence.

5. Indicateurs de suivi

- ✓ Pourcentage des référés par rapport au nombre de références attendus ;
- ✓ Taux de référence vers les EPS provenant des PS, CS et des autres structures ;
- ✓ Taux de référence vers les hôpitaux nationaux des autres structures de soins ;
- ✓ Taux de référence vers les CS provenant des PS et des Cases de santé ;
- ✓ Taux de référence vers les PS provenant des cases de santé ;
- ✓ Taux de contre référence reçu du niveau supérieur ;
- ✓ Taux de rétro information ;
- ✓ Taux de mortalité maternelle néonatale au niveau des EPS, des CS, des PS et des maternités rurales ;
- ✓ Niveau de satisfaction des usagers à travers l'accueil, la restauration, la qualité des soins et les tarifs appliqués.

6. Définition de la Référence et la contre Référence

Plusieurs définitions du concept référence contre référence ont été proposées par différents experts dans plusieurs instances de réflexion. Ce manuel vous propose les définitions suivantes :

Référence : c'est l'orientation et/ou le transfert du patient à un niveau supérieur de la pyramide, accompagné de l'information sur l'examen du patient et/ou sur l'intervention faite, pour une prise en charge plus adéquate.

Contre référence : c'est la réorientation et/ou le retour du patient au niveau inférieur de la pyramide sanitaire, accompagné de l'information sur l'examen du patient, l'intervention faite et les avis pour le suivi correct.

7. Normes d'un bon Système de Référence contre Référence

La mise en place d'un système de référence et de contre référence nécessite :

- 1. Une définition claire des rôles et responsabilités de chaque niveau de la pyramide sanitaire avec :**
 - a. L'existence d'une carte sanitaire nationale, régionale et de district ;
 - b. La détermination d'un paquet minimum d'activités pour chaque unité de prestation de services ;
 - c. La continuité des soins et une complémentarité des différents niveaux de la pyramide pour la gestion des cas référés.

- 2. Une bonne organisation du travail dans les structures de santé. Cela suppose :**
 - a. Une répartition claire des tâches par une déclinaison d'une fiche de poste pour chaque agent ;
 - b. Un personnel bien formé, connaissant les gestes à ne pas faire et maîtrisant les gestes à faire devant un cas à référer ;
 - c. Un environnement de travail adéquat pour le personnel de santé ;
 - d. Des soins continus et de qualité notamment dans les centres de santé ;
 - e. Un système de transport sécurisé des malades qui doivent être évacués ou référés ;
 - f. Des structures de coordination internes qui fonctionnent ;
 - g. Une collaboration très étroite entre l'hôpital et les centres de santé et entre l'hôpital et la Région Médicale ;
 - h. Une supervision formative régulière.

- 3. Un bon système d'information avec :**
 - a. Une facile communication entre les Postes de santé et le Centre de santé de référence, entre les Centres de santé, entre hôpitaux dans le cadre de la référence horizontale, entre les CS et les hôpitaux ;
 - b. Une disponibilité des outils de gestion de la Référence et de la contre référence ;
 - c. Une définition d'indicateurs permettant de mesurer les efforts fournis ;
 - d. Une analyse régulière des indicateurs en vue d'apporter des solutions aux problèmes survenus.

- 4. Une bonne organisation communautaire permettant :**
 - a. D'identifier les personnes à référer et à évacuer ;
 - b. De Prendre la décision de les orienter dans de bonnes conditions ;
 - c. De développer un système de solidarité qui aide à la prise en charge des cas référés.

III - IDENTIFICATION DES ECARTS DU SYSTEME DE REFERENCE ET DE CONTRE REFERENCE

Plusieurs facteurs peuvent influencer le manque de performance du système de référence et de contre référence dont certains sont d'ordre :

1. Comportemental : qui constitue le premier facteur explicatif de la mortalité maternelle. En effet, **la prise de décision** au sein des familles et de la communauté à recourir aux soins dans les structures de santé serait liée principalement :

- ✓ Au faible niveau économique, à la pauvreté grandissante des femmes et à leur statut ;
- ✓ Au faible niveau de connaissances des populations sur les signes de danger liés aux complications obstétricales ;
- ✓ A l'analphabétisme des populations.

2. Non comportemental : qui constitue les deux autres facteurs évoqués dans la mortalité maternelle tels le retard au transport et celui à la prise en charge des malades dans les structures de santé.

Les résultats de l'évaluation de base sur les pratiques de la référence et de la contre référence des structures de santé de la région de Diourbel faite en juin 2005 confirme ces déterminants de la mortalité maternelle.

Les moyens pour parvenir aux structures de santé ne sont pas accessibles :

- ✓ La téléphonie rurale n'est pas bien développée : le manque ou la non disponibilité du téléphone pour une communication interne ou externe en cas d'urgence. En effet, dans les onze régions médicales seuls 32% des postes de santé complets et 40 % des postes de santé sans maternité disposent de téléphone. Ce déficit de téléphone est plus accru dans les régions de Fatick, Ziguinchor , Saint Louis, et Kolda avec respectivement 92%, 91%, 88%, 70% de postes complets ne disposant pas de téléphone et 80%, 93%, 94%, 100% de postes sans maternité qui ne peuvent pas communiquer avec le centre de référence. (carte sanitaire juin 2005) ;
- ✓ L'insuffisance d'ambulance ou l'existence de moyens de transports non conformes aux normes d'évacuation ;
- ✓ Les routes impraticables ou inaccessibles pendant l'hivernage.

Retard dans la prise en charge

- ✓ La faiblesse du suivi et de la documentation de la référence et de la contre référence qui est souvent verbale et non matérialisée : absence dans les structures de fiches, de registres, et de supports de rapport sur la référence et la contre référence ;
- ✓ Le non respect de la pyramide sanitaire en matière de recours aux soins : l'exemple de Diourbel est édifiant car sur 1552 urgences obstétricales référées à l'hôpital seules 428 cas ont respecté la procédure soit 27,5% ;
- ✓ L'absence de couverture sociale et de moyens financiers des malades ;
- ✓ L'insuffisance du personnel technique en quantité et en qualité : dans les structures surtout au niveau de certains postes de santé où on trouve un seul infirmier assisté par 02 ou 03 ASC et matrones. Pour les centres de santé et les EPS le personnel sur place, n'est pas suffisamment formé à la gestion des urgences ;

- ∨ Le plateau technique non accessible ou non adapté : bloc opératoire non disponible, manque de place à l'hospitalisation, de sang et d'équipement adéquat pour la prise en charge. Quelques fois le personnel est indisponible pour plusieurs raisons.

Un facteur essentiel d'ordre institutionnel mérite d'être analysé en dehors de l'organisation globale des services de santé.

En effet la réforme hospitalière n'a pas mis en exergue la relation formelle qui doit exister entre d'une part les EPS2 et les districts et d'autre part entre les EPS 2 et les EPS 3 (hôpitaux nationaux).

La mission de santé publique de l'hôpital en termes d'appui organisationnel (supervision, formation), d'assistance (prise en charge des indigents entre autres, et de surveillance (continuité des services) n'est pas suffisamment accomplie :

- ∨ L'absence de définition d'un cadre formel de référence et de contre référence à tous les niveaux pour l'accueil, la prise en charge financière, technique, l'accessibilité aux médicaments essentiels d'urgence rend difficile l'accès des malades à des services de qualité.

Lors de l'atelier national de réflexion sur la référence contre référence, les représentants des autres régions qui ont pris connaissance du rapport de Diourbel se retrouvent parfaitement dans l'analyse faite comme en témoignent les pensées suivantes de deux participants :

Participant 1 : « *je suis sûre que toutes les régions ici représentées se retrouvent dans le diagnostic de Diourbel* »

Participant 2 : « *c'est la seule fois où le secteur de la santé réfléchit pour Soi même...on vient de réfléchir pour nous* »

En conclusion : il existe des insuffisances dans le système de référence et de contre référence au niveau national d'où l'urgence de mettre en place un manuel national de stratégies pour combler cette lacune.

IV - STRATEGIES CORRECTRICES

Domaines	Axes d'Interventions	Résultats Attendus	Description des Interventions
<p style="text-align: center;"><u>Niveau institutionnel</u></p> <p><u>Problèmes</u></p> <p>Insuffisance de collaboration entre les EPS et la région médicale (autonomie des EPS)</p>	<p>Améliorer la planification et la coordination des activités de RCR au niveau pays</p>	<p>Les mécanismes de coordination entre les institutions régionales sont définis pour une efficacité de la RCR à tous les niveaux de la pyramide sanitaire (EPS2, EPS3, CS, PS)</p> <p><u>Indicateurs</u></p> <p>Rapport des réunions disponible</p> <p>Liste du comité de pilotage disponible</p>	<p>Mise en place de mécanisme formalisée de planification de mise en œuvre et de suivi des activités entre les EPS et la région médicale : <u>clarifier les insuffisances institutionnelles</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifier les acteurs • Définir leur rôle • Clarifier le cadre formel de concertation, de planification et de coordination • Convenir des termes de référence pour une évaluation de base régionale sur la RCR
	<p>Elaborer le cahier de procédure régional sur la RCR comprenant les EPS, CS, PS, cases de santé et la communauté</p>	<p>Procédure connue par tous les acteurs de la RCR</p> <p><u>Indicateurs</u></p> <p>Cahier de procédure régional sur R/CR disponible, validé</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Le diagnostic régional sur la RCR sera fait et les résultats présentés et validés par les acteurs-clefs (ci-dessus cités entre autres) ; • Ensemble les procédures d'amélioration seront définies en tenant compte du référentiel national sur la RCR ; • Le plan stratégique sera élaboré, validé, au niveau des instances locales (comités de gestion, CRD, CDD, CLD) mise en œuvre et suivi par l'équipe locale de pilotage des activités sur la RCR.

	<p>Renforcer les capacités de gestion des urgences dans les toutes les régions médicales</p>	<p>Banque de sang régionale mise en place et fonctionnelle</p> <p>Convention signée entre la SONATEL et le MSPM appliquée dans toutes les régions</p> <p><u>Indicateurs</u></p> <p>Nombre de banques de sang réalisées dans les 11 régions.</p> <p>Taux de couverture des postes de santé en téléphone</p>	<p>Créer une synergie des partenaires pour chaque domaine (téléphonie rurale, adduction d'eau, ambulance médicalisée)</p> <p>Solliciter la contribution des programmes de lutte contre la pauvreté</p> <ul style="list-style-type: none"> • La pharmacie régionale gère les banques de sang au même titre que les autres médicaments. En accord avec le MCR et les EPS un cadre de collecte et de gestion du sang est mis en place ; • Téléphone : dans le cadre de la lutte contre la mortalité maternelle, la SONATEL est en partenariat avec le MSPM ; à ce titre, une faveur doit être accordée aux structures de santé qui veulent installer le téléphone ou même exploiter un télé centre comme une activité génératrice de revenue en plus de son rôle dans le système de communication entre les structures. Diminuer le coût de la téléphonie rurale ; • La mise en place du numéro vert avec un réseau de transport d'urgence (SAMU) ; • Transport : les associations des transporteurs doivent être mises en contribution dans la recherche de solutions pour le transport des urgences (ambulance privée médicalisée) ;
--	--	---	---

	<p>Améliorer le plateau technique des structures pour la prise en charge des références</p>	<p>L'équipement adéquat est disponible et fonctionnel à tous les niveaux de recours</p> <p>Le personnel essentiel disponible Mécanisme mis en place pour la continuité des services</p> <p><u>Indicateurs</u></p> <p>Nombre de structures qui répondent aux normes</p>	<ul style="list-style-type: none"> • L'équipement pour chaque niveau est défini. Demander le schéma d'utilisation et l'entretien de l'équipement. Assurer la maintenance ; • Le personnel essentiel à chaque niveau de recours est défini pour la prise en charge des références. Chaque région devra tenir à jour le tableau de bord de tout le personnel avec : profession, fonction, ancienneté, son statut social) mise à jour régulière en relation avec la Direction des Ressources Humaines (DRH) ; • Les locaux des SAU (services d'accueil d'urgence) sont criés au niveau des structures avec le nombre de lits adéquat ; • La liste des médicaments d'urgence définie est disponible dans la salle. Le système de réapprovisionnement défini pour éviter les ruptures ; • Les conditions de la garde, des permanences et des astreintes sont clarifiées partagées et affichées ; • Le système de restauration défini pour assurer la continuité des services. <p>Le fonctionnement de ce système implique la participation active de toutes les bonnes volontés</p>
--	---	---	--

	<p>Définir les attentes du MSPM en matière de RCR pour tous les acteurs à tous les niveaux</p>	<p>Les normes de référence sont disponibles à chaque niveau de la pyramide</p> <p><u>Indicateurs</u></p> <p>Nombre de prestataires par niveau qui connaît le paquet minimum de RCR Nombre de prestataires qui réfèrent quand le paquet minimum n'est pas disponible sur place</p>	<p><u>Case de santé :</u></p> <p>La référence/suivi est une activité qui consiste pour l'ASC à orienter un bénéficiaire vers une structure sanitaire et à le revoir périodiquement afin de voir les prescriptions, les conseils et les recommandations prodigués ont été bien respectés. Les tâches de l'ASC consistent :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identification des cas à référer ; • Informations sur les conditions de prise en charge au niveau de la structure sanitaire de référence ; • Explication des motifs de référence ; • Remplissage des supports et ou accompagner le malade.
--	--	---	---

			<p><u>Référence</u></p> <p>Les ASC sont orientés sur les signes de danger de certaines pathologies, et ceux liés à la mortalité maternelle et néonatale. Les fiches pictographiques sont privilégiées pour les ASC non alphabétisés et pour la communauté. L'ASC décide de la référence et les moyens sont assurés par le village et le comité de santé grâce à la solidarité (plan de transport).</p> <p><u>Contre référence</u></p> <p>L'ASC fait une visite à domicile et assure le suivi en fonction de la fiche de contre référence et les recommandations du niveau supérieur (tous les sujets référés doivent être retournés en contre référence avec indication de ce que les structures de bases doivent continuer à faire).</p>
--	--	--	---

			<p><u>Poste de santé :</u></p> <p><u>Référence :</u></p> <p>Le chef de poste utilise son ordinogramme pour les Consultations Primaires Curatives, les algorithmes sur la Santé de la Reproduction et autres programmes prioritaires. Il décide de la référence en s'assurant que : la malade est bien stabilisé (médicaments d'urgence disponibles) le service est bien informé pour préparer l'accueil la famille a reçu toutes les informations sur les modalités de la RCR le transport se fait en toute sécurité par la structure sanitaire tous les supports sont remplis avant le départ.</p>
			<p><u>Contre référence :</u></p> <p>Le district confirme ou donne des directives à l'ICP sur le motif de la référence et donne les indications pour le suivi. L'ICP informe les ASC de la zone pour un suivi à domicile rapproché.</p>

			<p><u>Centre de santé</u></p> <p><u>Référence :</u></p> <p>Le médecin chef du centre décide de la référence si le plateau technique n'est pas adéquat pour le cas. Idem pour le poste et application du plan de transport défini par le district</p> <p><u>Contre référence :</u></p> <p>Le niveau supérieur rempli la feuille de contre référence avec des indications pour le suivi du cas.</p> <p><u>NB :</u> A tous les niveaux le plan de transport sera disponible. La contre référence est formative pour le niveau inférieur mais permet au niveau supérieur de faire le recensement des besoins en formation et en supervision.</p>
--	--	--	--

<p><u>Renforcement des connaissances et des compétences du personnel</u></p>	<p>Elaborer un programme de formation sur la référence contre référence</p>	<p>Le besoin en formation du personnel est identifié Les cibles à former par niveau sont identifiées les cibles sont formés selon les besoins par niveau Le personnel utilise des ordinogrammes ou fiches sur la CAT devant un cas à référer ou reçu selon le niveau</p> <p><u>Indicateurs</u></p> <p>Programme de formation des différentes cibles disponibles Rapports de formation disponibles Nombre de cas de référence ou contre référence pris en charge selon les normes définies</p>	<p>Les besoins de formation seront identifiés suite à la définition des tâches à exécuter par niveau pour prendre en charge les cas de référence contre référence.</p> <p>Clarification des tâches à accomplir par les différents cibles selon le niveau (<u>Urgentistes</u> : ASC, chauffeurs d'ambulance, garçon de salle, infirmiers sages femmes, médecins).</p> <p>Elaboration des plans de mise en œuvre des formations à mener dans les sites et en cascade.</p> <p>Elaboration, des fiches techniques selon la typologie des cas de chaque région. Ces fiches seront affichées dans tous les services de soins.</p>
	<p>Former des relais, ASC, matrones et des tradipraticiens en secourisme communautaire</p>		<p>Les ICP en relation avec les chefs de village et les conseils ruraux valident les messages clefs à diffuser Le lieu de la formation des cibles est à déterminer (par communauté rurale ou autre) Doter les cases de santé d'affiches sur les signes de danger après la formation Le suivi de la formation se fera par l'équipe de supervision)</p>

	Former les ASC des PS et des CS par l'approche par compétences	<p>Les guides de formation des ASC élaborés par le MSPM disséminés et utilisés pour une uniformisation des messages clefs</p> <p>Le module de formation est utilisé par tous les formateurs au niveau communautaire</p>	<p>Domaines de compétences identifiés avec une liste des tâches disponibles.</p> <p>Liste des ASC par domaine de compétence et par niveau disponible.</p> <p>Formation des relais, ASC, matrones et des tradipraticiens en secourisme communautaire.</p> <p>Harmoniser les modules qui existent.</p>
	Former le personnel des SAU (service d'accueil d'urgence) et des SMUR (service mobile d'urgence et de réanimation)	<p>Les urgentistes formés à tous les niveaux</p> <p>Les urgentistes participent aux évacuations à bord des ambulances médicalisées</p> <p><u>Indicateurs</u></p> <p>Listes de planification des astreintes incluant le personnel SAU et SMUR formé selon la période définie</p> <p>Nombre d'évacuations faites avec la participation du personnel formé.</p>	<p><u>Les thèmes de formation doivent inclure :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • la prévention des infections avant pendant et après le transport des malades ; • Le secourisme ; • Le respect des droits du client pour une qualité des services.

	<p>Mettre à la disposition du personnel des structures des ordinogrammes ou fiches de CAT devant un cas à référer en tenant compte de la typologie des référés de la région</p>	<p>Les ordinogrammes sont élaborés</p> <p>Tous les prestataires se réfèrent aux ordinogrammes pour la référence des malades</p> <p><u>Indicateurs</u></p> <p>Nombre de malades référés selon les normes (traitement reçu avant référence)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Des ordinogrammes élaborés par le MSPM sont disponibles au niveau de tous les postes de santé pour la consultation primaire curative (CPC) ; • Les documents de normes et procédures en SR sont élaborés par le MSPM et ont été disséminés dans toutes les régions jusqu'au niveau des postes de santé ; • D'autres algorithmes sont élaborés par différents programmes pour faciliter le recours à temps au niveau supérieur ; • Cette même démarche permet également d'orienter/ou de faire la référence à froid pour les besoins qui ne peuvent être satisfaits sur place ; • Le comité technique de la région identifie les thèmes prioritaires pour les ordinogrammes non couverts. Après validation des supports, les prestataires sont orientés à leur utilisation.
	<p>Former des Médecins hospitaliers et des Médecins des centres de santé en techniques de supervision formative et en soins d'urgence</p>	<p>Les médecins hospitaliers sont formés et le rapport disponible</p> <p><u>Indicateurs :</u></p> <p>Nombre de sessions de formations organisées prenant en compte les médecins des centres et hôpitaux</p>	<ul style="list-style-type: none"> • L'équipe de supervision de la région composée de techniciens de l'EPS, de la RM et du district sera orientée sur le guide de supervision. • Les objectifs de supervision pour chaque niveau seront définis en fonction des problèmes identifiés dans la mise en œuvre de la RCR

<p style="text-align: center;"><u>Participation communautaire</u></p> <p><u>Problèmes :</u></p> <p>- Retard dans la prise de décision de la référence au niveau communautaire</p> <p>- Insuffisance dans la viabilité des initiatives communautaires par manque de motivation des agents communautaires</p>	<p>Former les ASC et les tradipraticiens sur les signes de danger et les modalités de RCR</p>	<p>Un tableau de bord des ASC et Tradipraticiens est disponible dans toutes les régions autour des structures de santé</p> <p>Amélioration des connaissances et compétences des ASC et Tradipraticiens en IEC avec accent sur les signes de danger et les modalités de RCR</p> <p><u>Indicateurs :</u></p> <p>Nombre d'associations de TP re-dynamisées sur nombre prévu</p> <p>Nombre de TP & Matrones formés/ nombre de TP & Matrones</p> <p>Nombre de séances IEC exécutées sur nombre prévu dans les plans</p> <p>Nombre de TP formés qui réfère à temps.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Re-dynamiser les associations de tradipraticiens ; • Etablir la cartographie des TP ; • Mener un plaidoyer auprès des TP ; • Organiser les ASC dans chaque région autour des structures de santé (EPS, Centres et Postes de santé) ; • Identifier les besoins en formations en IEC (ASC polyvalents) ; • Former sur les signes de danger et les modalités de RCR ; • Mettre à disposition les ordinogrammes pour la référence communautaire ; • La planification des activités d'IEC se fera selon la période définie (chaque mois ou 2 mois ou 3 mois) ; • La référence contre référence sera intégrée dans le plan IEC communautaire de toutes les régions ; • Les activités de référence seront évaluées avant chaque planification et les contraintes levées.
---	---	--	--

	<p>Renforcer les réseaux de solidarité pour la PEC des RCR</p>	<p>Les mutuelles de santé comprennent soutiennent la RCR</p> <p><u>Indicateurs :</u></p> <p>Nombre d'initiatives mises en places Nombre de réseaux appuyés</p> <p>Nombre de réseaux prenant en charge les RCR</p> <p>Nombre de conventions signées/sur nombre de demandes de convention</p>	<p>Faire la promotion (Créer et appuyer) les Mutuelles de Santé.</p> <p>Faire un plaidoyer auprès des responsables de Mutuelles de santé pour la prise en charge des références.</p> <p>Faire signer des conventions entre RS et prestataires couvrant les différents échelons.</p> <p>Signer des protocoles d'accord entre les hôpitaux et les autres structures.</p>
		<p>Des caisses communautaires de solidarité pour les urgences seront promues dans chaque village</p> <p><u>Indicateurs :</u></p> <p>Nombre de caisses d'urgence mises en place sur nombre de caisses prévues dans les villages sensibilisés</p>	<p>Créer des caisses de solidarité villageoises de PEC des urgences : CDD, CLD, réunion villageoise, CG de la caisse, désignation d'un bureau (en majorité de femmes) et d'un médiateur pour servir d'interface entre les structures de santé et la communauté.</p> <p>Un partenariat avec le Centre d'Expansion Rural Polyvalent (CERP) et les groupements des femmes de la zone permettra un suivi rapproché confié au responsable du CERP local qui est un fonctionnaire de l'Etat.</p>

	<p>Sensibiliser les élus locaux pour une meilleure participation des Collectivités à l'amélioration de la RCR</p>	<p>Les collectivités locales participent à la mobilisation des ressources pour l'amélioration de la RCR</p> <p>Indicateurs :</p> <p>Nombre d'élus sensibilisés qui participent aux activités de RCR</p> <p>Nombre de séances d'orientation budgétaire impliquant les techniciens de santé/ nombre de séances prévues dans les collectivités locales ciblées</p>	<p>Renforcer le plaidoyer auprès des élus ; Faire participer les techniciens de santé à l'orientation budgétaire ; Rendre fonctionnel les comités de gestion de toutes les structures, inscrire régulièrement le suivi de la référence contre référence dans l'ordre de jour des réunions.</p> <p>Renforcer la dynamique communautaire au niveau des réseaux d'organisations communautaires de base (Dahiras, Wilaya, et autres groupements)</p>
	<p>Créer des activités Génératrices de Revenus (AGR) pour la motivation des ASC</p>	<p>Système de motivation défini et mis en oeuvre</p> <p>Indicateurs :</p> <p>Nombre ASC formés Nombre de GIE financés Nombre de GIE participant aux activités de RCR</p>	<p>Organiser les ASC dans chaque localité pour uniformiser leurs actions (ASC polyvalents) ; Former les ASC en GIES ; Financer des GIES pour les ASC (par le District et autres sources) ; Créer des AGR à valeurs nutritives ; Créer des micro entreprises de développement ou banques villageoises (crédit, épargne avec délai de remboursement) ; Assurer la gratuité des soins aux ASC.</p>

<p><u>Prise en charge financière des malades référés</u></p> <p>Améliorer la qualité de la PEC des évacués</p> <p>Absence de mécanismes pré établis adéquats pour la référence et ou l'évacuation sanitaire</p>	<p>Définir à tous les niveaux des procédures financières de prise en charge de la référence et la contre référence.</p>	<p>Procédures de participation fixées</p> <p><u>Indicateurs</u> :</p> <p>Nombre de structures qui dispose de procédure pour la prise en charge des RCR</p> <p>Nombre de malades pris en charge selon la procédure</p>	<p>Application des principes suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ceux qui ne peuvent pas payer doivent recevoir des soins dans les structures sanitaires ; • Définir et diffuser les critères internes de prise en charge des malades : notes de service faites et largement diffusées (charte du malade affichée dans les structures ; mécanismes d'identification et de subvention des cas sociaux mis en place) ; • Déterminer les modalités de paiement pour les cas référés ; • Le deuxième paiement doit être évité à tous les niveaux.
	<p>Re-dynamiser les services sociaux des centres de santé et hôpitaux.</p>	<p>Des services sociaux sont créés dans les centres de santé</p> <p>Des services sociaux sont fonctionnels dans tous les centres de santé et hôpitaux</p> <p><u>Indicateurs</u> :</p> <p>Nombre de services sociaux créés/sur nombre de CS</p> <p>Nombre de services sociaux dotés de budget</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Recruter un assistant social ; • Mettre en place les moyens de fonctionnement (local, équipement, logistique) ; • Fixer la participation des communautés ; • Appliquer les principes d'équité suivant : prendre en charge d'abord les urgences avant de déclencher la procédure de paiement ; prendre en charge tous ceux qui ne peuvent pas payer (indigents).

	Initier un système de partage des coûts pour la prise en charge des urgences.	<p>Le partage des coûts de la RCR mobilise la subvention de l'Etat, des collectivités locales les comités de santé La convention de l'Etat</p> <p>les mutuelles de santé sont alignées dans le partage des coûts</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mettre à contribution la subvention de l'Etat pour la prise en charge financière des urgences ; • Mettre en place un mécanisme de partage des coûts : entre l'Etat, les collectivités locales, les comités de santé et les patients ; • Les mutuelles de santé prennent en charge la part du patient.
	Faire une contractualisation entre les structures de santé et les institutions publiques et privées	<p>Des contrats pour la prise en charge des malades sont signés entre les structures et les institutions publiques et privées.</p> <p>Indicateurs :</p> <p>Nombre de plaidoyers réalisés</p> <p>Nombre de conventions signées / nombre de conventions prévues</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Faire un plaidoyer auprès des institutions (Institut de Prévoyance Retraite du Sénégal (IPRES), Caisse de sécurité sociale, Fonds de garantie automobile, Fonds d'urgence, Assurances etc.) pour des contractualisations avec les structures de santé ; • Négocier et signer des conventions avec l'IPRES pour la prise en charge des allocataires par les médecins des centres de santé et EPS. <p>Cette convention ne concernera pas seulement les urgences.</p>

<p><u>Organisation des services de santé</u></p> <p>Améliorer la qualité des services offerts</p>	<p>Mettre à disposition dans toutes les régions un personnel qualifié et pluridisciplinaire au niveau des hôpitaux</p>	<p>La Région a identifié le gap.</p> <p>Une liste du gap de personnel qualifié par les vœux est disponible.</p> <p>L'Etat, les collectivités locales et les comités de santé ont résorbé ce gap.</p> <p><u>Indicateurs :</u></p> <p>Proportion de malades évacués bénéficiant d'un traitement pré transfert</p> <p>Proportion de malades référés par un personnel qualifié</p>	<p><u>Mise en place de :</u></p> <p>- Service d'Accueil et d'Urgence à la porte de chaque hôpital fonctionnant 24 h sur 24 avec plusieurs unités :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Service de tri et de paiement (caisse) ; • Consultation d'urgence avec possibilité de diagnostic biologique et radiologique ; • Des lits d'urgence pour Stabilisation ; • Pharmacie d'urgence (liste des médicaments d'urgence établie ; • Administration en relation avec le CRA (Centre de Régulation des Appels) qui centralise tous les appels téléphoniques, et un terminal de traitement des données sur les cas de référence et de contre référence ; • Bloc chirurgical avec un service de réanimation disponible. <p>- La garde d'astreinte :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un responsable (Astreinte) ; • Un réanimateur ; • Un chirurgien ; • Un obstétricien ; • Un spécialiste ; • Un radiologue ; • Un biologiste.
--	--	---	---

	Assurer la continuité des services (Instauration d'un service de permanence dans tous les centres de santé)	Procédure de fonctionnement de la permanence existante et connue par les agents Planification mensuelle ou hebdomadaire de la permanence disponible	Les internes et les étudiants en spécialisation assurent la garde de premier niveau avec une définition claire des tâches - Le Service d'Assistance Médicale d'Urgence (SAMU) pour assurer au malade, au blessé ou à la parturiente en quelque endroit où ils se trouvent les soins d'urgence appropriés à leur état. Le SAMU permettra ainsi de : <ul style="list-style-type: none"> • Assurer une équipe médicale permanente ; • Donner les premiers soins urgents sur le lieu de la détresse ; • Organiser le transport primaire et secondaire des malades en toute sécurité. Les moyens publics ou privés médicalisés (les casernes militaires, gendarmerie, pompier seront mis en contribution dans ce système) ; • Aide au diagnostic disponibilité des services de laboratoire pour un bilan de coagulation complet, des examens en biochimie, accès à un dépôt de sang et à des examens radiologiques.
--	---	--	---

	Organiser les équipes de garde des centres de santé	<p>La continuité des services est assurée</p> <p>Indicateurs :</p> <p>Planification de la garde journalière</p> <p>Nombre de malades reçu pris en charge immédiatement (au moins dans les 15 minutes)</p>	<p>- Organisation de l'équipe de garde décrite :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Composition de l'équipe par niveau (CS, PS): service général, maternité, unité d'urgence chirurgicale 3 infirmiers et une Sage-femme ; • Planification des gardes (mensuelles ou hebdomadaires) disponibles ; • Planification des astreintes (mensuelles ou hebdomadaires) disponibles et concernant éventuellement: les médecins, les chauffeurs, les techniciens de radiologie, les techniciens de laboratoire, le chirurgien.
	Mettre en place un service de restauration des équipes de garde au niveau de tous les postes, les centres de santé et les hôpitaux	<p>Mécanismes de financement et de fonctionnement de ce service mis en place et formalisé dans le manuel de procédure</p> <p>Indicateurs :</p> <p>Nombre de jours de garde et de permanence couvert par le système / nombre de jours de la planification</p>	Le personnel de garde se relaie et se restaure sur place selon les normes définies dans le système local.
	Mettre en place la référence horizontale entre CS et entre hôpitaux de la Région	Référence horizontale mise en place et formalisée	- Identification des domaines d'établissement de la référence horizontale par niveau entre les centres de santé d'un même district et entre hôpitaux d'une même région

			<p>- Mise en place d'un système de régulation de la référence et la contre référence entre les hôpitaux : les normes de ce système doivent figurer dans le cahier de charge liant la tutelle aux EPS</p> <p>Le Médecin-chef de région surveille le respect des prescriptions contenues dans le cahier de charges</p>
	<p>Développer les moyens de communication entre les institutions et les structures de santé (téléphone, transports, routes et NTIC)</p>	<p>Dispositif de communication fonctionnel entre chaque CS et les EPS de la région</p>	<p>Les Nouvelles Technologies de l'Information et de la Communications (NTIC) devraient permettre le développement d'un dispositif de communication fonctionnel (accessible, rapide et permanent) clairement défini dans le cahier de charge liant le MSPM et les EPS. Ces modalités doivent être spécifiques entre chaque centre de santé et les EPS de la région.</p> <p>- Le Centre de Régulation d'Appel (CRA) mis en place mettra à jour la base de données sur les stratégies mises en place pour mieux répondre à sa mission de :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ecoute médicale permanente ; • Conseil médical ; • Orientation des patients ; • Coordination du système. <p>Ce système CRA national sera décentralisé autour de chaque région (hôpitaux et centres de santé) et de chaque district (centres de santé, postes et cases de santé).</p>

		<p>Un système de téléphonie disponible dans tous les postes de santé</p> <p>La gestion du téléphone améliorée au niveau des centres de santé et des hôpitaux</p>	<p>Chaque Médecin-chef de District doit décrire le système de téléphonie mis en place au sein du centre de santé et dans tous ses postes de santé voire même des cases du district .</p> <p>Les mécanismes d'utilisation doivent être bien clarifiés</p> <p>Ce système doit être disponible et accessible pour les urgences.</p>
		<p>Un plan de transport est disponible aux niveaux des villages, postes de santé, des centres de santé et des hôpitaux</p>	<p>Chaque entité identifie tous les moyens logistiques disponibles et mobilisables en cas d'évacuation sanitaire dans sa zone</p> <p>Chaque Médecin-chef de district décrit les procédures et les conditions d'utilisation des ambulances en cas d'évacuation sanitaire</p>

<p align="center"><u>Coordination Suivi/Evaluation</u></p> <p><u>Problèmes :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Insuffisance de supervision de l'hôpital vers le centre de santé (profil du superviseur non défini) ; - Irrégularité de la supervision entre district et poste de santé 	<p>Améliorer la collaboration entre les hôpitaux de la Région et la région médicale</p>	<p>Un cadre de collaboration existe/ re-dynamisé entre la région médicale et les EPS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Domaines de collaboration entre la région médicale et les EPS identifiés dans la conception, la mise en œuvre et le suivi des activités de référence contre référence. • Toutes les conditions de mise en œuvre de cette collaboration décrites sous forme d'arrangements contractuels validés par tous les acteurs et partagé avec tous les intervenants.
<p>Les activités de référence et contre référence ne sont pas intégrées dans les données du système</p>	<p>Assurer le suivi et l'évaluation des activités de référence dans les instances de coordination de la région et des structures</p>	<p>La référence est intégrée comme point à l'ordre du jour des réunions de coordination de la RM, des districts, des hôpitaux et des CS</p> <p>Les informations sur la référence contre référence prises en compte dans les rapports d'activités</p> <p>Un programme de formation en supervision élaborée, mise en œuvre</p>	<p>Au moins une fois la référence a été un point à l'ordre du jour des coordinations techniques: RM, District, CS, EPS.</p> <p>Au moins une fois la référence a été un point à l'ordre du jour des coordinations administratives: CRD, CDD, CLD, Conseil Régional, Conseil Municipal, Conseil rural :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proportion de bulletin correctement remplis ; • Proportion de malades évacués bénéficiant d'un traitement pré transfert (stabilisation, information sur les modalités du service d'accueil). <p>Qualification de la personne qui a référé</p>

	<p>Améliorer la supervision des districts et de la région médicale prenant en compte la référence</p>	<p>Un plan de supervision formative mis en place par les équipes des centres de santé et des hôpitaux avec des objectifs sur la référence et la contre référence</p> <p>La supervision effectuée régulièrement selon les normes</p> <p><u>Indicateurs :</u></p> <p>Nombre de rapports de formation en supervision formative sur nombre de sessions prévus</p>	<p>L'équipe de supervision de la région structurée en collaboration avec l'hôpital :</p> <p>- Qui sera superviseur :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Définition du profil du superviseur en tenant compte d'une part des compétences en méthodologie de la supervision et d'autre part de la complémentarité des compétences des membres de l'équipe ; • Adaptation du profil du superviseur en fonction des objectifs de la supervision ; • Le guide de supervision national servira de référence méthodologique pour le renforcement des connaissances et compétences en supervision de l'équipe.
--	---	--	--

		<p>Nombre de supervisions faites par niveau sur nombre prévu</p> <p>Nombre de rapports de supervision disponible par niveau sur nombre de supervision faites</p> <p>Nombre de Feed-back faits aux différents niveaux sur nombre de rapports élaborés</p>	<p>- Comment la supervision sera menée :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Une grille de supervision de la référence et contre référence élaboré en tenant compte ; • des tâches critiques à exécuter par les différents acteurs ; • les éléments opérationnels du système (matériel, médicaments, locaux, continuité des services, transport, communication) ; • Les indicateurs de qualité de la RCR identifiés et connus des acteurs. <p>- Quand faire la supervision :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Périodicité : Selon les normes définies par le MSPM pour la supervision entre les niveaux (externe) la supervision interne dans chaque structure sera faite régulièrement ; • Périodicité de la supervision définie par région et par district. <p>- Avec quoi faire la supervision :</p> <p>Les moyens pour la supervision : logistique, outils (grilles, fiches de rapport) doivent être identifiés et mis en place (coût partagé)</p>
--	--	--	--

<p><u>Système d'information sanitaire</u></p>	<p>Assurer la gestion des données de la référence et contre référence</p>	<p>Les informations sur la référence contre référence prises en compte dans le système national d'information sanitaire. (SNIS) rapports d'activités intègrent les informations sur la référence contre référence</p> <p>Les Indicateurs de qualité de la RCR identifiés et connus des acteurs</p> <p>Le monitoring périodique des activités de référence exécuté</p> <p><u>Indicateurs :</u></p> <p>Nombre de rapports d'activités des structures qui prennent en compte la référence contre référence</p>	<p>Le besoin d'information sur le système de référence et de contre référence entre dans le cadre de l'amélioration de la qualité des services à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Par conséquent, chaque structure doit être en mesure de :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recueillir ; • Traiter ; • Transmettre ; • Partager • Utiliser toutes les informations relatives aux stratégies de référence et de contre référence mises en place. <p>La remontée des informations doit permettre leur intégration dans le système national d'information sanitaire par le canal de la région médicale</p> <p>Le Service National d'Information Sanitaire (SNIS) est chargé en collaboration avec la Division des Soins de Santé Primaires de la gestion des informations relative à la référence et la contre référence.</p>
--	---	--	--

<p><u>Problèmes</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Absence ou Ruptures de bulletins de référence contre référence (postes et centres de santé) - Inadéquation des informations sur les bulletins 	<p>Mettre en place des outils pour la référence contre référence à tous les niveaux</p>	<p>Les indicateurs de qualité de la RCR identifiés et connus des acteurs</p> <p>Les outils de gestions sont disponibles à tous les niveaux de la pyramide sanitaire</p> <p><u>Indicateurs :</u></p> <p>Proportion de structures qui utilisent les outils</p> <p>Proportion de bulletins correctement remplis</p> <p>Nombre de cas référés</p> <p>Nombre de cas contre référés</p>	<p>Les outils suivants ont été élaborés lors de l'atelier de Diourbel et validés lors de l'atelier national :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bulletin de référence ; 2. Bulletin de contre référence ; 3. Bulletin de rétro information ; 4. Rapport mensuel des activités de la référence et de la contre référence ; 5. Registre d'évacuation. <p>Ces outils seront utilisés à tous les niveaux sauf au niveau de la case.</p> <p>En fonction des programmes les outils pictographiques seront privilégiés pour les agents communautaires qui en majorité ne savent pas écrire. Cependant, il faudra envisager la traduction de ces outils en langue nationale pour faciliter leur utilisation par les ASC alphabétisés.</p> <p>La dotation des structures en outils respectera le processus gestionnaire défini par le Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale.</p>
---	---	--	---

CONCLUSION

Le Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale a réalisé de bonnes performances ces dernières années avec l'appui de ses partenaires. Qu'il s'agisse de la définition de la politique nationale de santé, de la décentralisation, de l'amélioration du plateau technique y compris la formation de base, la formation continue et le recrutement du personnel, les efforts sont donc mesurables.

Cependant, la référence et la contre référence pose encore des problèmes, et les contraintes majeures sont liées aux facteurs comportementaux et non comportementaux évoqués dans l'analyse des déterminants du manque de performance du système.

Le chemin à parcourir pour atteindre les objectifs du PNDS II (2004- 2008) et ceux du Millénaire pour le Développement est important mais le défi est à notre portée.

Aussi nous pensons que les orientations de ce manuel sur la référence et la contre référence permettront à tous les acteurs de contribuer à l'amélioration de la qualité de l'offre et de la demande de services de santé.

La conception de cet outil a emprunté au PNDS son caractère dynamique et participatif. Il est nécessaire, que toutes les régions médicales avec les EPS s'inscrivent dans le même sillage pour son opérationnalisation, à travers l'élaboration des manuels de procédures de la référence et de la contre référence.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Ø Aide mémoire : formation de l'agent communautaire de santé (mars 2005 - MSPM)
- Ø Aide mémoire : formation de la matrone (mars 2005 - MSPM)
- Ø Arrêté n°009128 du 20 novembre 2001 relatif à la carte sanitaire ;
- Ø Carte sanitaire du Sénégal (juin 2005 -MSPM)
- Ø Circulaire MSPAS n° 01753 du 15 mars 1991 ;
- Ø Conférence nationale sur le poste de santé au Sénégal : la gestion du poste de santé y compris la participation communautaire et la référence dans le contexte du renforcement de la décentralisation administrative au Sénégal novembre 1997 MSPM
- Ø EDS III MSPM, 1997
- Ø EDS IV / Rapport préliminaire 2005 – MSPM
- Ø Evaluation de la capacité opérationnelle des Districts (MSPM, avril 99)
- Ø Guide national de l'infirmier chef de poste de santé (version révisée janvier 2005- MSPM)
- Ø Guide national du médecin-chef de district (novembre 1993 - MS)
- Ø Guide national du médecin-chef de région (novembre 1993 - MS)
- Ø La gestion sanitaire au niveau de District / Directives de mise en œuvre (De la médiocrité à l'excellence dans les prestations sanitaires – OMS, septembre 94
- Ø Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) Phase II (2004-2008 – MSPM, août 2004)
- Ø Politique et normes des services de santé de la reproduction (pages 33, 34, 35- 2000 – MS/SNSR) ;
- Ø Rapport de l'atelier sur la référence et la contre référence : Diourbel du 07 au 09 Juin 2005;

ANNEXES

LISTE DES ANNEXES :

- 1- Bulletin de Référence
- 2- Bulletin de contre Référence
- 3- Bulletin de Rétro information
- 4- Rapport mensuel des activités de la Référence et de la contre Référence
- 5- Registre d'Evacuation

BULLETIN DE REFERENCE

N° 000001

- Date et heure d'arrivée à la structure : le _____
- Date et heure de prise de décision d'évacuation : le _____
- Date et heure d'évacuation : le _____
- Prénoms et Nom du malade : _____
- Age : _____ sexe : _____
- Adresse : _____
- Données cliniques : _____
 - Plaintes : _____
 - Poids : _____ kg ; Taille : _____ T° : _____ °C ; TA : _____ mm Hg
 - Fréquence respiratoire : _____ cycles/min ; Pouls : _____ Puls./min
 - Conscience : _____
 - Déshydratation : _____
 - Muqueuses : _____
- Résumés cliniques et para cliniques (Prendre en compte les spécificités) :

- Traitement reçu :
- Réfère vers :
 - Centre de Santé _____
 - € Médecine " " Maternité " "
 - Hôpital : _____
 - € Médecine " " Maternité " "
 - € Chirurgie " " Pédiatrie " "
 - € Autres services : (à préciser) _____
 - Moyens d'évacuation : _____

Identité, qualification et téléphone de l'agent référant : _____

Signature et cachet

- Ø Date et heure d'arrivée dans la structure d'accueil : _____
- Ø Date et heure de prise en charge : _____

